

REVIEW ARTICLE

J Korean
Neuropsychiatr Assoc
2015;54(1):40-48
Print ISSN 1015-4817
Online ISSN 2289-0963
www.jknpa.org

심리부검 : 우리나라에서 향후 방향에 대한 검토 및 고찰

가천대학교 길병원 정신건강의학과,¹ 인천광역시정신건강증진센터,²
경희대학교 의과대학 정신건강의학교실,³ 동대문구정신건강증진센터,⁴
경기도정신건강증진센터,⁵ 명지병원 정신건강의학과⁶

나경세^{1,2} · 백종우^{3,4} · 윤미경⁵ · 김현수^{5,6}

Psychological Autopsy : Review and Considerations for Future Directions in Korea

Kyoung-Sae Na, MD^{1,2}, Jong Woo Paik, MD, PhD^{3,4},
Mi Kyung Yun, MS⁵, and Hyun-Soo Kim, MD^{5,6}

¹Department of Psychiatry, Gachon University, Gil Medical Center, Incheon, Korea
²Incheon Metropolitan Mental Health Center, Incheon, Korea
³Department of Psychiatry, School of Medicine, Kyung Hee University, Seoul, Korea
⁴Dongdaemun-gu Mental Health Center, Seoul, Korea
⁵Gyeonggi Provincial Mental Health Center, Goyang, Korea
⁶Department of Psychiatry, Myongji Hospital, Goyang, Korea

Received January 5, 2015
Revised January 13, 2015
Accepted January 30, 2015

Address for correspondence
Hyun-Soo Kim, MD
Department of Psychiatry,
Myongji Hospital, 55 Hwasu-ro
146beon-gil, Deogyang-gu,
Goyang 412-270, Korea
Tel +82-31-810-6230
Fax +82-31-969-0500
E-mail minuchin@hanmail.net

Psychological autopsy is a systematic methodology for comprehensive investigation of psychiatric and behavioral factors assumed to be causative or related to death of the deceased. In many countries, psychological autopsy is considered the most direct and valuable tool for determining the relationship between risk factors and suicide. The case of Finland revealed that successful psychological autopsy studies could greatly contribute to the national suicide prevention strategy, which consequently reduced the national suicide rate. Despite the strengths of psychological autopsy for identifying risk factors of suicide and consequently preventing suicide, it has not been successful in Korea. Implementation of psychological autopsy has been inconsistent and sporadic across the provinces. In addition, standardization of psychological autopsy protocol and qualification of interviewers are needed. With all of these methodological issues in mind, conduct of as many psychological autopsies as possible is important in order to build an evidence-based suicide prevention strategy. For successful implementation of psychological autopsy in Korea, it is necessary to improve attitudes toward suicide and psychiatric conditions. Legal, administrative, and institutional support are also important. Finally, multidisciplinary approach based on the financial and legal support should be employed.

J Korean Neuropsychiatr Assoc 2015;54(1):40-48

KEY WORDS Psychological autopsy · Suicide prevention · Mental health.

서 론

전세계적으로 모든 자살의 85%는 소득수준 중하 수준을 보이는 국가들이 차지하고 있다.¹⁾ 우리나라의 국민총생산은 14495억 달러로, 세계 13위를 차지하고 있다.²⁾ 그러나, 많은 사람들이 주지하고 있다시피 우리나라의 2013년도 자살률은 인구 10만 명당 28.5명으로 경제개발협력기구(Organization for Economic Cooperation and Development) 국가들 중 10년 연속 1위를 차지하였다.³⁾ 이는 우리나라에서 오래도록 높게 지속되고 있는 자살이라는 현상을 단지 사회경제적 관점으로부터 볼 수 없음을 의미하는 것이다. 따라서, 우리나라

자살 사망자들의 특징을 체계적이고 종합적으로 파악하여 우리나라의 특징적인 자살 위험요인을 규명하고, 이를 자살 예방정책에 반영하여 실질적으로 자살률이 감소할 수 있도록 해야 한다. 이러한 국가자살예방정책에서 중요한 것들 중의 하나로 심리부검(psychological autopsy)을 들 수 있다.

심리부검의 개요

정 의

심리부검은 사망자의 죽음과 관련한, 혹은 그 죽음을 유발하였을 것으로 추정되는 정신행동적인 요인들을 규명하는

것이다. 이를 위해 심리부검에서는 체계적이고 후향적으로 인구사회학, 대인관계, 의학적 주요 변수들을 광범위하게 수집하고 분석한다. 사망자의 가족과 친구를 비롯하여 학교나 직장에서 함께 지내던 사람들과의 심층적인 면담내용, 사망자의 정신질환 및 신체질환에 대한 의료기록, 경찰의 수사기록, 평소 성격, 생활사건, 특히 자살하기 수시간에서 수일 전까지 있었던 일들을 모두 파악해야 한다. Shneidman⁴⁾은 심리부검을 “후향적으로 사망자의 의도를 철저히 조사하는 것”이라고 정의하였다. 실제로 심리부검은 자살 사망자들에서 정신질환을 비롯한 주요 위험 요인들을 가장 직접적으로 타당성 있게 확인하게 해주는 수단으로 입증된 바 있다.⁵⁾

역사

Washington 대학교 의과대학의 정신건강의학과 교수인 Robins 등⁶⁾은 1956~1957년에 걸쳐 자살 사망자들에서 정신질환을 비롯한 관련 요인들을 체계적으로 조사하였다. 당시 Robins 등⁶⁾은 St. Louis에서 1년 동안 134건의 자살 사망 건수에 대해 자살과 관련된 요인들을 조사하였고, 이것이 바로 현대적 의미의 최초의 심리부검으로 알려져 있다. Robins 등⁶⁾이 시행한 심리부검은 명확하게 자살 사망자들을 대상으로 하였고, 해당 지역 내의 모든 자살 건수에 개입하였다는 측면에서 획기적인 의미가 있는 작업이었다. 또한 당시 사용된 정신질환 진단체계는 이후 정신질환에 대한 정신장애의 진단 및 통계편람 제3판(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition)의 초석을 이루게 되었다.^{7,8)} 이 심리부검에서 Robins 등⁶⁾은 모든 자살 사망자들의 90% 정도에서 우울증과 알코올 관련 장애와 같은 정신질환들이 선행되어 있었음을 보고하였는데, 자살 사망자들에서의 이러한 높은 정신질환 유병률은 이후 서양에서 보고된 심리부검 결과들에서 일관되게 보고되고 있다.^{9,10)} 이후 Dorpat과 Ripley¹¹⁾가 Seattle 지역에서 Robins 등의 연구방법론을 활용한 심리부검을 시행하여 그 효과성을 입증하였다. Robins 등⁶⁾의 연구에서는 또한 자살 사망자들의 69%에서 자신들의 자살 의도를 주변 사람들에게 언어적 및 비언어적으로 표현하였다고 보고한 바 있으며, 이 중 75%에서는 이러한 자살 의도에 대한 표현이 평소 그 사람의 언행에 비취했을 때 상당히 다른 것이고 급격히 발생한 양상으로 보였음을 밝혔다. 이러한 연구 결과 역시 후속 연구들에서 비슷하게 보고되었다. Luoma 등¹²⁾은 자살 사망자들의 의료기관 이용 현황 자료가 나타난 40건의 연구결과를 검토하면서, 자살 사망자들의 약 45%가 자살 1개월 전에 1차 의료기관을 방문한 적이 있었음을 밝혔다.

한편 1958년 Los Angeles(이하 LA) 자살예방센터(Suicide

Prevention Center)의 Robert Litman, Norman Farborow, Edwin Shneidman은 검시관이 애매한 사망 사례에 대해 자살 여부를 판정하는 데 도움이 될 수 있도록 체계적인 심리부검 방법론을 개발하였다. 당시 LA에서는 원인을 찾기 어려운 약물과 관련한 사망 사건 사례들이 빈발하고 있던 중이었다.⁴⁾ 그 중 Shneidman⁴⁾은 ‘심리부검’이라는 용어를 처음으로 사용하였다. 애초에 LA 자살예방센터에서 확립한 심리부검의 목적은 원인이 불분명한 사망(equivocal death)의 원인을 정확히 규명하는 것이었으며, 이는 상당히 성공적이었던 것으로 평가된다. 정신건강의학과 전문의로서 미국 LA 자살예방센터와의 공조를 통해 500건이 넘는 심리부검을 시행한 Litman¹³⁾은, 대부분의 사망 사건에서 심리부검을 통하여 대부분 사망 사건들의 원인을 명확하게 규명할 수 있었다고 기술하였다. 1968년 Edwin Shneidman은 미국자살학회(American Association of Suicidology, 이하 AAS)를 창립하였고, 자살 사망자들에서 특화시켜 적용할 수 있는 심리부검 도구를 개발 및 보급하고 있다.

그 외 유럽에서는 영국의 Barraclough 등¹⁴⁾이 1966년부터 4년 동안 100건의 심리부검을 처음 시행하였으며, 아시아에서는 중국^{15,16)}과 일본^{17,18)} 등에서 심리부검을 본격적으로 시행하며 다수의 연구 성과를 발표한 바 있다.

도구

심리부검은 역사적 맥락에서 살펴본 것처럼 크게 두 가지 목적으로 활용되어 왔다. 하나는 사망의 원인으로 자살 여부를 감별하는 것이고, 다른 하나는 자살로 판명된 사례에서 사망자의 특징을 총체적으로 규명함으로써 자살의 위험요인을 파악하는 것이다. Scott 등¹⁹⁾이 잘 정리한 것과 같이, 전자의 목적으로 심리부검 도구가 개발된 것으로서 자살 판정에 대한 조작적 범주(Operational Criteria for the Determination, 이하 OCDS)²⁰⁾와 자살형태 사망 판정을 위한 경험적 범주(Empirical Criteria for the Determination of Suicide Manner of Death, 이하 ECDS)²¹⁾ 등이 있다.

Operational Criteria for the Determination의 제작 목적은 사망 사례들 중에서 자살 여부를 최대한 정확히 감별함으로써 궁극적으로 자살 통계의 타당성(validity)과 신뢰성(reliability)을 향상시키는 것이었다.²⁰⁾ 이를 위해 질병관리본부(Center for Disease Control and Prevention)가 중심이 되어 미국법의학회(American Academy of Forensic Sciences), AAS, 생체기록 및 보건통계학회(Association of Vital Records and Health Statistics), 세계검시관학회(International Associations of Coroners and Medical Examiners), 국립검시관학회(National Association of Medical Examiners), 국립보

건통계센터(National Center for Health Statistics) 등과의 공동작업을 통하여 개발되었다. OCDS는 총 22개의 문항으로 구성되어 있으며, 크게 의도(intent)와 자의성(self-inflicted)의 두 가지 범주로 구성된다. OCDS에는 다학제적 전문가들이 제작 및 의견수렴 과정에 참여함으로써 자살과 관련한 다양한 관점의 의견이 녹아들어 있다. OCDS는 1987년 6월 세계검시관학회에서 승인을 받았으며, 1987년 5월에는 AAS에서도 OCDS의 보급을 공식적으로 권고하였다.

Empirical Criteria for the Determination of Suicide Manner of Death는 OCDS에 있는 기존의 22개 문항들을 그대로 유지하면서, 경험적으로 추가로 확인하는 것이 필요하다고 여겨지는 33개의 문항들을 추가한 총 55개의 문항들 중에서 자살과 가장 밀접하게 관련된 것으로 추려진 16개 문항으로 구성되어 있다.²²⁾ ECDS는 OCDS와 마찬가지로 법의학자로서 하여금 자살 여부를 정확히 판단할 수 있도록 충분한 정보와 근거를 제공하는 것이 목적이거나, 구체적인 목적과 맥락에서 다소 간의 차이가 있다. OCDS가 엄격한 판정 범주를 바탕으로 검시관 등이 법적으로 자살 여부를 명확하게 판명하는 데 도움이 될 수 있도록 제작되었다면, ECDS는 이보다 더 유연한 관점에서 바라볼 수 있고 연구 목적으로도 활용될 수 있도록 구성되었다. 자의성과 의도를 바탕으로 점수를 합산하여 기준점에 따라 자살 여부를 판단할 수도 있으며, 법적으로는 사고로 기술할 수밖에 없는 상황에 대해서도 그 맥락에 따라 자살 행태의 비중을 확인할 수도 있게 되어 있다.

심리부검의 의의 및 활용도

자살에서 정신질환의 역할 규명 : 사회문화적 맥락을 중심으로

심리부검은 자살의 위험요인 규명과 관련하여 독보적인 위치를 확보하고 있는데, 그 이유는 살아있는 사람을 대상으로 자살의 위험요인을 연구하는 것은 결국 자살시도 혹은 자해의 범주를 벗어날 수 없기 때문이다. 자살시도가 자살의 가장 강력하고 주요한 위험요인임은 분명하지만, 자살시도와 자살 자체는 서로 다른 자살행동지표임을 감안한다면, 심리부검을 통해서만 규명할 수 있는 영역이 분명 존재한다. 특히, 자살은 온전히 의학적이거나 생물학적으로 환원되어 설명될 수 없는 매우 복잡한 현상이며, 그로 인해 각 국가별 및 사회문화적 맥락에 따라 위험요인 등은 매우 다르게 나타날 수 있다.

앞서 언급한 것처럼, Robins 등⁶⁾의 연구 이래, 많은 서양 연구들에서 자살 사망자들의 90% 이상에서 정신질환을 앓고 있음이 보고되어 왔다.^{9,10)} 그러나, 중국과 일본을 중심으로 하는 동양권에서 보고된 심리부검 결과는 이와 사뭇 다른 양

상을 보이고 있다. 중국에서 시행된 심리부검 연구들을 대략 살펴보면, 대부분 자살 사망자들의 정신질환 유병률이 70%를 넘지 않았음을 알 수 있다. 대표적으로, 2002년에 발표된 Phillips 등¹⁶⁾의 연구에서는 총 519명의 자살 사망자들을 대상으로 심리부검을 시행한 결과 37%에 해당하는 192명이 정신질환이 없는 것으로 나타났다. 또한 같은 연구자에 의해 2007년에 발표된 또 다른 연구에서도 역시 총 887명을 대상으로 심리부검을 시행한 결과, 그 중 34.5%에 해당되는 306명이 DSM-IV의 1축 진단에 해당되지 않았다.²²⁾ Zhang 등¹⁵⁾이 2010년에 보고한 연구에서는 무려 52%의 자살 사망자들이 정신질환이 없는 것으로 보고되기도 하였다. 이는 일본도 마찬가지이다. Hirokawa 등¹⁸⁾이 일본 전역을 바탕으로 총 49명의 자살 사망자들에서 심리부검을 시행한 결과에서는, 자살 사망자들에서 정신질환 유병률은 65.3%로 나타났다.

심리부검 연구를 통해 중국, 일본과 같은 동양 문화권에서 서양 문화권에 비해 정신질환 유병률이 더 낮게 나온 것에 대해 몇 가지 이유로 설명해볼 수 있다. 첫째, 각 나라별로 자살과 관련한 통계적 특징이 다를 수 있다. 예를 들어 중국의 경우 우리나라를 포함한 전세계의 많은 국가들에서 여자보다 남자의 자살률이 더 높으나, 중국에서는 여자의 자살률이 더 높다.²³⁾ 둘째, 중국과 일본의 심리부검 연구에서는 인격장애에 대한 별도의 조사가 거의 이루어지지 않았다.^{15,18)} 셋째, 자살 사망자들에서 보이는 임상증상들이 서양에서 개발 및 보급되어 온 척도와 도구로 온전히 담아내지 못하는 것들이 있을 수 있다. 대표적으로 우리나라에서 흔히 볼 수 있는 횡병과 같은 질환을 들 수 있다. 넷째, 특정 정신질환으로 진단될 만한 뚜렷한 정신병리 소견이 없어도, 자살을 촉진시킬 수 있는 사회문화적 상황에 노출되기 쉬운 경우에는 실제 자살로 이어질 수 있다. 마지막으로, 중국과 일본, 그리고 아마도 우리나라를 포함한 동양 문화권에서는 자살과 정신질환 등에 대한 사회적 편견과 낙인이 서구 문화권보다 심하여 정보 제공자들이 정신질환으로 추정될 만한 사항들을 밝히기 꺼려하여 결과적으로 정신질환의 유병률이 실제보다 저평가 되었을 가능성도 있다.

국가자살예방정책으로서의 심리부검 : 핀란드 사례에 대한 고찰

흔히 자살예방정책의 일환으로 심리부검을 시행하여 좋은 성과를 얻은 외국의 사례로 핀란드를 거론한다. 핀란드에서는 1986년 국립건강위원회(National Board of Health)에서 자살률 감소를 위한 국가자살예방프로젝트를 본격 가동하면서 그 일환으로 심리부검을 시행하게 되었다.²⁴⁾ 1987년 4월 1일부터 1988년 3월 31일까지 핀란드 내에서 발생한 1397건

의 자살 사례에 대해 심리부검이 시행되었다. 핀란드의 심리부검 진행 개요 전반에 대해서는 Isometsä²⁵⁾가 잘 정리한 종설이 있으며, 국내에도 그 내용이 소개된 바 있다.²⁶⁾ 핀란드는 심리부검을 포함한 적극적이고 체계적인 자살예방정책에 힘입어 자살의 위험요인을 체계적으로 규명하였으며, 이를 바탕으로 자살 위험성이 있는 사람들을 우선적이고 집중적으로 파악하여 관리함으로써 자살률을 낮출 수 있었다. 그 결과 핀란드의 인구 10만 명당 자살률이 1990년의 30.2명에서 2011년 16.4명으로 45.7% 감소하였다. 이는 한국이 같은 기간 동안 8.8명에서 33.5명으로 280.7% 증가한 것과 대비되는 것이라고 할 수 있다.²⁷⁾

핀란드가 심리부검을 성공적으로 수행하였고, 전체 자살예방정책의 맥락에 부합하며 국가 자살률을 크게 낮춘 것에는 이론의 여지가 없다. 그러나, 1987~1988년의 핀란드와 지금 우리나라의 상황은 여러 가지로 많은 차이가 있다. 첫째, 핀란드 전체 인구는 당시 약 500만 명으로 우리나라의 약 1/10에 불과하여 국가적인 사업을 중앙에서 통제하기 수월하였다. 둘째, 핀란드 국민들의 약 90%가 루터복음교를 믿고 있어서 자살과 같이 삶과 죽음에 주제에 대한 동질적인 시각과 공감이가 가능하였다. 셋째, 핀란드에서는 이미 오래 전부터 정신보건정책에 대한 활발한 논의와 정책이 실행 중이었다. 대표적인 예로, 핀란드 정신보건협회(Finnish Association for Mental Health)는 1897년 설립된 세계 최초의 자발적인 정신보건기구로 알려져 있으며,²⁸⁾ 이미 1970년대에 자살예방과 관련한 정책제언 및 전달기구를 설립하였다. 또한 핀란드에서는 당시부터 탈원화와 함께 정신건강증진과 자살예방이라는 양방향의 정신보건정책 축을 전개할 수 있는 여건이 마련되어 있었다. 이러한 바탕 위에서 핀란드에서는 당시 자살예방정책에 참여 협조를 받은 정신보건전문가들의 약 반절에 해당하는 10만 명이 흔쾌히 이에 동참하였다. 넷째, 핀란드에서는 당시 심리부검을 국가자살예방정책의 첫 번째 단계로 설정하여, 철저한 사전계획과 인력 교육, 심리부검 실행, 그리고 결과분석 및 활용으로 이어질 수 있도록 준비하였고 이를 실행할 수 있는 충분한 예산을 투입하였다. 심리부검이라는 최종적인 수단에만 매달리기보다는, 그러한 수단이 국가적으로 성공할 수 있었던 이유와 배경에 대해 이해한다면 우리나라에서도 국가자살예방정책으로서 심리부검을 더욱 성공적으로 수행할 수 있을 것이다.

국내 심리부검 현황

군의원사진상규명위원회 심리부검자문소위원회

우리나라에서 국가적으로 시행한 첫 심리부검은 대통령직

속 군의원사진상규명위원회가 설치되고 산하에 심리부검자문소위원회가 활동하면서부터이다. 군의원사진상규명위원회는 2006년 1월 1일부터 2009년 12월 31일까지 활동하였으며, 그 명칭처럼 우리나라에서 군복무 중 원인을 명확하게 밝히지 못한 의문사에 대한 진상규명과 조사를 주목적으로 하였다.²⁹⁾ 군의원사진상규명위원회 심리부검자문소위원회에서는 비록 체계적인 방법론에 따라 심리부검을 시행하여 그 결과를 보고한 것은 아니나, 정신건강의학과 전문의와 임상심리학자 등 전문가가 최초로 참여하여 기존의 관행에서 벗어나 자살을 포함한 군 내 사망 사건에 대한 폭넓고 다각적인 정신사회적 요인들을 종합적으로 고려하여 그 사망 원인을 밝혀내고자 시도하였다는 점에서 그 의의가 있다고 할 수 있다.

한국자살예방협회 · 보건복지부 심리적 부검 연구

한국자살예방협회는 보건복지부의 지원을 받아 2009년 5월부터 12월까지 경기도 수원, 인천, 그리고 강원도 원주 등 3개 지역에서 심리부검을 시행하였다.²⁶⁾ 연구초반에 연구진이 3개 지역의 총 11개 경찰서를 방문하여 심리부검의 취지와 목적, 그리고 절차에 대해 설명하고 해당 경찰서들의 협조를 구하였다. 각 경찰서에서는 관할 내에 자살이 의심되는 변사 사건이 발생하는 경우 담당 수사관이 유가족을 조사한 이후에 유가족에게 해당 지역 정신건강증진센터의 유가족 사례관리 서비스를 안내하거나 본인 동의하에 연락처를 정신건강증진센터에 알려주고, 궁극적으로는 각 지역의 정신건강증진센터 주관하에 심리부검을 시행하는 방식으로 이루어졌다. 당시 총 15건의 심리부검 사례가 의뢰되어 이 중 7건에 대한 심리부검을 완수하였다. 이는 우리나라에서 체계적인 방법론에 따라 심리부검을 수행한 최초의 사례이며, 한국형 심리부검 면담 모형 및 도구를 최초로 구축하였다는 데 그 의의가 크다고 할 수 있다. 그러나, 초기에 예상했던 것보다 상당히 적은 사례 밖에 심리부검을 하지 못했고, 죽음과 자살에 대해 언급하는 것을 꺼리는 우리나라 사회문화적 상황에서 심리부검을 어떻게 하면 활발하게 수행할 수 있을지에 대한 큰 화두를 던진 계기가 되었다.

제주지방경찰청

제주지방경찰청에서는 서종한 박사의 적극적인 역할 아래 2009년 3월부터 2011년 12월까지 삼성정신건강연구소와 협력하여 심리부검을 시행하였다.³⁰⁾ 이 연구에서는 앞서 시행된 한국자살예방협회에서 개발한 심리부검 도구를 사용하였고, 국내에서 진행된 심리부검 연구 중 거의 유일하게 대조군 연구를 통하여 자살 사망자들의 특성 및 위험요인을 체계적으로 분석하였다. 경찰청에서 주도적으로 시행한 만큼 자

살 뿐만 아니라 다른 사망자들에 대해서도 접근이 용이하였고 이를 바탕으로 대조군 연구도 수행할 수 있었던 것으로 추정된다. 이렇게 경찰청이 중심적인 역할을 하면서 심리부검을 수행하였다는 점은 다른 국내 심리부검 사례들과의 차이점이며, 삼성정신건강연구소와 협력하여 진행함으로써 민·관 협력모형도 성공적으로 구축 및 활용한 사례라고 할 수 있다.

경기도자살예방센터

경기도자살예방센터에서는 2013년 4월부터 2013년 12월 까지 보건복지부와 아주대학교가 시행한 심리부검사업에 협력하여 함께 진행하였다.³¹⁾ 경기도자살예방센터에서 수행한 심리부검사업은 경기도를 포함한 전국의 사례들을 대상으로 하였으며, 총 72명의 자살 사망자들에 대한 심리부검을 시행하는 등 단일사업을 통한 심리부검 사례 중 가장 많은 건수를 기록하였다. 경기도의 광대한 지역 특성을 고려하여 심리부검 발굴 및 사례관리는 경기도 내의 31개 시군별 경찰서 및 생명사랑 전담인력이 맡아서 진행하였다. 경기도자살예방센터 심리부검에서는 또한 국내 최초로 AAS와 연계하여 해당 학회의 전문가들을 초청하여 심리부검 조사리스트(psychological autopsy checklist Ver.1) 및 한국형 심리부검 진행 전반에 대한 자문을 받았다. 특히, 경기도에서는 경기지방경찰청과의 긴밀한 협조를 통해서 자살이 발생한 지역, 자살 사망자들의 성별, 연령, 발생시각, 추정원인, 수단 등에 대한 자료를 공유함으로써 각 지역 단위에서 더욱 효과적이고 신속히 자살 사례를 인지하고 심리부검을 진행할 수 있도록 하였다.

인천광역시자살예방센터

인천광역시자살예방센터에서는 2009년 5월부터 2014년 12월 현재까지 지속적으로 심리부검을 진행하고 있다.³²⁾ 인천광역시로부터 행정적인 협조를 받고, 인천지방경찰청과 협력관계를 구축하면서 진행하고 있다. 인천광역시자살예방센터는 우리나라 광역자살예방센터들 중에서 심리부검 및 유가족 지원사업에 있어서 가장 오랜 노하우와 경험을 보유하고 있다. 비록 5년 동안 34건이라는 심리부검 사례 건수가 상대적으로 적은 편이기는 하나, 오랜 시간 동안 유가족 자조 모임 및 등록사례관리를 시행하면서 쌓아온 유가족들과의 신뢰와 라뵘(rapport)가 큰 장점으로, 5년 이상 이어오고 있는 유가족 등록관리 및 자조모임을 비롯하여 수탁운영기관인 가천대학교 길병원 정신건강의학과와 임상심리실과 연계하여 심층적인 지원도 병행하고 있다. 다만, 2014년 8월까지 시행된 심리부검에서는 면담 시점의 기준이 3개월 이상으로만 되어 있어, 일부 심리부검 사례에서는 자살 사망일로부터 면

담 일자가 지나치게 길어 회상성 기억오류에서 자유롭지 못한 한계가 있다.

중앙심리부검사업단

중앙심리부검사업단은 지역에서 자살예방사업을 총괄 수행하는 광역자살예방센터와 달리, 오직 심리부검만을 전문적으로 수행하기 위해 설립된 기관이다. 보건복지부로부터 지원을 받아 2014년도 상반기부터 아주대학교에서 운영하고 있다. 2014년도에 중앙심리부검사업단은 자체적으로는 물론, 경기도자살예방센터, 인천광역시자살예방센터 등 광역자살예방센터들과도 업무협약을 체결하며 심리부검을 수행하고 있다. 또한, 전국적으로 심리부검을 수행하는 기관 및 담당자들로 하여금 심리부검에 대한 이해도를 높이고, 표준화된 도구로 타당성 있는 심리부검을 시행할 수 있도록 AAS의 Alan Berman 등을 초빙하여 워크숍을 개최하기도 하였다.

국내 심리부검사업의 문제점과 개선방향

우리나라에서는 앞서 사례로 든 경기도자살예방센터와 인천광역시자살예방센터뿐만 아니라, 부산, 충청남도 등 주요 광역시도에서 심리부검 혹은 그와 유사한 방법론을 사용한 조사를 주요사업으로 시행하고 있다. 부산광역시에는 부산경찰청, 상지대학교, 부산광역시자살예방센터, 부산지역 기초정신건강증진센터 등과 협력하여 2013년도에 총 40명의 자살 사망자들에 대한 심층면담을 시행하였다고 보고하였다.³³⁾ 충청남도에서도 충청남도광역정신건강증진센터가 2013년도에 25명의 자살 사망자들에 대한 심리사회적 원인조사를 시행하였다.³⁴⁾ 우리나라처럼 자살률이 높은 나라에서 각 광역 시도별로 심리부검을 집중적으로 지원하고 시행하는 등, 전국적으로 심리부검이 확대되는 것은 매우 의미 있고 바람직한 일이다. 그러나, 앞서 살펴본 네 개의 심리부검 사례를 포함하여 우리나라에서 진행되어 온 심리부검 현황을 고려할 때, 몇 가지 개선해야 할 중요한 문제점들이 있다(표 1).

첫째, 심리부검사업을 수행하는 각 기관별로 방법론적인 일관성과 표준화가 결여되어 있다. 각 사업 수행 단위별로 자체적인 워크숍과 사례회의 등을 통해서 심리부검의 내적 타당성을 확보하였을 수는 있다. 그러나, 각 지역 간 심리부검의 방법론이 일치되지 않고 표준화되지 않은 도구들이 사용되면, 여러 기관에서 심리부검을 통해 얻은 결과를 질적으로나 양적으로 통합하기 어렵다. 각 광역시도별로 해당 지역의 특성을 반영할 수 있는 장치는 마련되어야 하겠지만, 기본적으로 심리부검 면담 시기, 면담자의 자격 및 교육훈련, 면담 도구 등에 대해서는 어느 정도의 일관성이 확보되어야 한다. 이를 위해 전국의 심리부검 유관기관들이 충분한 논의와 협

Table 1. Comparison of psychological autopsy studies in Korea

	Korean Association for Suicide Prevention	Jeju Special Self-Governing Provincial Police Agency	Ministry of Health & Welfare, Aju University, Gyeonggi Provincial Mental Health Center	Incheon Suicide Prevention Center
Project period	2009.05–2009.12	2009.03–2011.12	2013.04–2013.12	2009.05–2014.12
Project regions	Incheon, Suwon, Wonju	Gangwon-do, Chungcheongbuk-do, Gyeonggi-do, Jeju, Gyeongsangbuk-do	Whole country	Incheon
Number of subjects	7	92	72	34
Suicide victims	7	56	72	34
Controls	-	36	-	-
Instruments	Self-developed instruments based on the Michael Phillips'	Instruments developed by Korean Association for Suicide Prevention	Self-developed instruments	Instruments developed by Korean Association for Suicide Prevention
Standardized training of performing personnel	NA	NA	NA	NA
Characteristics of interviewer	Psychiatrist, psychologist, mental health nurse	NA	Mental health professionals	Mental health professionals
Interview time after suicide	3–12 months	Approximately 3–12 months	In principle 3 months–3 years	More than 3 months
Suicide survivors' evaluation for the interview	NA	NA	NA	NA
Support for the suicide survivors	NA	NA	Financial support	Group cognitive therapy, self-help meeting, case management

NA : Information not available

력을 통해 결과를 양적, 질적으로 통합하고 충분히 활용할 수 있는 시스템을 구축하여야 한다. 앞으로 연합 사례회의 및 지속적인 교육과 워크숍 등을 통해 우리나라에서 공통적으로 사용하는 심리부검의 표준안을 제작하여 전국적으로 보급하는 일에도 힘써야 한다.

둘째, 우리나라에서 수행하는 대부분의 심리부검은 유가족의 반응에 대한 평가가 제대로 이루어지지 못하고 있다. 앞서 외국 문헌들을 고찰한 바와 같이 유가족이 심리부검에 참여한 뒤 느끼는 주관적인 행복감이나 혹은 고통의 정도를 측정할 수 있어야 한다. 그리고 해당 결과를 심리부검에 대한 인식 개선 및 피드백으로 참조하여 우리나라 상황에 최적화된 심리부검 모형 구축에 반영하여야 한다.

셋째, 대조군을 설정하여 자살 유가족들을 통한 심리부검 결과와 대조하여야 한다. 대조군 연구를 시행하지 않으면 심리부검을 통해 얻은 자살 사망자들의 위험요인들이 정말 위험요인인지 통계적으로 검증하는 데 많은 제약이 따른다. 이러한 이유로 최근 시행되는 대부분의 심리부검사업에서는

대조군을 설정하여 그 결과를 해석하고 있다.^{15,18,35-39)} 물론, 심리부검에서 대조군을 설정하는 것은 그렇게 간단한 문제는 아니다. 대조군으로 자살이 아닌 다른 이유로 사망한 자의 유가족을 설정할 것인지, 혹은 자살 사망자의 사망 연령 및 성별과 짝지는 생존자들로 구성할 것인지부터 정해야 한다. 대개 유가족의 애도 및 정신과적 증상 등에 초점을 맞추는 연구는 다른 이유로 사망한 자의 유가족을 대조군으로 설정하며, 자살 사망자의 생전 정신질환을 포함한 위험요인을 규명하고자 할 때에는 연령 및 성별에 짝지는 대조군을 설정하는 경우가 많다. 대조군을 설정하는 구체적인 방법은 향후 더 고려해야 하겠지만, 대조군이 없으면 자살의 위험요인을 규명하는 연구방법론에 많은 제약이 따르고 그만큼 결과 해석도 제한적일 수밖에 없음을 명심해야 한다.

성공적인 심리부검의 필요조건

현재까지 논의한 내용들이 심리부검의 방법론에 대한 것

이었다면, 다른 한편으로 고려해야 할 부분은 바로 심리부검이 성공적으로 수행될 수 있게끔 하는 것이다. 자살 사망자들의 전체 숫자에 비해서 심리부검 사례 건수가 굉장히 적다면, 아무리 방법론적으로 타당하다고 하여도 그 결과는 대표성을 확보하기 어렵기 때문에 국가자살예방정책의 근거로 활용하는 데 상당한 제한점이 있을 것이다. 따라서, 심리부검이 원활히 수행될 수 있는 체계와 여건을 확보해야 하는데, 이를 위해 가장 중요한 세 가지가 바로 인식개선과 언론대응, 제도적 지원, 그리고 유관기관 네트워크 및 다학제적 협의이다. 이 중 현시점에서 심리부검사업의 실행에 가장 직접적인 역할을 하는 것이 유관기관 네트워크 및 다학제적 협의라고 할 수 있다.

유관기관 네트워크 및 다학제적 협의

외부자원 및 네트워크의 관점으로 볼 때, 정신건강의학과 전문의와 광역자살예방센터를 중심으로, 경찰청, 심리 및 사회복지 전문가단체, 응급의료기관 등이 모두 긴밀히 연계할 수 있는 다학제적 네트워크가 반드시 필요하다. 특히 자살 사망자들을 가장 초기에 접하는 경찰청, 응급의료기관과 연

계하여, 자살 유가족들에게 심리부검의 의의와 필요성이 충분히 전달되어 애도가 완료된 이후 너무 늦지 않은 시점에 참여할 수 있도록 해야 한다.

첫째, 경찰청과 연계하는 경우 경찰청 본청에서부터 협력과 네트워크를 구축해야 한다. 경기도 심리부검 보고서에 잘 기술되어 있는 것처럼,³¹⁾ 개별 지역 단위에서 아무리 정신건강증진센터와 관할경찰서 혹은 지방경찰청과 협조체계가 잘 되어 있어도, 관할경찰서 내 인사이동이 발생하게 되면 거의 초기와 다름 없는 상태에서 네트워크를 구축하고 사업 연계를 시작해야 하는 어려움이 있다. 또한 전국적으로 심리부검을 확대해 나간다고 가정하였을 때, 각 광역시도 내에서 비슷한 방식으로 개별적인 협약을 체결하기보다는 경찰청 본청과 보건복지부, 그리고 중앙심리부검사업단 상호간의 업무협조와 공조가 우선적으로 시행되어야 한다.

둘째, 응급의료기관과의 연계를 통해 자살시도로 사망 상태로 병원에 내원하거나, 혹은 병원에서 치료 중 사망한 사람들의 유가족들에 대한 접근성을 높여야 한다. 현재 우리나라에서는 전국 25개 병원에서 ‘응급실기반 자살시도자 사후 관리사업’이 진행 중이다. 2014년 12월 현재 시점으로 1년 6

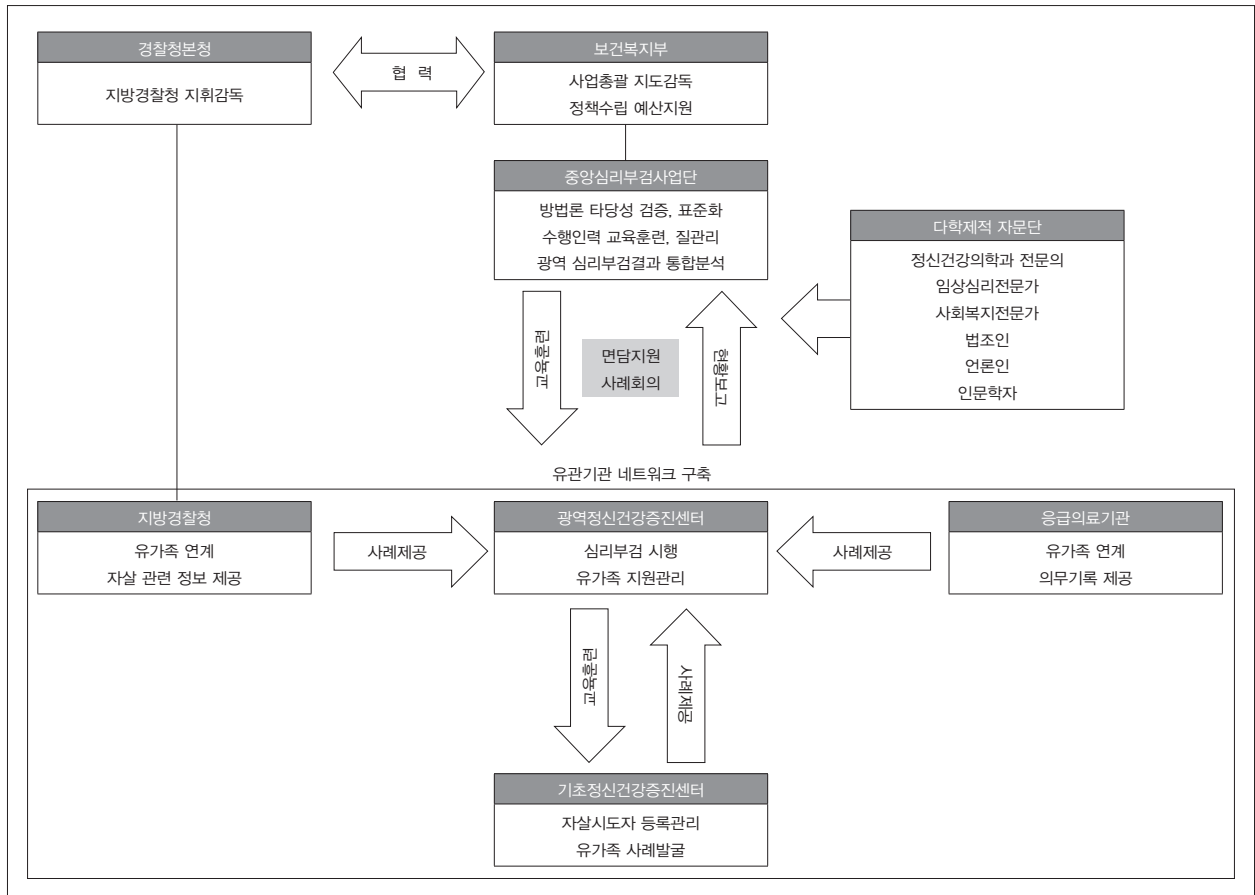


Fig. 1. Psychological autopsy model.

개월째 지속되고 있는 이 사업을 통해서 주요의료기관에서 정신건강의학과와 응급의학과와 소통 및 협조 체계가 원활히 구축되어 있다. 바로 이 네트워크를 더 발전시킨다면, 자살 유가족들에 대한 연계는 물론, 법적인 동의와 절차를 거쳐 의무기록 등의 추가 자료를 확보하는 데에도 용이할 수 있다.

셋째, 지역정신건강증진센터와의 공조체계도 원활히 구축해야 한다. 광범위한 면적에 걸쳐 있는 지역의 경우에는 광역자살예방센터에서 심리부검의 사례발굴부터 전담하는 것이 바람직하지도 가능하지도 않기 때문에, 각 지역에 있는 기초정신건강증진센터 및 관할경찰서와의 연계체계를 공고히 구축해야 한다. 각 지역의 기초정신건강증진센터에서는 자살예방사업 및 정신장애인 회원관리를 하고 있으며, 이러한 주요사업기능으로 인해 유가족들이 먼저 도움을 요청하는 경우도 있다. 일본에서 시행된 심리부검도 도움을 요청하는 유가족들을 중심으로 진행된 바 있다.¹⁷⁾

자살예방정책으로서의 심리부검 모형 제안

지금까지의 논의를 종합하여 볼 때, 우리나라에서 심리부검을 효과적으로 수행하기 위해서는 내재적 구성도를 향상시키면서, 동시에 네트워크를 잘 구축하며 다양한 외적 자원을 활용할 수 있어야 한다(그림 1).

우선, 보건복지부와 중앙심리부검사업단을 중심으로 심리부검의 방법론을 표준화하여야 한다. 또한 심리부검을 시행할 수 있는 기관에 대해 인증하는 제도도 필요할 것이다. 심리부검을 수행하는 전문인력들에 대한 교육 및 훈련도 지속적으로 이루어져야 한다. 2014년도에는 AAS를 통한 교육 및 훈련이 시행되었는데, 노하우와 경험이 축적되면 빠른 시일 내에 우리나라에서 자체적인 교육 훈련 모듈을 개발할 필요가 있다. 이러한 노력을 통해 궁극적으로는 심리부검 수행인 증 기관에서 표준화된 방법론을 활용하여 전문인력이 수행한 심리부검 결과들을 통합하여 분석한다면, 국가적 자살예방정책에 직접적으로 적용할 수 있는 의미 있는 정책대안을 도출해 낼 수 있을 것이다.

경찰청, 응급의료기관, 그리고 기초정신건강증진센터와의 네트워크 구축을 통해 자살 유가족들에 대한 접근성을 높여야 하며, 또한 심리부검 협력체계가 원활히 이루어질 수 있도록 정기적으로 사례회의와 워크숍을 개최하여야 한다. 이러한 협력체계는 꼭 유가족을 의뢰할 수 있는 기관에 한정할 필요는 없다. 정신건강의학과 전문의는 물론 임상심리전문가, 사회복지전문가, 종교인, 인문학자, 법조인, 행정공무원, 언론인 등 심리부검과 직간접적으로 관련되어 있는 다양한 직

능들을 모두 아우르는 자문단을 구성하여, 수행되고 있는 심리부검의 윤리성과 타당성을 포함한 전반적인 사업수행체계를 검토하고 진행 방향을 논의해 나가야 할 것이다.

이상의 논의 사항들을 충분히 고려하여 심리부검을 수행한다면, 자살 사망자들의 자살과 관련된 주요한 요인들을 체계적으로 수집 및 파악함으로써, 이를 바탕으로 과학적인 근거중심의 자살예방정책을 수립하고 실행할 수 있을 것으로 기대된다.

중심 단어 : 심리부검 · 자살예방 · 정신건강.

Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest.

REFERENCES

- 1) Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization;2002.
- 2) International Monetary Fund [homepage on the Internet]. IMF data. Key Indicators for Korea, Republic of. 2014 [cited 2014 Dec 14]. Available from: <http://elibrary-data.imf.org/FindDataReports.aspx?d=33060&e=161934>.
- 3) Statistics Korea. 2013 Cause of Death Statistics. Daejeon: Statistics Korea;2014.
- 4) Shneidman ES. Suicide, lethality, and the psychological autopsy. *Int Psychiatry Clin* 1969;6:225-250.
- 5) Kelly TM, Mann JJ. Validity of DSM-III-R diagnosis by psychological autopsy: a comparison with clinician ante-mortem diagnosis. *Acta Psychiatr Scand* 1996;94:337-343.
- 6) Robins E, Gassner S, Kayes J, Wilkinson RH Jr, Murphy GE. The communication of suicidal intent: a study of 134 consecutive cases of successful (completed) suicide. *Am J Psychiatry* 1959;115:724-733.
- 7) Washington University in St. Louis School of Medicine [homepage on the Internet]. The Question of Suicide [cited 2014 Dec 20]. Available from: <http://mpaweb1.wustl.edu/~medschool/outlookarchives/winter2006/suicide.htm>.
- 8) Folsom TD, Merz AM, Grant JE, Fatemi N, Fatemi SA, Fatemi SH. Profiles in the history of neuroscience and psychiatry. In: Clayton PJ, Fatemi SH, editors. *The Medical Basis of Psychiatry*. Totowa: Humana Press;2008. p.731-752.
- 9) Arsenaull-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2004;4:37.
- 10) Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 2003;33:395-405.
- 11) Dorpat TL, Ripley HS. A study of suicide in the Seattle area. *Compr Psychiatry* 1960;1:349-359.
- 12) Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002;159:909-916.
- 13) Litman RE. 500 psychological autopsies. *J Forensic Sci* 1989;34:638-646.
- 14) Barraclough B, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P. A hundred cases of suicide: clinical aspects. *Br J Psychiatry* 1974;125:355-373.
- 15) Zhang J, Xiao S, Zhou L. Mental disorders and suicide among young rural Chinese: a case-control psychological autopsy study. *Am J Psychiatry* 2010;167:773-781.
- 16) Phillips MR, Yang G, Zhang Y, Wang L, Ji H, Zhou M. Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *Lancet* 2002;360:1728-1736.

- 17) Hirokawa S, Matsumoto T, Katsumata Y, Kitani M, Akazawa M, Takahashi Y, et al. Psychosocial and psychiatric characteristics of suicide completers with psychiatric treatment before death: a psychological autopsy study of 76 cases. *Psychiatry Clin Neurosci* 2012;66:292-302.
- 18) Hirokawa S, Kawakami N, Matsumoto T, Inagaki A, Eguchi N, Tsuchiya M, et al. Mental disorders and suicide in Japan: a nation-wide psychological autopsy case-control study. *J Affect Disord* 2012;140:168-175.
- 19) Scott CL, Swartz E, Warburton K. The psychological autopsy: solving the mysteries of death. *Psychiatr Clin North Am* 2006;29:805-822.
- 20) Rosenberg ML, Davidson LE, Smith JC, Berman AL, Buzbee H, Gantner G, et al. Operational criteria for the determination of suicide. *J Forensic Sci* 1988;33:1445-1456.
- 21) Jobes DA, Casey JO, Berman AL, Wright DG. Empirical criteria for the determination of suicide manner of death. *J Forensic Sci* 1991;36:244-256.
- 22) Phillips MR, Shen Q, Liu X, Pritzker S, Streiner D, Conner K, et al. Assessing depressive symptoms in persons who die of suicide in mainland China. *J Affect Disord* 2007;98:73-82.
- 23) Phillips MR, Yang G, Li S, Li Y. Suicide and the unique prevalence pattern of schizophrenia in mainland China: a retrospective observational study. *Lancet* 2004;364:1062-1068.
- 24) Hakanen J, Upanne M. Evaluation strategy for Finland's suicide prevention project. *Crisis* 1996;17:167-174.
- 25) Isometsä ET. Psychological autopsy studies--a review. *Eur Psychiatry* 2001;16:379-385.
- 26) Korean Association for Suicide Prevention. A research on the construction of psychological autopsy for suicide victims and case management for suicide attempters. Sejong: Ministry of Health & Welfare;2009.
- 27) Organization for Economic Co-operation and Development. OECD. StatExtracts. 2014 [cited 2014 Dec 20]. Available from: http://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=HEALTH_STAT&lang=en#.
- 28) The Finnish Association for Mental Health. Newsletter 2012. Helsinki: The Finnish Association for Mental Health;2012.
- 29) Park JS, Kwon YB. The study on improvement for the suspicious - deaths in the military. *Korean Rev Crisis Emerg Manag* 2011;7:119-138.
- 30) Sea J, Lee C, Kim K, Kim S. Characteristics of Korean suicide: a case-control psychological autopsy study. *Korean Soc Sci Rev* 2013;3:129-155.
- 31) Gyeonggi Provincial Center for Suicide Prevention. 2013 Gyeonggi Province psychological autopsy report. Suwon: Gyeonggi Provincial Center for Suicide Prevention;2014.
- 32) Incheon Metropolitan Suicide Prevention Center. A report on the psychological autopsy in Incheon. Incheon: Incheon Metropolitan Suicide Prevention Center;2014.
- 33) Busan Metropolitan City, Busan Metropolitan Police Agency, Sangji University, Busan Suicide Prevention Center, Mental Health Promotion Centers in Busan. 2013 outcome assessment for psychological autopsy among suicide victims in Busan. Busan: Busan Metropolitan City;2014.
- 34) Chungcheongnam-do Mental Health Center. 2013 Chungcheongnam-do psychosocial survey. Hongseong: Chungcheongnam-do Mental Health Center;2014.
- 35) De Leo D, Draper BM, Snowdon J, Kölves K. Suicides in older adults: a case-control psychological autopsy study in Australia. *J Psychiatr Res* 2013;47:980-988.
- 36) Freuchen A, Kjelsberg E, Lundervold AJ, Grøholt B. Differences between children and adolescents who commit suicide and their peers: a psychological autopsy of suicide victims compared to accident victims and a community sample. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2012;6:1.
- 37) Schneider B, Grebner K, Schnabel A, Hampel H, Georgi K, Seidler A. Impact of employment status and work-related factors on risk of completed suicide. A case-control psychological autopsy study. *Psychiatry Res* 2011;190:265-270.
- 38) Kameyama A, Matsumoto T, Katsumata Y, Akazawa M, Kitani M, Hirokawa S, et al. Psychosocial and psychiatric aspects of suicide completers with unmanageable debt: a psychological autopsy study. *Psychiatry Clin Neurosci* 2011;65:592-595.
- 39) Zhang J, Wiczorek W, Conwell Y, Tu XM, Wu BY, Xiao S, et al. Characteristics of young rural Chinese suicides: a psychological autopsy study. *Psychol Med* 2010;40:581-589.