

# 정신과적 취약성을 통해 살펴본 한국형 자살 특성: 성차에 따른 정신과적 문제를 중심으로

김 은 화\*

정 나 래\*\*

마음과 마음 정신건강의학과

용인정신병원

자살에서 정신과적 요인은 매우 중요하다고 알려져 있으며, 역학적 특성 중 성차에 대해서 이해하는 것은 정신과적 장면에서의 개입 및 자살 예방에 있어서 중요하다. 따라서 본 연구는 정신과적 문제의 성차를 중심으로 대한민국의 자살 현상을 후향적으로 분석하고자 하였다. 따라서 2013-2017년 동안의 자살사망자 전수조사통계를 토대로 하여, 50,304명의 자살 사망자를 대상으로 사망 당시의 정신과적 증상 및 과거 진단과 치료 여부가 성차에 따라 차이가 있는지를 살펴보았으며, 각 성별로 자살에 영향을 주는 대표적 정신과적 문제를 선정한 후 연령에 따라 추정되는 원인의 빈도에 대해서도 파악하였다. 연구 결과, 전체 자살자 수는 남성이 많았고, 성비에서 기대되는 것에 비해 정신과적 문제가 있었다고 추정되는 자들은 여성에게서 더 높은 것으로 시사된다. 정신과적 문제가 있었다고 추정되는 자들 중 과거의 정신과적 진단 이력 및 정신과적 치료를 받은 경험 모두 남성에 비해 여성에게서 더 높은 것으로 보고되었다. 또한 대표적인 여성 취약형 정신과적 문제는 우울 증상 및 우울장애가 전체 중 가장 많은 비중을 차지하였고, 그 다음으로는 불안 증상 및 불안장애로 나타났다. 또한 남성 취약형 정신과적 문제는 알코올 남용, 오용 및 알코올 장애로 나타났고, 그 다음으로는 도박, 성 등 부적절한 행위 반복 및 행위중독으로 나타났다. 본 연구를 통해 한국에서의 자살자 중 정신과적 문제가 있었던 개인의 성차적 특성에 대해 면밀히 파악하였던 바, 자살의 예방 및 개입에 있어 차별적인 접근이 필요하다는 함의점이 시사된다.

주요어: 자살, 성차, 정신과적 문제, 여성 취약형 정신과적 문제, 남성 취약형 정신과적 문제, 우울

---

본 논문은 한국생명존중희망재단으로부터 2013-2017년 자살사망자 전수조사통계 데이터의 일부를 제공받아 수행한 연구결과임(자료관리번호: KFSP22-19). 논문에 삽입된 표, 논의사항을 비롯한 논문 내용 전체는 연구자가 자체적으로 분석한 결과이며, 보건복지부 및 한국생명존중희망재단의 공식 견해와 다를 수 있음.

\* 주저자: 김은화/마음과 마음 정신건강의학과 임상심리사/서울시 동대문구 고산자로 399

/Tel: 02-6959-0456/E-mail: doonakim107@hanmail.net

\*\* 교신저자: 정나래/용인정신병원 임상심리과 과장/경기도 용인시 기흥구 중부대로 940

/Tel: 031-288-0265/E-mail: rhapsodist6@hanmail.net

## I. 서론

### 1. 연구의 필요성

2019년을 기준으로, 전세계적으로 사망자 100명 중 1명 이상(1.3%)이 자살로 인해 사망했다고 전해지며(WHO, 2023), 안타깝게도 우리나라는 자살률이 가장 높은 대표적인 국가 중 하나이다. 2004년 이후 경제협력개발기구(OECD) 회원국 가운데 우리나라는 자살률 1위를 차지하였고, 2000년 인구 10만 명당 13.6명이던 자살률<sup>1)</sup>이 2010년 33.5명으로 크게 증가하였다. 2010년 이후 우리나라는 「자살예방 및 생명존중문화조성을 위한 법률」을 제정하고, 중앙 자살예방센터, 중앙심리부검센터 및 지자체 자살예방센터를 설치하여 다양한 방식으로 자살 예방 및 생명존중문화 조성을 도모해왔다. 제 2차 자살예방 종합대책이 도입된 이후 2016년까지 자살률이 조금씩 감소되는 추세를 보이기는 하였으나(Lee et al., 2018), 2018년에는 인구 10만명 당 26.6명으로 다시 증가하는 패턴을 나타내었다(Kim et al., 2021). 그 이후에 자살률은 감소하고 있는 추세로 예를 들어 2020년에는 25.7명으로 자살률이 17.7%감소하였고(통계청, 2010; 통계청, 2020) 2022년의 경우 자살률 25.2명에 이르렀다(보건복지부, 보도참고자료 2022). 그러나 이러한 추세가 계속 안정적인 양상을 유지할지에 대해서는 미지수이다. 아직 2024년의 자살률에 대한 통계청 등의 공식적인 결과는 발표되지 않았으나 2024년 1월 잠정 집계된 자살사망자는 1,306 명으로 2023년의 같은 달(987명)에 비해 32.3%(319명) 증가했다고 알려져, 자살이 다시금 증가되고 있다는 의견이 나오고 있다(헬스조선, 2024).

또한 자살로 인한 사회·경제적 비용은 연 6조 5,000억 원에 이른다(보건복지부, 2022). 자살의 대가로 직접적인 비용이 야기될 뿐만 아니라 산업 분

야에서의 생산성손실을 비롯하여, 주변 사람들이 겪는 상실감과 비통함 등의 정서적 어려움과 같은 간접적 손실 역시 크기에, 이러한 영향력을 고려하였을 때, 향후에도 자살 예방과 임상 실제에서의 개입은 지속적으로 필요하며, 어떠한 원인으로 발생하는지를 포함하여 자살 현상을 체계적으로 분석하는 것은 매우 중요한 과제라고 볼 수 있다.

### 2. 이론적 배경

정신과적 장애는 자살사망을 예측하는 가장 강력한 원인이 된다고 알려져 있다(서종한 등, 2012; 오시현 등, 2022; Brent et al., 1994; McGirr et al., 2008; Schneider et al., 2006). 통계청에 따른 한국인의 자살원인을 살펴보았을 때도, 정신적 문제가 28.7%로 가장 많았고, 경제적 어려움(21.2%), 신체 질환(18.9%) 순이었다(통계청, 2015). 정신과적 문제나 장애가 있는 사람에게서 자살은 높은 사망률의 중요한 원인이 되며, 거의 모든 정신 장애는 자살 위험을 증가시킨다고 알려져 있다(제영표, 2004). 자살을 시도하는 사람들의 약 10% 정도만이 정신질환이 없는 것으로 밝혀졌던 점을 볼 때(APA, 2013), 다른 어떤 변수보다도 정신과적 요인은 자살에 있어 결정적인 요소로 고려된다. 자살자의 80% 이상이 흔히 기분장애, 약물사용장애 혹은 충동조절장애와 같은 정신장애를 지니고 있다(Berman, 2009; Joe et al., 2006; Nock et al., 2010). 특히 많은 선행연구들은 우울 및 불안이 자살 행동의 유의한 예측인자라고 밝혀 왔다(Bentley et al., 2016; Prinstein et al., 2008; Rudd et al., 2006). 우울은 자신에 대한 부정적인 인식의 결과라 볼 수 있으며, 근심, 침울, 실패감, 상실감, 무기력 및 무가치감을 나타내는 정서적인 문제를 말하며, 우울의 속성 중 특히 절망이나 무망감(hopelessness)이 자살행동과 밀접한 관련성

1) 자살률은 인구 10만명당 자살하는 사람의 수를 의미함(통계청, 2010).

을 지니는 것으로 알려져 왔다(Beck et al., 1975). 또한 최근에 와서는 자살이 정신장애의 특성 내지는 증상의 일부로 간주하는 입장이 생겨나게 되었다. 이에 따르면 자살은 참을 수 없는 외상이나 스트레스에 의한 경우나 정신 질환의 산물로 이해되며(Leutenberg & Liptak, 2019), 현대의 진단 체계인 정신장애 진단 및 통계 편람(DSM-5)에서는 자살행동(죽음 및 시도)을 정신 질환, 가장 흔하게는 기분 장애의 합병증으로 바라보고 있다. 이러한 입장에서는 자살 행동을 주요 우울 증상 또는 경계선 성격 장애의 증상 중 하나로 간주하기도 하였다. 또한 조현병, 약물사용 장애(특히 알코올 사용), 불안 장애 등에서도 자살행동이 발생한다고 흔히 알려져 있다. 심리부검 연구에 의하면 자살한 사람들의 90% 이상이 자살 당시에 우울증, 양극성 장애, 알코올/약물중독, 조현병 등을 앓고 있거나 이들 장애를 동시에 경험하고 있었다고 밝혀졌다(Lanceley, 2003; 육성필, 조윤정, 2019에서 재인용).

한편, 한국에서 자살의 역학적 특성에 대해서는 국가 및 지방자치단체 등에서 자살 현황을 분석한 대부분의 보고서에 기술되어 있으나, 임상적 관점에서 구체적인 양상을 분석하는 내용의 연구는 충분히 진행되지 않은 상태이다. 자살 관련 보고서를 살펴볼 때, 역학적 특성 중에서도 성차의 경우 조사 시점이 다르더라도 성차가 비교적 일관된 패턴으로 나타나는 경우가 많은 것으로 보인다. 따라서 자살의 성차에 대해 이해하고 규명하는 것은 자살 예방과 개입에 있어 중요한 시사점을 지닐 수 있다. 한편 성차와 관련하여 주목할 만한 사실 중 하나는 자살 시도는 여성이 남성보다 더 많이 하지만(Roy & Janal, 2006), 실제로 죽고자 하는 의도에서 자살을 완결하는 경우는 남성이 더 많은 것으로 보고된다는 점이다(중앙심리부검센터, 2019; Hatton & Valente, 1984; Nock & Kessler, 2006; Maris, 1992; Yamada et al., 2007). 또한 자살의 성차에 대한 해외의 연구들을 살펴볼 때, 중국을 제외한 세계 각국

에서 남성은 여성보다 자살을 할 가능성이 4배나 높은 것으로 알려져 있다(Nock et al., 2013). 우리나라에서 진행된 연구 중 자살 시도자와 자살사망자간의 패턴에 대해 분석한 오시현 등(2022)의 연구에서 자살 시도자는 여성이 유의하게 많았으나, 자살 사망자는 남성이 여성보다 유의하게 많았다. 통계청의 자료에서 살펴볼 때도, 남성의 자살률이 35.5명으로 여성의 자살률 15.9명(통계청, 2020)보다 약 2.2배 더 높으며, 전체 자살 사망자 중 남자가 차지하는 비율은 68.9%, 여자는 31.1%로 나타났다(통계청, 2020).

그렇다면 왜 일반적으로 남성이 여성에 비해 자살률이 높은 것일까? 자살률의 성차에 기여하는 요인을 추정하였을 때, 첫째, 남성은 여성보다 치명적인 자살수단을 사용하기 때문에 자살사망으로 이어지기 쉬울 것으로 보인다. 여성의 자살시도는 남성보다 높음에도 불구하고 상대적으로 치명적이지 않은 편이다(Murphy, 1999; 육성필, 조윤정, 2019에서 재인용). 예를 들어 남성은 총이나 목매달기와 같은 보다 폭력적인 방법을 선택하는 반면, 여성은 약물과다투여 등의 덜 폭력적인 방법을 사용하는 경향이 있기에(Callanan & Davis, 2012; Nock et al., 2013), 남성이 여성에 비해 자살 완수라는 결과로 이어질 가능성이 더욱 높은 것으로 보인다. 둘째, 남성들이 여성에 비해 위험요인인 알코올과 약물의 남용 비율이 높다는 점을 들 수 있다(Suominen et al., 2004; 육성필, 조윤정, 2019에서 재인용). 일반적으로 술과 약물은 자살행동과 관련된 충동성에 영향을 주는 것으로 알려져 있어, 남성의 자살 위험에 더욱 영향을 주는 요인으로 보인다(Goldston, 2004). 술과 약물 자체가 자살 위험성을 높일 수도 있지만, 다른 요인들(우울 등)과 이러한 물질 문제가 결합하였을 때 위험성을 증폭시킬 것으로 보인다. 셋째, 여성의 경우 임신 및 양육의 시기에도 자살률이 낮은 것으로 보고되기에(육성필, 조윤정, 2019), 남성에 비해 자살에 대한 보호요인을 더욱 갖추고 있는

것으로 해석할 수 있다. 임신과 출산 및 양육의 시기에는 생물학적 변화로 인해 스트레스에 취약해지기도 하지만, 이와 동시에 자녀와의 정서적 연결과 애착의 과정에서 활력이나 성취감과 같은 긍정적인 강화를 경험할 수 있다. 따라서 상대적으로 여성은 남성보다 자살 행동의 위험성에 대한 완충 요인을 더 많이 갖추고 있을 가능성이 있다. 넷째, 여성에 비해서 남성이 도움 추구 경향성이 낮아 심리상담 서비스 등으로부터 혜택을 받을 가능성이 떨어진다. 전통적인 성역할이 높은 남성으로 하여금 도움을 추구하는 것이 나약함을 의미한다고 생각하게 하여 여성들과 비교하였을 때, 심리 치료를 포함한 정신건강 서비스에 대해 부정적인 태도를 가지고 있을 가능성이 높은 것으로 시사된다(정주리 등, 2016; Leong & Zacher, 1999). 남성들만을 대상으로 한 연구에서는 전통적 남성성이 높은 남성이 그렇지 않은 경우에 비해 자살로 사망할 확률이 2.4배 가량 높은 것으로 밝혀졌다(Coleman, Feigelman, & Rosen, 2020). 다섯째, 남성은 가족외부에서 사회적 통합과 정서적 지지를 발견하기 어려워져 최근의 사회변화로부터 더 큰 고통을 겪는다고 보는 시선이 있기에, 여성에 비해 남성이 자살 가능성이 높은 것으로 보인다. 사회생활에 대한 참여 비율이 상대적으로 높은 남성은 경쟁, 개인주의 등이 강조되므로 자살에 취약할 수 있는 반면, 여성은 가족 외부에서 친밀한 정서적 연계를 발전시킴으로써 전통적인 가족 역할의 감소에도 잘 대응해 나갈 수 있다고 보는 입장이 있다(김영택 등, 2009; Pampel, 1998). 따라서 이러한 남성성의 특성 역시 남성의 자살률 증가를 설명해 줄 수 있는 것으로 생각된다. 특히 대한민국의 경우 동양의 가부장적인 문화의 영향을 받아 남성의 성역할에 대해 보수적이고 경직된 관점을 유지하는 경우가 많다. 앞서 언급한 맥락에서 전통적인 남성성을 지나치게 동일시하면서 정신병리에 취약해지는 경우, 특히 경제적 위기 등의 외적 상황에 직면할 때 성역할과 관련된 사회적

압력이 증가되면서 자살에 이를 확률이 높아질 것으로 보인다.

자살에 있어서의 성차가 뚜렷한 것은 자살 행동 자체가 가지는 특성과도 관계가 있지만, 정신과적 문제 각각에 대한 성차와도 관련될 것으로 추측된다. 그러나 자살의 성차가 정신과적 문제의 성차와 늘 일관되는 방향을 지니지는 않는다고 알려져 있다. 예를 들면 정신 장애 중 자살과 가장 관련성이 높은 우울 장애는 여성에서의 유병률이 남성에 비해서 두 배 가량 높다고 알려져 있고(Kessler & Wang, 2009), 자살 시도도 여성이 남성보다 높지만 실제 자살률을 고려할 때, 남성 자살률이 여성 자살률에 비해서 훨씬 높은 것은 흔히 예상할 수 있는 방향과는 다르다. 이렇듯 실제 정신과적 장애의 남녀간 유병률의 차이와 자살의 성차의 패턴이 다르게 나타나는 현상에 대해 주목할 필요가 있다. 또한 특정 정신 장애의 남녀 간 유병률에 차이가 있다고 할지라도, 자살에서의 성차가 이와는 상충되는 결과를 나타낸다면 실제의 자살 행동에 기여하는 여러 가지 복합적 요소들(정신과적 문제 및 연령과 같은 인구통계학적 변수, 환경적 변수 등)을 고려할 필요가 있다. 따라서 특정 정신장애의 남녀 간 성차와 자살률과의 관계 및 특성에 대한 분석을 시도해 본다면, 자살에서의 성차를 보다 명확하게 이해할 수 있는 계기가 될 것이다. 또한 자살사망자 중 정신과적 문제가 있었는데 실제로 과거에 진단을 받거나, 치료를 받은 경험이 있었는지·혹은 없었는지에 대해서도 남녀의 차이가 존재할 수 있다. 예를 들어 특정 정신과적 문제가 자살의 주요 원인이었다면 과거에 이러한 문제로 진단을 받거나 치료를 받은 바에 대해 남녀간 차이가 나타날 수 있다. 따라서 각 장애별 과거력(치료력과 진단력)에 대한 남녀 차이를 분석한다면 각 현상에 대한 차별적인 접근이 가능하며, 자살을 예방하거나 개입하는 것에 큰 도움이 될 것이다. 또한 정신과적 문제로 자살한 사망자들의 성차에 대해 이해할 뿐만 아니

라 각 성별로 대표적인 정신과적 문제가 어떤 것인지를 면밀히 살펴보는 것은 실제 임상 현장에서의 예방과 개입 뿐만 아니라 거시적인 측면에서의 정책 수립 등에 도움이 될 것으로 예상된다. 또한 성별로 대표적인 정신과적 문제를 산출할 때, 자살자들에게서 추정되는 자살의 다른 요인들(예, 직업적 문제, 경제 문제, 가족관계 문제, 대인관계 문제 등)을 함께 고려하는 것이 원인 규명과 개입을 위해 도움이 될 것으로 보인다. 뿐만 아니라 각 취약 문제의 경우 연령 변수 즉, 연령에 따른 원인을 검토한다면 훨씬 유용한 정보를 얻을 수 있을 것이다. 개인들은 전 생애에서 신체적, 심리적 및 사회적인 변화를 경험하고 발달의 과정을 겪게 되기에(김예순, 2002), 연령 별로 문제 및 영향을 끼치는 요인들은 달라질 수 있을 것으로 시사된다. 또한 역학 연구의 경우 임상 문제와 더불어 나이, 성, 사회경제적 계층 등 사회인구학적 변인들을 고려하기에, 성차에 대한 문제 및 자살의 다른 원인에 대해 파악할 때 연령 변인 역시 감안하여 분석하는 것이 필요할 것이다. 아울러 이전에 이루어진 자살 연구들은 일부 연구를 제외하고는(예, 강상경, 2010; 모지환, 배진희, 2011; 이민아 등, 2010) 일 지역의 특정 연령계층을 대상으로 이루어진 경우가 많다고 알려져 있는데(모지환, 배진희, 2011에서 인용), 정신과적 문제 이외의 다양한 요인 및 전체 연령 수준 역시 모두 고려하여, 정신과적 문제의 특성에 대해 구체화할 필요가 있다.

즉, 실제 자살사망자 정보의 정신과적 문제에 대한 특성을 성차를 중심으로 분석하는 것은 성차의 학적 이해를 높일 수 있고, 각 문제의 개입과 예방에 대한 시사점을 줄 수 있어 임상적으로 큰 의의가 있을 것으로 고려된다. 이러한 맥락에서 자살자 중 정신과적 문제가 있었던 개인들의 증상별 성차를 알아보고, 이전의 진단력과 치료력에 대해서도 성차가 있는지를 살펴보는 것이 필요할 것이다. 또한 실제로 여성에게서 가장 문제가 되는 대표적인

정신장애와 남성에게서 가장 문제가 되는 대표적인 정신장애를 선정해 정리하고, 연령과 다른 요인들을 함께 고려한다면 각 문제의 특성을 명료하게 파악할 수 있을 것이다. 따라서 본 연구의 목적을 요약하면 다음과 같다. 우선 자살사망자 중 정신과적 문제가 있는 사람들에게서 남녀 간 어떠한 차이가 나타나는지를 자세히 살펴봄으로서 자살사망자에 대한 이해와 더불어 실제 임상 장면에서 자살 사고나 계획 및 시도를 나타내는 개인을 위한 예방에 도움이 될 것이다. 또한 자살에 있어서 대표적인 여성 취약형 정신과적 문제와 남성 취약형 정신과적 문제를 구분하여 이해한다면 각 취약 요인에 대해 차별적인 전략을 세울 수 있고, 궁극적으로는 자살 개입에 대한 보다 명료한 임상적 가이드라인을 마련할 수 있을 것으로 보인다. 따라서 본 연구는 실제 자살사망자에 대한 자료를 바탕으로 자살사망자 중 정신과적 문제가 있었던 것으로 추정된 사람들의 성차적 특성 및 기타 요인에 대해 면밀히 분석하고자 한다.

## II. 연구방법

### 1. 연구대상

본 연구의 대상자는 2013년부터 2017년까지 우리나라에서 자살로 사망한 자로, 경찰수사기록을 통해 확인된 50,304명의 자살사망자 정보가 분석에 포함되었다. 구체적으로는 보건복지부가 한국생명존중희망재단에 위탁하여 정보를 수집한 ‘한국생명존중희망재단의 경찰 수사기록을 통한 자살사망자 전수조사통계’ 자료를 이용하였다. 자살사망자 전수조사통계는 한국생명존중희망재단(주체: 보건복지부)에서 「자살예방 국가 행동계획」의 “경찰 수사기록을 활용한 자살원인 심층분석” 과제에 따라 2018년도부터 경찰청 수사기록을 활용한 자살사망자 전수조사를 실시하여 해당년도에 발견된 자살(경찰 수사

기록 상 자살로 종결된 건) 사망자를 대상으로 수집한 자료이다.

이는 한국생명존중희망재단 소속의 훈련받은 전문조사원이 전국의 경찰관서를 직접 방문하여 자살 사망 사건 기록을 열람하고, 조사 매뉴얼(Korea-Psychological Autopsy Checklist for Police Record: K-PAC-PR)(중앙심리부검센터, 2019)에 따라 자살 예방 연구에 활용할 수 있도록 수집·가공한 데이터이다. 본 연구는 이러한 전수조사통계에 따라 자살사망자에 대한 기본 정보(성별, 연령), 정신과적 증상의 여부 및 종류(정신증적 증상, 조증 증상, 우울 증상, 불면 증상, 불안 증상, 신체화 증상, 급성 스트레스 증상, 물질남용 증상, 인지기능 증상, 알코올 증상, 행동 문제, 소아 청소년 정신과적 증상, 조사원 추정 기타 증상의 여부), 과거 정신과적 장애의 진단 여부 및 종류(조현병 진단, 양극성 장애 진단, 우울장애 진단, 수면장애 진단, 불안장애 진단, 신체화 장애 진단, 적응장애 진단, 물질사용장애 진단, 치매 진단, 알코올 장애 진단, 행위 중독 진단, 소아 청소년 정신과적 장애 진단, 기타 진단의 여부), 치료력(각 진단별로 치료를 받은 적이 있는지, 없는지, 모르는지 중 하나에 체크됨), 자살 추정 주원인에 대한 정보(직업적 문제, 경제적 문제, 가족 문제, 대인관계 문제, 신체적 질병, 정신건강문제)에 대해 수집하였다. 정신과적 증상의 여부 및 추정 주원인에 대해서는 중복 응답 가능하였던 것으로 확인하였다.

## 2. 절차

분석의 첫 번째 단계에서는 5개년(2013~2017년)간 자살자 정보 중 정신과적 문제가 있는지의 여부에 따라 남녀의 성차가 있는지를 살펴보기 위해 카이제곱 검정을 실시하였다. 두 번째 단계에서는 자살 당시 정신과적 증상이 보고된 자들 중 이들이 이전에 정신과적 진단을 받았는지의 여부 및 정신

과적 치료를 받았는지의 여부가 성차에 따라 차이가 있는지를 살펴보기 위해 마찬가지로 카이제곱 검정을 실시하였다. 모든 통계분석은 윈도우용 SPSS 25.0을 사용하였다.

한편 본 연구는 용인정신병원 기관생명윤리위원회에서 승인(승인번호: 2022-16)을 받은 후, 한국생명존중희망재단의 심사를 받았다. 자료이용승인(자료관리번호: KFSP22-19) 후 ‘한국생명존중희망재단의 경찰 수사기록을 통한 자살사망자 전수조사통계’ 중 일부 자료를 이용하였다.

## III. 결과

한국형 자살 특성 중 정신과적 요인에 대해 상세히 살펴보기 위해 2013~2017년까지의 데이터 중 정신과적 증상이 보고된 자들의 자료를 선별하였다. 첫째, 정신과적 증상이 있었는지의 여부에 성차가 나타나는지와 더불어 이들 중 정신과적 진단을 과거에 받았는지의 여부 및 치료 여부에 대해 성차가 있는지 분석하였다. 둘째, 각 증상 및 장애별 정신과적 진단여부에 성차가 나타나는지를 분석하였다.

### 1. 전체 자살자 추이 및 각 정신과적 문제에 대한 성차

#### 1) 전체 자살자 및 정신과적 증상이 보고된 대상자들의 성차

전체 자살자 수에 따른 성차를 분석하면 다음과 같다. 우선 전체 자살자 수는 50,304명으로, 남성이 33,534명, 여성이 14,770명으로, 남자가 여자에 비해 자살 빈도가 높은 것으로 나타났다.

<표 1> 전체 자살자 및 정신과적 증상이 보고된 자들의 성차

		남	녀	총합	통계량 (X <sup>2</sup> )
전체		33,534	14,770	50,304	-
정신 과적 증상	A	N 25,231 % <sup>2)</sup> 71%	12,332 83.5%	37,563	866.83***
	B	N 1932 % 5.4%	521 3.5%	2,453	
C	N 8371 % 23.6%	1917 13.0%	10,288		

\*\*\*  $p < .001$

note: A, B, C 각각이 의미하는 바는 'A=있다, B=없다, C=모르겠다' 임

또한 전체 자살자 수 중 정신과적인 문제가 주된 요인이었다고 추정되는 자들 간에 성차가 있는지를 살펴본 결과는 다음과 같다. 정신과적 문제가 보고된 남성은 모두 25,213명, 여자는 12,332명으로, 카이제곱 검정 결과 통계적으로 유의한 성차가 나타났다,  $X^2(2, N=37563)=866.83, p < .001$ . 즉, 전체 자살자 수의 성비에서 기대되는 것에 비해 정신과적 문제가 주된 요인이었다고 추정되는 자들은 여성에게서 더 높은 것으로 시사된다. <표 1>에 그 결과가 수록되어 있다.

## 2) 정신과적 증상이 보고된 자들 중 정신과적 진단 여부 및 정신과적 치료 여부의 성차

정신과적인 문제가 있었다고 추정되는 자들 간에

과거에 정신과적 진단을 받은 이력이 있는지의 여부 및 정신과적 치료를 받은 바가 있는지의 여부에 대해 성차가 나타나는지 알아보았다. 우선 과거에 정신과적 진단을 받은 적이 있다고 보고된 남성은 모두 8,751명, 여자는 7,013명으로, 통계적으로 유의한 수준에서 성차가 나타났다,  $X^2(2, N=15764)=1705.08, p < .001$ . 즉, 정신과적 문제가 있었다고 추정되는 자들 중 과거에 정신과적 진단 이력은 전체 자살의 성비를 고려하였을 때, 남성에 비해 여성이 더 높은 비율을 차지하는 것으로 시사된다.

아울러 정신과적 치료를 과거에 받은 적이 있다고 보고된 남성은 모두 8,836명, 여자는 7,044명으로, 통계적으로 유의한 수준에서 성차가 나타났다,  $X^2(2, N=15880)=1683.87, p < .001$ . 즉, 정신과적 문제가 있었다고 추정되는 자들 중 과거에 정신과적인 치료를 받은 경험 역시 자살 수 성비에 근거하였을 때, 마찬가지로 남성에 비해 여성에게서 더 높은 것으로 시사된다. <표 2>에 상기 결과가 수록되어 있다.

## 3) 각 증상 및 장애별 정신과적 진단여부의 성차

정신과적 문제가 있다고 보고된 자살자 중 조사가원이 추정하는 각 정신과적 증상에 있어 성차가 유의하게 나타나는지를 분석하였으며, 아래와 같이 각 장애별로 과거 정신과적 진단을 받은 적이 있는지의 여부에 따라 성차가 나타나는지를 각각 살펴보았다. 각 문제별로 정신증적 증상이 있다고 보고된 자들의 명수를 <표 3>에서 요약하였다.

2) %(백분율)는 정해진 수를 100의 비율로 나타낸 것이며, 본 연구에서의 %는 카이제곱 검정 결과 상 모두 3가지 종류의 %(NP\_SX 중 %, SEX\_SYS\_VAL 중 %, 전체 중 %)로 산출되었음. 그 중 첫째, 'NP\_SX 중 %'는 정신과적 증상이 있었던 인원 수 중 A, B, C 각각에 대한 백분율을 의미함(예, A행의 남/녀 %를 합산하였을 때, 100%가 됨). 둘째, 'SEX\_SYS\_VAL 중 %'는 전체 자살자 중 성별에서 기대되는 빈도의 백분율을 의미함. 마지막으로 '전체 중 %'는 성비에 따른 상대적 기여도를 고려하지 않은 50,304명 인원 모두에게서 A, B, C 모두의 항목에 따른 빈도의 비율을 의미함(예, A, B, C의 모든 셀의 %를 합산하였을 때, 100%가 됨). 본 연구의 경우 전체 자살자의 남녀 비율에서 기대되는 정신과적 자살자의 남녀 비율에 대해 탐색하는 것이 주요 목적이므로, 세 가지 유형의 % 중 두 번째인 'SEX\_SYS\_VAL 중 %', 즉 성별에서 기대되는 빈도의 백분율을 산출하여 제시하였음.

**정신증적 증상 및 과거 조현병 진단 여부에서 성차**

자살 전 정신증적 증상이 있는 것으로 추정되는 자들 간에 성차가 나타나는지를 분석하였다. 그 결과, 남성은 1,664명, 여성은 1,222명으로 통계적으로 유의한 수준에서 성차가 나타났다,  $X^2(2, N=37563)=124.42, p<.001$ . 즉, 사망 전 정신과적 어려움을 경험하였을 것으로 추정되는 사람들의 성비에서 기대되는 것에 비해 정신증적 문제를 경험하였을 것으로 추정되는 자들은 여성에게서 더 높은

것으로 시사된다.

아울러, 정신과적인 문제가 있었다고 추정되는 자들 간에 과거 조현병 관련 장애 진단 이력 여부에 있어 성차가 나타나는지 알아본 결과에서도 남성 중 829명, 여자는 624명으로, 통계적으로 유의한 수준에서 성차가 나타났다,  $X^2(2, N=37563)=2.52, p<.05$ . 즉, 실제 정신증적 진단 이력 역시 정신과적 문제가 있었다고 추정되는 이들의 전체 성비를 고려하였을 때, 남성에 비해 여성이 더 높은 비율을 차지하는 것으로 시사된다.

<표 2> 정신과적 증상이 보고된 자들 중 정신과적 진단여부 및 정신과적 치료 여부의 성차

		남	녀	총합	통계량 ( $X^2$ )	
과거 정신과 진단 여부	A	N	8751	7013	15764	
		%	34.7%	56.9%		
	B	N	6868	2470	9338	1705.08***
		%	27.2%	20.0%		
	C	N	9612	2849	12461	
		%	38.1%	23.1%		
과거 정신과 치료 여부	A	N	8836	7044	15880	
		%	25.0%	47.8%		
	B	N	6961	2477	9438	1683.87***
		%	28.2%	22.3%		
	C	N	9434	2811	12245	
		%	46.9%	29.9%		

\*\*\*  $p<.001$

note: A, B, C 각각이 의미하는 바는 'A=있다, B=없다, C=모르겠다.' 임

**조증 증상 및 과거 양극성 장애 진단 여부에서 성차**

자살 전 조(울)증 증상이 있는 것으로 추정되는 자들 간에 성차가 나타나는지를 분석하였다. 그 결과, 남성은 540명, 여성은 529명으로 통계적으로 유의한 수준에서 성차가 나타났다,  $X^2(2, N=37563)=$

135.85,  $p<.001$ . 즉, 사망 전 정신과적 어려움을 경험하였을 것으로 추정되는 사람들의 성비에서 기대되는 것에 비해 조증 문제가 있었던 것으로 추정되는 자들은 여성에게서 더 높은 것으로 시사된다.

아울러, 정신과적 문제가 있었다고 추정되는 자들 간에 과거 양극성 장애 진단 이력 여부에 있어서도



성차가 나타나는지 알아본 결과, 남성은 모두 424명, 여자는 419명으로, 통계적으로 유의한 수준의 성차가 나타났다,  $X^2(2, N=37563)=8.34, p < .001$ . 실제 양극성 진단 이력 역시 정신과적 문제가 있었다고 추정되는 이들의 전체 성비를 고려하였을 때, 남성에 비해 여성의 비율이 높다는 것을 의미한다.

#### 우울 증상 및 과거 우울 장애 진단 여부

자살 전 우울증을 경험하였을 것으로 추정되는 자들 간에 성차가 나타나는지를 분석하였다. 그 결과, 남성은 18,461명, 여성은 10,490명으로 통계적으로 유의한 수준에서 성차가 나타났다,  $X^2(2, N=37563)=657.03, p < .001$ . 즉, 사망 전 정신과적 어려움을 경험하였을 것으로 추정되는 사람들의 성비에서 기대되는 것에 비해 우울증 문제가 있었던 것으로 추정되는 자들은 여성에게서 더 높은 것으로 시사된다.

아울러, 사망 전 정신과적 문제가 있었다고 추정되는 자들 간에 과거 우울장애 진단 이력 여부에 있어서도 통계적으로 유의한 결과가 나타났다. 우울장애로 진단받은 경험이 있는 남성은 4,895명, 여자는 4,818명으로, 실제 우울장애진단 이력 역시 정신과적 문제가 있었다고 추정되는 이들의 전체 성비를 고려하였을 때, 남성에 비해 여성의 비율이 높다는 것을 의미한다,  $X^2(2, N=37563)=286.21, p < .001$ .

#### 불안 증상 및 과거 불안장애 진단 여부에서 성차

자살 전 임상적 수준의 불안 증상이 있는 것으로 추정되는 자들 간에 성차가 나타나는지를 분석하였다. 그 결과, 남성은 4,068명, 여성은 2,219명으로 통계적으로 유의한 수준에서 성차가 나타났다,  $X^2(2, N=37563)=18.51, p < .001$ . 즉, 사망 전 정신과적 어려움을 경험하였을 것으로 추정되는 사람들의 성비에서 기대되는 것에 비해 여성의 불안 증상 경험 비율이 더 높은 것으로 나타난다.

그러나 정신과적인 문제가 있었다고 추정되는 자들 간에 과거 불안 장애 진단 이력 여부를 살펴본 결과, 남성은 모두 778명, 여자는 671명으로,  $X^2(2, N=37563)=1.28, p = n.s$ . 통계적으로 유의한 수준의 성차는 관찰되지 않았다. 즉, 불안장애 진단 이력에 있어서는 정신과적 문제가 있었다고 추정되는 이들의 전체 성비를 고려하였을 때, 남성과 여성의 비율에서 차이는 유의하지 않은 것으로 나타난다.

#### 신체화 증상 및 과거 신체화 장애 진단 여부에서 성차

자살 전 신체화 증상이 있는 것으로 추정되는 자들 간에 성차가 나타나는지를 분석하였다. 그 결과, 남성은 111명, 여성 106명으로 통계적으로 유의한 수준에서 성차가 나타났다,  $X^2(2, N=37563)=24.89, p < .001$ . 즉, 사망 전 정신과적 어려움을 경험하였을 것으로 추정되는 사람들의 성비에서 기대되는 것에 비해 여성의 신체화 증상 경험 비율이 더 높은 것으로 나타난다.

그러나 정신과적인 문제가 있었다고 추정되는 자들 간에 과거 신체화 장애 진단 이력 여부에서도 성차가 나타나는지 살펴본 결과, 남성은 30명, 여자는 30명으로 나타났다,  $X^2(2, N=37563)=0.63, p = n.s$ . 이러한 결과는 통계적으로 유의하지 않은 것으로, 신체화 장애 진단 이력에 있어서는 정신과적 문제가 있었다고 추정되는 이들의 전체 성비와 남성과 여성의 비율에서 차이는 유의하지 않은 것으로 나타난다.

#### 급성 스트레스 증상 및 과거 적응장애 진단 여부에서 성차

자살 전 급성 스트레스 증상이 있는 것으로 추정되는 자들 간에 성차가 나타나는지를 분석하였다. 그 결과, 남성은 3,088명, 여자는 1,111명으로 통계적으로 유의한 수준에서 성차가 나타났다,  $X^2(2, N=37563)=91.01, p < .001$ . 즉, 사망 전 정신과적 어

려움을 경험하였을 것으로 추정되는 사람들의 성비에서 기대되는 것에 비해 남성의 급성 스트레스 증상 경험 비율이 유의하게 높은 것으로 보인다.

그러나 정신과적인 문제가 있었다고 추정되는 자들 간에 과거 적응 장애 진단 이력 여부를 살펴본 결과, 남성은 모두 70명, 여성은 50명으로,  $X^2(2, N=37563)=0.51, p=n.s.$  통계적으로 유의한 수준의 성차는 관찰되지 않았다. 즉, 적응 장애 진단 이력에 있어서는 정신과적 문제가 있었다고 추정되는 이들의 전체 성비를 고려하였을 때, 남성과 여성의 비율에서 차이는 유의하지 않은 것으로 나타난다.

#### 수면 곤란(불면) 증상 및 과거 수면 장애 진단 여부

자살 전 임상적 수준의 수면 곤란을 경험하였을 것으로 추정되는 자들 간에 성차가 나타나는지를 분석하였다. 그 결과, 남성은 3,266명, 여성은 2,677명으로 통계적으로 유의한 수준에서 성차가 나타났다,  $X^2(2, N=37563)=467.52, p<.001.$  즉, 사망 전 정신과적 어려움을 경험하였을 것으로 추정되는 사람들의 성비에서 기대되는 것에 비해 수면 문제가 있었던 것으로 추정되는 자들의 비율은 여성에게서 더 높은 것으로 시사된다.

아울러, 사망 전 정신과적 문제가 있었다고 추정되는 자들 간에 과거 수면장애 진단 이력 여부에 있어서도 통계적으로 유의한 결과가 나타났다. 수면 장애로 진단받은 경험이 있는 남성은 1,114명, 여자는 2,150명으로, 실제 수면장애진단 이력 역시 정신과적 문제가 있었다고 추정되는 이들의 전체 성비를 고려하였을 때, 남성에 비해 여성의 비율이 높다는 것을 의미한다,  $X^2(2, N=37563)=11.04, p<.001.$

#### 인지기능 증상 및 과거 치매 진단 여부에서 성차

자살 전 인지기능상의 어려움이 있는 것으로 추정되는 자들 간에 성차가 나타나는지를 분석하였다. 그 결과, 남성은 1,104명, 여성 855명으로 통계적으

로 유의한 수준에서 성차가 나타났다,  $X^2(2, N=37563)=106.64, p<.001.$  즉, 사망 전 정신과적 어려움을 경험하였을 것으로 추정되는 사람들의 성비에서 기대되는 것에 비해 남성의 인지기능 상의 어려움 경험 비율이 더 높았다.

그러나 정신과적인 문제가 있었다고 추정되는 자들 간에 과거 치매 진단 이력 여부를 살펴본 결과, 남성은 601명, 여자는 497명으로 나타났다,  $X^2(2, N=37563)=0.61, p=n.s.$  이러한 결과는 통계적으로 유의하지 않은 것으로, 치매 진단 이력에 있어서는 정신과적 문제가 있었다고 추정되는 이들의 전체 성비와 남성과 여성의 비율에서 차이는 유의하지 않은 것으로 나타난다.

#### 알코올 증상 및 과거 알코올 장애 진단 여부

자살 전 알코올 관련 어려움을 경험하였을 것으로 추정되는 자들 간에 성차가 나타나는지를 분석하였다. 그 결과, 남성은 모두 5,075명, 여성은 1,042명으로 통계적으로 유의한 수준에서 성차가 나타났다,  $X^2(2, N=37563)=843.48, p<.001.$  즉, 사망 전 정신과적 어려움을 경험하였을 것으로 추정되는 사람들의 성비에서 기대되는 것에 비해 알코올 문제가 있었던 것으로 추정되는 남성의 비율이 유의하게 높은 것으로 시사된다.

아울러, 사망 전 정신과적 문제가 있었다고 추정되는 자들 간에 과거 알코올 장애 진단 이력 여부에 있어서도 통계적으로 유의한 결과가 나타났다. 알코올 장애로 진단받은 경험이 있는 남성은 1,328명, 여자는 263명으로, 실제 알코올 장애진단 이력 역시 정신과적 문제가 있었다고 추정되는 이들의 전체 성비를 고려하였을 때, 여성에 비해 남성의 비율이 유의하게 높음을 의미한다,  $X^2(2, N=37563)=584.66, p<.001.$

#### 물질남용 증상 및 과거 물질사용 장애 진단 여부

자살 전 알코올을 관련 어려움을 경험하였을 것으

로 추정되는 자들 간에 성차가 나타나는지를 분석하였다. 그 결과, 남성은 모두 391명, 여성은 113명으로 통계적으로 유의한 수준에서 성차가 나타났다,  $X^2(2, N=37563)=25.74, p < .001$ . 즉, 사망 전 정신과적 어려움을 경험하였을 것으로 추정되는 사람들의 성비에서 기대되는 것에 비해 물질남용 문제가 있었던 것으로 추정되는 남성의 비율이 유의하게 높은 것으로 시사된다.

아울러, 사망 전 정신과적 문제가 있었다고 추정되는 자들 간에 과거 물질사용 장애 진단 이력 여부에 있어서도 통계적으로 유의한 결과가 나타났다. 물질사용 장애로 진단받은 경험이 있는 남성은 32명, 여자는 6명으로, 실제 물질사용 장애진단 이력 역시 정신과적 문제가 있었다고 추정되는 이들의 전체 성비를 고려하였을 때, 여성에 비해 남성의 비율이 유의하게 높음을 의미한다,  $X^2(2, N=37563)=13.06, p < .001$ .

#### 행동문제 증상 및 과거 행위 중독의 진단 여부에서 성차

자살 전 도박, 성 및 기타 행위중독이 있는 것으로 추정되는 자들 간에 성차가 나타나는지를 분석하였다. 그 결과, 남성은 1,437명, 여성은 77명으로 통계적으로 유의한 수준에서 성차가 나타났다,  $X^2(2, N=37563)=555.63, p < .001$ . 즉, 사망 전 정신과적 어려움을 경험하였을 것으로 추정되는 사람들의 성비에서 기대되는 것에 비해 남성의 행동문제 발생 비율이 유의하게 높았다.

더욱이, 정신과적인 문제가 있었다고 추정되는 자들 간에 과거 행위 중독 관련 진단 이력 여부를 살펴본 결과, 남성은 모두 38명, 여성은 2명으로,  $X^2(2, N=37563)=25.82, p < .001$  통계적으로 유의한 수준의 성차가 관찰되었다. 즉, 행위 중독과 관련한 진단 이력에 있어서도 여성에 비해 남성의 비율이 유의하게 높은 것으로 나타난다.

#### 소아 청소년 정신과적 증상 및 과거 소아 청소년 정신과적 장애 진단 여부에서 성차

자살 전 소아·청소년 관련 정신과적 증상이 있었던 것으로 추정되는 자들 간에 성차가 나타나는지를 분석하였다. 그 결과, 남성은 122명, 여성 45명으로 통계적 차이점은 관찰되지 않았다,  $X^2(2, N=37563)=2.75, p=n.s$ .

그러나 정신과적인 문제가 있었다고 추정되는 자들 간에 과거 소아, 청소년 정신과적 장애 진단 이력 여부에 따른 성차를 살펴본 결과, 남성은 61명, 여성은 23명으로 나타났다  $X^2(2, N=37563)=10.49, p < .001$ . 이러한 결과는 통계적으로 유의한 것으로, 소아 청소년 관련 정신과적 장애 진단 이력에 있어서는 정신과적 문제가 있었다고 추정되는 이들의 전체 성비에서 기대되는 값을 고려할 때, 여성에 비해 남성의 비율이 유의하게 높은 것으로 나타난다.

#### 조사원 추정 기타 정신과적 증상 및 과거 기타 정신과적 장애 진단 여부에서 성차

자살 전 성격장애 등 기타 정신과적 증상이 있는 것으로 추정되는 자들 간에 성차가 나타나는지를 분석하였다. 그 결과, 남성은 887명, 여자는 365명으로 통계적으로 유의한 수준에서 성차가 나타났다,  $X^2(2, N=37563)=10.49, p < .001$ . 즉, 사망 전 정신과적 어려움을 경험하였을 것으로 추정되는 사람들의 성비에서 기대되는 것에 비해 남성의 기타 정신과적 증상 발생 비율이 유의하게 높은 것으로 나타났다.

또한 정신과적인 문제가 있었다고 추정되는 자들 간에 기타 장애(성격장애, 해리 장애, 섬망 등)의 진단 이력 여부를 살펴본 결과, 남성 293명, 여성은 176명으로,  $X^2(2, N=37563)=25.82, p < .001$  통계적으로 유의한 수준의 성차가 관찰되었다. 즉, 기타 정신과적 장애의 진단 이력에 있어서도 정신과적 문제가 있었다고 추정되는 이들의 전체 성비에서 기대되는 값을 고려할 때, 여성에 비해 남성의 비율이 유의하게 높은 것으로 나타난다.

<표 3> 각 장애별 정신과적 증상 여부 및 과거 진단 여부의 성차

		남	녀	총합	통계량 (X <sup>2</sup> )			남	녀	총합	통계량 (X <sup>2</sup> )
정신증적 증상 여부	N	1664	1222	2886	124.42***	불안 증상 여부	N	4068	2219	6587	18.51***
	%	6.8%	10.1%				%	16.5%	18.3%		
조현병 진단 여부	N	829	624	1453	2.52	불안장애 진단 여부	N	778	671	1449	1.28
	%	10.8	10.0				%	10.1%	10.7%		
조증 증상여부	N	540	529	1069	135.85***	신체화 증상여부	N	111	106	217	24.89***
	%	2.2%	4.4%				%	0.5%	0.9%		
양극성 장애 진단여부	N	424	419	843	8.34***	신체화 장애 진단여부	N	30	30	60	0.63
	%	5.5%	6.7%				%	0.4%	0.5%		
우울 증상여부	N	18461	10490	28951	657.03***	급성 스트레스 증상 여부	N	3088	1111	4199	91.00***
	%	75%	86.6%				%	12.5%	9.2%		
우울장애 진단여부	N	4895	4818	9713	286.21***	적응장애 진단여부	N	70	50	120	0.51
	%	63.8%	77.1%				%	0.9%	0.8%		
불면 증상 여부	N	3266	2677	5943	467.52***	물질남용 증상 여부	N	391	113	504	25.74***
	%	13.3%	22.1%				%	11.6%	0.9%		
수면장애 진단여부	N	1114	1036	2150	11.04***	물질사용장애 진단여부	N	32	6	38	13.05***
	%	14.5%	16.6%				%	0.4%	0.1%		
인지기능 증상 여부	N	1104	855	1959	106.64***	행동 문제 여부	N	1437	77	1514	555.62***
	%	4.5%	7.1%				%	5.8%	0.6%		
치매 진단여부	N	601	497	1098	0.61	행위 증독의 진단여부	N	38	2	40	25.82***
	%	7.8%	7.9%				%	0.5%	0.0%		
알코올 증상 여부	N	5075	1042	6117	843.48***	소아 청소년 정신과적 증상 여부	N	122	45	167	2.75
	%	20.6%	8.6%				%	0.5%	0.4%		
알코올 장애 진단여부	N	1323	263	1591	584.66***	소아 청소년 정신과적 장애의 진단여부	N	61	23	84	10.49***
	%	17.3%	4.24%				%	3.6%	3.0%		
조사원 추정 기타 증상의 여부	N	887	695	1252	8.55**	기타 진단의 여부	N	293	176	469	10.69***
	%	3.6%	3.0%				%	3.8%	2.8%		

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

## 2. 여성 취약형 정신과적 문제 및 남성 취약형 정신과적 문제

### 1) 여성 취약형 정신과적 문제의 특성

상기 기술과 같이 본 연구의 주요 결과에 따르면 정신과적 문제가 있었던 자살자들은 대부분의 증상에 있어 성차가 유의하게 나타났음을 확인하였다. 즉 자살 전에 정신과적 문제가 나타났던 자들은 성별에 따라 서로 다른 패턴을 나타내고 있어, 이에 대한 세부적인 분류가 필요하다고 판단되었다. 그 중 본 연구에서는 대표적인 여성 취약형 정신과적 문제를 선정하였는데, 그 기준은 첫째, 정신과적 문제로 자살한 자들 중 남정보다 통계적으로 유의한 수준에서 여성에게서 더 많이 나타난 문제, 둘째, 그 중에서도 빈도(자살자 수)가 높았던 순위의 문제에 해당한다. 상기 기준에 의해 본 연구의 여성 취약형 정신과적 문제는 크게 두 가지 범주, 즉 우울 증상 및 장애, 불안 증상 및 장애로 분류할 수 있었다. 이러한 범주 하에서 각 문제 별로 연령대에 따른 자살의 주요 원인(직업적 문제, 경제적 문제, 가족 문제, 대인관계 문제, 신체적 질병, 정신건강문제)의 비율 및 순위와 더불어 각 원인에 따라 연령의 차이가 나타나는지를 중심으로 분석하였다. <표 4>에 이에 대한 분석 결과가 수록되어 있다.

**우울 증상 및 장애.** 본 연구 결과, 우울 증상 및 장애는 자살에 있어 대표적인 여성 취약형 정신과적 문제로 분류되었다. 우선 이들에게서 자살 주원인의 순위를 살펴보았을 때, 10대의 경우 자살자들의 원인이 정신건강문제, 직업적 문제, 대인관계 문제의 순으로 나타났다. 20대의 경우 정신건강문제와 대인관계 문제가 가장 주요한 원인인 것으로 나타났다. 30대와 40대는 모두 정신건강문제 이외에 가족문제와 경제적 문제가 주요한 원인인 것으로 나타났다. 50대에서도 비슷한 패턴이 나타났는데, 정

신건강문제가 가장 주요한 원인이며 가족문제와 경제적 문제의 비중이 거의 동등한 비중을 차지하는 것으로 나타났다. 60대의 경우 정신건강문제 다음으로 신체적 질병이 주요한 요인인 것으로 나타났다, 연령에 따라 추정원인의 빈도에 차이가 있는 것으로 시사된다,  $X^2=2380, p<.001$ .

**불안 증상 및 장애.** 불안 증상 및 장애 역시 자살에 있어 여성 취약형 정신과적 문제 중 하나에 해당하는 것으로 보였다. 이들에게서 자살 주원인의 순위를 살펴보았을 때, 10대 자살자의 경우 추정되는 자살의 원인이 정신건강문제, 직업적 문제, 대인관계 문제의 순으로 나타났다. 20대 자살자의 경우 정신건강문제와 대인관계 문제 다음으로 직업적 문제가 주요한 원인인 것으로 나타났다. 30대 자살자에서는 정신건강문제가 주요하며, 경제 문제가 그 다음의 원인으로 시사되며, 가족문제와 대인관계 문제는 그 다음의 비중을 차지하는 것으로 나타났다. 40대 자살자에서는 정신건강문제가 우선 순위를 차지하였던 것에 이어 경제문제와 가족문제가 비슷한 비중을 차지하는 것으로 나타났다. 50대의 경우 정신건강문제 다음으로 경제 문제, 그리고 신체적 질병의 순으로 나타났다. 60대에서는 정신건강문제 다음으로 신체적 질병, 그리고 경제 문제의 순으로 나타났다. 70대의 경우 정신건강문제 다음으로 신체적 질병의 순으로 원인이 나타났다. 따라서 불안증상 및 불안장애에서도 연령에 따라 추정원인의 빈도에 차이가 있는 것으로 시사된다,  $X^2=433.34, p<.001$

### 2) 남성 취약형 정신과적 문제의 특성

상기에 언급한 바 있듯이 여성 취약형 정신과적 문제를 본 연구의 기준에 의해 두 가지로 분류하였고, 동일한 기준에 따라 남성 취약형 정신과적 문제 역시 산정하였다. 남성 취약형 정신과적 문제는 다음의 세 가지, 즉 알코올 남용, 오용 및 알코올 사용

장애, 도박, 성 등 부적절한 행위 반복 및 행위 중독 그리고 급성 스트레스 및 적응장애로 분류할 수 있었다. 이러한 범주 하에서 각 문제 별로 연령대에 따른 자살의 주요 원인(직업적 문제, 경제적 문제, 가족 문제, 대인관계 문제, 신체적 질병, 정신건강문제)의 비율 및 순위와 더불어 각 원인에 따라 연령의 차이가 나타나는지를 중심으로 분석하였다. <표 5>에 이에 대한 분석 결과가 수록되어 있다.

**알코올 남용, 오용 및 알코올 사용 장애.** 본 연구 결과, 알코올 남용, 오용 및 알코올 사용 장애는 자살에 있어 대표적인 남성 취약형 정신과적 문제로 분류되었다. 상기 문제가 있었던 자살자들을 대상으로 자살 주원인의 순위를 살펴보았을 때, 20대 자살자의 경우 정신건강문제 다음으로 경제문제와 가족관계 문제가 동등한 비중으로 두 번째 순위의 원인인 것으로 나타났다. 30대와 40대, 50대, 60대의 자살자에게서 모두 정신건강문제가 주요하며, 경제문

제 다음으로 가족관계 문제가 주요한 원인을 차지하는 것으로 시사된다. 70대의 경우 정신건강문제 다음으로 신체적 질병이 다음 원인으로 나타났고, 그 다음 가족관계 문제가 원인으로 나타났다. 종합하면, 알코올 남용, 오용 및 알코올 사용장애에서는 연령에 따라 추정원인의 빈도에 차이가 있는 것으로 시사된다,  $X^2=297.47, p<.001$

**도박, 성 등 부적절한 행위 반복 및 행위 중독.** 도박, 성 등 부적절한 행위 반복 및 행위 중독의 문제가 있었던 자살들에게서 자살 주원인에 대해 살펴보면 다음과 같다. 20대와 30대, 40대, 50대, 60대의 자살자에게서 모두 경제 문제가 가장 주요한 원인으로 시사되었고, 그 다음이 정신건강문제인 것으로 나타났다. 도박, 성 등 부적절한 행위 반복 및 행위 중독의 경우 연령에 따라 추정원인의 빈도에 차이가 없는 것으로 나타난다,  $X^2=17.78, p=n.s.$

<표 4> 자살에 대한 여성 취약형 대표 정신과적 증상의 추정 원인 및 과거력에 따른 연령대별 분포 및 차이

		10대	20대	30대	40대	50대	60대	70대 이상
	추정주원인순위	F>A>D	F>D	F>C>B	F>C>B	F>C=B=E	F>E>C	F>E
	직업적 문제	<b>21</b> (15%)	75 (6.8%)	45 (2.5%)	23 (1.1%)	17 (0.9%)	3 (0.2%)	3 (0.1%)
	경제적 문제	0 (0%)	57 (5.1%)	<b>188</b> (10.6%)	<b>198</b> (9.8%)	<b>180</b> (9.7%)	56 (4.9%)	22 (0.1%)
	가족 문제	8 (5.7%)	63 (5.7%)	<b>199</b> (11.3%)	<b>255</b> (12.6%)	<b>186</b> (10%)	<b>85</b> (7.5%)	168 (7%)
우울증상	대인관계 문제	<b>19</b> (13.6%)	<b>129</b> (11.7%)	145 (8.2%)	99 (4.9%)	36 (1.9%)	9 (0.7%)	8 (0.3%)
및	신체적 질병	1 (0.7%)	27 (2.4%)	42 (2.3%)	115 (5.7%)	<b>186</b> (10%)	<b>240</b> (21.1%)	<b>869</b> (36.2%)
우울장애	정신건강문제	<b>84</b> (60%)	<b>730</b> (65.8%)	<b>1126</b> (63.9%)	<b>1301</b> (64.5%)	<b>1223</b> (66.2%)	<b>736</b> (64.9%)	<b>1312</b> (54.6%)
	기타	6 (4.3%)	17 (1.5%)	16 (0.9%)	24 (1.1%)	19 (1%)	4 (0.3%)	18 (0.7%)
	총합	139	1,098	1,761	2,015	1,847	1,133	2,400
	과거 진단여부	52 (37.4%)	622 (56.6%)	997 (56.6%)	1270 (63%)	1210 (65.5%)	772 (68.1%)	1261 (52.5%)
	과거 치료여부	61 (43.8%)	626 (57%)	1000 (56.7%)	1272 (63.1%)	1227 (66.4%)	778 (68.6%)	1236 (51.5%)
불안증상	추정주원인순위	F>A>D	F>D>A	F>B>C	F>B=C	F>B>E	F>E>B	F>E
및	직업적 문제	<b>8</b> (19.5%)	<b>25</b> (8.3%)	14 (3.4%)	10 (2.0%)	2 (0.5%)	1 (0.4%)	0 (0%)
불안장애	경제 문제	0 (0%)	16 (5.3%)	<b>50</b> (12.3%)	<b>54</b> (10.7%)	<b>51</b> (13.1%)	<b>23</b> (9.2%)	6 (1.8%)

정신과적 취약성을 통해 살펴본 한국형 자살 특성: 성차에 따른 정신과적 문제를 중심으로

	10대	20대	30대	40대	50대	60대	70대 이상
가족 문제	3 (7.3%)	11 (3.3%)	<b>32</b> (1.9%)	<b>54</b> (10.7%)	26 (6.7%)	15 (6.0%)	16 (4.9%)
대인관계 문제	<b>6</b> (14.6%)	<b>36</b> (11.9%)	29 (7.1%)	28 (5.5%)	10 (2.6%)	3 (1.2%)	2 (0.6%)
신체적 질병	0 (0%)	5 (1.7%)	12 (3.0%)	26 (2.1%)	<b>32</b> (8.2%)	<b>41</b> (16.5%)	<b>89</b> (27.4%)
불안증상 및 불안장애	정신건강문제 <b>20</b> (48.8%)	<b>203</b> (67.2%)	<b>253</b> (62.3%)	<b>328</b> (64.8%)	<b>263</b> (67.4%)	<b>164</b> (65.9%)	<b>210</b> (64.6%)
	기타 4 (9.8%)	3 (1.0%)	7 (1.7%)	6 (1.2%)	2 (0.5%)	1 (0.4%)	1 (0.3%)
	총합 41	299	397	506	386	248	324
	과거 진단여부 19 (46.3%)	196 (64.9%)	261 (64.3%)	339 (67%)	278 (71.3%)	173 (69.5%)	216 (66.5%)
	과거 치료여부 22 (53.7%)	199 (65.9%)	264 (65%)	342 (67.6%)	277 (71%)	174 (69.9%)	210 (64.6%)

note: 추정 주원인 분류는 다음과 같음, A: 직업적 문제, B: 경제 문제, C: 가족관계 문제, D: 대인관계 문제, E: 신체적 문제, F: 정신건강문제

<표 5> 자살에 대한 남성 취약형 대표 정신과적 증상의 추정 원인 및 과거력에 따른 연령대별 분포 및 차이

	10대	20대	30대	40대	50대	60대	70대 이상
추정주원인순위	-	F>B=C=D	F>B>C	F>B>C	F>B>C	F>B>C	F>E>C
직업적 문제	1 (33.3%)	6 (6.8%)	19 (4.8%)	26 (2.2%)	49 (2.7%)	28 (3.1%)	7 (1.2%)
경제 문제	0 (0%)	<b>10</b> (11.4%)	<b>73</b> (18.7%)	<b>230</b> (19.9%)	<b>325</b> (18.3%)	<b>119</b> (13.1%)	16 (2.7%)
가족관계 문제	0 (0%)	<b>10</b> (11.4%)	38 (9.7%)	<b>132</b> (11.4%)	<b>203</b> (11.4%)	<b>126</b> (13.8%)	<b>88</b> (15.1%)
대인관계 문제	0 (0%)	<b>9</b> (10.3%)	27 (6.9%)	45 (3.9%)	43 (2.4%)	16 (1.7%)	11 (1.8%)
신체적 질병	0 (0%)	1 (1.1%)	4 (1.0%)	55 (4.7%)	117 (6.6%)	84 (9.2%)	<b>91</b> (15.6%)
정신건강문제	2 (66.7%)	<b>49</b> (56.3%)	<b>218</b> (56%)	<b>623</b> (54.1%)	<b>977</b> (55.1%)	<b>520</b> (57%)	<b>359</b> (61.5%)
기타	0 (0%)	2 (2.2%)	10 (2.5%)	40 (3.4%)	58 (3.2%)	19 (2.1%)	11 (1.8%)
총합	3	87	389	1,151	1,772	912	583
과거 진단여부	1 (33.3%)	3 (3.4%)	8 (2.1%)	12 (1%)	19 (1.1%)	9 (0.9%)	4 (0.6%)
과거 치료여부	2 (66.7%)	37 (42.5%)	141 (36.2%)	470 (40.8%)	691 (38.9%)	353 (38.7%)	225 (38.5%)
추정주원인순위	-	B>F	B>F	B>F	B>F	B>F	-
직업적 문제	1 (12.5%)	3 (1.6%)	2 (0.5%)	1 (0.3%)	3 (0.9%)	1 (0.8%)	0 (0%)
경제 문제	1 (12.5%)	<b>98</b> (53.5%)	<b>283</b> (69.4%)	<b>219</b> (62.2%)	<b>186</b> (58.6%)	<b>54</b> (45.4%)	6 (25%)
가족관계 문제	1 (12.5%)	2 (1.1%)	11 (2.7%)	13 (3.7%)	15 (4.7%)	11 (9.2%)	6 (25%)
대인관계 문제	0 (0%)	2 (1.1%)	5 (1.2%)	10 (2.8%)	4 (1.2%)	4 (3.3%)	0 (0%)
신체적 질병	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0.3%)	1 (0.3%)	6 (5%)	4 (16.6%)
정신건강문제	4 (50.0%)	<b>67</b> (36.1%)	<b>101</b> (24.8%)	<b>103</b> (29.2%)	<b>92</b> (29%)	<b>38</b> (31.9%)	8 (33.3%)
기타	1 (12.5%)	11 (6%)	6 (1.5%)	5 (1.4%)	16 (5%)	5 (4.2%)	0 (0%)
총합	8	183	408	352	317	119	24
과거 진단여부	3 (37.5%)	27 (14.7%)	36 (8.8%)	47 (13.3%)	33 (10.4%)	18 (15.1%)	5 (20.8%)
과거 치료여부	5 (62.5%)	30 (16.3%)	40 (9.8%)	49 (13.9%)	32 (10%)	20 (16.8%)	5 (20.8%)

note: 추정 자살주원인 분류는 다음과 같음, A: 직업적 문제, B: 경제 문제, C: 가족관계 문제, D: 대인관계 문제, E: 신체적 문제, F: 정신건강문제

#### IV. 논의

본 연구는 정신과적 취약성을 통해 살펴본 한국형 자살 특성을 성차에 따라 분석하였으며, 각 성별로 대표적인 취약형 장애를 선택하여 분류한 후 연령 및 자살에 기여하는 다른 요인들을 포함한 주요 특성에 대해 분석하였다. 연구의 결과에 대해 요약하자면 다음과 같다.

첫째, 자살자의 성차가 나타났고, 정신과적 증상이 있었던 자살자들 간에 성차 역시 유의하였으며, 과거 진단력 및 치료력에 있어서도 성차가 유의하였다. 우선, 자살자들의 경우 여성에 비해 남성 자살자가 더 많은 것으로 시사된다. 또한 전체 자살자 중 정신과적 문제가 주된 요인이었다고 추정되는 자들은 여성에게서 더 높았고, 과거에 정신과적 진단을 받은 자들의 비율 역시 여성에게서 더 높은 것으로 시사된다. 과거에 정신과적 치료를 받은 자 역시 남성보다 여성에게서 더 많은 것으로 나타난다.

이러한 결과는 선행 연구에서 서술한 바와 같이, 일반적으로 자살시도는 여성이 남성보다 더 많이 하지만(Roy & Janal, 2006), 실제로 죽고자 하는 의도에서 자살을 완결하는 경우는 남성이 더 많은 것으로 나타난다는 결과와 일관된다(Hatton & Valente, 1984; Maris, 1992; Nock & Kessler, 2006). Bailey에 따르면 남성의 자살 사망률은 여성에 비해 3.5배 가량 더 높지만, 반대로 우울증 진단을 받을 가능성은 2배 이상 낮는데, 남성은 여성만큼 우울증을 경험할 수도 있으나, 스스로 이를 인식하는 능력이 부족한 것으로 보인다(O'Connor, 2021). 또한 남성들이 정신과적 문제에 대해 도움을 받거나 치료를 하지 않으려는 경향이 이와 같은 결과에 영향을 주었던 것으로 시사된다(육성필, 조운정, 2019). 따라서 주변에서 보기에는 정신과적 문제를 경험하고 있는 개인이 있더라도, 실제로 전문기관을 방문하지 않으면서 진단 및 치료를 받은 빈도가 여성에 비해서 남성이 낮은 것으로 추정된다.

둘째, 정신과적 문제가 있었던 자살사망자들의 각 정신과적 문제에 따른 성차가 대부분 유의한 것으로 나타났다. 우선 남녀 간 성차가 유의한 정신과적 문제 중에서도 남성에 비해 여성에게서 더 높게 나타나는 정신과적 문제는 우울 증상, 불안증상, 불면 증상, 정신증적 증상, 조증 증상, 신체화 증상 및 인지기능 증상으로 시사되었다. 한편, 여성에 비해 남성에게서 더 높게 나타나는 정신과적 문제는 급성 스트레스 증상, 물질남용 증상, 행동 문제, 조사원 추정 기타 증상(성격 문제 등)으로 나타났다. 한편 소아 청소년 정신과적 증상 여부의 경우 남녀 차이가 유의하지 않은 것으로 나타난다. 이를 종합할 때, 본 연구에서 자살자들의 정신과적 문제의 특성에 따라 성차가 나타났던 것은 일반적으로 임상 장면에서 각 정신장애에서 나타나는 성차의 패턴과 대부분 일관되는 결과로 볼 수 있다. 예를 들어 우울, 불안 및 신체화 증상 등 내현화된 문제는 일반적으로 남성에 비해 여성에게서 흔히 더 많이 발견할 수 있는 증상으로 알려져 있다. 또한 물질사용 및 행동문제는 남성에게서 흔히 나타나는 정신과적 문제로 알려져 있다. 그러나 정신증적 증상 및 조증 증상의 경우 본 연구 결과에서는 여성 자살자에게서 더 많이 나타나는 문제로 나타났다. 그간 발견된 바에 의하면 제 2형 양극성 장애는 여성에서 보다 많이 나타난다고 알려져 있으나, 조현병의 경우 남성과 여성 모두 유병률이 비슷한 것으로 알려져 있고, 제1형 양극성 장애 역시 남성과 여성에게서 비슷하게 나타난다(권석만, 2013). 따라서 본 연구에서 자살사망자 중 정신증적 증상과 조증 증상이 각각 여성에게 더 많이 나타난 점은 유병률에서 예상되는 바와는 다소 다른 결과일 수 있다. 이러한 결과의 구체적인 양상과 원인에 대해 파악하기 위해서는 추가적인 정보가 필요한데, 이를테면 정신증적 증상의 초발 및 재발 여부, 만성화된 정도, 양성 및 음성 증상 각각의 심각도 등을 파악하는 것이 필요하다. 또한 조증 증상의 경우 조사 당시 경조증 증



상과 조증 증상을 모두 지칭한 것으로 파악되는데, 구체적으로 조증 증상에 가까울지, 경조증 증상에 보다 가까운지를 평가한다면 마찬가지로 자살에 있어 성차를 이해하는 데 도움이 될 것이다.

셋째, 특히 자살에 영향을 주는 여성 취약형 정신과적 문제는 대표적으로 우울증상 및 불안증상으로 나타났다. 우선 우울증은 자살에 영향을 주는 대표적인 장애로 이해되어 왔으며 남성에 비해 여성의 발병률이 높다는 결과가 반복적으로 도출되었다. 특히 우울장애의 경우 최근 5년간의 데이터에 해당하는 2017년~2021년 동안의 조사 동안 진단 받은 자의 수는 모두 100만 744명인데, 이 중 남성이 32만 6,189명이며, 여성이 67만 4,555명으로 알려져(건강보험심사평가원, 2022), 남성에 비해 여성이 약 2배 가량 우울장애를 경험할 확률이 높은 것으로 나타났다. 또한 불안장애는 우울장애와 공통된 특성을 다수 가지고 있으며, 동반이환(comorbid)될 가능성도 높은 것으로 잘 알려져 있다. 미국의 National Comorbidity Survey에 따르면 평생 주요우울장애가 있는 응답자의 58%가 불안 장애 병력도 있었다고 한다(Kessler et al., 1994; 박영남, 2003에서 재인용). 불안장애와 자살 위험에 대한 연구는 우울장애에 비해서는 제한적이지만, 불안장애가 자살 위험을 6배 내지는 10배 정도 증가시킨다는 결과가 있을 만큼(제영모, 2004; Khan et al., 2002), 불안장애 역시 자살 위험성이 높은 정신과적 문제에 해당한다. 한편, 사회불안장애의 경우 남녀 성비가 거의 50:50으로 알려져 있지만(Hofmann & Barlow, 2002), 범불안장애가 있는 개인의 2/3는 여성에 해당된다는 결과가 있으며(Carter et al., 2001; Woodman, Noyes, Black, Schlosser, & Yagla, 1999), 광장공포증 및 공황장애로 어려움을 겪는 사람의 75% 역시 여성으로 알려져 있으며(Barlow, 2002; Thorpe & Burns, 1983), 특정공포증의 성비 역시 4:1 정도로 여성에게 많은 것으로 나타난다(Craske et al., 2006). 따라서 우울 및 불안증상이 여성의 자살에

영향을 주는 대표적인 취약형 정신과 문제로 나타난 본 연구의 결과는 이전의 연구 및 조사에서 발견된 바와 일관된다.

넷째, 남성 취약형 정신과적 문제는 알코올 남용·오용, 도박, 성 등 부적절한 행위 반복 및 행위 중독으로 나타났다. 알코올 사용장애는 여자의 유병률이 1.8%인 반면, 남자의 유병률이 3.4%인 점을 고려할 때(국립정신건강센터, 2021), 일반적으로 알코올 사용 문제는 남성에게서 더 많이 발생하는 정신과적 문제로 분류된다. 게다가 성인 자살에 영향을 미치는 요인을 분석한 연구에 따르면, 자살 관련 변인 중 약물 사용과 관련하여 남성의 38.4%가 음주 문제를 가지고 있는 것으로 확인되었다. 술이나 약물이 자살행동에 연관되는 충동성에 영향을 주는 것으로 잘 알려져 있기에(Goldston, 2004), 알코올은 취약성을 증가시키는 중요한 요인으로 고려할 수 있다. 특히 남성에서의 알코올 사용 증가의 경우 음주로 인한 문제를 가버이 여기는 우리나라의 사회적 분위기도 큰 몫을 하는 것으로 보인다(김효창, 2006). 남성 취약형 장애 중 또 다른 하나는 부적절한 행위반복 및 행위중독인데 대표적으로는 도박중독이 있는 개인들에 해당될 것으로 보인다. 도박중독군은 자살 위험이 높은 집단으로 알려져 있고(보건복지부, 2012), 도박자 중 남성이 여성의 약 26배에 해당될 정도로 남성 도박자가 차지하는 비중이 높다. 따라서 알코올 남용 및 부적절한 행위 반복 및 행위 중독을 포함한 중독 문제가 남성의 자살에 영향을 주는 대표적인 취약형 정신과 문제로 나타난 본 연구 결과 역시 장애의 성차와 관련한 선행 연구의 흐름과 일관된다고 볼 수 있다.

본 연구의 의의는 다음과 같다. 첫째, 본 연구는 한국에서 발생한 실제 자살자들의 특성 중 주로 정신과적 취약성에 대해 살펴보고, 그 중 여성 및 남성에게서 두드러지는 대표적인 정신과적 문제에 대해 살펴본 최초의 학술 연구로 확인된다. 현재까지 수행된 자살에 대한 연구들은 실제 임상 및 비

임상 집단에서 개인 내적 수준에서 자살 가능성(자살 사고, 자살의도, 위험요인 등)을 예측할 수 있는 특성들에 대해 분석하는 연구가 대다수를 차지하는 편으로, 실제 수사 기록을 통한 자살자들의 패턴을 분석한 연구는 아직까지 충분히 많지는 않은 상황이다. 본 연구는 수사기록을 통한 대규모 표집을 기반으로 하고 있어, 객관성이 확보된 결과로 해석된다. 한편 임상 연구에서 성차가 반영되는 것이 중요하다는 입장이 대두되고 있다. 여성과 남성은 유전적, 생리적, 표현형의 차이가 분명하게 존재하며 정서, 시대상을 반영하는 사회적 역할에 이르기까지 서로 다를 수밖에 없는데(이문영, 김의중, 신애선, 김용성, 2021), 과거의 연구에서는 이러한 성차를 고려하지 않았던 경우가 많았던 반면 최근에는 성차 의학의 관점에서 성별 차이를 고려하는 것이 점점 중요해지고 있다. 본 연구에서 자살의 정신과적 인 취약성에 대해 성차를 주요한 독립변인으로 고려하여 분석하였던 바, 향후 정신건강 관련 연구에서 성차에 대한 관심이 점차 확대될 것으로 전망된다. 아울러 한국의 자살률이 OECD 국가 중에서 가장 높은 순위에 해당된다는 점에서도 본 연구는 중요하다. 본 연구에서는 한국에서 발생한 자살 현상에 대해 조명하였지만, 이를 바탕으로 다른 나라 및 문화권에서 발생하는 자살 사망자의 특성과의 유사점 및 독특성에 대해서도 파악할 수 있다. 해외 연구 결과를 통해서 살펴보았을 때도, 정신과적 장애의 유형과 이에 따른 자살자 수가 성별에 따라 뚜렷하게 다른 점을 확인할 수 있다(Mortensent et al., 2000). 한편, 국내 데이터를 기반으로 한 다른 연구에서도 남성 및 여성 모두 항우울제 복용 대상자들의 자살 위험이 높았지만, 남성은 저소득층에서 그러한 위험성이 더 높다는 결과를 확인할 수 있어(Choi, 2021), 본 연구 결과와 일관되는 것으로 보인다. 즉, 한국에서 정신과적 취약성이 있는 여성과 남성 모두 자살의 위험 요인이 되기는 하지만 남성의 경우 경제적 요인의 영향을 더욱 많이 받는다는

점이 독특한 점으로 볼 수 있다.

둘째, 자살자들의 수는 남성이 여성에 비해 많으나, 실제 정신과적 문제가 있으면서도 진단 및 치료를 받은 자의 비율이 남성에게서 훨씬 적었던 점을 볼 때 남성이 정신건강문제에 접근하는 시기가 부정적인 경우가 많으며, 도움 추구행동이 낮은 점에 대해 개선이 필요하다는 함의점이 시사된다. Rice 등(2020)에 따르면, 주요 우울 증상을 호소하는 남성 중 지난 2주 동안 자살 사고를 보고한 비율이 60%였으나, 이 중 정신건강 관련 서비스에 접촉한 적이 있는 개인은 8.5%에 불과했다고 하였다. 또한 자살 시도로 인해 병원에 입원한 후 서비스 이용에 대해 Cleary(2017)가 52명의 남성을 조사한 결과, 1/3은 외래 진료를 받지 않았던 데다가, 그나마 진료를 받은 사람 중에서도 3분의 1은 한 달도 채 안 되는 기간 동안 치료를 받았다고 알려진다. 이러한 점을 감안할 때 실제 임상현장에서 특히 정신건강 의학과를 비롯하여 심리건강 서비스에 대한 접근 빈도가 낮은 남성 집단을 위한 관심이 점차 확대될 필요가 있다. 이를테면 이와 관련하여 최근에 많은 관심을 받고 있는 주제 중 하나인 ‘유해한 남성성(harmful masculinity)’이란, 남성성에 대한 생각이 경직되어 있는 경향을 의미한다(Heilman, Barker & Harrison, 2017; Hill et al., 2020). 이러한 경향이 높은 개인은 이성에 규범적(hetero-normative)이고, 폭력적이며, 통제적인 규범을 영속시키는 해로운 신념을 갖고 있는 것으로 알려져 있다(Heilman & Barker, 2017). 또한 이러한 성향이 높은 남성은 심리적 위기나 스트레스 상황에서 도움 추구(help-seeking)가 적고, 정신병리에 취약할 수 있다. 이렇듯 정신병리에 취약한 남성성의 특성 및 정도에 대해 평가하고, 정신건강에 끼치는 영향에 대해 이해하며 정신과적 취약성을 지닌 개인들을 위한 개입법을 점차 마련할 필요가 있다.

셋째, 자살에 영향을 끼치는 정신과적 문제의 패턴에 있어 성차가 나타났음을 고려할 때 특히 여성

에 취약한 문제와 남성에 취약한 문제 및 문제와 관련된 연령 특성과 더불어 그 외의 여러 추정 원인들(경제적 문제, 가족 문제, 신체적 문제 등)을 함께 잘 고려하여 임상장면에서도 차별적이고 세심한 접근이 필요할 것으로 시사된다. 우선 자살에 영향을 주는 여성 취약형 문제 중 대표적인 것이 우울 및 불안증상임이 시사되었다. 우울장애는 자살과의 관련성이 높은 대표적인 장애로 잘 알려져 있는데, 특히 여성의 우울감 경험 및 위험성이 자살로 이어질 가능성에 대해 충분한 고려가 필요할 것이다. 예를 들어 대한민국에서 2017년~2021년 동안의 조사 기간 동안 우울장애로 진단 받은 자의 수는 모두 100만 744명으로 이 중 남성은 32만 6,189명이며, 여성이 67만 4,555명으로 남성에 비해 2배 가량 여성의 우울 증상이 높은 것으로 알려진다(건강보험심사평가원, 2022). 한편, 연령과 자살에 영향을 주는 다른 요인 상의 특성과 관련하여 본 연구 결과를 고려할 때 우울증상과 불안증상이 있는 여성의 경우 10대와 20대에서는 정신과적 문제 뿐만 아니라 주로 대인관계문제나 직업적 문제를 함께 겪었던 것으로 나타났다. 또한 30대와 40대 및 50대의 경우 정신과적 문제뿐만 아니라 경제적 문제와 가족문제 역시 자살에 영향을 주는 변수인 것으로 시사되었다. 이전 연구에서부터 남성보다 여성에게 자살충동을 더 유발하는 원인이 가정불화와 외로움/고독 등인 것으로 알려져 있고, 특히 가정불화로 인한 자살충동은 남성에서보다 여성에게서 매우 크게 나타난다고 알려져 있다(김영택 등, 2009). 즉, 가정에서의 삶이나 관계적인 유대가 여성에게 심리적으로 직접적인 영향을 주고 있다는 결과들을 볼 때, 우울 및 불안 증상이 있는 여성의 가족문제와 대인관계문제에 대해 다루어주는 것이 필요하며, 특히 관계의 갈등이나 정서적 지지의 정도 등에 대해 평가하고 적기에 개입할 필요가 있다.

또한 남성의 경우 알코올 문제나 도박을 비롯한 행동 문제가 자살에 영향을 끼칠 수 있는 대표적인

정신과적 문제인데, 여성 자살자 중에서 내현화된 문제가 상대적으로 높았던 것에 비하면 남성 자살자는 상기 언급된 바와 같이 외현화된 행동 문제를 많이 나타내는 경향이 있음을 확인할 수 있다. 따라서 남성의 경우 알코올 사용 문제나 병적 도박 등을 임상 장면에서 가볍게 여기지 않아야 할 것이며, 충동성 및 자살 사고의 정도에 대해 적기에 모니터링할 필요가 있다. 또한 연령 특성 및 자살에 영향을 주는 다른 요인들에 대해 분석해 보면 남성 취약형 정신과적 문제 중 알코올 남용, 오용의 경우 20~60대 모두 정신건강문제 뿐만 아니라 경제적 문제와 가족문제가 자살에 영향을 끼치는 주요한 요인으로 나타났다. 도박, 성 등 부적절한 행위반복의 경우 20대~60대에서 모두 경제적 문제가 가장 주요한 요인이며, 그 다음이 정신건강 문제로 나타났다. 또한 연령대에 따른 추정원인의 차이는 시사되지 않았다. 이렇듯 남성에게서는 경제적 문제가 자살에 영향을 끼칠 수 있는 중요한 변수 중 하나로 시사된다. 이전부터 우리나라 자살률 상승요인으로 많은 선행연구들은 실업률, 고용불안, 노인빈곤 등 경제적 원인을 지목한 바 있다(Khang et al., 2005; Kim et al., 2004). 우리나라 남성들이 여성에 비해 경제적 어려움으로 인한 자살의 경향성이 높은 것은 가정의 역할을 하면서 가정 경제에 대한 부담을 느끼는 경향이 높기 때문인 것으로 보인다(김진혁, 2003; 김효창, 2006). 예를 들어, 알코올 문제의 경우 연가 구별 월 소득수준이 200만원 미만인 집단에서 알코올 사용장애 1년 유병률이 가장 높았다고 알려진다. 또한 여성의 경우에 연령이 알코올 문제가 증가될수록 감소하는 경향이 있지만, 남성에서는 여성에 비해 이러한 추세가 두드러지지 않는데, 남성이 여성에 비해 치료율이 낮은 것에 기인할 수 있다. 즉, 중년 남성일수록, 경제적 취약 집단일수록 알코올 문제의 가능성이 높아짐을 확인할 수 있다(Lee et al., 2018). 또한 도박 중독자의 자살에 대해서 살펴볼 때, 자살생각이 없는 도박자와 비교하였을 때,

자살생각이 있는 사람들은 더욱 심각한 도박 문제를 가지고 있었고, 더 많은 부채를 가지고 있는 것으로 나타났다(권영실 등, 2014). 따라서 정신과적 문제가 있는 남성들의 자살사고에 대해 충동성이 심할수록 이를 증폭시킬 가능성을 유념할 필요가 있으며, 특히 경제적 문제가 있을 경우 자살 문제에 대한 위험성이 높아질 수 있음을 고려해야 하겠다.

또한 현재의 결과를 고려할 때 여성과 남성에서 모두 60대와 70대 이상의 경우 정신건강 문제 뿐만 아니라 대부분은 신체적 문제를 동반하는 것으로 나타났다. 신체적 문제는 노년기의 자살에 영향을 주는 중요한 변수임이 다수의 연구에서 확인되었다. 노인 자살의 원인에 대해서 분석한 한 연구에 따르면, 정신건강문제, 신체건강문제, 문제행동을 포함한 개인적 요인과 더불어 가족관계문제, 경제적 문제를 포함한 가족환경적 요인 중 노인의 자살에 가장 많은 영향을 끼치는 문제는 개인적 요인 중 정신건강 문제 및 신체건강문제인 것으로 나타났다(김효창, 손영미, 2006). 특히 노년기 우울은 많은 연구들에서 일관성 있게 노년기 자살생각의 중요한 요인으로 확인되었던 점을 함께 고려할 때(문진영, 이성철, 박재완, 2023; Bonnewyn et al., 2009), 60대 이상에서는 정신 및 신체에 대한 문제를 적시적기에 선별하고, 관리하도록 하며 조기에 개입하는 것이 중요할 것으로 사료된다. 종합하자면 정신과적 문제 뿐만 개인 및 사회 전반에 걸친 요인들(가족 문제, 대인관계적 문제, 경제적 문제, 신체적 문제 등)의 개선에도 주력할 필요가 있으며, 향후의 자살 예방 사업 및 정책 입안 시 이렇듯 다양한 요인들을 통합적으로 고려할 필요가 있을 것으로 사료된다.

넷째, 아울러 본 연구에서는 상대적으로 더욱 취약한 장애를 각 성별로 분류하였던 것이지만 실제 임상에서는 그 외의 정신과적 문제에서도 자살 위험성을 간과할 수 없다는 점을 강조하고자 한다. 특히 최근에 논의가 점차 전개되고 있는 접근법인 성차적 특성에 따른 과소진단의 위험성(특히 우울 장

애)에 대해서도 향후 많은 연구가 축적될 필요가 있다. 예를 들어 본 연구 결과 우울장애가 대표적인 여성 취약형 장애이기는 하지만, 다수의 선행 연구들을 통해 살펴볼 때 남성에서의 우울증상이 비전형적인 면이 있고, 이 때문에 증상의 탐지(detect)에 있어 과소추정될 수 있다는 위험성 역시 고려해야 할 것이다. 현재의 진단 체계에 따르면 우울증의 진단에는 주로 내현화된 문제가 주된 증상으로 개념화되지만, 실제 임상 현장에서는 전형적인 우울 증상 이외에도 남성의 경우 외현화된 증상을 경험할 수 있다는 결과들이 도출되었다(Cavanagh et al., 2013). 따라서 이러한 양상 때문에 실제 임상 현장에서 남성에게서 우울장애의 과소 진단에 대해 관심을 쏟을 필요가 있다. Shi 등(2021)에 의하면 “우울증의 자가 보고 증상에서의 성차”에 대한 내용이 제시되었는데, 이는 ‘경미한-중증도’의 우울 증상이 여성에게 훨씬 많이 보고되며, 심각한 우울증상과 자살은 남성에게 흔히 많이 보고된다는 점을 일컫는다. 실제로 이 때문에 임상 현장에서 남성의 우울은 간과되고, 집중적인 치료를 받을 기회를 놓치게 된다는 위험성이 있다. 따라서 남성의 우울에 대해 보다 진단적인 개념화가 명료화된다면 자살에 대한 조기 개입 역시 가능해질 것으로 예상되는 바, 향후 진단 체계에서 남성의 우울 특성에 대한 고려가 충분히 이루어져야 할 것으로 시사된다. 또한 단지 우울 단독의 문제가 자살사고나 시도를 예측하지는 않고, 충동조절문제와 불안, 동요와 결합된 우울이 자살 사고와 시도를 예측한다는 결과가 도출되었던 점을 통해 볼 때(Nock et al., 2010), 다차원적인 평가를 통해 자살에 영향을 끼치는 요인들을 면밀히 살펴볼 필요가 있다.

본 연구의 제한점과 더불어 향후 연구에 대한 방향성에 대해 기술하면 다음과 같다. 첫째, 본 연구에서 얻은 데이터는 모두 수사기록에 의한 것으로, 문제의 유무에 대한 평가를 위주로 이루어졌기 때문에 각 문제의 심각도와 빈도 등에 대한 정보는

수록되지 않았다. 따라서 특정 정신과적 문제를 경험한 개인의 증상에 대한 구체적인 양상을 파악하기 어렵다는 한계가 있다. 개인에 따라서는 문제의 수준이 경미할 수도 있고, 심각할 수도 있기에 향후 연구를 위한 수사 자료에서 연속선 상에서 정도를 평가할 수 있는 도구가 활용된다면 집단 간 비교나 경로 분석 등 양적인 측면에서 충분한 설명이 가능할 것으로 보인다. 또한 조사가 보호자 보고에 의해 이루어져, 제한이 따르겠지만 후향적으로라도 자살과 관련된 다른 심리적 요인들(예, 자기침묵, 무망감, 속박감, 외로움, 충동성 등)을 함께 파악한다면 더욱 풍부한 설명이 가능할 것으로 고려된다.

둘째, 본 연구에서 수집된 자살자의 자료가 대규모 표본을 활용하기는 하였으나, 2013년부터 2017년까지의 자료로 국한되어 있던 것을 또 다른 제한점으로 들 수 있다. 예를 들어 COVID-19 와 같이 팬데믹 상황도 최근의 정신건강 문제에 대한 추세에 영향을 끼칠 가능성도 크며, 그 외에도 사회적 변화에 따른 최근의 자살의 변화 추이를 연속적으로 살펴보는 것이 의미 있을 것으로 보인다. 셋째, 데이터를 구성하는 정보는 실제 정신과적 기록이 아닌 자살자의 유가족 등을 토대로 면담한 결과이기 때문에 증상 유무 및 치료력 등에 대해 조심스러운 해석이 필요하다는 한계가 존재한다. 그럼에도 불구하고 본 연구는 실제 기록을 토대로 한국에서 발생한 5년간 자살자들의 특성을 분석하였으며, 특히 정신과적 취약성을 성차에 따라 살펴보았다는 점에서 중요한 시사점을 가진다. 향후에도 관련 연구들이 축적되며 성차적 관점에서 자살 문제에 대한 조기 개입과 예방을 도모하는 방법이 축적되기를 기대한다.

## 참고문헌

- 강상경 (2010). 우울이 자살을 예측하는가?: 우울과 자살태도 관계의 성별·연령 차이. *사회복지연구*, 41(2), 67-100.
- 건강보험심사평가원 (2022). 최근 5년(2017~2021년) 우울증과 불안장애 진료현황 분석. 건강보험심사평가원 보도자료. <http://www.hira.or.kr>
- 권석만 (2013). *이상심리학* 제 2판, 학지사
- 권영실, 김현정, 김소라, 현명호 (2014). 도박심각도와 자살생각의 관계- 도박 및 압박감의 매개효과와 가족의 정서적 지지의 중재효과를 중심으로-. *한국심리학회지: 건강*. 19(2). 603-618.
- 국립정신건강센터 (2021). 2020년 정신건강실태조사.
- 김애순 (2002). *성인발달과 생애설계*. 서울: 시그마프레스.
- 김영택, 김인순, 주영수, 이지연 (2009). 여성자살 현황 및 정책방안. 한국여성정책연구원 연구보고서.
- 김진혁 (2003). 최근 자살의 실태분석 및 예방대책에 관한 연구. *한국공인행정학회보*, 17, 131-164.
- 김효창 (2006). 성인 자살의 특성과 자살유형에 관한 연구. *한국심리학회지: 사회문제*. 12(1), 15-33.
- 김효창, 손영미 (2006). 노인 자살의 특성과 자살유형에 관한 연구. *한국심리학회지: 사회문제*, 12(2), 1-19.
- 모지환, 배진희 (2011). 자살행동 영향 요인: 성별, 연령별 집단 비교를 중심으로. *보건사회연구* 31(2), 121-145
- 문진영, 이성철, 박재완 (2023). 인터넷중독과 사회적 지지가 노인 우울에 미치는 영향. *미래사회*, 14(1), 62-77.
- 박영남 (2003). 우울장애와 불안장애의 공유 특성. *생물치료정신의학*, 9(1). 118-128.
- 보건복지부 (2012). *국가 중독예방관리 정책 및 서비스 전달체계 개발*.  
[http://www.chsc.or.kr/?post\\_type=refer-](http://www.chsc.or.kr/?post_type=refer-)

- ence&p=6222
- 보건복지부 (2018). 정부, 자살 문제 해결을 위한 행동계획 마련·추진. Retrieved from [https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&CONT\\_SEQ=343649](https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=343649).
- 보건복지부 (2022). 보도자료 2022. 『OECD 보건통계 2022』로 보는 우리나라 보건의료 현황. [http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&page=1&CONT\\_SEQ=372297](http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=372297)
- 서종환, 이창환, 김경일, 김성혜 (2012). 한국 자살 사망자 특징: 사례-대조 심리적 부검 연구. 한국심리학회지: 일반, 31(2), 323-344.
- 오시현, 안지혜, 서지효, 구혜린, 김민정, 장혜연, 김석주 (2022). 자살시도자와 자살 사망자의 자살 방법, 스트레스 요인 및 정신과적 진단. 수면·정신생리, 29(1), 15-20.
- 육성필, 조윤정 (2019). 자살위기의 이해와 개입. 서울: 박영스토리
- 이문영, 김의중, 신애선, 김용성 (2021). 성차의학 연구: 어떻게 할 것인가?. Korean Journal of Gastroenterol, 77(3), 104-114.
- 이민아, 김석호, 박재현, 심은정 (2010). 사회적 관계 내 자살경험과 가족이 자살생각 및 자살행동에 미치는 영향. 한국인구학, 33(2), 61-84.
- 정주리, 연규진, 양지웅, 김정기 (2016). 상담경험 유무에 따른 성별, 심리적 어려움, 상담관련 경험 및 태도가 대학생의 상담서비스 이용 의도에 미치는 영향. 청소년상담연구, 24(1), 131-150.
- 제영묘 (2004). 자살과 정신 장애. 생물치료정신의학, 30(1), 3-10.
- 중앙심리부검센터 (2019). 경찰 수사기록을 통한 자살사망자 조사 체크리스트 2.0 시행 지침서. 서울: 중앙심리부검센터.
- 통계청 (2010). Cause of Death Statistics 2010. [http://kostat.go.kr/portal/korea/kor\\_nw/1/1/index.board?bmode=read&aSeq=403046](http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/1/index.board?bmode=read&aSeq=403046).
- 통계청 (2015). Cause of Death Statistics 2010. [http://kostat.go.kr/portal/korea/kor\\_nw/1/1/index.board?bmode=read&aSeq=403046](http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/1/index.board?bmode=read&aSeq=403046)
- 통계청 (2019) Cause of Death Statistics 2019. [http://kostat.go.kr/portal/korea/kor\\_nw/1/1/index.board?bmode=read&aSeq=403046](http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/1/index.board?bmode=read&aSeq=403046). Accessed May, 1, 2022 (Korean)
- 통계청 (2020). Cause of Death Statistics 2020. [http://kostat.go.kr/portal/korea/kor\\_nw/1/1/index.board?bmode=read&aSeq=403046](http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/1/index.board?bmode=read&aSeq=403046).
- 최진화, 박기환 (2022). 국내 살해 후 자살의 현황과 특징. 한국심리학회지: 임상심리 연구와 실제, 8(1), 67-91.
- 헬스조선 (2024). 신문 기사 자료. 코로나 때보다 더... 자살 사망자 증가세. [https://m.health.chosun.com/svc/news\\_view.html?contid=2024040401167](https://m.health.chosun.com/svc/news_view.html?contid=2024040401167)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-5th edition(DSM-5)*. Washington, DC: Author.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (2nd ed.)*. The Guilford Press.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1975). Hopelessness and suicidal behavior: An overview. *Journal of the american medical association*, 234, 1146-1149.
- Bentley, K.H., Franklin, J.C., Ribeiro, J. D., Kleiman, E. M., Fox, K. R., & Nock, M. K. (2016). Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 43, 30-46.
- Berman, A. L. (2009). *Depression and suicide*. In

- I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (2nd., pp.510-530). The Guilford Press.
- Bonnewyn, A., Shah, A., & Demyttenaere, K. (2009). Suicidality and suicide in older people. *Reviews in Clinical Gerontology, 19*, 271-294.
- Brent, J. A., Perper, J. A., Moritz, G., Baugher, M., Schweers, J., & Roth, C. (1994). Suicide ineffectively ill adolescents: a case-control study. *Journal of Affective Disorders, 31*, 193-202.
- Callanan, V. J., & Davis, M. S. (2012). Gender differences in suicide methods. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47*, 857-869.
- Carter, R. M., Wittchen, H. U., Pfister, H., & Kessler, R. C. (2001). One-year prevalence of subthreshold and threshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *Depression and Anxiety, 13*(2), 78-88.
- Cavanagh, A., Wilson, C. J., Kavanaugh, D. J., & Caputi, P. (2017). Differences in the expression of symptoms in men versus women with depression: A systematic review and meta-analysis. *Harvard Review of Psychiatry, 25*(1), 29-38.
- Choi, Y. (2021). The effect of income level on all-cause mortality and suicide among patients using antidepressants: A population-based cohort study. *Psychiatry Research, 299*, 113838, 1-10.
- Cleary, A. (2017). Help-seeking patterns and attitudes to treatment amongst men who attempted suicide. *Journal of mental health, 26*(3), 220-224.
- Coleman, D, Feigelman, W., & Rosen Z. (2020). Association of High Traditional Masculinity and Risk of Suicide Death: Secondary Analysis of the Add Health Study. *JAMA Psychiatry, 77*(4), 435 - 437.
- Craske, M. G., Hermans, D., & Vansteenwegen, D. (Eds.). (2006). *Fear and learning: From basic processes to clinical implications*. American Psychological Association.
- Goldston, D. B. (2004). Conceptual issues in understanding the relationship between suicidal behavior and substance use during adolescence. *Drug and Alcohol Dependence, 76*, S79-S91.
- Hatton, C. L., & Valente, S. M. (1984). *Assessment of suicidal risk*. In C. L. Hatton & S. M. Valente (Eds.), *Suicide: Assessment and intervention* (pp.61-82). Appleton-Century-Crofts.
- Heilman, B., Barker, G., & Harrison, A. (2017). *The Man Box: A Study on Being a Young Man in the US, UK, and Mexico*. Washington, DC and London: Equipundo and Unilever
- Hill, A. L., Miller, E., Switer, G. E., Yu, L., Heilman, B., Levtoy, R. G., Vlahovicova, K., Espelage, D. L., Barker, G., & Coulter, R. W. S. (2020). Harmful masculinities among younger men in three countries: Psychometric study of the Man Box Scale. *Preventive medicine, 139*, 106185
- Hofmann, S. G., & Barlow, D. H. (2002). *Social phobia (social anxiety disorder)*. In D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic, 2nd Edition* (pp. 454-476). Guilford Press.
- Joe, S, Baser, R. E, Breeden, G., Neighbors, H. W., & Jackson, J. S. (2006). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts among blacks in the United States. *JAMA, 296*(17), 2112-2123.
- O'Connor, K. (2021). *Traditional Assumptions of*

- Masculinity Said to Be Linked to Depression in Men*. Psychiatric News.  
<https://psychnews.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.pn.2021.2.7>
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S, et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States, Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *51*, 8-19.
- Kessler, R. C., & Wang, P. S. (2009). *Epidemiology of depression*. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (2nd ed., pp. 5 - 22). The Guilford Press.
- Khan, A., Leventhal, R. M., Khan, S., & Brown, W. A. (2002). Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database. *Journal of Affective Disorders*, *68* (2-3), 83-190.
- Khang, Y. H., Lynch, J. W., & Kaplan, G. A. (2005). Impact of economic crisis on cause specific mortality in South Korea. *International Journal of Epidemiology*, *34*, 1291 - 1301
- Kim, H., Song, Y. J., Yi, J. J., Chung, W. J., & Nam, C. M. (2004). Changes in mortality after the recent economic crisis in South Korea. *Annals of epidemiology*, *14*(6), 442-446.
- Kim, K. A., Kim, Y. E., & Yoon, S. J. (2021). Descriptive epidemiology on the trends and sociodemographic risk factors of disease burden in years of life lost due to suicide in South Korea from 2000 to 2018. *BMJ Open* *11*(2), e043662.
- Lanceley, F. J. (2003). *On-Scene guide for crisis negotiators, second edition*. CRC Press.
- Lee, S. U., Park, J. I, Lee, S., Oh, I. H, Choi, J. M., & Oh, C. M. (2018). Changing trends in suicide rates in South Korea from 1993 to 2016 : A descriptive study. *BMJ Open*. *8*(9). e-23144.
- Leong, F. T. L., & Zachar, P. (1999). Gender and opinions about mental illness as predictors of attitudes toward seeking professional psychological help. *British Journal of Guidance & Counselling*, *27*(1), 123 - 132.
- Leutenberg, E. R. A., & Liptak, J. J. (2021). 자살과 자해예방 전문가 지침서 [*Suicide & Self-Harm Prevention Workbook: A Clinician's guide to assist adults clients*] (육성필 역). 서울: 박영스토리. (원전은 2019년 출판)
- Martin, L. A., Neighbors, H. W., & Griffith, D. M. (2013). The experience of symptoms of depression in men vs women: Analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA Psychiatry*, *70*(10), 1100-1106.
- Maris, R. W. (1992b). *The relation of nonfatal suicide attempts to completed suicides*. In R. W. Maris, A. L. Berman, T. Maltzberger, & R. I. Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide* (pp.381-397). Guilford press.
- McGirr A, Renaud J, Seguin M, Alda M, & Turecki, G. (2008). Course of major depressive disorder and suicide outcome: a psychological autopsy study. *Journal of Clinical Psychiatry*, *69*, 966-970.
- Mortensen, P.B., Agerbo, E., Erikson, T., Qin, P., Westergaard-Nielsen, N., (2000). Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark. *The Lancet*, *355*(9197), 9 - 12.
- Murphy, G. (1999). Family history of suicide among suicidal attempter. *The Journal of*



- Nervous and Mental Disease*, 170, 86-90.
- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N. A., & Kessler, R. C. (2010). Mental disorders, co-morbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(8), 868-76.
- Nock, M. K., & Kessler, R. C. (2006). Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(3), 616 - 623.
- Nock M. K, Green, J. G., Hwang, I., et al. (2013). Prevalence, Correlates, and Treatment of Lifetime Suicidal Behavior Among Adolescents: Results From the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*, 70(3), 300 - 310.
- Pampel, F. C. (1998). National context, Social change, and sex differences in suicide rates. *American Sociological Review*, 63, 744-758.
- Prinstein, M. J., Nock, M. K., Simon, V., Aikins, J. W., Cheah, C. S. L., & Spirito, A. (2008). Longitudinal trajectories and predictors of adolescent suicidal ideation and attempts following inpatient hospitalization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 92 - 103.
- Rice, S. M., Oliffe, J. L., Kealy, D., Seidler, Z. E., & Ogradniczuk, J. S. (2020). Men's help-seeking for depression: Attitudinal and structural barriers in symptomatic men. *Journal of Primary Care and Community Health*, 11, 1-6. <https://doi.org/10.1177/2150132720921686>
- Roy, A., & Janal, M. (2006). Gender in Suicide Attempt Rates and Childhood Sexual Abuse Rates: Is There an Interaction? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(3), 329 - 335.
- Rudd, M. D., Berman, A. L., Joiner Jr., T. E., Nock, M. K., Silverman, M. M., Mandrusiak, M., van Orden, K., & Witte, T. (2006). Warning Signs for Suicide: Theory, Research, and Clinical Applications. *Suicide and life-threatening behavior*, 36(3), 255-262.
- Shi, P. Yang, A., Zhao Q, Chen, Z., Ren, X., & Dai, Q. (2021). A Hypothesis of gender differences in self-reporting symptom of depression: Implications to solve under-diagnosis and under-treatment of depression in males. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 1-10.
- Schneider, B., Wetterling, T., Sargk, D., Schneider, F, Schnabel, A, Maurer, K, et al. (2006) Axis I disorders and personality disorders as risk factors for suicide. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 17-27.
- Suominen, K., Isometsa, E., Haukka, J., & Lonnqvist, J. (2004). Substance use and male gender as risk factors for deaths and suicide. A 5 year follow-up study after deliberate self-harm. *Social Psychiatric Epidemiology*, 39, 720-724.
- Thorpe, G. L., & Burns, L. E. (1983). *The agoraphobic syndrome*. Wiley, Chichester.
- Yamada, T. Kawanishi, C., Hasegawa, H., Sato, R., Konish, A., Kato, D., Furuno, T., Kishida, I., Odawara, T., Sugiyama, M., & Hirayasu. (2007). Psychiatric assessment of suicide attempters in Japan: a pilot study at a critical emergency unit in an urban area. *BMC Psychiatry*, 7(64), 1-7.
- WHO (2023). *World Health Statistics 2023*. Geneva.
- Woodman, C. L., Noyes, R., Jr., Black, D. W.,

Schlosser, S., & Yagla, S. J. (1999). A 5-year follow-up study of generalized anxiety disorder and panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(1), 3-9.

투고일자: 2024. 4. 30.  
심사일자: 2024. 5. 24.  
게재확정일자: 2024. 5. 31.

# Characteristics of suicide in South Korea analyzed through psychiatric vulnerability: Focusing on gender differences in psychiatric problems

Eunhwa Kim

Narae Jeong

Maeum and Maeum Psychiatric Clinic    Yong-In Mental Hospital

Understanding psychiatric factors is crucial in addressing suicide, and recognizing gender differences in these factors is essential for effective intervention and prevention in psychiatric settings. This study aims to retrospectively analyze the phenomenon of suicide in South Korea, with a focus on gender differences in psychiatric problems. Using comprehensive survey statistics on suicide deaths from 2013 to 2017, we examined 50,304 cases to identify differences in psychiatric symptoms at the time of death, past diagnoses, and treatment history according to gender. We also identified the representative psychiatric problems influencing suicide for each gender and analyzed the frequency of presumed causes according to age. Our results showed that the total number of suicides was higher among males than males. However, the presumed prevalence of psychiatric problems at the time of death was higher among females than males. Among those presumed to have had psychiatric problems, females had higher rates of past psychiatric diagnoses and experiences of psychiatric treatment than males. For females, the most prevalent psychiatric problems were depressive symptoms and disorders, followed by anxiety symptoms and disorders. In contrast, for males, the most prevalent problems were alcohol abuse, misuse, and alcohol use disorders, followed by repetitive inappropriate behaviors and behavioral addictions such as gambling and sexual behaviors. This study highlights the gender-specific characteristics of individuals with psychiatric problems who committed suicide in South Korea, underscoring the need for differentiated approaches in suicide prevention and intervention.

*Key words: Suicide, Gender Difference, Psychiatric Problem, Female-Vulnerable Psychiatric Problem, Male-Vulnerable Psychiatric Problem, Depression*