

ORIGINAL ARTICLE

J Korean  
Neuropsychiatr Assoc  
2015;54(2):209-215  
Print ISSN 1015-4817  
Online ISSN 2289-0963  
www.jknpa.org

Received January 15, 2015  
Revised February 12, 2015  
Accepted March 24, 2015

Address for correspondence  
Jong-ik Park, MD, PhD, LLM  
Department of Psychiatry,  
Kangwon National University  
School of Medicine,  
156 Baengnyeong-ro,  
Chuncheon 200-722, Korea  
Tel +82-33-258-9171  
Fax +82-33-258-2146  
E-mail lugar@kangwon.ac.kr

# 우리나라 자살기도자의 특징

성안드레아 신경정신병원,<sup>1</sup> 중앙자살예방센터,<sup>2</sup> 강원대학교 의학전문대학원 정신건강의학교실<sup>3</sup>  
임미래<sup>1</sup> · 이수정<sup>2</sup> · 박종익<sup>3</sup>

## Characteristics of Korean Suicide Attempters

Meerae Lim, MD<sup>1</sup>, Soojung Lee, MPH<sup>2</sup>, and Jong-ik Park, MD, PhD, LLM<sup>3</sup>

<sup>1</sup>St. Andrea Neuropsychiatric Hospital, Icheon, Korea  
<sup>2</sup>Korea Suicide Prevention Center, Seoul, Korea  
<sup>3</sup>Department of Psychiatry, Kangwon National University School of Medicine, Chuncheon, Korea

**Objectives** In the current study, we investigated the general characteristics of suicide attempters and attempted to determine factors contributing to suicide attempt by analyzing severe suicide ideation and intent.

**Methods** This study analyzed medical records of suicide attempters who visited the emergency departments. Data were collected from 7 university hospitals nationwide. As an evaluation measure of suicide intent, we used Suicide Intent Scale (SIS). Colombia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) was applied for assessment of severity and intensity of suicide idea and lethality of suicide behavior.

**Results** Male gender, old age and living alone group showed higher SIS score. Male gender, low income, and having psychiatric diagnosis or suicide history group showed a high score on the severity subscale of suicide ideation of C-SSRS. Old age, low income, and having psychiatric diagnosis showed a high score on the intensity subscale of suicide ideation of C-SSRS. Actual lethality scale of C-SSRS was high in male gender and old age group. Severity and intensity of suicide ideation and suicide intent showed positive correlation with actual lethality of suicide behavior.

**Conclusion** Male gender, old age, living alone, psychiatric diagnosis, and suicide history were risk factors affecting severity and intensity of suicide ideation and intent of suicide. Severity and intensity of suicide ideation and intent are positively related to lethality of suicide behavior.

J Korean Neuropsychiatr Assoc 2015;54(2):209-215

**KEY WORDS** Suicide attempter · Suicide ideation · Suicide intent · Lethality.

## 서론

2014년 9월 발표된 통계청 자료에 의하면, 2013년 한 해 동안 국내에서 14427명이 자살로 사망했다고 한다. 자살로 인한 사망은 전체 사망원인 중 4위를 차지하였으며, 10~30대 연령의 사망원인 중 1위, 40~50대 연령에서는 2위를 고수하고 있다. 정부는 2011년 자살예방법을 제정하고 이듬해 중앙자살예방센터를 신설하는 등 국가차원의 정책 수립을 위한 노력을 하고는 있으나 여전히 우리나라의 인구 십만 명당 자살률은 2013년 통계 기준 29.5명으로 Organization for Economic Co-operation and Development 가입국(평균 12.1명) 중 10년째 1위를 기록 중이다.<sup>1)</sup>

효과적인 자살예방정책을 수립하기 위해서는 지난 15년간 우리나라에서 자살률이 갑자기 증가한 요인을 파악하는 것

이 중요할 것이다. 일단 핀란드처럼 국가차원의 심리적부검 연구가 필요한 상황이지만 국민 정서상 거부감이 심한 현실에서 자살자를 대상으로 하는 연구는 쉽지 않다고 볼 수 있다. 그러나 그 외에도 국가차원에서 다양한 자살예방 프로그램을 개발하거나 전략을 수립하기 위한 근거가 되는 자료는 아직까지는 매우 빈약한 상태이다.

일반적으로 자살기도는 자살에 이르기 바로 직전 단계의 행동이며, 이전 자살기도의 경험은 향후 자살 사망에 대한 높은 위험 인자로 알려져 있다.<sup>2-6)</sup> 따라서 자살기도자의 특성을 파악하는 것은 자살자와 어느 정도 유사한 집단이라는 가정 하에 자살에 영향을 미치는 요인을 찾아내는 데 있어서 중요한 의미를 가질 수 있을 것이다. 더불어 자살기도자 중 자살 생각이 더욱 심각하거나, 자살행동을 치명적으로 한 자살기도자의 특징을 알 수 있다면 자살자의 특성에 더욱 가깝게 접

근할 수 있을 것으로 사료된다.

이에 본 연구에서는 자살예방 및 생명존중문화조성을 위한 법률에 근거해서 5년마다 시행해야 할 자살실태조사를 위한 2012년의 예비조사의 목적으로 수행되었으며, 전국의 7개 대학병원의 응급실을 방문한 자살기도자들의 인구학적 정보 및 자살기도 관련 항목을 조사하였다. 수집된 데이터 중 자살기도에 영향을 주는 요인에 대하여 각각 원인, 방법, 충동성의 측면에서 이미 분석을 하였으므로 논외로 하고 이 논문에서는 심각한 자살생각이나 의도를 가진 경우에 실제 자살행동에 미치는 요인에 대하여 분석하고자 하였다.

## 방 법

### 대 상

본 연구는 2012년 7월 6일부터 2012년 11월 25일까지 진행된 자살실태 예비조사에서 수집된 일부 자료를 사용하였다. 중앙자살예방센터가 연구의 기획 및 관리 등의 역할을 하는 허브가 되어서 전국의 7개 병원을 통합하는 네트워크를 구축하여 진행하였다. 네트워크에 포함된 병원으로는 서울의 보라매병원, 경기도의 분당서울대학교병원, 강원도의 강원대학교병원, 충청도의 을지대학교병원, 전라도의 전남대학교병원, 경상도의 부산대학교병원과 경상대학교 병원이었다.

2012년 7월 6일부터 2012년 11월 25일까지 상기 7개 대학병원 응급실을 방문한 자살기도자의 응급실 의무기록 자료가 후향적으로 수집되었다. 자살기도의 결과와 무관하게 죽고자 하는 의도가 분명하게 있는 자해 행동을 한 사람을 자살기도자로 정의<sup>7)</sup>하였다. 단 응급실 도착 당시 사망한 경우는 대상에서 제외하였다. 상기 기간 동안 응급실을 방문한 자살기도자를 진료할 때 아래에 기술할 구조화된 질문지를 이용하였으며, 이를 의무기록지에 기록하도록 하였고 후향적으로 수집하여 분석하였다.

연구에 대해서는 각 병원 모두에서 윤리위원회(Institutional Review Board)의 승인을 받았다. 전체적인 자살실태조사 방법은 중앙자살예방센터의 연구보고서에 수록되어 있다.<sup>8)</sup>

### 평가 도구

응급실이라는 긴박한 상황에서 평가해야 하는 것을 전제로 하여 자살과 관련된 인자를 잘 평가할 수 있도록 구조화된 질문지를 고안하였다. 질문지에는 자살기도자의 인구학적 특성에 대한 평가(성별, 연령, 가족관계, 사회경제적 상태 등)가 포함되었으며, 자살기도와 관련한 인자로는 자살기도 동기, 자살기도 방법, 자살기도시 음주 여부 등이 포함되었다. 자살생각 및 자살행동을 평가하기 위해 콜롬비아 대학

자살생각 심각성 평가 척도(Columbia Suicide Severity Rating Scale, 이하 C-SSRS)<sup>9)</sup>를 이용하였으며 자살의도에 대한 평가를 위해 자살의도검사(Suicide Intent Scale, 이하 SIS)<sup>10,11)</sup>를 사용하였다. 이 중 자살기도 방법<sup>12)</sup> 및 자살기도 동기<sup>13)</sup>에 대한 자료는 따로 분석하여 발표하였으므로 본 연구에는 포함시키지 않았다.

### 콜롬비아 대학 자살생각 심각성 평가 척도(Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS)<sup>9)</sup>

자살생각 및 자살행동에 대한 객관적이고 체계적인 평가가 필요하다는 배경하에 콜롬비아 대학, 펜실베이니아 대학 및 피츠버그 대학의 연구팀에 의해 개발된 척도이다. 척도를 개발한 연구팀에서 직접 여러 언어로 번역하여 배포하고 있으며, 한국어 버전도 포함되어 있다.

C-SSRS는 크게는 자살생각과 자살행동 2개의 부분으로 이뤄지며, 자살생각은 심각도(severity)와 강도(intensity)로, 자살행동은 자살행동과 치명성 정도로 다시 분류되어 최종적으로 4개의 부분으로 나뉜다. 첫 번째 항목인 자살생각의 심각도는 죽고 싶은 소망(1점)부터 구체적인 계획과 의도가 있는 자살생각(5점)까지 5점 순서 척도로 구성되어 있다. 자살생각의 강도는 자살생각의 빈도, 지속시간, 통제가능성, 저지요인, 자살생각의 이유 등 5가지 세부 항목으로 나뉘며 각 항목 역시 5점 순서 척도로 구성되어 있다. 자살행동은 자살행동(자해행동, 준비행위나 행동, 중단된 기도, 방해된 기도, 실제적 기도) 자체에 대한 정의와 관련된 5개의 명목 척도로 이루어져 있다. 자살행동의 치명성은 신체적 손상이 없거나 매우 경미(0점)에서 사망(5점)에 이르는 6점 순서 척도로 구성되어 있다.

### 자살의도검사(Suicide Intent Scale, SIS)<sup>10,11)</sup>

자살의도검사는 자살의 의도를 측정하는 여러 가지 도구 중 최근 30년 동안 가장 널리 쓰인 것으로서 임상 및 지역사회 연구 등 여러 분야에서 사용된 척도이다. 본 연구에 참여한 연구자가 직접 번역한 버전의 SIS가 사용되었으며, 내적 일치도(Cronbach's alpha)는 0.84였다.

### 통계 분석

통계 분석은 SPSS 18.0 for Windows(SPSS Inc., Chicago, IL, USA)를 사용하였다. 대상군에 대한 기본적인 특성을 파악하기 위해서 1차적으로 기술적인 분석이 사용되었다. 각 집단 간의 차이를 확인하기 위해서 연속변수이며 정규분포를 만족시키는 경우 t-test, analysis of variance를 사용하였다. 두 연속변수의 상관성을 알아보기 위하여 변수가 정규분포

포를 만족하는 경우 Pearson correlation을, 그렇지 않은 경우 Spearman correlation을 사용하였다.

## 결 과

### 대상자의 인구학적 특성

2012년 7월 6일부터 2012년 11월 25일까지 자살기도를 주소로 상기 7개 병원에 내원한 환자 502명의 의무기록이 최종적으로 평가되었다. 최종 실태조사 진행대상자 502명 중 남성이 209명(41.6%), 여성이 293명(58.4%)으로 여성이 남성 에 비해 1.4배 높게 나타났다. 이들의 평균 연령은 43.1(±18.5) 세였으며, 연령 분포는 최소연령 13세, 최고 연령 95세로 조사되었다. 남성의 연령[47.0(±18.9)세]이 여성의 연령[40.2 (±17.8)세]에 비해 유의미하게 높은 것으로 나타났다( $t=4.04$ ,  $p<0.01$ ). 결혼상태로는 기혼(사실혼 포함)( $n=223$ , 48.6%), 미혼( $n=173$ , 37.7%), 이혼이나 별거, 사별( $n=63$ , 12.5%) 순의 빈도로 나타났다. 독거의 비율은 18.4%였다. 평균월수입은 247.3(±219.6)만 원으로 나타났으며, 중위값은 197.7만 원으로 나타났다. 월수입 분포는 최저 0원, 최고 1500만 원으로

나타났다.

신체적 질병이 없는 경우가 314명(67.1%), 1년 이내에 급성 질환을 앓았던 경우가 16명(3.4%), 경증의 만성질환을 앓는 경우가 73명(15.6%)으로 나타났으며, 일상생활에 지장을 주는 정도의 만성질환을 앓고 있는 경우가 65명(13.9%)이었다. 정신과적 과거력이 있는 사람은 235명(51.8%)이었으며, 그 중에서 제일 많은 정신질환은 우울증으로 149명(63.4%)이었다. 자살기도력의 경우 총 386명의 응답자 중 129명(33.4%)이 있는 것으로 나타났다.

자살기도 당시 음주를 한 경우는 224명(48.2%)으로 나타났 으며, 남성(59.8%)이 여성(40.6%)에 비해 음주율이 높았다 ( $\chi^2=16.44$ ,  $p<0.01$ ). 음주여부와 자살기도방법 사이에는 특 별한 상관관계가 없었다( $\chi^2=6.98$ ,  $p=0.32$ ).

### 자살기도의 진정성 : 자살의도검사(Suicide Intent Scales, SIS)

실제로 정신과적 면담이 가능했던 자살기도자 269명을 대 상으로 SIS를 조사하였다. 조사된 그룹과 조사되지 않은 그 룹의 연령( $t=0.60$ ,  $p=0.55$ ), 성별( $\chi^2=1.18$ ,  $p=0.28$ ), 결혼상태

**Table 1.** Socio-demographic factors that influence to intent of suicide attempts

	Score of Suicide Intent Scale		
	Mean SIS score (±SD)	Statistics	p
Total (n=269)	10.57 (±5.78)		
Sex†		2.06	0.04*
Male	11.46 (±5.62)		
Female	9.99 (±5.81)		
Age (as a continuous variable)* (n=269)		0.286	<0.01*
Age§ (years) (n=269)		8.79	<0.01*
13-25 (n=56)	7.89 (±4.86)		
26-40 (n=79)	10.25 (±5.58)		
41-60 (n=84)	11.00 (±5.63)		
61- (n=50)	13.34 (±5.77)		
Housemate† (n=265)		-2.10	0.04*
Living with someone (n=224)	10.27 (±5.78)		
Living alone (n=41)	12.31 (±5.56)		
Household income‡ (n=233)		-0.14	0.03*
Psychiatric treatment history† (n=264)		0.363	0.72
No psychiatric treatment history (n=137)	10.72 (±5.38)		
Any psychiatric treatment history (n=127)	10.46 (±6.13)		
Past suicide attempt history†		-1.54	0.13
(-)	10.23 (±5.99)		
(+)	11.40 (±5.13)		
Alcohol use at suicide attempt†		-2.26	0.03*
(+)	9.71 (±5.43)		
(-)	11.30 (±5.93)		

\* :  $p<0.05$ , † : t-test was performed, ‡ : Pearson's correlation was performed, § : Analysis of variance was performed, ‖ : Spearman's correlation was performed. SD : Standard deviation

**Table 2. Socio-demographic factors that influence to suicide ideation and lethality**

	Suicidal ideation				Suicidal behavior : lethality				
	[Colombia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) : suicide ideation section]				(C-SSRS : suicide behavior section)				
	Severity (n=294)		Intensity (n=263)		Mean lethality (±SD)		Statistics		
	Mean (±SD)	Statistics	p	Mean (±SD)	Statistics	p	Mean lethality (±SD)	Statistics	p
Total	3.79 (±1.23)			14.09 (±3.40)			2.71 (±1.12)		
Sex†		2.92	<0.01*		1.45	0.15		3.39	<0.01*
Male	4.04 (±1.08)			14.46 (±3.33)			2.93 (±1.19)		
Female	3.62 (±1.29)			13.84 (±3.44)			2.54 (±1.02)		
Age (as a continuous variable)† (n=269)		0.08	0.02*		0.23	<0.01*		0.34	<0.01*
Age§ (years) (n=269)		2.72	0.04*		4.26	0.01*		18.33	<0.01*
13-25 (n=56)	3.40 (±1.27)			12.85 (±3.54)			2.21 (±0.81)		
26-40 (n=79)	3.90 (±1.21)			13.87 (±2.96)			2.45 (±1.03)		
41-60 (n=84)	3.92 (±1.19)			14.54 (±3.51)			2.88 (±1.02)		
61- (n=50)	3.82 (±1.21)			15.00 (±3.36)			3.32 (±1.32)		
Housemate† (n=265)		-1.51	0.11		-0.99	0.32		0.73	0.47
Living with someone (n=224)	3.74 (±1.25)			14.01 (±3.49)			2.67 (±1.04)		
Living alone (n=41)	4.02 (±1.12)			14.55 (±3.02)			2.56 (±1.13)		
Household income †† (n=233)		-0.138	0.03*		-0.23	<0.01*		-0.09	0.13
Psychiatric treatment history† (n=264)		2.20	0.03*		2.07	0.04*		1.01	0.32
No psychiatric treatment history (n=137)	3.58 (±1.38)			13.57 (±3.71)			2.59 (±0.94)		
Any psychiatric treatment history (n=127)	3.92 (±1.12)			14.46 (±3.16)			2.70 (±1.11)		
Past suicide attempt† history†		-3.07	<0.01*		-1.40	0.16		1.59	0.11
(-)	3.63 (±1.34)			13.82 (±3.51)			2.65 (±0.98)		
(+)	4.05 (±0.99)			14.43 (±3.19)			2.47 (±1.02)		
Alcohol use at suicide attempt†		0.69	0.49		-0.73	0.47		-0.28	0.78
(+)	3.85 (±1.22)			13.92 (±3.31)			2.60 (±1.00)		
(-)	3.75 (±1.24)			14.22 (±3.48)			2.63 (±1.02)		

\* : p<0.05, † : t-test was performed, †† : Pearson's correlation was performed, § : Analysis of variance was performed, ††† : Spearman's correlation was performed, SD : Standard deviation

( $\chi^2=3.50, p=0.62$ ), 동거인 여부( $\chi^2=4.54, p=0.21$ ), 학력( $\chi^2=9.31, p=0.05$ ) 등은 통계적으로 유의미한 차이를 보이지 않았다.

SIS 총점의 평균값은 10.57점( $\pm 5.77$ ), 중위수는 10점으로 나타났다. 남성일수록, 연령이 높을수록, 혼자 거주할수록 자살의도가 강함을 알 수 있었다(표 1). 음주를 한 그룹에 비해 자살기도 당시 음주를 하지 않은 그룹에서 자살의도 점수가 모두 높게 나타났다( $t=-2.26, p=0.03$ ).

**자살생각 : 콜롬비아 대학 자살 심각성 평가 척도(Colombia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS) 중 자살생각 부분**

C-SSRS의 자살생각 부분은 심각도(severity) 및 강도(intensity) 두 부분으로 나뉘어져 있다. 자살생각의 심각도는 죽고 싶은 생각, 비특이적 자살생각, 의도 없는 자살생각, 의도 있는 자살생각, 계획과 의도가 있는 자살생각 등 총 5단계의 순서적으로 이루어져 있으며 각각 6.8%, 10.9%, 14.3%, 32.7%, 35.4%의 빈도를 보였다. 여성에 비해 남성에서 자살생각의 심각도가 높았으며, 소득수준이 낮은 경우, 정신과적 과거력 및 자살기도 과거력이 있는 경우 자살생각의 심각도가 높은 것으로 나타났다. 음주 여부에 따른 자살생각의 심각도는 통계적으로 유의미한 차이를 보이지 않았다( $t=-0.69, p=0.49$ ) (표 2).

자살생각의 강도에서 전체 문항의 Cronbach's alpha값은 0.56이었다. 평균은 14.09, 표준편차는 3.40이었다. 자살생각의 심각도와는 달리 자살생각의 강도는 성별 차이는 보이지 않았다. 하지만 연령이 증가할수록 자살생각의 강도가 증가하는 양의 상관관계를 보였으며, 소득수준이 증가할수록 자살생각의 강도가 줄어드는 음의 상관관계를 보였다. 정신과적 과거력이 있는 경우 자살생각의 강도가 센 것을 알 수 있었다(표 2). 음주 여부에 따른 자살생각의 강도는 통계적으로 유의미한 차이를 보이지 않았다( $t=-0.73, p=0.47$ ).

**자살행동 : 콜롬비아 대학 자살 심각성 평가 척도(Colombia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS) 중 자살행동 부분**

전체적으로 자살기도자의 행동이 실제적 자살기도였다는 평가가 83.5%로 가장 높게 나타났으며, 방해된 기도는 1.1%, 중단된 기도는 0.2%, 준비행위나 행동 단계로 판단된 경우는 0.3%로 나타났다. 반면 면담자의 평가 이후 최종적으로 자

살 의도가 없는 자해행동으로 평가된 경우는 14.6%였다.

자살기도의 실제적 치명성의 경우 매우 경미한 신체적 손상이 11.1%, 경미한 신체적 손상이 35.1%, 보통의 신체적 손상이 34.9%로 나타났으며, 어느 정도 심각한 신체적 손상은 12.4%, 심각한 신체적 손상은 3.5%, 사망은 3.0%로 나타났다. 여성에 비해 남성에서 높은 치명성을 보였으며, 연령이 증가할수록 치명성이 증가하는 뚜렷한 양적 상관관계를 보였다. 정신과적 과거력 및 자살기도의 과거력과는 특별한 유의점을 보이지는 않았다(표 2). 자살기도의 실제적 치명성과 자살생각 및 자살의도와는 상관관계는 표 3과 같다. C-SSRS의 자살행동의 치명성 점수는 C-SSRS의 자살생각의 심각도와는 약한 양적 상관관계를 보였으며( $\rho=0.13, p=0.03$ ), C-SSRS의 자살생각의 강도와도 약한 양의 상관관계를 보였다( $\rho=0.23, p<0.01$ ). C-SSRS의 자살행동의 치명성 점수는 SIS 총점, 즉 자살의도와는 뚜렷한 양의 상관관계를 보였다( $\rho=0.37, p<0.01$ ). 음주 여부에 따른 자살기도의 실제적 치명성은 통계적으로 유의미한 차이를 가지지 못하였다( $t=-2.81, p=0.78$ ).

**고 찰**

본 연구에서는 자살기도 후 전국의 7개 병원 응급실을 방문한 502명의 자살에 대한 동기와 방법을 제외한 특성을 기술적으로 분석하였다. 본 연구는 자살예방법에 의거한 실태 조사를 위한 예비연구로서 전국적인 데이터를 모았다는 점에서 의의가 있으며, 자살자에 대한 분석이 현실적으로 어렵다는 점에서 자살의 가장 고위험군인 자살기도자의 특성에 대해 파악함으로써 자살예방정책의 수립을 위한 이론적 근거를 제시한다는 점에서도 의미가 있을 것이다.

전체 대상자 중 여성의 비율은 58.4%였으며, 이는 응급실을 방문한 자살기도자를 대상으로 한 이전 연구 결과와 유사한 결과를 보였다.<sup>14,15</sup> 평균연령은 43.1세로 이 역시 이전 연구 결과와 유사하였다.<sup>14</sup> 대상자 중 자살기도의 과거력이 있는 경우가 33.4%였다. 2011년 정신건강실태조사 결과 평생 자살기도력을 가지는 경우가 일반인구의 3.2%로 나타났다.<sup>16</sup> 일반인구집단에 비해 자살기도자의 경우 이전에 자살기도력을 가지는 경우가 매우 높으며 중요한 위험요인임을 확인할 수 있었다.

**Table 3.** Correlation between suicidal idea/intent and lethality of suicidal behavior

	C-SSRS		SIS
	Severity of suicidal idea	Intensity of suicidal idea	Total SIS score
Lethality	0.13 ( $p=0.03^*$ )	0.23 ( $p<0.01^*$ )	0.37 ( $p<0.01^*$ )

Spearman's correlation was done. \* :  $p<0.05$ . C-SSRS : Colombia Suicide Severity Rating Scale, SIS : Suicide Intent Scale

자살기도자의 자살생각의 심각도 및 강도, 자살의도의 경우 다양한 점수의 분포를 보였다. 이는 자살기도가 막연한 자살생각에서부터 확실한 자살계획에 이르기까지 다양한 생각의 스펙트럼상에서 이뤄질 수 있음을 시사한다고 볼 수 있다. Kessler 등<sup>17)</sup>의 연구에 의하면 자살생각을 가진 사람의 34%가 자살계획을 수립하고, 자살계획을 가진 사람의 72%에서 자살을 기도한다고 보고하였다. 또한 자살생각을 가진 사람 중에는 26%에서 자살계획을 거치지 않고 바로 자살기도로 넘어간다고 보고하였다. 따라서 자살기도자는 물론이고 자살생각을 가진 사람들 역시 넓은 의미의 고위험군으로 분류하고 개입하는 것이 필요함을 시사한다.

SIS를 이용한 평가에서 자살생각과 자살의도가 심각할수록 치명적인 방법으로 자살기도를 하는 것을 확인할 수 있었다. 자살행동의 치명성은 자살생각의 심각도와 양적 상관관계를 보이는 하지만, 자살생각의 강도, 즉 자살생각의 빈도, 지속시간, 통제가능성, 저지요인, 자살생각의 이유 등에 대한 평가와의 상관도가 더 높았다. 또한 자살행동의 치명성은 SIS와 같이 자살행동의 다양한 상황을 포함하여 평가된 자살의도와 더 높은 상관관계를 보였다. 따라서 이러한 결과는 자살행동이 얼마나 치명적일지 미리 예상하기 위해서는 자살생각에서 의도나 계획이 있었는지 여부 이외에도 그 상황을 자세하고도 총체적으로 평가하는 것이 필요하다는 것을 시사한다. 지역사회에서 자살예방사업을 하는 데 있어서 자살생각의 여부만을 물어보는 것으로는 부족하며 자살의도에 대하여 보다 더 적극적으로 객관적으로 평가해서 그 위험성을 예측하는 것이 보다 효율적인 자살예방에 기여할 수 있을 것이라고 판단된다.

자살생각이나 자살의도에 영향을 줄 수 있는 인구학적 변인으로는 남성, 고연령, 독거, 정신과적 과거력, 자살기도의 과거력이 자살생각이나 자살기도의 진정성을 높이는 요인으로 확인되었으며, 다른 연구에서 자살의 위험인자로 알려진 것과 일치하는 결과이다.<sup>18-23)</sup>

본 연구의 대상자 중 48.2%에서 자살기도 당시 음주 상태였던 것으로 나타났다. 이는 자살기도자의 46~77%에서 음주상태였다는 이전의 연구 결과와 일치하는 내용이다.<sup>24)</sup> 알코올 중독상태(alcohol intoxication)는 자살생각에서 자살행동으로의 전환을 촉진시켜 자살기도 자체에 영향을 준다는 보고가 있다.<sup>24)</sup> 본 연구 결과에서도 자살기도 당시 음주를 한 그룹에서 음주를 하지 않은 그룹을 비교했을 때 자살생각의 강도는 두 그룹 간 차이가 없었으나 자살의도는 음주를 한 그룹이 낮았다. 즉 의도가 낮더라도 알코올의 영향으로 인해 행동으로 이어지는 가능성을 높였다는 것을 의미하며, 알코올이 자살위험성을 증가시킨다는 증거를 추가할 수

있는 결과로 시사된다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 본 연구는 후향적으로 의무기록을 검토해서 자료를 수집했다는 점이다. 일반적으로 후향적 의무기록은 작성자가 기록한 자료만을 사용해야 한다는 점에서 제한적이며 따라서 연구자가 원하는 모든 자료를 모으는 것이 불가능하기 때문에 결측률이 높을 수밖에 없다. 그러나 전향적으로 자료를 수집하기 위해서는 대상자의 동의가 반드시 필요하기 때문에 거부하는 사람들의 자료는 제외될 수밖에 없는 한계를 가지고 있다. 따라서 본 연구에서는 보다 많은 대상자를 모집하기 위하여 후향적 의무기록 고찰이라는 방법을 사용하였다. 아울러 네트워크 병원에 구조화된 면담 도구를 만들어 배포하고 교육함으로써 최대한 많은 자료를 얻을 수 있도록 노력하였다. 둘째, 본 연구에 참여한 의료기관은 모두 대학병원이었다는 점이다. 자살기도자가 모두 대학병원만 방문하는 것은 아니므로 본 연구에 참여한 병원이 해당 지역의 자살기도자 중 응급실을 방문한 사람들 전체를 대표한다고 가정할 수 없을 것이다. 셋째, 각 병원별로 수집된 정보의 양이 달랐다는 점이다. 즉 응급의학과 진료기록만 있는 자료 대비 정신건강의학과 진료기록까지 다 모아진 자료의 비율이 각각 달랐다. 이는 각 병원별로 응급의학과와 정신건강의학과 연계 체계에서 차이가 있어서 생긴 제한점으로 본 연구진의 노력만으로는 극복하기 어려웠다. 마지막으로, 본 연구는 자살기도자에 대한 연구라는 점에서 자살자에 대한 내용과는 여전히 차이가 있을 수 있다. 물론 심리적 부검 역시 접근에 한계가 있고 기억이 왜곡될 수 있다는 점에서 문제점이 있지만 향후 다각적인 접근이 뒷받침 되어야 실제 자살자에 대한 정확한 정보를 얻을 수 있을 것으로 생각된다.

## 결 론

남성, 고연령, 독거, 정신과적 과거력 및 자살기도의 과거력이 심각한 자살생각이나 자살의도의 위험요인이라는 것이 우리나라의 전국적인 데이터 수집을 통한 분석에서 확인되었다. 심각하고 강한 자살생각 및 높은 자살의도는 자살행동의 치명성과 양의 상관관계를 보이는 것으로 나타났다. 따라서 자살기도 이전에 가지고 있는 자살생각이나 의도를 정확히 측정해서 조기 개입하는 것이 자살예방전략에 있어서 매우 중요하다는 것을 확인시켜 주는 연구이다.

**중심 단어** : 자살기도자 · 자살생각 · 자살의도 · 치명성.

## Acknowledgments

본 연구는 보건복지부의 지원을 받아 수행된 자살실태조사 예비

연구임(Grant No. 20120532712).

본 연구를 위한 데이터 수집에 도움을 주신 김성완, 남윤영, 문은수, 유제춘, 장재승, 주진형, 차보석, 최정석 선생님 외에 7개 병원 정신건강의학과 및 응급의학과 선생님들께 감사를 포함.

### Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest.

### REFERENCES

- 1) Statistics Korea [homepage on the Internet]. Causes of death statistics in 2013 [cited 2014 Dec 29]. Available from: [http://kosis.kr/gen\\_etl/start.jsp?orgId=101&tblId=DT\\_1B34E01&conn\\_path=I2&path=보건?사회?복지-보건-사망원인-사망원인\(103항목\)/성/연령\(5세\)별 사망자수](http://kosis.kr/gen_etl/start.jsp?orgId=101&tblId=DT_1B34E01&conn_path=I2&path=보건?사회?복지-보건-사망원인-사망원인(103항목)/성/연령(5세)별 사망자수).
- 2) Crump C, Sundquist K, Sundquist J, Winkleby MA. Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study. *Psychol Med* 2014;44:279-289.
- 3) Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997;170:205-228.
- 4) Bolton JM, Spiwak R, Sareen J. Predicting suicide attempts with the SAD PERSONS scale: a longitudinal analysis. *J Clin Psychiatry* 2012;73:e735-e741.
- 5) Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 2003;33:395-405.
- 6) Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry* 2002;181:193-199.
- 7) O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman MM. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav* 1996;26:237-252.
- 8) Korea Suicide Prevention Center. 2012 National Survey on Suicide; 2013.
- 9) Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry* 2011;168:1266-1277.
- 10) Beck AT. Suicide intent scale (for attempters). In: Blumenthal SJ, Kupfer DJ, editors. *Suicide over the life cycle: Risk factors, assessment and treatment of suicidal patients*. Washington, DC: American Psychiatric Press;1990. p.769-773.
- 11) Freedenthal S. Assessing the wish to die: a 30-year review of the suicide intent scale. *Arch Suicide Res* 2008;12:277-298.
- 12) Lim M, Lee SU, Park JI. Difference in suicide methods used between suicide attempters and suicide completers. *Int J Ment Health Syst* 2014;8:54.
- 13) Lim M, Kim SW, Nam YY, Moon E, Yu J, Lee S, et al. Reasons for desiring death: examining causative factors of suicide attempters treated in emergency rooms in Korea. *J Affect Disord* 2014;168:349-356.
- 14) Lee CA, Choi SC, Jung KY, Cho SH, Lim KY, Pai KS, et al. Characteristics of patients who visit the emergency department with self-inflicted injury. *J Korean Med Sci* 2012;27:307-312.
- 15) Yamada T, Kawanishi C, Hasegawa H, Sato R, Konishi A, Kato D, et al. Psychiatric assessment of suicide attempters in Japan: a pilot study at a critical emergency unit in an urban area. *BMC Psychiatry* 2007;7:64.
- 16) Seoul National University College of Medicine. *The Epidemiological Survey of Mental Disorders in Korea*. Seoul: Ministry of Health and Welfare;2012.
- 17) Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:617-626.
- 18) DeJong TM, Overholser JC, Stockmeier CA. Apples to oranges?: a direct comparison between suicide attempters and suicide completers. *J Affect Disord* 2010;124:90-97.
- 19) Fushimi M, Sugawara J, Saito S. Comparison of completed and attempted suicide in Akita, Japan. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006;60:289-295.
- 20) Giner L, Blasco-Fontecilla H, Mercedes Perez-Rodriguez M, Garcia-Nieto R, Giner J, Guija JA, et al. Personality disorders and health problems distinguish suicide attempters from completers in a direct comparison. *J Affect Disord* 2013;151:474-483.
- 21) Iribarren C, Sidney S, Jacobs DR Jr, Weisner C. Hospitalization for suicide attempt and completed suicide: epidemiological features in a managed care population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000;35:288-296.
- 22) Marttunen MJ, Henriksson MM, Aro HM, Heikkinen ME, Isometsä ET, Lönnqvist JK. Suicide among female adolescents: characteristics and comparison with males in the age group 13 to 22 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:1297-1307.
- 23) World Health Organization [homepage on the Internet]. Evolution of global suicide rates 150-000 (per 100000) [cited 2014 Dec 29]. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/evolution/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/evolution/en/).
- 24) Hufford MR. Alcohol and suicidal behavior. *Clin Psychol Rev* 2001;21:797-811.