

충북대학교 병원 응급실을 방문한 자살 기도자의 사회경제학적 특성 연구

정인원 · 박정래 · 김재진

충북대학교 의과대학 신경정신과학교실

< 초 록 >

중소도시인 청주지역의 자살기도자들의 임상적 특성을 조사할 목적으로, 1995년 4월 1일부터 1996년 3월 31일까지 자살기도를 주소로 청주소재의 충북대학교병원 응급실에 내원하였던 102명의 자살기도자에 대한 인구학적 특성과 자살기도의 양상을 조사하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 자살기도자의 남녀비는 1:1.9로 여자가 많았고, 연령분포는 20-29세가 46.1%로 가장 많았다.
2. 자살기도자의 생활수준은 중류가 48.6%로 가장 많았고, 교육수준은 고졸이상의 고학력자가 71.2%로 가장 많았으며, 직업 분포에서는 Skilled와 Non-skilled 모두 48.6%를 차지하였다.
3. 자살기도자의 결혼상태에서는 결혼이 50.0%로 가장 많았고, 이혼자의 비율은 단지 5.5%였으나 충북인구 전체의 이혼자 비율인 0.6%와 비교하면 상대적으로 높았다.
4. 자살기도자의 종교 분포에서는 종교 없음이 58.3%로 가장 많았고, 특히 천주교도의 비율이 전체의 1.4%로 청주인구 전체의 천주교도비율인 5.8%보다 낮았다.
5. 자살기도 장소는 자가에서 88.9%, 시간은 오후 6시부터 밤12시 사이에 56.9%, 계절은 여름(6월-8월)에 43.1%의 비율로 각각 가장 높은 비율을 나타내었고, 자살기도의 동기는 애인이나 배우자와의 애정불화가 61.0%로 가장 많았다.
6. 자살기도의 방법에서는 신경안정제나 농약을 음독한 경우가 82.4%로 가장 많았고, 남자보다 여자가 보다 심각하지 않은 방법으로 자살기도를 하는 경향을 보였다.
7. 자살기도자의 정신과적 진단은 우울성 적응장애가 43.2%로 가장 많았다.
8. 정신과 의사에 대한 자문율은 71%였고, 자문이 되지 않은 이유는 타과 및 응급실의사가 자의로 귀가 조치한 경우가 43.3%로 가장 많았다.

찾아보기 낱말 : 자살기도자, 인구학적 특성, 자살기도 양상, 중소도시지역

이 논문은 1995년도 충북대학교병원 지정진료연구비에 의하여 연구되었음.

서론

최근 청소년들의 자살이 사회적 문제로 대두되면서, 자살의 본질에 대한 이해와 예방대책에 대한 관심이 증대되고 있다. 비록 자살이 인류 사회의 공통적 현상이고, 한때 철학이나 문학의 소재로서 미화되던 시절까지 있기도 하였지만, 시대와 지역에 따라 그 빈도에 차이를 보이고 점차 증가하는 경향을 보이며, 이러한 증가추세가 사회의 산업화·비인간화의 영향 때문이라는 관점이 보편화되면서 심각한 사회문제의 하나로 인식되고 있다.

자살의 본질에 대한 이론은 크게 두가지 범주로 나누어지는데, 하나는 자살을 한 개인의 내적 심리현상으로 이해하려는 것이고, 다른 하나는 사회병리의 일부로서 보려는 관점이다. 전자에 해당되는 것으로는 자살을 내향화된 공격성의 극단적인 결과[1], 혹은 생의 의미상실에 따른 정신적 재생을 바라는 무의식적 소원의 결과[2]로 보는 것 같은 심리학적 이론들을 들 수 있고, 후자에 해당되는 예로는 19세기말 자살을 개인과 사회와의 관계에서 찾으려고 한 Durkheim의 사회학적 접근을 들 수 있다. 최근에는 다른 정신장애와 관련성, 유전성, 약물효과 등에 관한 연구[3,4]와 뇌척수액 5-HIAA 농도의 관찰과 같은 생물학적 요인에 대한 연구[5]도 활발히 진행되고 있다. 이에 따라 자살을 사회학적, 심리학적, 생물학적 요인이 복합되어 나타나는 현상으로 이해하려는 경향이 일반화되고 있다.

자살의 역학을 살펴보면, 미국의 경우 지난 수십년간 자살방지프로그램과 우울증환자의 조기발견 및 약물치료의 발전에도 불구하고 자살율은 줄지 않고 있으며, 매년 10만명당 11-12명꼴로 3만여명이 자살로 사망하여, 자살이 사망의 원인 중 9번째를 차지하고 있다[6, 7]. 서구 유럽에서도 자살은 주요 사인의 하나로 되어 있고, 특히 청소년들의 사망원인 중 자살이 2위를 차지하고 있다[8]. 한국의 경우 1992년 발행된 한국인의 사망통계연보에 따르면 1991년에

신고된 사망자 가운데 자살로 사망한 사람이 1.5%로 나타났고, 특히 20대에서는 자살이 사망원인 중 3위를 차지하는 심각성을 보이고 있다[9]. 그러나 사인분류 불가능의 범주에 자살의 수가 상당수 포함되어 있으리라는 것을 감안하면 실제 자살율은 이보다 높을 것으로 예상된다[10].

이와같은 자살의 심각성 때문에 신경정신과 영역에서도 자살은 주요한 연구의 주제가 되어 왔다. 국내에서의 자살에 관한 임상적 연구를 살펴보면 군대에서 자살기도를 하여 군병원에 입원한 자살기도자[11], 서울대학교병원 응급실을 내원한 자살기도자[12]들에 대한 사회인구학적 변인과 자살기도 양상에 관한 보고, 특정지역의 자살기도자에 관한 연구로 농촌지역(강화도)의 자살기도자들의 사회인구학적 변인 및 자살양상에 관한 보고[13] 등이 있었다. 그러나 청주지역과 같은 중소도시 거주지역의 자살기도자들을 대상으로 하여 특성을 조사한 보고는 없었다.

이에 본 저자들은 증가추세에 있는 자살기도자에 관한 임상적 연구의 일환으로, 중소도시 지역인 청주시에 소재한 응급실에 내원하는 자살기도자들의 사회인구학적 특성을 조사하고, 기존의 보고와의 비교검토를 통해 시간경과나 지역간에 자살양상에 차이가 있는지를 살펴볼 목적으로 이 연구를 수행하게 되었다.

대상 및 방법

1995년 4월 1일부터 1996년 3월 31일까지 자살을 기도하여 충북대학교병원 응급실을 방문한 환자 전체를 조사대상으로 하였고, 연구시작 전 자살기도자의 경우 반드시 신경정신과에 의뢰하도록 응급실 담당의를 대상으로 홍보를 하였다. 이 기간동안 자살기도자는 총 102명이었는데, 이들 중 신경정신과에 의뢰된 72명에 대해서는 정신과 의사가 면담을 하여 조사하였고,

신경정신과 자문이 요청되지 않은 30명에 대해서는 의무기록을 조사하여 자료를 수집하였다.

자살기도자에 대한 자료수집은 응급실에서 일차적 응급치료를 받고 의식이 청명해진 뒤 신경정신과에 자문이 의뢰되면, 정신과 의사가 직접 면담을 하여 조사하고, 계속 의식이 청명하지 못한 경우에는 환자대신 보호자와의 면담을 통해 조사하는 것을 원칙으로 하였다. 신경정신과에 의뢰된 72명의 자살기도자에 대해서는 성별, 연령분포, 생활수준, 교육수준, 직업, 결혼상태, 종교 등의 인구학적 변인과 자살기도의 장소, 시간, 계절, 동기, 방법 등과 같은 자살기도 양상, 그리고 자살기도자의 신경정신과적 진단을 조사하였다.

이들 변인 중 생활수준은 Hollingshead Scale [14]에 따라 Class I, II를 상류, Class III을 중류, Class IV, V를 하류로 구분하였다. 직업은 학생, 공무원, 교사, 전문경영직 등을 Skilled로, 상업 및 단순노동직을 Semiskilled로, 무직 및 기타는 Nonskilled로 분류하였다. 자살기도의 동기는 애인이나 배우자와의 애정불화, 자녀문제나 가정내 경제문제와 같은 가정불화, 정신질환, 직장 및 사업문제, 기타 등 다섯가지 범주로 분류하였다. 자살기도의 방법 항목에서는 방법을 구체적으로 명기하는 한편, 이를 다시 심각성에 따라 '심각한 자살기도 방법'(농약 사용, 수근절상, 목매기, 배가르기, 높은 곳에서 뛰어내리기, 연탄가스 사용)과 '심각하지 않은 자살기도 방법'(신경안정제 사용, 신경안정제와 알코올 동시 사용)으로 나누어 두군간의 인구학적 변인 및 자살기도 양상의 차이를 검토하고, X-검증을 통해 통계적 유의성을 관찰하였다. 또 자살기도자의 정신과적 진단은 DSM-IV[15]에 의거하였다.

자문이 이루어지지 않았던 30명의 자살기도자에 대해서는 의무기록을 열람하여 성별, 연령, 자살기도의 시간, 계절, 방법 등 다섯가지 항목을 조사하여, 면담이 이루어졌던 72명의 자료에 포함시켜 자료를 정리하였고, 신경정신과 자문전 자살로 사망한 사람에 대해서는 별도로

그 특성을 정리하였으며, 신경정신과에 자문이 이루어지지 않은 이유에 대해서도 조사하였다.

결 과

1. 자살기도자의 성별 및 연령분포.

자살기도자의 성별은 남자 35명, 여자 67명으로 남녀비는 1:1.9였다. 연령분포는 20-29세가 47명(46.1%), 30-39세가 24명(23.5%), 50세 이상이 14명(13.7%), 10-19세가 11명(10.7%), 40-49세가 6명(6.8%) 순으로, 20대가 가장 많았다(Table.1).

2. 자살기도자의 생활수준, 교육수준 및 직업 분포

자살기도자의 생활수준은 중류가 35명(48.6%)으로 가장 많았고, 하류 23명(32.0%), 상류 14명(19.4%) 순이었다. 교육수준은 고졸이 33명(45.8%)으로 가장 많았고, 대졸 19명(26.3%), 그리고 중졸 12명(16.7%) 순이었으며, 전체적으로 고졸이상의 고학력자가 52명(72.1%)으로 높은 비율을 차지하였다. 직업 분포는 Skilled와 Nonskilled가 각각 35명(48.6%)으로 같은 비율을 보였다(Table.2).

3. 자살기도자의 결혼상태 및 종교 분포

자살기도자의 결혼상태는 결혼이 36명(50.0%)으로 가장 많았고, 미혼 25명(34.8%), 사별 7명(9.7%), 이혼 4명(5.5%) 순의 분포를 보였다. 종교 분포에서는 종교 없음이 42명(58.3%)으로 가장 많았고, 기독교 16명(22.2%), 불교 5명(7.0%), 천주교 1명(1.4%)이었으며, 기타 종교를 가진 사람도 8명(11.1%)이 있었다(Table.2).

4. 자살기도 시간 및 계절

자살기도 시간은 오후 6시부터 밤 12시까지가 58명(56.9%)으로 가장 많았고, 낮 12시부터 오후 6시까지가 23명(22.6%), 오전 6시부터 낮

Table 1. Demographic characteristics of attempted suicide(I).

		No.(%)	Male N(%)		Female(%)	
			No.	%	No.	%
Age	10 - 19	11(10.7)	7	20.0	4	6.0
	20 - 29	47(46.1)	10	28.6	37	55.2
	30 - 39	24(23.5)	9	25.7	15	22.4
	40 - 49	6(6.8)	2	5.7	4	6.0
	> 50	14(13.7)	7	20.0	7	10.4
Time	0AM-6AM	8(7.8)	5	14.3	3	4.5
	6AM-12MD	13(12.7)	4	11.4	9	13.4
	12MD-6PM	23(22.6)	9	25.7	14	20.9
	6PM-12MN	58(56.9)	17	48.6	41	61.2
Season	Spring (3-5)	20(19.6)	9	25.7	11	16.4
	Summer (6-8)	44(43.1)	15	42.9	29	43.3
	Fall (9-11)	17(16.7)	8	22.9	9	13.4
	Winter (12-2)	21(20.6)	3	8.5	18	26.9
Method	Non-serious					
	sedative-hypnotics	39(38.2)	5	14.3	34	55.2
	sedative-hypnotics + alcohol	8(7.8)	4	11.4	4	6.0
	Serious					
	paraquat	37(36.4)	13	37.1	24	35.8
	wrist cutting	10(9.8)	7	20.0	3	4.5
	hanging	3(2.9)	2	5.7	1	1.5
	stab Wound	1(1.0)	1	2.9	0	0.0
	jumping	3(2.9)	3	8.6	0	0.0
	CO poisoning	1(1.0)	0	0.0	1	1.5
Total No.(%)		102(100.0)	35	100.0	67	100.0

12시까지가 13명(12.7%), 밤 12시부터 새벽 6시
까지가 8명(7.8%) 순이었다. 계절별 자살기도에
서는 여름(6월-8월)이 44명(43.1%)으로 가장 많
았고, 겨울(12월-2월) 21명(20.6%), 봄(3월-5월)
20명(19.6%), 가을(9월-11월) 17명(16.7%) 순이
었다(Table 1).

5. 자살기도 장소 및 동기

자살기도 장소는 자가에서 기도한 경우가 64
명(88.9%)으로 가장 많았고, 야외 5명(7.0%),
기타 3명(4.1%) 순이었다. 자살기도 동기는 애
인이나 배우자와의 갈등이 44명(61.0%)으로 가
장 많았고, 자식문제나 집안의 경제적인 문제로

Clinical Characteristics of Suicidal Attempters

Table 2. Demographic characteristics of attempted suicide(II).

		No.(%)	Male N(%)		Female(%)	
			No.	%	No.	%
Economic status	Upper	14(19.4)	4	17.4	10	20.4
	Middle	35(48.6)	11	47.8	24	49.0
	Low	23(32.0)	8	34.8	15	30.6
Educational state	No education	4(5.6)	2	8.7	2	4.1
	Primary School	4(5.6)	2	8.7	2	4.1
	Middle School	12(16.7)	3	1.3	9	18.4
	High School	33(45.8)	8	34.6	25	51.0
	College	19(26.3)	8	34.8	11	22.4
Occupational state	Skilled	35(48.6)	15	65.2	20	40.8
	Semi-skilled	2(2.7)	2	8.7	0	0.0
	Non-skilled	35(48.6)	6	26.1	29	59.2
Marital status	Single	25(34.8)	7	30.4	18	36.7
	Marriged	36(50.0)	12	51.2	24	49.0
	Widowed	7(9.7)	3	13.0	4	8.2
	Divorced	4(5.5)	1	4.4	3	6.1
Religional state	Buddhist	5(7.0)	0	0.0	5	10.2
	Protestant	16(22.2)	5	21.8	11	22.4
	Catholics	1(1.4)	1	4.3	0	0.0
	No Religion	42(58.3)	16	69.6	26	53.1
	Others	8(11.1)	1	4.3	7	14.3
Motivation of suicidal attempt	Confliction with lover or spouse	44(61.0)	11	47.8	33	67.3
	Housing problems	19(26.4)	6	26.0	13	26.5
	Occupational problems	2(2.8)	2	8.7	0	0.0
	Mental disorder	5(6.8)	3	13.0	2	4.1
	Others	2(2.8)	1	4.3	1	2.1
Place of suicidal attempt	Own home	64(88.9)	19	82.7	45	91.8
	Out doors	5(7.0)	3	13.0	2	4.1
	Others	3(4.1)	1	4.3	2	4.1
Total No.(%)		72(100.0)	23	100.0	49	100.0

인한 가정불화가 19명(26.4%)이었으며, 정신질환 5명(6.8%), 직장 및 사업문제 2명(2.8%), 그리고 기타 2명(2.8%) 순이었다(Table 2).

6. 자살기도 방법

자살기도의 방법을 보면 신경안정제 단독이 39명(38.2%), 신경안정제와 술을 같이 복용한 경우 8명(7.8%), 농약을 사용한 경우 37명(36.4%), 수근절상 10명(9.8%), 목매기 3명(2.9%), 배 굶기 1명(1.0%), 높은 곳에서 투신 3명(2.9%), 연탄가스 흡입 1명(1.0%) 순으로, 전체 자살기도자 중 47명(46.0%)이 자살기도의 방법으로 신경안정제 과량복용을 택한 '심각하지 않은 자살기도'로 분류되었고, 나머지 55명(54.0%)이 '심각한 자살기도'로 분류되었다(Table 2).

7. 자살기도 방법의 심각성과 인구학적 변인 및 자살기도 양상과의 관계

심각한 자살기도와 심각하지 않은 자살기도 두군간에 인구학적 변인 및 자살기도 양상간의 차이를 살펴보면, 심각하지 않은 자살기도의 비율이 남자의 경우 21.43%인데 비해 여자는 78.57%여서, 심각하지 않은 자살을 선택하는 비율이 남자보다 여자에서 통계적으로 유의하게 더 높았다($P<0.05$). 자살기도 장소가 야외였던 5명의 자살기도자 중 심각한 자살기도를 한 경우는 4명(13.33%)인데 비해 심각하지 않은 자살기도는 1명(2.38%)으로, 야외에서 자살을 기도하는 경우 심각한 자살을 선택하는 비율이 통계적으로 유의하게 높았다($P<0.05$). 자살기도 시간대는 심각한 자살기도가 정오부터 오후 6시 사이에 가장 많았던데 비해, 심각하지 않은 자살기도는 오후 6시부터 밤12시 사이가 가장 많았다($P<0.05$). 자살기도자의 연령, 결혼상태, 교육수준, 경제상태, 자살기도의 계절, 정신과적 진단 등은 두군간에 유의한 차이를 보이지 않았다(Table 3).

8. 자살기도자의 정신과적 진단

자살기도자의 정신과적 진단은 우울성 적응장애가 31명(43.2%)으로 가장 많았고, 감정부전장애 17명(23.8%), 범불안장애 10명(13.8%), 정신분열병 5명(6.9%), 인격장애 5명(6.9%) 순이었다(Table 4).

9. 신경정신과 자문이 요청되지 않은 이유

신경정신과 자문이 요청되지 않은 30명의 자문요청이 되지 않은 이유는, 타과 및 응급실 의사가 자의로 귀가 조치한 경우가 13명(43.3%)으로 가장 많았고, 신경정신과 자문을 받기에 앞서 사망한 경우가 9명(30%), 정신과 자문을 권고하였으나 환자나 보호자가 거절한 경우가 5명(16.8%), 타병원으로 옮긴 경우가 1명(3.3%) 순이었다.

10. 자살을 기도하여 사망한 환자의 특성

정신과 자문을 받기전 사망한 9명은 남자 4명, 여자 5명이었고, 평균나이는 각각 27.75와 53.40세였다. 이들의 자살기도 방법을 보면 남자 4명 중 3명은 농약을 사용하였고, 1명은 투신자살을 하였으며, 여자 5명은 모두 농약을 사용하였다. 전체적으로 사망자 9명 중 8명이 농약중독으로 사망하였다. 자살기도 시간은 남자 4명 모두 오후 6시부터 자정 사이에 자살기도를 하였고, 여자는 오후 6시부터 자정 사이에 2명, 자정과 오전 6시 사이에 2명이 자살을 기도하였다.

고 찰

본 연구의 제한점으로 먼저 제기할 수 있는 것은 대상자들의 모집단에 대한 대표성 문제일

Clinical Characteristics of Suicidal Attempters

Table 3. Comparison of demographics between serious and non-serious suicidal methods

		No.(%)	Serious		Non-serious	
			No.	%	No.	%
Gender	male	23(31.94)	14	46.67	9	21.43
	female	49(68.06)	16	53.33	33	78.57
Age	10 - 19	7(9.72)	4	13.30	3	7.14
	20 - 29	35(48.62)	15	50.00	20	47.62
	30 - 39	18(25.00)	7	23.30	11	26.19
	40 - 49	6(8.33)	3	10.00	3	7.14
	>50	6(8.33)	1	3.33	5	11.90
Marital status	single	25(34.72)	12	40.00	13	30.95
	married	36(50.00)	14	46.66	22	52.38
	widowed	7(9.72)	2	6.67	5	11.90
	divorced	4(5.56)	2	6.67	2	4.75
Place of suicidal attempt	own home	64(88.89)	23	76.67	41	97.62
	outdoors	5(6.94)	4	13.33	1	2.38
	others	3(4.17)	3	10.00	0	0.00
Time of suicidal attempt	0AM - 6AM	4(5.56)	1	3.33	3	7.14
	6AM - 12MD	7(9.72)	2	6.67	5	11.90
	12MD - 6PM	26(36.11)	18	60.00	8	19.05
	6PM - 0AM	35(48.61)	9	30.00	26	61.90
Educational status	none	4(5.56)	1	3.33	3	7.14
	primary school	4(5.56)	2	6.67	2	4.76
	middle school	12(16.67)	4	13.33	8	19.05
	high school	33(45.83)	14	46.67	19	45.24
	college	19(26.38)	9	30.00	10	23.81
Season	spring	16(22.22)	6	20.00	10	23.81
	summer	22(30.56)	8	26.67	14	33.33
	fall	21(29.17)	11	36.67	10	23.81
	winter	13(18.06)	5	16.67	8	19.05
Psychiatric diagnosis	Adjustment dis.	31(43.05)	10	33.33	21	50.00
	Antisocial PD	1(1.38)	1	3.33	0	0.00
	Borderline PD	3(4.16)	3	10.00	0	0.00
	Dysthymic dis.	17(23.61)	7	23.33	10	23.82
	GAD **	10(13.88)	4	13.33	6	14.28
	Histrionic PD	1(1.38)	1	3.33	0	0.00
	Major depressive dis.	1(1.38)	1	3.33	0	0.00
	PTSD **	3(4.16)	1	3.33	2	4.76
	Schizophrenia	5(6.94)	2	6.66	3	7.14
Economic status	Upper	14(19.44)	6	20.00	8	19.04
	Middle	35(48.61)	15	50.00	20	47.61
	Lower	23(31.95)	9	30.00	14	33.35
Total No.(%)		72(100.0)	30	100.0	42	100.0

Non-serious : sedative-hypnotics and sedative hypnotics plus alcohol

Serious : paraquat, wrist cutting, hanging, stab wound, jumping, poisoning

GAD ** : Generalized Anxiety Disorder

PTSD ** : Post-traumatic Stress Disorder

Table 4. Psychiatric diagnosis of suicidal attempters

Psychiatric diagnosis	No.(%)	Male N(%)		Female(%)	
		No.	%	No.	%
Dysthymic disorder	17(23.8)	5	21.7	12	24.5
Adjustment disorder with depression	31(43.2)	9	39.3	22	44.9
GAD **	10(13.8)	2	8.7	8	16.3
PTSD **	3(4.1)	1	4.3	2	4.1
Personality disorder	5(6.9)	3	13.0	2	4.1
antisocial	1(1.3)	1	4.3	0	0.0
borderline	3(4.1)	2	8.7	1	2.0
histrionic	1(1.4)	0	0.0	1	2.0
Schizophrenia	5(6.9)	3	13.0	2	4.1
Major Depressive disorder	1(1.3)	0	0.0	1	2.0
Total No.(%)	72(100.0)	23	100.0	49	100.0

GAD ** : Generalized Anxiety Disorder

PTSD ** : Post-traumatic Stress Disorder

것이다. 즉 군소병원으로부터 중환자가 이송되어 오는 경우가 많고 상대적으로 진료비도 비싼 대학병원의 응급실 내원자를 대상으로 함에 따라 연구대상자가 실제 자살기도자 모집단과는 다른 분포를 보일 수 있는 가능성이 있어, 청주지역 중소도시의 특성을 완전히 대변하고 있다고 보기는 어렵다는 점이 지적될 수 있다. 또한 연간 응급실 내원자 전체를 대상으로 하기는 하였지만 자문의뢰되지 않은 자살기도자의 비율이 높고, 이들에 대한 보충자료로 의무기록지를 참조하기는 하였지만 누락된 자료가 더 있을 가능성이 있어, 정신과 자문이 가능했던 자살기도자 중심으로 자료가 분석되었다는 한계가 있다. 그러나 지역사회를 대상으로 할 경우 자살성공자에 대한 조사는 비교적 용이하나 자살기도자에 대한 정보는 얻기가 어렵고, 입원환자를 대상으로 하는 경우에는 전체를 대변하는데 더욱 문제가 있으므로, 본 연구의 방

식이 비록 한계가 있기는 하지만 자살기도자들의 특성에 관해 어느 정도 의미있는 결과를 제시할 수 있을 것으로 생각된다.

자살기도자의 남녀비에 대한 연구들은 모두 자살기도가 남자보다 여자에서 많다는 일치된 결과를 보고하고 있다[16, 17]. 영어사용권 각국의 자살기도자에 대한 1960년에서 1971년까지의 역학적 조사들을 종합하여 검토한 결과, 남녀비 1:1.3 내지 1:3 정도의 비율로 여자에서 자살기도가 많다는 것이 밝혀진 바 있다[18]. 본 조사에서도 자살기도자의 남녀비는 1:1.9로 기존의 보고와 일치하고 있다.

자살기도자의 연령별 분포의 경우, 외국의 연구보고들은 일관되게 20대와 30대에서 자살기도가 가장 많다고 보고하고 있고[19, 20], 국내 연구들도 같은 경향을 보고하고 있다. 서울대학교병원 응급실을 방문한 자살기도자의 경우 20대가 52.9%로 가장 많은 비율을 차지하는

것으로 보고되었는데[12], 본 조사에서도 같은 경향을 나타내어 20대의 비율이 46.1%로 가장 높았다. 이를 충청북도의 연령별 인구통계상 20대의 비율이 34.0%라는 것과 비교해 보면[21], 20대에서 절대적 수도 많을 뿐만 아니라 실제 평균인구보다 더 많은 수의 자살기도가 일어나고 있음을 알 수 있다.

생활수준과 자살의 관계에 대한 연구를 살펴 보면, 자살자의 절대적인 수는 하류와 상류계층에 많고, 특히 하락하는 방향으로 생활수준이 변할 때 자살의 위험이 커진다고 한 보고가 있었고[20], 이에 비해 자살과 사회계층 사이에 뚜렷한 연관관계는 없고, 다만 여자 자살자가 중류에 많은 경향이 있다는 보고도 있었다[22]. 국내 보고의 경우, 이영호와 윤호영[23]은 자살기도자의 사회환경적 고찰에서 자살기도자의 생활수준을 하류, 중류, 상류 순이라고 하였고, 전현수 등[24]은 중류, 상류, 하류 순이라고 보고한데 비해, 본 연구 결과에서는 중류, 하류, 상류 순으로 나타났다. 이처럼 연구마다 생활수준 부분에 차이를 보이는 이유는 생활수준 분류 방법의 차이나 대상환자군의 특성상의 상이함 때문인 것으로 보여진다. 즉 이영호와 윤호영[23]의 연구에서는 상류층을 사회적 지위가 높고 경제적으로 부유한 생활을 하는 사람으로 분류하고 하류층은 의식주조차 해결할 수 없어 타인의 도움으로 구차하게 생활하는 사람들로 분류하여 본 연구에서의 분류방법과 차이가 있는데, 실제적으로 생활수준을 분류하는 작업은 객관적인 기준이 모호하고 조사대상자의 주관에 따라 영향을 받을 가능성이 크다는 문제가 있다. 전현수 등[24]의 연구에서는 본 연구와 동일하게 Hollingshead Scale[14]을 사용하여 생활수준을 분류하였으나, 본 연구결과와 달리 하류층의 비율이 가장 적었는데, 이와같은 차이는 조사대상의 상이함에 기인한 것일 가능성이 있다. 즉 그들의 조사대상은 정신과 병동 입원 환자였는데, 자살을 기도하여 응급실은 내원하였지만 경제적인 형편이 어려워 입원을 꺼리는 경우가 하류층에 많으므로 상대적으로 입원환

자에서의 하류층이 비율이 낮아졌을 가능성이 높다.

자살기도자들의 교육수준의 경우, 1980년 서울지역 응급실 내원 자살기도자의 교육수준은 무학 2%, 초등학교졸업 25.5%, 중졸 27.5%, 고졸 31.4%, 대졸 13.7%였으나[12], 본 조사에서는 무학 5.6%, 초등학교 졸업 5.6%, 중졸 16.7%, 고졸 45.8%, 대졸 26.3%의 분포를 보여 상대적으로 고학력층이 증가된 경향을 보였다. 이러한 결과는 지난 16년간의 전체적 교육수준의 상승을 반영하는 것으로 해석할 수 있다. 그러나 전체 충청인구 중 고졸 이상의 학력자의 비율이 38.4%인데 반해 본 연구에서는 72.1%로 조사되어 상대적으로 고학력자의 자살기도 비율이 일반인구에 비해 높다는 것을 알 수 있다. 또 충북대학교병원을 방문한 자살기도자들이 대부분 청주지역거주자였고, 청주가 교육도시로 고등학교와 대학교의 숫자가 타 중소도시에 비하여 상대적으로 높으며, 자살기도자의 연령층이 10대에서 20대가 전체의 56.8%를 차지하여 상대적으로 학생이 많았던 것도 이와같은 결과의 원인이 되었을 가능성이 높다고 하겠다.

자살기도자의 직업분포를 보면 국내 연구에서는 무직자에서 자살기도가 많다고 보고되었으나[23 - 26], 외국에서는 오히려 부유층이나 자유실업가에서 자살기도가 많다거나[27, 28], 직업이 있는 사람이 직업이 없는 경우보다 자살기도의 경향이 약간 높다는 보고가 있었다[29]. 본 조사에서는 학생, 공무원, 교사, 전문경영직을 Skilled로 분류하고, 무직과 가정주부 및 그외를 Non-skilled로 분류하여, Skilled 와 Non-Skilled가 각각 48.6%로 같은 비율을 차지하였는데, 이와같은 분류가 매우 인위적이고 객관성이 적어 결과해석에 조심성이 요구된다고 하겠다.

자살기도자의 결혼상태의 경우, 기존의 보고에서는 자살기도자에는 별거나 이혼자[19], 혹은 미혼자가 많다[20]고 하였다. Arensman 등[30]도 자살시도의 위험인자 중의 하나로 40세 미만의 이혼한 여자를 들고 있다. 본 조사에서

자살기도자 중 결혼인 경우가 44.4%로 가장 많았으나, 충북 인구통계상 결혼자의 비율이 59.1%임을 감안하면, 오히려 자살기도자의 결혼 비율이 낮게 나타나고 있음을 알 수 있다. 이에 비해 이혼의 경우에는 충북전체인구의 이혼자 비율이 0.6%인데 반해 자살기도자의 이혼자 비율은 5.5%로 나타나 상대적으로 자살기도자에서 이혼한 경우가 많다는 점에서, 이혼이 자살기도의 위험요인 중의 하나임을 확인할 수 있겠다.

자살기도자의 종교상태에 관한 결과를 보면, 종교가 있는 사람에 비해 종교가 없는 사람의 자살기도 비율이 높아, 종교가 자살기도 문제에 대하여 어느 정도 예방 내지 방지의 효과가 있음을 예상해 볼 수 있다. 특히 본 연구에서 천주교인 경우가 단지 1.4%에 불과하였는데, 이는 청주시 인구[32] 중 천주교도의 비율 5.8%에 비해서도 현저히 낮은 것이다. 역사적으로 천주교도의 자살율이 기독교도나 유대교도보다 낮은 것으로 기록되어 왔는 바, 이는 아마도 자살을 죄악시하는 천주교의 교리적 특성에 기인하는 것으로 생각된다[31].

계절별 자살기도를 보면 미국의 경우, 봄에 30%, 여름과 겨울에 각각 20%로, 4월에 가장 많고 12월에 가장 적었다는 보고가 있었던데 비해[34], 본 조사에서는 여름에 43.1%로 상당히 높은 비율을 보였는데, 이 부분에 대한 기존의 연구보고가 부족하여 비교분석에 어려움이 있어 결과 해석에 주의를 요하고, 향후 이 방면에 대해 전향적인 자료의 축적이 필요할 것으로 생각된다.

자살기도자의 자살양상 중 자살기도의 장소를 보면 자가인 경우가 88.9%로 가장 많았는데, 이는 자살기도의 동기 중 배우자와의 갈등이나 가정불화가 가장 많다는 결과와 연관되는 것으로 생각된다. 자살기도 시간에 관해서는 Yost가 오전, 특히 이른 아침 5시에서 7시 사이에 많다고 보고한데 비해[33], 김종은의 조사에서는 오후 6시부터 자정 사이에 가장 많았다[31]. 본 조사에서도 오후 6시부터 자정까지가

55.5%로 가장 많았는데, 이는 자살기도자의 대부분이 자가에서 자살기도를 하였고, 자가에서 행해진 자살기도의 상당수가 심각한 방법이 아닌 신경안정제를 사용하였다는 결과와 연관된다. 즉 자살기도의 성격이 실제로 자신의 생명을 끊으려는 것이라기 보다는 주변사람들을 조종하려는 의도가 강한 경우가 많다는 점을 반영하는 것으로, 다른 시간대보다 가족들이 대개 집에 있는 시간으로 대인관계상 충돌이 일어날 가능성이 높고, 동시에 쉽게 눈에 띄어 구조를 받을 수 있는 가능성이 높은 시간대인 오후 6시부터 자정 사이에 자살기도가 상대적으로 많지 않았나 추측이 된다. 그러나 낮시간에는 방문 가능한 인근의 병원이 많은데 비해, 이 시간대에는 종합병원급 응급실만이 방문 가능하므로 상대적으로 이 시간대에 대상자들이 몰릴 수 있다는 점도 고려되어야 할 요인이라고 하겠다.

자살기도자에 있어서 자살기도의 방법은 무의식적인 의미를 지니고 있어 그들의 죽음에 대한 태도를 이해하는데 중요하다[35]. 자살방법은 나라나 문화, 성별, 혹은 개인의 성격특성에 따라 차이를 보이는데, 미국과 같이 총기소지가 자유로운 나라에서는 남자에서 상대적으로 총기를 이용한 자살이 많기는 하나[36], 전세계적으로는 음독에 의한 자살이 압도적으로 많은 것으로 알려져 있다[37]. 본 조사에서도 신경안정제 과량복용이 46.0%로 가장 많았고, 농약이 36.4%로 그 다음순이었다. 신승철 등[13]의 농촌(강화도)지역의 자살기도자의 자살방법에 대한 조사에서는 농약 사용자가 70.9%, 쥐약 사용이 13.4%로 농촌지역에서 쉽게 구할 수 있는 것을 자살도구로 이용했다는 사실을 보여주고 있다. 대도시지역에서는 향정신성 약물을 훨씬 더 많이 사용하고 있고[26], 농약의 사용이 단지 10.9%였다는 보고도 있어[12], 접근용이성이 자살기도 방법에 큰 영향을 준다는 것을 알 수 있다. 본 연구에서 대상자들의 거주지역인 청주지역은 중소도시로 가까운 근교에는 농업에 종사하는 사람도 상당수 있으므로,

신경안정제 음독 자살기도가 많은 동시에 농약 사용도 대도시와 농촌의 중간 정도의 비율로 많았던 것으로 생각된다.

한편 심각하지 않은 자살기도방법을 사용한 경우가 여자에게서 월등히 많았고, 자살성공자의 남자비율이 전체 자살기도자의 남자비율에 비해 상대적으로 높았는데, 이는 남자가 여자보다 더 높은 자살성공률을 보인다는 것[38], 남자에게서 자살의 심각도를 나타내는 지표인 위험도-구조가능도 점수가 높았다는 기존의 보고결과와 일치하고 있다[39]. 야외에서 자살기도를 하는 경우, 심각한 자살방법을 사용한 경우가 많은 결과를 보이고 있어, 자가보다 구조가능성이 희박한 야외에서 자살을 기도한 경우에는 보다 집중적인 정신과적 평가가 요망된다고 하겠다.

자살기도의 흔한 동기로는 과음, 애인과 배우자와의 불화, 직업문제, 이혼이나 별거, 경제적인 어려움, 망신 등이 알려져 있다[17]. Pallis 등[29]은 자살기도자 중에는 배우자 혹은 애인과 이별하거나 48시간 이전에 말다툼을 한 경우가 현저히 많다고 하였다. 본 조사에서도 자살기도 동기로 애인이나 배우자와의 불화가 61.0%로 가장 많았고, 가정불화가 26.4%로 그 다음을 차지하고 있어 기존의 보고와 일치하였다.

자살기도자들의 정신질환 유무에 대해서는 대부분의 경우 진단 가능한 정신과적 장애를 가지고 있고, 특히 우울증과 알코올중독이 많은 것으로 알려져 있다[40]. Alain 등[41]은 18세에서 35세까지의 성인을 대상으로 하여 자살과 특정한 정신질환과의 연관성을 조사한 결과, 주요우울증 38.7%, 알코올중독 24.0%, 기타 다른 약물중독 22.7%, 경계성 인격장애 28.0% 등의 결과를 보였다고 하였고, 특히 자살기도자의 28%에서는 이 장애들 중 두가지 이상이 복합되어 있다고 하였다. 자살기도자를 대상으로 한국내연구에서도 자살기도자의 정신과적 진단을 보고하고 있는데, 입원환자가 대상이었던 전현수 등[23]의 경우 우울성 적응장애 30.5%, 감정

부전장애 16.9%, 주요우울증 6.8%, 양극성 정서장애(우울기) 5.1%라고 보고한 바 있다. 이에 비해 본 조사에서는 우울성 적응장애(43.2%)나 감정부전장애(23.8%), 범불안장애(13.8%)의 비율이 상대적으로 높았는데, 이는 본 연구의 대상자가 응급실 내원 환자였기 때문에 입원환자와는 다른 분포를 나타낸 것으로 해석할 수 있다. 그러나 응급실에서 단시간의 관찰과 병력청취로 정신과적 진단을 내리기가 용이하지 않고 많은 제한이 뒤따르는게 사실이므로 결과 해석에 조심성이 요구된다고 하겠다. 따라서 이에 대한 해결책으로 응급실을 내원했던 자살기도자들에 대해 추적조사를 하게 되면 보다 정확한 정신과적 진단이 가능할 것으로 보인다.

본 연구에서는 신경정신과에 자문이 의뢰된 비율은 전체 대상자 102명 중 72명으로 71%였는데, 홍영수와 이정균[12]의 연구에서 정신과 자문이 대상환자 88명 중 51명으로 58%였던 것에 비교하면 높은 자문율이라고 할 수 있겠다. 이는 본 연구가 전향적으로 기획되어 연구목적에 응급실 담당의사들에게 자살기도자의 경우 반드시 신경정신과에 의뢰하도록 홍보를 한 효과에 따른 것으로 생각된다. 그럼에도 불구하고 정신과 의사에게 자문이 되지 않은 30명에 대해 그 이유를 조사한 결과, 타과 및 응급실의사들이 자의로 귀가 조치한 경우가 전체의 43.3%로 가장 많았는데, 이는 응급실 담당의나 타과 의사가 신체적인 손상이 경미하고 자살기도자가 자살기도에 대해 후회를 하는 경우 환자의 상태를 과소평가하여 정신과적 평가 없이 환자를 퇴원시켰기 때문으로 생각된다. 따라서 자살기도자에 있어서 경미한 신체적 손상이라도 일단 정신과 의사에게 자문이 되어 환자에 대한 정신과적 평가가 이루어질 수 있도록 각 과 담당의와의 긴밀한 협조체계가 더욱 필요하리라 생각된다.

결론적으로 본 연구를 통해 자살기도자들의 사회인구학적 특성은 일반인구와는 차이가 있는 것을 알 수 있었는데, 특히 여자, 20대, 이혼, 고학력자, 무종교 등의 비율이 차이가 많아

자살기도의 위험요인으로 고려될 수 있겠다. 자살기도의 양상에서는 자가, 오후 6시에서 밤 12시 사이, 애인이나 배우자와의 불화나 가정불화, 신경안정제 과량 복용 등이 상대적으로 높은 비율을 차지하였고, 정신과적 진단도 대부분 신경증적 장애였던 것으로 보아, 자살기도의 상당 부분은 계획적이라기 보다는 대인관계의 장애로 인한 충동적 행동의 결과라는 해석이 가능하다고 하겠다. 따라서 충동적 행동의 결과로 사망에 이르러 개인적, 사회적 불행을 야기할 수 있는 자살을 예방하기 위해서는 위험요인에 대한 사회적 홍보 및 교육과 아울러, 자살기도 자들에 대한 세심한 정신과적 치료가 요망된다고 하겠다.

참 고 문 헌

1. Freud S. Mourning and Melancholia, in collected papers, Vol.4, New York, Basic Books, 1959
2. Jung CG. The Meaning of Death. H. Feifel, ed., New York, McGraw-Hill, 1950
3. Meyendorff E, Jain A, Traskman-Bendz L. The effects of fenfluramine on suicidal behavior. Psychopharmacol Bull 22 : 155-159, 1986
4. Erkki T, Markus M, Henriksson, Hillevi M. Suicide in major depression. Am J Psychiatry 151 : 530-536, 1994
5. Brown LG, Ebert MH, Goger PF. Aggression, suicide and serotonin: relationships to cerebrospinal fluid amine metabolites. Am J Psychiatry 139 : 741- 746, 1982
6. Sainsbury P. The epidemiology of suicide, in suicide. edit by Roy A. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, pp. 17-40, 1986
7. Stevenson JM. Suicide, in the American Psychiatry Textbook of Psychiatry. Edited by Talbot JA, Hales RE, Ydorfsky SC Washington, DC, American Psychiatric Press, pp. 1021-1035, 1988
8. Michaud PA. Schweizerische Rundsch fur medizien praxis, 80(42) : 1145-52, 1991
9. 대한통계협회. 한국인의 사망통계연보, 1992
10. 이병윤. 현대정신의학. 서울, 일조각, pp. 168-175, 1980
11. 김용우. 자살기도에 대한 정신의학적 연구. 신경정신의학19(3) : 213-220, 1980
12. 홍영수, 이정균. 응급실을 통해 본 자살기도자들의 정신의학적 연구. 신경정신의학 19 (3) : 204-212, 1980
13. 신승철, 이종섭, 이호영. 농촌지역(강화도)의 자살기도자에 대한 역학적 연구. 신경정신의학 28(5) : 868-874, 1989
14. Hollingshead AB, Redlich FC. Social class and mentall illness community study, New York, Wiley, 1958
15. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washinton, DC, American Psychiatric Association, 1994
16. Buglass D, MacCullo JW. Further suicide behavior : the development and validation of predictive scales. Br J Psychiatry 116 : 483-492, 1970
17. Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore, Williams & Willkins, pp. 1311-1315, 1985
18. Weissman MM. The epidemiology of suicide attempt, 1961 to 1971. Arch Gen Psychiat 30 : 737-746, 1974
19. Stengel E. Suicide and attempted suicide, Edited by Carstairs, GM, Baltimore, Pengium Book, 1964
20. Shepherd DM, Barraclough BM. Work and suicide : an empirical investigation.

- Br J Psychiatry 136 : 469-478, 1980
21. 충청북도. 인구센서스 조사보고(충청북도 편), 1990
 22. Roy A. Suicide in depressives. Compr Psychiatry 39 : 1089-1095, 1983
 23. 이영호, 윤호영. 자살기도자의 사회환경적 고찰. 신경정신의학 8 : 43-50, 1969
 24. 전현수, 손명세, 한선호. 자살기도자의 임상적 특성. 신경정신의학27(2) : 384-392, 1988
 25. 유동수. 자살기도자에 관한 임상적 고찰. 신경정신의학 17 : 352-363, 1978
 26. 석재호, 김경식, 손봉기, 함 응, 기백석. 자살기도자에 관한 연구. 신경정신의학 19 : 288-293, 1980
 27. Robins E, Gassner S, Kayes J, Wilkinson RH, Murphy GE. The communication of suicidal attempt. a study of 134 consecutive cases of succesful(completed) suicide. Am J Psychiatry 115 : 724-733, 1954
 28. Weissman JMA. Suicide : an epidemiologic analysis. Psychi Quarterly 28, 1954
 29. Pallis DJ, Barraclough BM, Levey AB, Jekins JS, Sainsbury D. Estimating suicide among attempted suicides. Br J Psychiatry 147 : 37-44, 1982
 30. Arensman E, Kerkhof AJ, Hengereld MW, Mudler JD. Medically treated suicidal attempts : a four year monitoring study of the epidemiology in the Nethelands. Jounal of Epidemiology & Community Health 49(3) : 285-9, 1995
 31. 김종은. 한국인의 자살에 관한 사회정신의학적 연구. 중앙의학 5(4) : 367-420, 1963
 32. 청주시. 청주통계연감, 1993
 33. Yost OR. Basic facts concerning suicide. The Jounal of the South Carolina Medical association Apr : 86-93, 1952
 34. National center for Health Statistics. Suicide in the United States 1950-1964. Washington : U. S Department of health, education, and welfare, 1967
 35. Mackinnon RA, Michels R. The psychiatric interview in clinical practice, philadelphia saunders, pp. 194, 1971
 36. Kolb IC, Brodie HK. Modern clinical psychiatry. 10th ed, Saunders, Philadelphia, pp. 118-121, 1982
 37. 조두영. 임상행동과학. 서울, 일조각, pp. 296-298, 1985
 38. Tuckman J, Yongman WF. Assessment of suicide risk in attempted suicide. in suicidal behaviors, HLP Resnik, edit Little Brown and Co, Boston, 1968
 39. 박유문, 석재호. 자살평가의 위험도-구조가 능도 측정치에 대한 고찰. 신경정신의학 22(1) : 49-56, 1983
 40. Barraclough B. A hundred cases of suicide : clinical aspect. British J Psychiatry 125 : 355-373, 1974
 41. Alain D, Richard Boyer, Frederic Grunberg, Claude Vanier, Raymond Morissette, Carole M, Michel Loyer. Suicide and mental disorder : a case control study of young men. Am J Psychiatry 151 : 1063-1068, 1994

<Abstract>

Demographic Characteristics of Suicidal Attempters

In Won Chung, Jeong Rae Park, Jae Jin Kim

Department of Neuropsychiatry
College of Medicine, Chungbuk National University,
Cheongju 360-763, Korea

The object of this study was to investigate demographic characteristics and behavior patterns of the suicidal attempters in small urban area. The subjects were 102 persons who attempted suicide and came to the emergency room of Chungbuk National University Hospital from April 1, 1995 to March, 31, 1996.

The results were as follow:

1. Female outnumbered males(male/female ratio 1:1.9) and the most common age group was twenties(46.1%).
2. Large parts of the suicidal attempters were investigated to be middle(48.6%) in economic state, high-school and college graduates(71.2%) in educational state, and no religion(58.3%) in religious state.
3. Divorced proportion of suicidal attempters was relatively high(5.5%) as compared with that(0.6%) of general population of Chungbuk.
4. The most frequent attempts occurred in their own home(88.9%), at 6:00 PM to midnight(56.9%), in summer(43.1%), and because of the conflict with the lover or spouse(61.0%).
5. The most frequent suicidal method was sedative-hypnotics overuse(46.0%), but most method of successive suicide was paraquat ingestion(8/9). Female suicidal attempters tended to use more non serious suicidal method.
6. The most common psychiatric diagnosis of suicidal attempters was adjustment disorder with depression(43.2%).
7. Those who were consulted to psychiatrist were 71% of 102 attempters.

Key Words : Suicidal attempt, Demographic characteristics, Behavior patterns, and Small urban area