



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

2014년 2월
석사학위논문

응급실 내원 후 정신건강의학과
에 의뢰된 자살기도자들의 특성

조선대학교 대학원
의 학 과
전 시 형

응급실 내원 후 정신건강의학과 에 의뢰된 자살기도자들의 특성

Characteristics of The Suicide Attempters Referred
to Department of Psychiatry in Emergency Room
of An University Hospital

2014년 2월 25일

조선대학교 대학원
의 학 과
전 시 형

응급실 내원 후 정신건강의학과 에 의뢰된 자살기도자들의 특성

지도교수 박 상 학

이 논문을 의학 석사학위신청 논문으로 제출함

2013년 10월

조선대학교 대학원
의 학 과
전 시 형

전시형의 석사학위논문을 인준함

위원장 조선대학교 교수 김 상 훈 (인)

위 원 조선대학교 조교수 추 일 한 (인)

위 원 조선대학교 교수 박 상 학 (인)

2013년 11월

조선대학교 대학원

목 차

목 차	-----	i
표목차	-----	ii
도목차	-----	iii
영문초록	-----	iv
I. 서론	-----	1
II. 대상 및 방법	-----	3
III. 결과	-----	4
IV. 고찰	-----	6
V. 결론	-----	12
참고문헌	-----	21

표 목 차

표1. 사회 인구학적 특성 -----	14
표2. 동반 신체 질환 및 정신의학적 과거력 -----	15
표3. 자살기도 관련 요인 ; 원인, 방법 등 -----	16
표4. 가족력, 자살기도 관련특성, 최종진단 등 -----	17
Supplementary Data(응급실 방문 자살기도자 전체 집단의 특성)	
표5. 사회 인구학적 특성 -----	18
표6. 전체 대상의 동반 신체 질환 및 정신의학적 과거력 ----	19
표7. 전체 대상의 자살기도 관련 요인 ; 원인, 방법 등 -----	20

표 목 차

그림 1. 연구 대상 선정	-----	3
----------------	-------	---

ABSTRACT

Characteristics of The Suicide Attempters Referred to Department of Psychiatry in Emergency Room of An University Hospital

Jeon Si Hyeong

Advisor : Prof. Park Sang Hag M.D, Ph.D

Department of medicine,

Graduate School of Chosun University

Objectives : The present study aimed to examine socio-demographic and clinical characteristics of suicide attempters referred to department of psychiatry after visiting emergency room. Through result, we discuss the factor that affecting suicide attempts to reduce suicide on our society.

Methods : The author analyzed data obtained through review of articles related to suicide attempters, and using analysis of frequency, compared findings of 29 variables obtained from medical record including sex, age and suicide attempts related factors, etc. Based on this data, 88 cases of suicide attempters visiting emergency room of the Chosun university hospital in Gwangju city from January, 2010 to August, 2013 were reviewed by author.

Result : In this study, 1) Male/Female ratio was 0.8:1. 2) In age, twenty forties, fifties, above the sixties was more in descending order. 3) in another social-demographic factors, urban residence, level of education of high school, no religious belief, middle social economic status, unemployment, married martial status, with familial residence was more than any other factors. 4) In psychiatric history, no past history, major depressive disorder, schizophrenia was more in descending order. 5) In cause of suicide attempts, problem related to interpersonal relationship, familial conflict was more in descending orders. 6) The most common suicide attempt method was drug digestion followed by self-injury. 7)

In suicide attempt history, no suicide attempt history was more than any other cases. 8) In another clinical factors, impulsive suicide attempts, parasuicide attempts, suicide attempts in alcohol drinking state was more than any other factors. 9) In final psychiatric diagnosis using DSM-IV-TR, the most common psychiatric diagnosis was major depressive disorder.

Conclusion : We need attention to characteristics of suicide attempters . Suicide attempts is more in the prime of the life, and refusal rate of psychiatric interview is very high in our society. the most common psychiatric diagnosis is still depression, the most common method is drug ingestion. To decrease and protect the suicide and suicide attempters, we will require to research more an in-depth and broad study on suicide and construct organized social-support system for high risk group of suicide

Key words : Emergency room, Suicide attempters, Department of psychiatry, Socio-demographic and Clinical characteristics

I. 서론

세계보건기구(WHO)에서는 자살행위로 인하여 치명적인 결과인 죽음을 초래하는 경우를 자살로 정의하고, 이는 죽음의 의도와 동기를 인지하면서 자신에게 손상을 입히는 행위라고 하였다. WHO에서 발표한 자살 통계에 따르면 자살기도자는 자살로 사망하는 사람의 20배가 넘어 전세계 인구 중 5%가 자살 기도를 하고, 그 중 5%가 사망한다는 충격적인 통계 결과를 발표하면서 "자살은 대부분이 가능하므로 자살예방에 위한 정부 차원의 대책이 절실하다"고 강조하였다. (WHO report, 2004).

전세계적으로 자살은 10대 사망원인 중 하나이고¹⁾ 지구상에서 매년 100만 명이 자살로 사망하며, 이는 총 사망자의 1-2% 정도를 차지하고 있다²⁾. 통계청의 2002년 사망원인 통계 연보³⁾에 의한 한국인 자살률은 인구 10만 명당 17.9명으로 사인별 순위 8위를 차지하다가 2003년에는 한국인 자살률은 인구 10만 명당 22.6명으로 사인별 순위 5위로 높아졌으며, 2007년 이후 사인별 순위 4위를 지키고 있다⁴⁾.

2012년 사망원인 통계⁵⁾에서 국내 자살사망자 수는 14,160명으로 2011년 대비 1746명 감소하였고, 자살률은 10만 명당 28.1명으로 전년도 10만 명당 31.7명이 비하여 감소하였다. 하지만 2013년 9월 조사 기준, 경제협력개발기구(OECD) 평균 자살률은 10만 명당 12.9명 정도로 국내 자살률이 2.1배 이상 높았고 가입국 중 가장 높은 수치였으며, 서구 국가들에 비해 빠른 증가세를 보이고 있다⁵⁾. 또한 최근 10년 동안 운수사고나 화재사고, 익수사고 및 중독사고 등의 사망률은 감소하였는데 그에 비해 자살률은 10년 전보다 2배 이상 증가하였다. 기존 통계에서 20대, 30대에서 자살이 사망원인 중 1위를 차지하였으나 2012년 사망원인 통계에 따르면 10대에서 또한 자살이 사망원인 중 1위를 차지하여 이에 대한 대책이 필요한 실정이다.

일반적으로 자살 기도는 35세 이하의 여성에 많고, 생명을 위협하지 않는 손목 긋기나 약물 복용이 많았으며, 자살 기도 이후 구조의 기회가 높았다. 또한 진단적으로는 적응장애나 인격장애(특히 B군 인격장애)가 많았으며, 집과 같은 쉽게 발견될 수 있는 곳에서 주로 이루어진다. 이에 반해 자살로 인한 사망은 60세 이상의 남성에서 많고, 생명에 치명적인 총기 사용, 목매, 투신 등의 방법이 많았으며, 구조 기회가 낮은 곳에서 행해지는 경우가 많다⁶⁾.

자살 기도자의 10%는 10년 이내에 결국 자살로 생을 마감하며, 자살로 인한 사

망자의 19-24%는 이전 자살 기왕력이 있는 것으로 알려져 있다. 또한 자살로 인한 사망자의 45-70%는 기분장애를 가지며, 기분장애의 15%는 결국 자살을 수행한다³⁾.

이러한 자살에 대한 원인은 다양한 견해가 존재한다. 자살에 관한 연구는 세계적으로 18세기 이후부터 시작되어 왔는데, Durkheim⁷⁾은 1951년 ‘자살론’을 발표하면서 사회학적 관점에서 보았을 때, 개인의 자살을 규명하기 위한 세 가지 자살 원인 즉, 사회로부터 소외, 사회에의 동화, 아노미적 상황을 역설하였다. 심리학적 원인으로 Freud⁸⁾가 자살은 과거 자신과 동일시하였던 대상에게 향했던 무의식적 공격성의 일부가 그 대상 상실 후 자기에게 되돌려진 상태라고 언급하였다. 또 생물학적 원인으로서는 일란성 쌍생아에서 높은 자살일치율을 보인다는 이론⁹⁾과 자살 수행자들의 뇌 내 세로토닌 농도가 감소하였다는 보고¹⁰⁾ 등이 있다.

이러한 자살 및 자살기도에 대한 국내 연구는 1963년 김중은¹¹⁾등이 ‘한국인의 자살에 관한 사회정신 의학적 연구’ 발표 이래 많은 자살기도자 및 수행자들에 관한 보고들이 있었다¹¹⁻²³⁾.

자살로 인한 사회·경제적 손실은 매우 큰 편으로, 정상혁 등²⁴⁾은 국내에서 자살로 인한 경제적 손실은 최대 3조 838억 원으로 추계하였으며, 여기에 계산되지 않은 무형비용, 즉 심리적 부담과 2차 정신질환의 발생까지 고려한다면 매우 큰 사회적 비용을 지불한다고 추정하였다. 이러한 심각성에도 불구하고 자살을 개인적인 탓으로 돌리는 사회적 분위기 탓에 2004년에 1차, 2009년에 2차 자살예방대책 5개년 계획이 수립되었지만 자살률이 계속 상승하는 등 가시적인 성과는 없었다. 이에 따라 2011년에는 자살 예방 및 생명존중문화 조성에 관한 법률이 통과되고 2012년에는 중앙자살예방센터 및 광주 지역 등 권역별 자살예방센터가 신설되는 등 자살예방과 국가적 책임과 정책 실현을 위한 기초가 마련되었지만 뚜렷한 정책적 기반이 될 수 있는 연구의 부재와 기본적인 자살실태조사에 대한 부재로 인하여 자살 예방을 위한 근거가 필요한 상태이다²⁵⁾.

자살기도자를 만날 수 있는 장소가 응급실이 우선시 되는 장소이며, 자살기도자의 특성 확인을 통해 정신의학적 적극적 개입이 자살예방에 좋은 기회가 될 것이라고 생각하였다. 이에 저자는 자살 기도 후 조선대학교병원 응급실로 내원한 광주·전남 지역 일부 자살기도자들을 대상으로 사회 인구학적 및 임상적 특성을 조사하여 자살기도자들의 특성에 대한 확인과 기존 선행 연구 결과들과의 비교를 통해 자살 예방의 기초자료를 얻고자 하였다.

II. 대상 및 방법

1. 대상

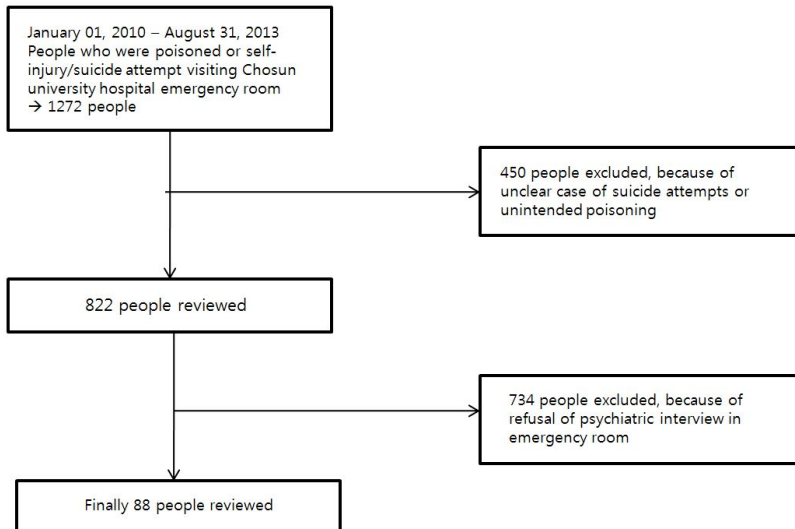


Figure 1. Subject of study Selection.

2010년 1월 1일부터 2013년 8월 31일까지의 3년 8개월의 기간 동안 조선대학교병원 응급실로 내원한 환자 중 자해/자살 및 중독을 주소로 내원한 경우 1272명을 대상으로 하였다. 그 중 비의도적 손상 혹은 자살 기도 여부가 불분명한 450명을 제외한 822명을 1차 선정하였다.(Supplementary Data) 이들 중 응급실에서 정신건강의학과적 면담에 동의한 88명을 대상으로 최종 분석이 이루어졌다.

2. 방법

자살 기도로 응급실에 내원한 환자를 정신건강의학과 의사가 환자, 가족 또는 동반자와 면담을 통하여 성별과 연령을 포함한 9개 항목의 사회인구학적 요인을 기록하고, 자살 기도와 관련된 자살 기도의 과거력, 기왕력, 가족력 등을 포함한 18개 항목의 임상적 요인을 파악하였다.

진단 기준은 DSM-IV-TR²⁶⁾에 의거하였고, 성별에 따라 분류된 연구대상자들의 사회인구학적, 임상적 특성들은 각 변인들 별로 빈도수와 백분율로 산출되었고, 모든 자료는 IBM SPSS statistics ver. 20으로 처리되었다.

III. 결과

1. 사회인구학적 특성

자살 기도로 응급실에 내원 후 정신건강의학적 면담에 응한 88명의 경우 남자는 39명(44.3%), 여자는 49명(55.7%)으로 남/녀 성비는 0.8:1이었다. 연령은 20대가 24명(27.3%)로 가장 많았으며, 40대 18명(20.5%), 50대 14명(15.9%), 60대 이상 13명(14.8%) 순이었다. 거주지는 도시 지역에 거주하는 경우가 57명(64.8%)였으며, 농어촌 지역에 거주하는 경우가 31명(35.2%)로 나타났다. 교육 수준은 고졸이 44명(50.0%)로 가장 많았으며, 중졸과 대졸이 각각 13명(14.8%), 초졸 11명(12.5%), 무학 7명(8.0%) 순이었다. 종교는 종교가 없는 사람이 56명(63.6%), 종교가 있는 사람이 32명(36.4%)로 종교가 없는 사람이 더 많았다.

사회경제수준은 자신을 중간 계층으로 표현한 사람이 68명(77.3%), 하위 계층으로 표현한 사람이 19명(21.6%), 상위 계층으로 표현한 사람이 1명(1.1%)이었다. 직업은 직업이 없는 경우가 52명(59.1%)로 가장 높게 나타났고, 학생 16명(18.2%), 자영업 10명(11.4%), 농어업 6명(6.8%), 회사원 4명(4.5%) 순으로 나타났다. 결혼 상태는 기혼이 42명(47.7%)로 가장 많았고, 미혼 40명(45.5%), 이혼 4명(4.5%), 사별 2명(2.3%)순으로 나타났다. 거주 형태는 가족과 함께 생활하는 경우가 67명(76.1%)로 가장 높게 나타났고, 자취 등의 단독 생활이 13명(14.8%), 공동 생활(하숙, 기숙사 등) 5명(5.7%), 기타 3명(3.4%)순으로 나타났다. (Table 1)

2. 임상적 특성

과거력에서 정신 질환 이외의 신체 질환이 없는 사람은 64명(72.8%), 신체 질환이 있는 사람이 24명(27.2%)으로 신체 질환이 없는 경우가 더 많았다. 신체 질환이 있는 경우 뇌혈관질환 5명(5.7%)으로 가장 많았고, 암과 갑상선 질환이 각 3명(3.4%), 고혈압 2명(2.3%) 등의 순이었다. 정신건강의학적 과거력은 정신건강의학적 과거력이 없는 사람이 36명(40.9%)로 가장 많았고, 정신건강의학적 과거력이 있는 경우 우울 장애가 29명(33.0%), 조현병 14명(15.9%), 불안장애 2명(2.3%), 양극성 장애 1명(1.1%) 순으로 나타났다. 그 외 기타 정신 질환이 6명(6.8%)이었다. (Table 2)

자살 기도의 원인은 대인 관계의 어려움이 35명(39.8%)으로 가장 많았고, 가족 간의 갈등으로 인한 문제가 25명(28.4%), 경제적인 문제가 17명(19.3%), 환청이나

망상 등에 의한 정신병적 증상에 의한 경우 7명(8.0%), 만성 질환으로 인한 어려움으로 인한 경우가 4명(4.5%)으로 나타났다. 자살 기도 방법은 약물 음독이 60명(68.3%)으로 가장 높게 나타났고, 자해 20명(22.7%), 목매 4명(4.5%), 추락 1명(1.1%), 그 외 기타 3명(3.4%)순으로 나타났다. 자살 기도의 총동성은 자살을 결심하고 2시간 이내 자살 기도를 시행한 경우가 66명(75.0%), 2시간 이후 시행한 경우가 22명(25.0%)로 나타났다. 자살 기도의 의도는 실제 죽음을 결심하고 자살을 기도한 경우가 50명(56.8%)으로 많았고, 의사 자살(Para-suicide)의 경우가 38명(43.2%)로 나타났다. 자살 기도 당시 음주를 한 경우가 18명(20.5%), 음주를 하지 않은 경우가 70명(79.5%)이었다. 자살 기도의 기왕력이 없는 경우가 50명(56.8%)로 나타났지만, 1-2회의 기왕력이 있는 경우가 29명(33.0%), 3회 이상의 자살 기도 기왕력이 있는 경우가 9명(10.2%)으로 높게 나타났다. 처음 자살을 시도한 나이는 40대가 20명(22.7%)로 가장 많았으며, 20대 18명(20.5%), 10대 17명(19.3%), 50대 12명(13.6%) 순이었다. (Table 3)

자살 기도자 중 가계 내 정신과적 병력이 없는 경우가 65명(73.9%)이었으며, 가계 내 정신과적 병력이 있는 경우가 23명(26.1%)이었다. 자살 기도의 가족력의 경우 가족력이 없는 경우가 82명(93.2%), 있는 경우가 6명(6.8%)으로 나타났다. 자살 기도 장소는 가정 내에서가 68명(77.3%)로, 그 이외의 장소가 20명(22.7%)로 나타났으며, 가족 및 지인에 의해 발견되는 경우가 60명(68.2%)로 가장 많았고, 직접 내원한 경우 18명(20.5%), 모르는 사람에게 발견된 경우 10명(11.3%) 순으로 나타났다. 자살 기도 후 직접 구조 여부는 구조 요청을 하지 않은 경우가 69명(78.4%), 자신이 구조 요청을 한 경우가 19명(21.6%)로 나타났다. 자살 기도 당시 유서를 작성하지 않은 경우가 84명(95.5%), 작성한 경우가 4명(4.5%)이었다. 응급실에서 정신건강의학적 면담을 시행한 이후 입원을 한 경우가 45명(51.1%)으로 가장 많았고, 입원 치료를 거부하고 외래로 내원한 경우가 15명(17.0%), 입원 치료 및 외래 치료를 거부한 경우가 28명(31.8%)이었다. 응급실에서 면담 시행 당시 자살 사고가 지속되고 있음을 보고한 환자가 67명(76.1%)로 자살 사고가 없다고 보고한 환자 21명(23.9%)에 비하여 약 3.2배 많았다. 응급실에서의 정신건강의학과적 면담 및 평가 이후 DSM -IV-TR에 의한 최종 진단은, 주요 우울 장애가 70명(79.6%)로 가장 높게 나타났고, 조현병(11.3%), 양극성장애와 적응장애가 각각 3명(3.4%), 기타 2명(2.3%) 순으로 나타났다. (Table 4)

IV. 고찰

자살은 전 세계적으로 매우 심각한 공중 보건 문제로 매년 약 100만 명이 자살로 사망하고²⁷⁾, 국내 자살률은 꾸준히 증가하여 경제협력개발기구(OECD)에 가입된 국가 중 가장 높은 실정이다¹⁰⁾. 이러한 상황에서 전국적 규모의 조사는 아닐지라도 자살 기도 후 조선대학교병원 응급실에 내원한 자살기도자들의 사회인구학적 특성 및 임상적 요인들을 조사하여 기존 연구와의 변화 추세에 대하여 알아보는 것 또한 의의가 있을 것이다. 특히 응급실에 내원한 자살기도자의 진료 기록뿐만 아니라 응급실에서 정신건강의학과 의사가 자살기도자 혹은 보호자에게 동의를 구하여 약 30분에서 1시간가량 면담을 시행한 후 정보를 취득하였다는 점에서 의의가 있을 것이다.

본 연구에서는 정신건강의학과에 의뢰된 자살 기도자의 남녀비는 0.8:1로 자살 기도의 경우 남자에 비해 여자의 자살 기도가 더 많다는 국내외 대부분의 연구 결과와 유사하였다^{3,14,17,21,29-31)}. 하지만 응급실에 내원한 전체 대상의 경우 오히려 남성이 더 많았는데(Table 5), 남성의 경우 여성에 비해 응급실 내원의 확률이 높은 위험한 방법의 자살 기도가 더 많기 때문으로 추정해 볼 수 있다. 일반적으로 자살 기도는 여자가 남자보다 4배 가량 많고, 자살 기도로 사망하는 경우는 남자가 4배 가량 많은 것으로 알려져 있다²⁸⁾. 남성의 경우 여성에 비해 생애의 전 단계에서 자살의 동기가 될 수 있는 위험 요소를 2~4배 더 겪게 된다고 알려져 있지만 오히려 여성의 경우 남성에 비해 1~3배 정도 자살 기도를 더 할 수 있다는 점에서 성별은 자살 행위에 있어 강력하면서도 복잡한 요인으로 작용하고 있는 것으로 생각된다^{32,33)}.

정신건강의학과에 의뢰된 자살 기도자의 연령은 전체적으로 20대가 가장 많았지만, 젊은 연령층에 비해 40, 50대 이상의 장년 및 노년층의 자살기도가 높게 나타났다. 응급실에 내원한 전체 자살기도자에 대한 분석 시에도 40,50대 장년층과 60대 이상의 노인 인구에서 높은 비율을 차지하였다. (Table 5) 일반적으로 자살기도자의 수는 연령에 비례하여 증가하는 경향성을 가지는데 이는 젊은 연령층에 비해 중년 및 노년의 인구가 경제력을 상실하거나 관련한 어려움을 겪을 가능성이 높으며³⁴⁾, 특히 남성의 경우 사회경제적 성취 정도가 자살 기도의 주요한 위험인자가 될 수 있다는 Sher. 등의 연구 결과³⁵⁾에 비추어 볼 때 충분히 예상 가능한 결과라는 것을 알 수 있다. 본 연구에서는 자살 기도 후 응급실에서 정신건강의학과적 면

담에 응한 사람만을 평가 대상으로 선정하였는데 상대적으로 저연령층에서 고연령층에 비해 정신건강의학과적 평가 및 치료에 대한 거부감이 적다는 점 등의 영향을 생각해 볼 수 있다. 하지만 기존의 국내 보고들에서 20, 30대의 젊은 연령층에서의 자살 기도 또한 적지 않음을 확인할 수 있었는데^{13,14,17,21,30,31}), 이러한 결과는 젊은 연령층이 장년층에 비해 안정적이지 않은 경제적 상황과 대인 관계를 경험하고 있으며, 또한 상대적으로 젊은 연령층이 충동 조절의 어려움을 겪는다는 사실로 이해할 수 있겠다.

정신건강의학과에 의뢰된 자살 기도자의 거주지는 전체적으로 도시가 농촌보다 많았다. 이는 전체 대상의 분석과 기존의 국내 보고들^{12,16,20,22})에서도 비슷하며, 본 조사를 시행한 병원이 도시에 존재하는 점과 응급실 내원의 접근성 등에 의한 영향을 고려해 볼 수 있다. 교육 수준의 경우 교육 수준이 낮을수록 비효율적인 대처를 할 가능성이 높아지고, 자살을 기도할 위험이 높다고 알려져 있다^{36,37}). 하지만 본 연구에서는 교육 수준은 고졸이 가장 많았으며, 이는 기존 국내 연구들과 일치하는 결과이다^{13,14,17,30}). 종교의 경우 종교가 없는 경우가 가장 많았으며, 이는 국내의 다양한 지역별 자살률 조사^{12,16,21,38})에 있어 전반적인 양상으로 보인다.

낮은 사회 경제 수준 혹은 실직 상태와 같은 사회경제적 문제는 개발도상국은 물론 서구 선진국에서도 보편적인 자살의 위험요인으로 보고되고 있다³⁹⁻⁴²). 본 연구에서는 중(77.3%), 하(21.6%)의 낮은 사회 경제 수준이 많았으며, 직업적인 측면에서 직업이 없는 경우(59.1%)가 가장 많았다. 이는 인구 통계를 이용한 자살사망자 연구⁴³)에서도 인구 10만 명당 자살률에서 직업이 없는 경우가 다른 일반 행정직 및 사무직 종사자보다 높아 무직 상태가 자살의 위험 요인임을 확인할 수 있었다. 결혼 형태 및 거주 상태에 있어 본 연구에서는 자살 기도자 중 기혼(47.7%)이 가장 많았으며, 거주 형태는 가족과 함께 생활하는 경우(76.1%)가 많았다. 이는 결혼이 자살 위험에 대한 예방요인으로 작용하며, 남성에서 보다 큰 것으로 알려져 있는 Corcoran 등의 연구 결과⁴⁴)와 차이가 있어 이에 대한 추후 연구가 필요할 것으로 생각된다.

정신건강의학과에 의뢰된 자살 기도자의 동반 신체 질환 여부는 신체 질환이 없는 경우(72.8%)가 더 높게 나타났다. 이는 기존 임유리 등의 연구²²)와 유사한 결과를 보였다. 전체 대상의 분석에서도 신체 질환이 없는 경우가 많게 나타났지만 (Table 6) 신체 질환이 있는 경우가 1/3 수준이었으며, 자살 기도자의 1/3에서 자살 기도 6개월 이내 의학적 치료 경력이 있었다는 기존의 보고²⁸)와는 다르게 나타

나 이러한 신체적 질환이 자살 기도에 영향을 미쳤는지에 대한 여부는 추후 조사해볼 필요가 있을 것으로 생각된다.

정신건강의학과에 의뢰된 자살 기도자의 정신건강의학적 과거력은 정신건강의학과적 과거력이 없는 경우(40.9%)가 가장 많았고, 주요 우울장애(33.0%), 조현병(15.9%)순 이었다. 자살은 일반적으로 정신건강의학적 병력과 연관성이 높다고 알려져 있으며, 자살 사망자의 약 90%에서 진단 가능한 정신건강의학적 질병이 존재한다고 알려져 있다³⁹⁾. 하지만 이러한 연구 결과에도 불구하고 본 연구에서 자살 기도자의 40.9%는 자살 기도 이전 정신건강의학과적 치료 경험이 없었다. 전체 대상의 분석에서는 이전 정신건강의학과적 치료 경험이 없는 경우가 약 68.9%에 달하였다. (Table 6) 이를 고려할 때 우리 사회에서 자살 기도의 위험이 높은 대상군을 선별하고 이들을 치료적 환경으로 이끌 수 있는 제도적 지원, 예를 들어 자살예방센터 등을 운영하는 것이 자살 감소에 도움이 될 것이다.

특히 자살과 관련된 가장 중요한 정신건강의학적 질환은 우울 장애와 같은 기분 장애이다^{39,41,42,45)}. 본 연구에서도 자살 기도자 중 가장 높은 빈도를 보인 정신건강의학과적 과거력이 우울 장애로 나타나 여러 선행 연구들과 일치된 결과를 보였다. 이와 함께 우울 장애는 단독으로 이환되는 경우도 있으나 불안 장애, 조현병, 물질 관련 장애 및 인격 장애 같은 정신질환과 공존하는 경우가 많으며, 주요 우울 장애에서 불안 장애가 공존하는 경우 자살률의 위험이 2배 이상 증가한다고 보고된 연구⁴⁶⁾도 있어, 공존 질환에 대한 추가적인 연구 또한 필요할 것이다.

정신건강의학과에 의뢰된 자살 기도자의 자살기도 원인은 가족 이외의 대인 관계 어려움이 가장 많았고, 가족 간의 갈등이 그 뒤를 이었다. 이는 자살기도자들이 자살을 결심하는 가장 큰 원인이 대인 관계의 어려움이라는 기존의 국내 연구^{16,21,22,47)}와 일치하는 결과를 보였다. 특히 전체 대상의 분석에서도 가족을 비롯한 대인 관계에 의한 갈등으로 인한 자살 기도가 많은 것을 고려할 때 자살 기도의 위험군 뿐만 아니라 그들의 가족 등을 대상으로 한 집단적 접근이 자살 예방에 도움이 될 것이다.

정신건강의학과에 의뢰된 자살 기도자의 자살 기도 방법은 농약 등의 약물 음독(68.3%)이 가장 많았으며, 손목 자상 등의 자해(22.7%)가 그 뒤를 이었다. 전체 대상 분석에서는 더욱 두드러져 약 84.7%의 환자군이 자살 기도 방법으로 약물 음독을 선택하였다. (Table 7) 이는 기존의 선행 연구에서 모두 음독 및 손목 자상을 자살 기도 방법 중 가장 우세한 방법으로 제안하고 있는 것과 일치하였다

또한 자살 의도를 가지고 자살 기도를 한 경우(56.8%)가 많았는데 자살 의도가 높은 경우 자살 기도로 인한 의학적 결과가 더 치명적이라는 보고^{48,49)}가 있었다. 또한 여성에 있어 의사 자살(para-suicide)의 경우가 많은데, 여성의 경우 양가적 감정을 가지고 자살을 기도하며, 자살을 완수하기보다는 시위성으로 기도를 하는 경우가 많기 때문이라는 보고¹⁸⁾가 존재하여 이에 대한 추가적인 연구가 필요할 것이다.

자살 기도의 충동성에 관한 선행 연구⁵⁰⁾에서와 같이 자살을 결심하고 2시간 이내 자살 기도를 하였는지의 여부에 따라 집단을 나누었을 때 66명(75.0%)에서 자살 결심 2시간 이내에 자살 기도를 행한 것으로 나타났고, 전체 대상 분석에서도 이러한 경향성이 나타났다. (Table 7) 이는 최근의 여러 연구에서는 정신건강의학적 진단과 더불어 충동조절의 어려움이 자살사고를 행동으로 나타나게 하는 중요한 요인임을 보고하고 있는 것과 일치된 의견⁵¹⁻⁵⁴⁾으로 초기 단계에 있어 적극적인 개입이 자살 기도 및 자살로 인한 사망을 줄이는데 효과가 있을 것이다.

또한 본 연구에서 자살 기도 당시 음주를 한 경우는 20.5%로 나타났고, 전체 대상의 분석에서는 약 31%로 이보다 더 높은 수치로 나타났다. (Table 7) 알코올 남용이나 음주 상태가 우울 장애와 연관되어 환자들의 공격성, 충동성을 의미 있게 증가시킨다는 보고⁵⁵⁾가 있으며, 자살 기도의 잠재적 위험군이 실제 자살 기도를 하게 되는 자극제로 작용할 가능성을 고려할 수 있어 이에 대한 추가적인 연구 또한 필요할 것이다.

본 연구에서는 정신건강의학과에 의뢰된 자살 기도자 중에서 자살 기도의 기왕력이 있는 경우가 43.2%로 높게 나타났으며, 이 중 3회 이상의 자살 기도 과거력이 있는 경우가 전체 연구 대상 중 10.2% 정도로 나타났다. 기존의 많은 선행 연구에서 과거 자살 기도 경험은 자살 재기도 및 미래의 자살 사망의 가장 강력한 예측 인자 중의 하나로 알려져 있다⁵⁶⁻⁵⁹⁾. 또한 처음 자살기도를 시행한 나이는 40대(22.7%)와 10대(19.3%), 20대(20.5%)에서 높게 나타났는데, 이는 청소년 자살 기도자를 대상으로 10여 년간 추적 관찰한 최근 연구에서 자살기도자의 55%가 자살 재기도를 하였다는 점에서 주목할 만한 결과이다⁶⁰⁾. 또한 국내의 한 대학병원 응급실에 내원한 자살기도자를 대상으로 한 연구에서도 자살로 인해 사망한 사람의 36.4%는 이전 자살 기도 경험이 있었다⁶¹⁾. 따라서 자살기도자에 대한 지속적인 사후 관리는 자살 기도의 재발과 자살로 인한 사망을 예방하는데 매우 중요할 것

으로 생각된다.

정신건강의학과에 의뢰된 자살 기도자의 가계 내 정신과적 병력은 있는 경우가 26.1%이고, 가계 내 자살 기왕력이 있는 경우가 6.8%로 나타났다. 가계 내 정신과적 병력이 있는 경우 자살과 관련된 생물학적, 환경적인 영향을 받을 수 있으며, 가족의 자살 행동이 자살 위험 요인으로 작용한다는 기존 연구^{48,62)}들을 고려할 때 이들 요인이 자살위험도에 미치는 영향에 대한 추가적인 연구가 필요할 것이다.

정신건강의학과에 의뢰된 자살 기도자에서 자살 기도가 이루어진 장소는 자신의 집이 77.3%로 가장 많았는데, 기존의 국내 보고^{16,17,18,63)}들과 일치하는 결과이다. 또한 유서를 남기지 않은 경우(95.5%)가 많았고, 자살 기도 후 직접 구조 신청을 하지 않은 경우(78.4%)가 많았지만, 자살 기도 장소의 특성상 가족 및 지인 등에 의해 발견되는 경우(68.2%)가 많았다. 이는 자살 기도 당시 구조 가능성에 대해서 자살 기도의 장소, 구조 요청의 유형 등을 살펴보았을 때 자살 기도자들이 의식적 혹은 무의식적으로 타인에게 도움을 요청하는 것과 관련이 있을 수 있으며, 일반적으로 자살 기도는 집이나 쉽게 발견 될 수 있는 장소에서 주로 이루어진다는 견해³⁾와도 일치되는 결과이다.

본 연구에서 응급실 진료 후 정신건강의학과적 치료 상황으로는 입원을 한 경우(51.1%), 입원 치료를 거부하고 외래 치료를 시행한 경우(17.2%) 순이었다. 하지만 이는 자살기도자 중 정신건강의학적 면담에 동의한 사람을 대상으로 한 연구 결과로 실제보다 높게 측정되었을 가능성이 있으며, 전혀 치료를 받지 않은 대상도 31.8%에 달하였다. 이는 자살기도자들의 치료 여부를 결정하는 상황에서 보호자들이 판단하는 환자의 상태가 큰 부분을 차지하였는데 많은 환자와 보호자들이 내과적 문제가 해결되거나 음주 상태에서부터 회복되는 경우 응급실에서 퇴원을 요구하는 경우가 상당수 있었다. 이는 자살기도 당시의 상태를 총동적이고 일시적인 상태로 판단하여 지속적 치료의 필요성을 간과하는 경우가 많다는 것을 나타낸다.

정신건강의학과에 의뢰된 자살 기도자들은 응급실에서 면담을 시행하는 과정에서도 자살 사고가 지속되는 경우(76.1%)가 많았으며, 자살기도 기왕력이 있는 경우 높은 자살 재기도를 고려한다면 이들을 대상으로 한 적극적이고 지속적인 관리 방안이 필요할 것이다.

정신건강의학과에 의뢰된 자살 기도자의 최종 정신건강의학과적 진단으로는 주요 우울 장애(79.6%)로 가장 많았으며, 조현병(11.3%), 양극성 장애 및 적응 장애(각 3.4%) 순이었다. 우울 장애뿐만 아니라 거의 모든 정신 장애는 자살 위험을

증가시키며³⁾, 정신 질환을 가진 환자는 일반 인구에 비해 자살 위험이 3~12배 높다고 한다²⁸⁾. 특히 정신장애 중에서 기분장애나 조현병을 가진 경우 자살 위험성이 높아지며, 연구에 따라 다르지만 일생 동안 자살로 사망하는 비율은 기분장애의 경우 15%, 조현병의 경우 4%에^{64,65)} 이르는 것으로 알려져 이에 대한 지속적인 연구 및 관심이 필요할 것이다.

2010년 1월 1일부터 2013년 8월 31일까지 3년 8개월의 기간 동안 조선대학교 병원 응급실에 자해/자살 혹은 중독을 주소로 내원한 환자는 1272명이었다. 이들 중 자살 기도 여부가 불분명한 450명이 제외한 822명이 자살 기도를 시행한 것으로 확인되었다. 하지만 실제 정신건강의학적 면담이 이루어진 경우는 88명으로 전체의 10.7%에 불과하였다. 또한 전체 1272명을 대상으로 하였을 때는 6.9%에 불과한 것으로 나타났다. 타 병원으로 전원이 이뤄지거나 정신건강의학적 면담을 시행할 수 없는 신체적 상태가 지속되는 경우도 많았으나 442명이 정신건강의학과적 치료에 대한 거부감으로 면담 시행을 거부하였다. (Table 6) 이는 아직까지 우리 사회에 정신건강의학 치료에 대한 사회적인 낙인에 대한 거부적인 태도로 이해할 수 있으며, 이는 기존 국내 연구⁶⁶⁾와 비슷한 경향성을 확인할 수 있다. 자살 기도자의 경우 정신 질환의 유병률과 자살재기도의 위험이 매우 높다는 사실을 고려하여 자살 기도 후 정신건강의학적 면담을 거부하였던 사람들을 치료적 환경으로 이끌 수 있는 사회적 인식 변화 및 제도적인 뒷받침이 필요할 것으로 생각된다.

본 연구의 제한점으로는 1) 후향적 연구로 정보가 누락되었을 가능성이 있고, 2) 정신건강의학과적 면담이 이루어진 연구 대상이 비교적 소수이며, 대상 모집이 표본 추출에 의하지 않아 연구 대상이 일반적인 자살기도자를 대표하지 못하기 때문에 연구 결과를 일반화하는 데 어려움이 있다. 3) 또한 지역적으로 특정한 지역 인구만을 대상으로 하여 본 연구 결과를 우리나라 전체 인구 대상으로 일반화 하는데 제한점이 있다. 4) 조사자들 간의 편향 발생 가능성과 5) 응급실의 특성상 제한된 정보 수집이 이루어졌을 가능성이 있다.

하지만 이 연구는 일정 기간 동안 응급실에 내원한 자살기도자를 대상으로 면담 및 의무기록을 토대로 작성하였기 때문에 정보 왜곡이 최소화된 상태에서 연구가 진행되었으며, 이를 통해 자살기도자들의 특성을 이해하고, 이를 통해 우리 사회의 자살 예방을 위한 사회적 지원 체계를 구축하는 것에 기초 자료로써 도움이 되었으면 한다.

V. 결론

본 연구에서는 2010년 1월 1일부터 2013년 8월 31일까지 조선대학교병원 응급실로 내원한 이후 정신건강의학적 면담에 동의한 88명(10.7%)을 대상으로 자살기도자들의 특성을 조사하였다. 자살기도자들의 사회인구학적, 임상적 인자들의 특성은 전반적으로 선행 연구들에서와 비슷한 경향성을 나타내었다. 정신건강의학과에 의뢰된 자살기도자는 여성, 고연령, 낮은 학력과 사회 경제 수준 등 우리 사회에서 ‘사회적 약자’들이 많은 수를 차지하였다. 근본적으로 자살 기도의 재발 방지와 자살 사망의 예방을 위해서는 이들 ‘사회적 약자’가 자살 기도라는 극단적인 선택을 하기 전에 이들을 건강한 생존 환경으로 이끌 수 있는 사회 전반적인 지지체계의 확립이 필요할 것이다. 또한 농어촌 지역에서 거주하는 자살기도자들의 경우 약물 음독 중 농약 음독이 차지하는 비율이 많았다. 본 연구에서와 같이 자살기도자들은 총동적으로 또는 음주 상태에서 자살 기도를 하는 경우가 많기 때문에 손쉽게 구할 수 있는 방법을 택하기 쉽다. 이와 관련하여 농약 및 기타 약제의 관리에 있어 좀 더 엄격하고 체계적인 관리 기준이 필요함을 생각해 볼 수 있다.

기존에 자살 기도 기왕력이 있는 경우 반복적인 자살 기도가 나타나기 쉽다. 따라서 자살기도자를 대상으로 초기 단계에서의 접근, 적절한 사회적 지원과 관리 프로그램이 자살로 인한 사망을 줄이는데 큰 기여를 할 것이며, 이를 고려할 때 이 지역에서 운영 중인 자살예방센터와 응급실 자살기도자 사후 관리 사업이 큰 의의가 있을 것으로 생각한다. 또한 자살기도 후 정신건강의학과적 평가 및 치료가 이루어지는 비율이 매우 낮은 점을 고려할 때 이들이 정신건강의학의 치료적 환경에 들어갈 수 있도록 진입 장벽을 낮출 수 있도록 정신건강의학적 평가 및 치료에 대한 사회 전반적인 인식 개선을 위해 정신건강의학과 의사들의 적극적인 사회적 활동 및 교육 등의 과정 및 이를 뒷받침할 제도적 지원이 필요할 것으로 생각된다.

자살은 우리 사회의 매우 중요한 사회문제이자 의학적 문제이다. 본 연구에서와 같이 자살 기도자의 특성 연구를 통해 자살 위험 요인을 규명하고 국내 실정에 맞는 자살 위험요인 관리 모델을 개발하여 이를 토대로 고위험군을 관리하는 것은 자살 예방 및 치료적 개입에 효과적인 방법이 될 수 있다. 추후 자살기도자들에 대한 심층적인 역학 연구 및 면담을 통해 자살기도 예방 프로그램에 대한 전향적인 후속 연구 또한 필요할 것이다.

중심단어 : 응급실, 자살 기도, 정신건강의학과, 사회인구학적 특성, 임상적 특성

Table 1. Socio-demographic characteristics

	N(88)	%(100)
Sex		
Male	39	44.3
Female	49	55.7
Age(year)		
≤ 19	10	11.3
20–29	24	27.3
30–39	9	10.2
40–49	18	20.5
50–59	14	15.9
≥ 60	13	14.8
Residence		
Urban	57	64.8
Rural	31	35.2
Education		
None	7	8.0
Elementary	11	12.5
Middle	13	14.8
High	44	50.0
≥ College	13	14.8
Religious Belief		
No	56	63.6
Yes	32	36.4
Social Economic status		
High	1	1.1
Middle	68	77.3
Low	19	21.6
Occupation		
Unemployed	52	59.1
Student	16	18.2
Private business	10	11.4
Employee	4	4.5
Farming or Fishing	6	6.8
Marital status		
Unmarried	40	45.5
Married	42	47.7
Divorce	4	4.5
Separated	2	2.3
Residential types		
Alone	13	14.8
With Family	67	76.1
Cohabitation	5	5.7
Etc	3	3.4

Table 2. Comorbid physical illness and past history of psychiatric illness

	N(88)	%(100)
Medical tx. history		
None	64	72.8
Hypertension	2	2.3
Diabetes Mellitus	1	1.1
Thyroid diseases	3	3.4
Cardiovascular diseases	1	1.1
Cerebrovascular diseases	5	5.7
Cancer	3	3.4
Others	9	10.2
Psychiatric tx. history		
None	36	40.9
Depression	29	33.0
Bipolar disorder	1	1.1
Schizophrenia	14	15.9
Anxiety disorder	2	2.3
Another psychiatric illness	6	6.8

Table 3. Suicide attempts related factors ; cause, methods, impulsivity, past history

	N(88)	%(100)
Cause of Suicide attempts		
Family Conflict	25	28.4
Economic problem	17	19.3
Interpersonal relationship	35	39.8
Health problem (illness)	4	4.5
Psychotic Symptoms (ex. Hallucination or Delusion)	7	8.0
Method of Suicide attempts		
Intoxication	60	68.3
Self-harm	20	22.7
Fall down	1	1.1
Hanging	4	4.5
Etc	3	3.4
Impulsive suicide attempts		
within 2 hours	66	75.0
After 2 hours	22	25.0
Intention of suicide attempts		
Suicide	50	56.8
Parasuicide	38	43.2
Drink or not		
No	70	79.5
Yes	18	20.5
Past history of Suicide attempts		
None	50	56.8
1-2 times	29	33.0
≥ 3 times	9	10.2
Age of First Suicide attempts		
≤ 19	17	19.3
20-29	18	20.5
30-39	10	11.4
40-49	20	22.7
50-59	12	13.6
≥ 60	11	12.5

Table 4. Family history, characteristics of suicide attempts, final diagnosis

	N(88)	%(100)
Family history of Psychiatric illness		
No	65	73.9
Yes	23	26.1
Family history of suicide attempts		
No	82	93.2
Yes	6	6.8
Place of Suicide attempts		
In House	68	77.3
Others	20	22.7
Discoverer		
By oneself	18	20.5
Family of Acquaintance	60	68.2
Stranger	10	11.3
Self-rescue		
No	69	78.4
Yes	19	21.6
Suicide note		
No	84	95.5
Yes	4	4.5
After Interview in Emergency room		
Admission	45	51.1
Admission refusal – Outpatient clinic	15	17.0
Treatment refusal	28	31.8
Suicidal idea		
during psychiatric interview		
No	21	23.9
Yes	67	76.1
Final Psychiatric diagnosis		
Depression	70	79.6
Bipolar disorder	3	3.4
Schizophrenia	10	11.3
Adjustment disorder	3	3.4
Another psychiatric illness	2	2.3

Supplementary Data

(Characteristics of the whole object of the suicide attempters in emergency room)

Table 5. Socio-demographic characteristics

	N(822)	%(100)
Sex		
Male	442	53.7
Female	380	46.3
Age(year)		
≤ 19	48	5.8
20-29	101	12.3
30-39	116	14.1
40-49	170	20.7
50-59	127	15.4
≥ 60	260	31.7
Residence		
Urban	439	53.4
Rural	383	46.6

Table 6. Comorbid physical illness and past history of psychiatric illness

	N(822)	%(100)
Medical tx. history		
None	530	64.5
Hypertension	75	9.1
Diabetes Mellitus	32	3.9
Thyroid diseases	11	1.4
Cardiovascular diseases	22	2.7
Cerebrovascular diseases	39	4.7
Cancer	28	3.4
Etc	85	10.3
Psychiatric tx. history		
None	566	68.9
Depression	158	19.3
Bipolar disorder	12	1.4
Schizophrenia	34	4.1
Anxiety disorder	12	1.4
Another Psychiatric illness	39	4.9
Cause of Interview refusal		
Interview Agree	88	10.7
Intention of Patient or care-givers	442	53.8
Poor GMC* due to suicide attempts	126	15.3
Deaths	63	7.7
Transfer to Another Hospital	103	12.5

* GMC : General Medical Condition

Table 7. Suicide attempts related factors ; cause, methods, impulsivity, drinking

	N(822)	%(100)
Cause of Suicide attempts		
Family Conflict	289	35.1
Economic problem	105	12.8
Interpersonal relationship	156	20.2
Health problem (illness)	240	28.0
Psychotic symptoms	32	3.9
Method of Suicide attempts		
Intoxication	696	84.7
Self-harm (ex. wrist cutting)	70	8.5
Fall down	14	1.7
Hanging	33	4.0
Etc	9	1.1
Impulsive suicide attempts		
within 2 hours	451	54.8
After 2 hours	371	45.2
Intention of suicide attempts		
Suicide	465	56.6
Para-suicide	357	43.4
Drink or not		
No	567	69.0
Yes	255	31.0

참고문헌

- 1) 민성길, 최신정신의학, 제 5판, 일조각;2006 p772
- 2) Gelder MG., Andreason NC, Geddes JR, Lopez-Ibor Jr JJ. New oxford Textbooks of psychiatry. 2nd ed In : Jouko K, Lonngvist, editors. Epidemiology and causes of suicide. Oxford New york : Oxford university press;2009. p.952
- 3) 통계청. '2002년 사망원인통계 연보. 2003 Available from http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/6/2/index.board
- 4) 통계청. '2003년 사망원인통계 연보. 2004 Available from http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/6/2/index.board
- 5) 통계청. '2012년 사망원인통계 연보. 2013 Available from http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/6/2/index.board
- 6) Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. Textbook of psychiatry. 4th ed, Washington DC, American Psychiatric press;1999. p.1383-1396
- 7) Durkheim E Le. Suicide. New York, The Free Press: 1951. p.27
- 8) Freud S. Mourning and Melancholia. Colected Papers, Vol 4.
- 9) Roy A. Suicide in twins. Arch Gen Psychiatry 1991;48:29
- 10) Traskman L, Asberg M. Monoamine metabolism in CSF and suicide behavior. Arch Gen Psychiatry 1981;38:631
- 11) 김종은. 한국인의 자살에 관한 사회정신의학적 연구. 중앙의학 1963;5(4)
- 12) 이영호, 윤호영. 자살기도자의 사회환경적고찰. 신경정신의학 1969;8(1)43-50
- 13) 석재호, 김경식, 손봉기, 함 웅, 기백석, 자살기도자에 관한 연구. 신경정신의 학 1980;19(4):288-300
- 14) 홍영수, 이정균. 응급실을 통해 본 자살 기도자의 정신의학적 연구. 신경정신 의학 1980;19(3):204-212
- 15) 석재호, 김경식, 기백석, 박유문. 자살기도자들에 관한 임상적 특성. 신경정신 의학 1982;21(1):25-32
- 16) 이재정, 이죽내. 정신과에 의뢰된 대구 경북 지역 자살 기도자의 정신사회적 특성. 신경정신의학 1995;34(1):177-192
- 17) 박재황, 위대한. 응급센터에 내원한 자살기도자에 대한 임상분석. 대한응급의

학회지 1999;10(4)568-578

18) 김승열, 송화식, 김갑득, 이경구. 응급실에 내원한 자살기도 환자에 관한 연구. 대한응급의학회지 1999;10(4):560-567

19) 이성우, 전정민, 홍윤식, 자가음독 환자 분석. 대한응급의학회지 1996;7(3):390-397

20) 조남수, 조수형, 김용배. 급성약물중독에 대한 임상적 고찰. 대한응급의학회지 1995;6(2):349-356

21) 최동철, 김학렬, 김춘호. 박상학, 김상훈, 조용래. 응급실 내원 자살기도자들의 사회인구학적 특성. 정신병리학 2000;9(1):36-49

22) 임유리, 김학렬, 박상학, 김상훈, 류권호, 응급실에 내원한 자살기도자들의 특성. 대한사회정신의학회지 2012;Vol 17, No2:59-66

23) 이중선, 최재원, 박수빈, 유한익, 홍진표. 정신과적 문제로 응급실에 내원한 환자 중 자살기도자와 자살사망자의 임상특성 예비 비교 연구. 대한신경정신의학회지 2010;49:185-192

24) 정상혁. 우리나라 자살의 사회·경제적 비용부담에 관한 연구 = The socio-economic burden of suicide and depression in South Korea. 국립서울병원 국립정신보건교육연구센터 용역보고서, Vol. 2005. No.11, 2005

25) 2012 자살실태조사 = 2012 National survey on suicide. 중앙자살예방센터. 2012.12

26) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical manual of mental disorder. 4th ed. Washington DC, American psychiatric association;1994

27) Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. Epidemiol Rev 2008;30:133-154.

28) Sadock B, Sadock V. Kaplan & sadock' synopsis of psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.

29) Weissman MM. The epidemiology of suicide attempts, 1960 to 1971. Arch Gen Psychiatry 1974;30:737-746

30) Jeon HS, Son MS, Han SH. Clinical Characteristics of suicide attempters. Journal of Korean Neuropsychiatry Association 1998;27:384-393.

31) Kim SY, Song HS, Kim GT, Kyu LK. A Study of Patients with Suicidal

Attemp. Journal of the Korean Society of Emergency Medicine 1990;10:560-567.

32) Schmidtke A, Weinacker B, Fricke S. Suizid-und Suizidversuchsraten bei Kindern und Jugendlichen in den alten Landern der Bundesrepublikund in der ehemaligen DDR. Kinderarzt 1996;27:151-162.

33) Blumenthal SJ, Kupfer DJ, eds. Suicide over the life cycle. Washington DC: American Psychiatric Press 1990.

34) Park SJ. The extent of abuse on the aged, of their self-respect and self-satisfaction according to their economic life. ChonJu. M.A. thesis, ChonJu Counselling International Graduation School.

35) Sher L. Per capita income is related to suicide rates in men but not in women. JMHG 2006;3:39-42.

36) Hur JW, Yang JC, Shim SH, Han SW, Lee BH, Kim YK. Sociodemographic characteristics of suicidal attempter with major depressive disorder. J of Kor Soc for Dep and Bip Disorders 2008;6:114-119.

37) Malone KM, Hass GL, Sweeney JA, Mann JJ. Major depression and the risk of attempted suicide. J Affect Disord 1995;34:173-185.

38) Han OS, Hong JP. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders. Seoul:Hana munhaksa Seoul;2000.

39) Kessler RC, Berglund P, Borges G, Nock MK, Wang PS. Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. JAMA 2005; 293: 2487 -2495.

40) Vijayakumar L, John S, Pirkis J, Whiteford H. Suicide in developing countries (2): risk factors. Crisis 2005;26:112-119.

41) Blackmore ER, Munce S, Weller I, Zagorski B, Stansfeld SA, Stewart DE, et al. Psychosocial and clinical correlates of suicidal acts: results from a national population survey. Br J Psychiatry 2008;192:279-284.

42) 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.

43) 남윤영. 우리나라 자살의 경향과 특징. 한국자살예방협회 심포지움. 2005년 2

월 17일, 서울: 한국자살예방협회.

44) Corcoran P, Nagar A. Suicide and marital status in Northern Ireland. *Soc Psychiat Epidemiol* 2009. In press.

45) Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightingale SK. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry* 1996;153:1009-1014.

46) Keller MB, Hanks DL. Anxiety symptom relief in depression treatment outcomes. *J Clin Psychiatry* 1995;56 Suppl 6:22-29.

47) 김성완, 배경열, 김재민. 자살기도 위험요인 및 자살에 대한 태도 연구. *신경정신의학* 2010;49:367-373

48) Misson H, Mathieu F, Jollant F, Yon L, Guillaume S, Parmentier C, et al. Factor analysis of the Suicidal Intent Scale (SIS) and the Risk-Rescue Rating Scale (RRRS): toward the identification of homogeneous subgroups of suicidal behaviors. *J Affect Disord* In press 2009.

49) Nakagawa A, Grunebaum MF, Oquendo MA, Burke AK, Kashima H, Mann JJ. Clinical correlates of planned, more lethal suicide attempt in major depressive disorder. *J Affect Disord* 2009;112:237-242

50) Shengnan Wei, Li Liu, Bo Bi, Haiyan Li et al. Comparison of impulsive and nonimpulsive suicide attempt patients treated in the emergency departements of four general hospitals in Shenyang, China. *General hospital psychiatry*. 35 (2013) 186-191

51) Nock MK, Hwang I, Sampson N, Kessler RC, Angermeyer M, Beau-trais A, et al. Cross-national analysis of the associations among men-tal disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med* 2009;6:e1000123.

52) Turecki G. Dissecting the suicide phenotype: the role of impulsive-aggressive behaviours. *J Psychiatry Neurosci* 2005;30:398-408.

53) Corruble E, Damy C, Guelfi JD. Impulsivity: a relevant dimension in de-pression regarding suicide attempts? *J Affect Disord* 1999;53:211-215.

54) Koller G, Preuss UW, Bottlender M, Wenzel K, Soyka M. Impulsivity and

aggression as predictors of suicide attempts in alcoholics. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002;252:155-160.

55) Ganz D, Sher L. Suicidal behavior in adolescents with comorbid depression and alcohol abuse. *Minerva Pediatr* 2009;61:333-347.

56) Beck AT, Steer RA. Clinical predictors of eventual suicide: a 5- to 10-year prospective study of suicide attempters. *J Affect Disord* 1989; 17:203-209.

57) Leon AC, Friedman RA, Sweeney JA, Brown RP, Mann JJ. Statistical issues in the identification of risk factors for suicidal behavior: the application of survival analysis. *Psychiatry Res* 1990;31:99-108.

58) Isometsä ET, Lönqvist JK. Suicide attempts preceding completed suicide. *Br J Psychiatry* 1998;173:531-535.

59) Kang BJ, Nam YY, Ko SM, Lee HS, Hong KE. The characteristics of suicide attempts and psychosocial risk factors in correctional institutions. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2009;48:368-373.

60) Géin A, Kabuth B, Pichené C, Vidailhet C. Ten year follow-up study of 65 suicidal adolescents. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;18:117-125.

61) Jung WY, Park JM, Kang CJ, Lee BD, Lee YM. Clinical characteristics of completed versus non-completed suicide and re-attempt rates in 2-4 years. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2009;48:488-495.

62) Melhem NM, Brent DA, Ziegler M, Iyengar S, Kolko D, Oquendo M, et al. Familial pathways to early-onset suicidal behavior: familial and individual antecedents of suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 2007;164:1364-1370.

63) 허지원, 최광연, 이분희, 심세훈, 양종철, 김용구. 자살 기도에 영향을 미치는 정신사회적 요인. *J. Korean Neuropsychiatr Assoc* 2007;46(2):129-135

64) Guze SB, Robins E. Suicide and primary affective disorders. *Br J Psychiatry* 1970;117:437-438.

65) Inskip HM, Harris EC, Barraclough B. Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998; 172:35-37.

66) 박정우, 백기청, 곽영숙. 일반인과 정신과 환자 보호자들의 정신질환에 대한 인식과 태도에 관한 연구. *신경정신의학* 1995;34(4):1105-1118