

한국 사회의 자살 실태와 자살 고위험군 발굴 전략



Trends in Suicide and Identification of
High-risk Groups in Korea

채수미 | 한국보건사회연구원 부연구위원

우리나라의 자살사망률이 경제협력개발기구(OECD) 회원국 중에서 가장 높다는 사실은 많이 보고되었으나, 문제는 단지 자살사망률이 높다는 점으로 그치지 않는다. 자살사망률이 높은 국가들도 지난 30년간 그 비율이 감소하는 경향을 보인 반면, 우리나라는 과거에 비해 크게 증가했다. 우리나라 자살률의 변화와 현재 위치는 한국 사회에 경고를 보내고 있다.

정신적으로 안녕한 미래를 위해 조금의 관심과 투자가 아닌 적극적인 변화가 필요한 때이다. 이를 위해 우리는 자살 고위험군의 범위를 폭넓게 보아야 할 것이며, 자살 고위험군 당사자가 자살예방사업에서 일방적인 서비스 수혜자로서만이 아니라 참여자로 인식되도록 해야 한다. 또한 자살 고위험군을 조기에 발견하기 위한 게이트키퍼 양성 전략에서 향후 양적 확대뿐만 아니라 질적 향상에 대해서도 고민이 필요하다.

1. 들어가며

2018년 1월에 발표한 「자살예방 국가 행동계획」에서는 2022년까지 자살률을 인구 10만 명당 20명 이내로, 연간 자살사망자 수를 1만 명 이내로 줄이는 것을 목표로 하고 있다(관계부처 합동, 2018). 그러나 2018년 현재 자살사망률은

인구 10만 명당 26.6명으로 연간 1만 3670명이 자살로 사망하고 있어, 목표 달성을 위해서는 더 적극적인 정책이 필요한 시점이다.

정책은 대상자를 분명히 정의하고 집중적으로 투입할 때 효과가 크겠으나, 안타깝게도 이 사업은 고위험군을 파악하는 것 자체가 커다란 과제이다. 보건복지부에 따르면, 자살률은 일반 인구

에 비해 자살 시도자가 약 25배 높다고 한다(보건복지부 정신건강정책과, 2014). 즉 과거에 자살 시도를 했던 사람들은 자살을 재시도하면서 실패하지 않을 확률이 높다는 것이다. 그러나 가장 고위험군으로 언급되는 자살 시도자의 규모는 알려진 위험도나 조사 결과를 바탕으로 추정할 수밖에 없는 실정이다.

자살 예방 대책은 자살 고위험군을 발굴하기 위한 노력 없이 자살 예방 서비스 제공 체계를 구축하는 것만으로는 의미 있는 효과를 거두기 어렵다. 자살 예방을 포함한 정신건강 증진 서비스는 사회적 편견과 낙인으로 인해 여타의 공중보건정책과 비교하여 정책 수요자의 요구가 분명하게 표출되거나 서비스에 대한 접근이 자연스럽게 이루어지기 어렵다. 그렇기 때문에 국가가 정책 수요자를 적극적으로 발굴하여 국가 및 지역사회 네트워크로 연결하는 것이 중요하다. 이에 한국 사회가 직면한 정신건강의 중요한 이슈인 자살의 실태를 점검하고, 정신적으로 안녕한 미래를 위해 자살 고위험군을 조기에 발견하기 위한 과제를 제안하고자 한다.

2. 통계로 본 우리나라 자살사망 실태

가. 국제 비교

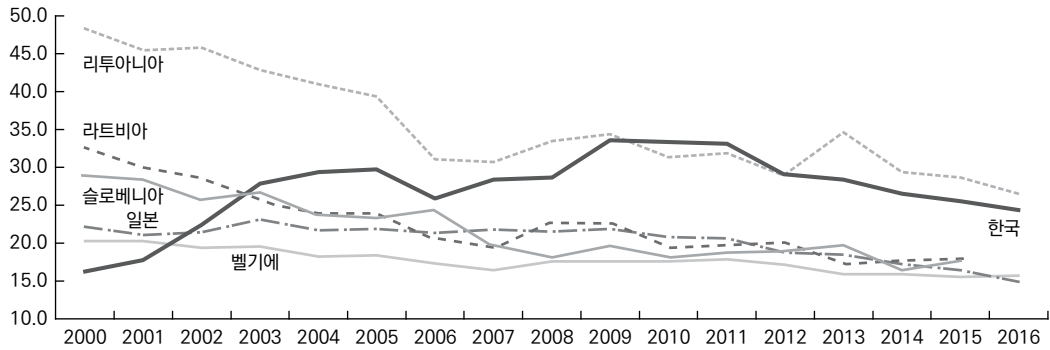
그간 우리나라의 자살사망률이 경제협력개발기구(OECD) 회원국 중에서 가장 높다는 것은 많이 보고되었다. OECD에 보고된 가장 최신의

통계를 바탕으로 보면, 인구 10만 명당 자살사망률은 우리나라가 24.6명(2016년)이고, 리투아니아가 24.4명(2017년), 슬로베니아와 라트비아가 각각 18.1명(2015년), 벨기에가 15.9명(2016년), 일본이 15.2명(2016년)으로 높다(OECD, 2020, <https://stats.oecd.org>). 2018년 OECD 회원국으로 가입한 리투아니아를 제외하면, 우리나라의 자살사망률은 압도적으로 높은 수준이다.

그런데 우리나라의 문제는 단지 자살사망률이 높다는 점에서 그치지 않는다. 지난 30년간(1990년과 2017년 사이) 추이를 보면 거의 모든 OECD 국가들에서 자살사망률이 30%가량 감소했다. 핀란드, 스위스, 슬로베니아는 40% 이상 감소했다(OECD, 2019, p. 82). 자살사망률이 높은 상위 6개 국가의 연도별 추이를 보면, 우리나라를 제외한 5개 국가 모두 2000년에 비해 2016년 현재 가장 낮은 수준을 보였다. 반면, 우리나라는 2000년 당시 16.6명으로 이들 5개 국가에 비해 매우 낮은 수준이었다. 당시 리투아니아는 48.4명을 기록했다. 우리나라의 자살사망률이 2010년 33.5명으로 정점을 찍었다가 이후 감소하고 있기는 하지만, 다른 국가들과 다르게 과거에 비해 매우 증가한 상황이라는 점이 중요하다(그림 1). 국제 통계에 보고되지는 않았지만, 통계청에 따르면 국내 자살사망률은 2018년 다시 증가해 우리를 긴장하게 하고 있다. 구체적인 내용은 이어지는 국내 실태에서 다루려 한다.

그림 1. OECD 국가와 우리나라의 자살사망률 추이 비교

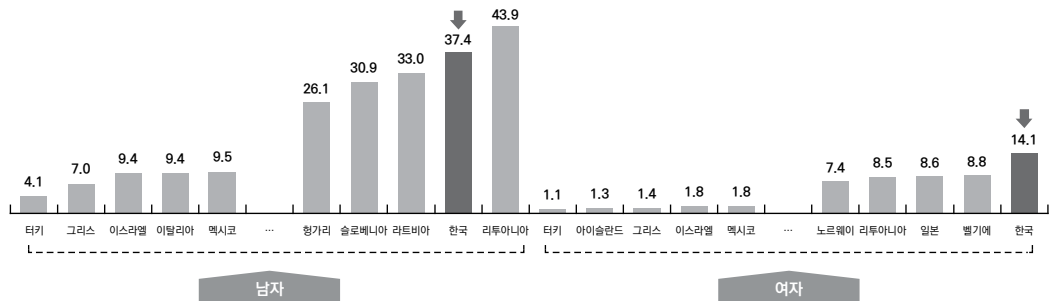
(단위: 십만명당)



주: 국가별로 이용 가능한 가장 최근의 통계(2015~2017년 사이)를 기준으로, 자살사망률 상위 6개 국가의 연도별 변화를 제시함.
 자료: OECD Data. (각 연도). <https://stats.oecd.org/>에서 2020. 3. 11. 인출. 재구성.

그림 2. OECD 국가와 우리나라의 성별 자살사망률 비교

(단위: 십만명당)



주: 1) 국가별로 이용 가능한 가장 최근의 통계(2015~2017년 사이)임.
 2) OECD 국가 중 자살사망률 상·하위 각 5개 국가 비교.
 자료: OECD Data. (각 연도). <https://data.oecd.org/healthstat/suicide-rates.htm>에서 2020. 3. 11. 인출. 재구성.

자살사망률 상·하위 각각 5개 국가에 대해 성별 기준으로 비교해 보았다. 모두 여자보다 남자의 자살사망률이 크게 높았다. 우리나라 남자의 자살사망률 수준은 리투아니아에 이어 두 번째로

높은데, 하위 5개 국가 평균(7.9명)의 5배 정도이다. 우리나라 여자의 자살사망률은 남자에 비해서는 낮다고 하더라도, 다른 국가들과 비교하면 심각한 수준이다. 하위 5개 국가 평균(1.5명)의

약 10배에 달하는 수준이며, 상위 5개 국가 사이에서도 큰 차이로 앞서고 있기 때문이다(그림 2).

나. 국내 실태

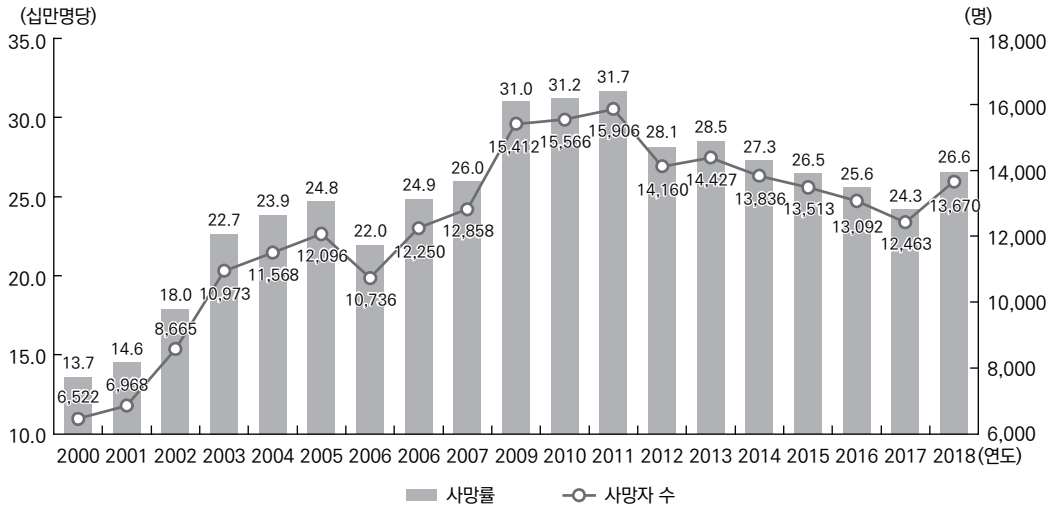
통계청 자료를 기반으로 국내 실태를 좀 더 살펴보고자 한다. 앞서 살펴본 OECD 통계와 마찬가지로 연령표준화 사망률이기는 하지만 가용 데이터가 더 최신의 것이다. 다만, 두 가지 통계에서 제공하는 사망률은 연도별 경향은 비슷하더라도 연령표준화 과정에서 사용되는 인구수 때문에 동일 연도의 사망률 수치가 다르다. 통계청에서는 연

령구조가 사망률에 미치는 영향을 제거하기 위해 2005년 주민등록 연령별 연앙인구를 표준인구로 사용한다(통계청, n.d.).¹⁾ 그러나 OECD에서는 국제 비교를 위해 2010년 총 OECD 인구수를 표준인구로 활용한다(OECD, 2019).

통계청 자료에 따르면 2000년부터 2018년 사이 자살사망률은 인구 10만 명당 13.7명에서 26.6명으로 증가했다. 기간 중 중간 시점인 2009~2011년 사이는 30.0명 이상으로 최고치를 보였다(그림 3).

한편 자살 고위험군의 범위에 대한 합의가 분

그림 3. 우리나라의 연도별 자살사망 추이



자료: 통계청 (각 연도). 사망원인통계. 재구성. <http://kosis.kr/search/search.do>에서 2020. 3. 11. 인출.

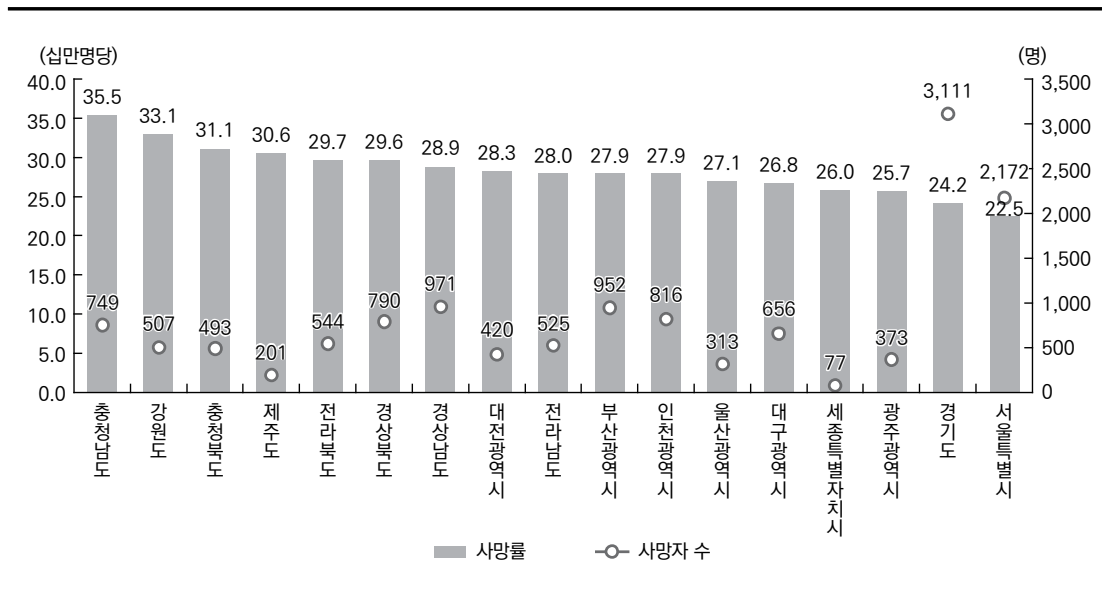
1) 연령표준화 사망률 = $\frac{\sum(\text{연령별 사망률} \times \text{표준인구의 연령별 인구})}{\text{표준인구}} \times 100,000$

명하게 이루어지지 않았고 관련 통계가 부족한 상황에서 우리나라 자살 고위험군의 규모를 파악하는 것은 어렵다. 자살의 가장 강력한 위험 요인이 자살 시도 경험이라는 것은 알려져 있지만, 그럼에도 역시 자살 시도자를 추적하기 위한 데이터베이스는 없다. 통계청 자료에서 확인된 2018년 인구 10만 명당 자살률 26.6명은 자살사망자 수로는 1만 3670명에 해당한다. 자살 시도가 자살사망의 10~20배에 이른다고 알려져 있다는 점에 따라, 약 130만~260만 명이 연간 우리나라 자살 시도자일 것으로 짐작할 뿐이다(채수미 외, 2019, p. 13).

2018년 기준으로 인구 10만 명당 자살사망률이 높은 지역은 충청남도(35.5명), 강원도(33.1

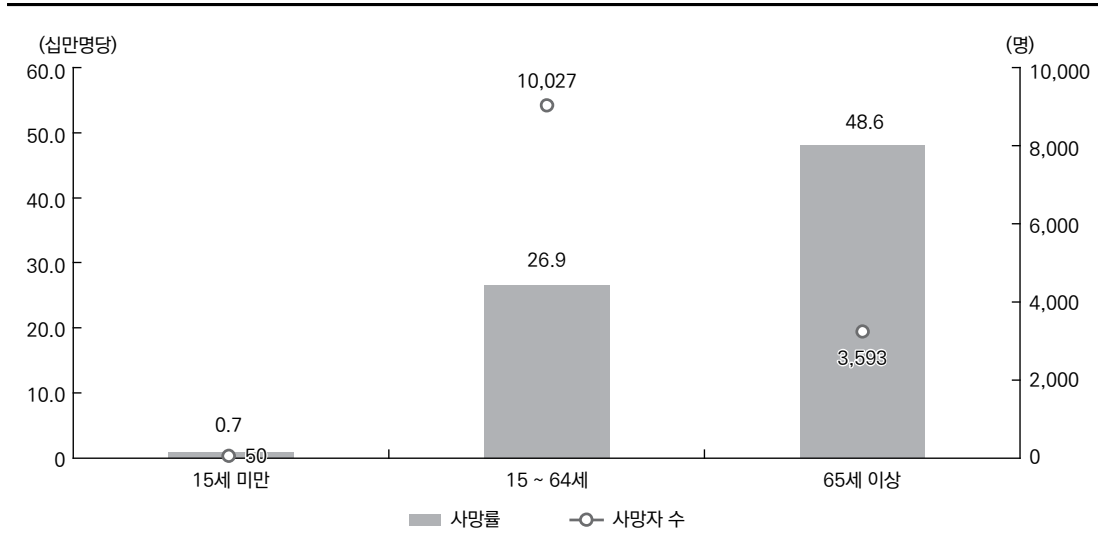
명), 충청북도(31.1명), 제주도(30.6명) 순이다. 사망률, 즉 지역의 인구수를 기준으로 볼 때, 17개 시·도 중 서울특별시와 경기도가 가장 낮은 수준이지만, 사망자 수로 보면 각각 2172명, 3111명으로 전체 자살사망자의 38.6%를 차지하니 이들 지역 또한 관심이 필요하다(그림 4). 어떤 지역에 자살사망이 집중된다면 지역 내 사회적·환경적·문화적 특성과 관련됐을 가능성이 있으므로, 지역 사례들에서 나타나는 공통적인 특성을 파악해 대응해야 한다. 예를 들어, 서울시에서도 기초 단위 지역별로 사망 장소와 방법에 차이가 있다. 용산구와 영등포구는 공공장소에서, 중구와 종로구는 숙박업소에서 발생하는 사례가 많았다. 노원구에서는 투신이, 관악구와 은

그림 4. 우리나라의 지역별 자살사망률과 사망자 수(2018년)



자료: 통계청. (2018). 사망원인통계. <https://www.kostat.go.kr/wnsearch/search.jsp>에서 2020. 3. 11. 인출. 재구성.

그림 5. 우리나라의 연령별 자살사망률과 사망자 수 비교(2018년)



자료: 통계청. (2018). 사망원인통계. <https://www.kostat.go.kr/wnsearch/search.jsp>에서 2020. 3. 11. 인출. 재구성.

평구에서는 가스 중독이 많았다. 이를 바탕으로 다발 지역과 문제를 바탕으로 지역 맞춤형 자살 예방 전략이 필요함을 언급한 바 있다(보건복지부, 중앙심리부검센터, 2019, p. 3).

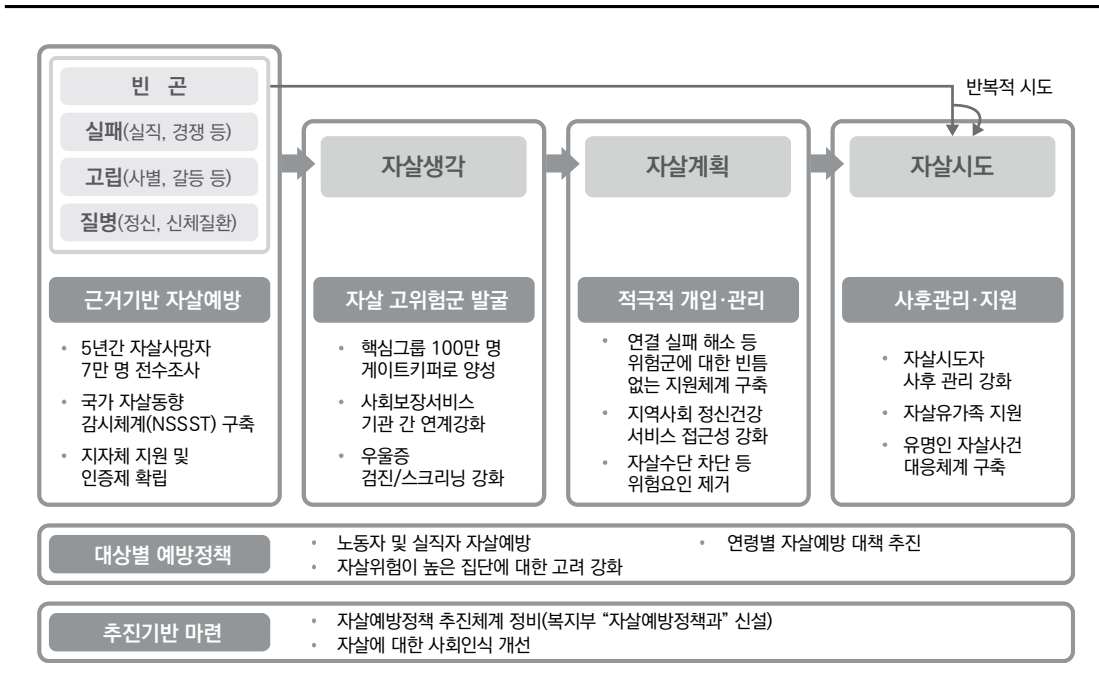
연령을 크게 세 개의 그룹으로 나누어 살펴보면, 연령이 높은 집단일수록 인구 대비 사망률이 높다. 2018년에 65세 이상은 인구 10만 명당 48.6명에 이른다. 그러나 자살사망자 수는 15~64세가 한 해 동안 1만 명가량으로 가장 많았다(그림 5). 연도별 변화에 대한 그림은 제시하지 않았지만 간단히 언급하면, 2000~2018년 사이 증감은 있었지만 15~64세는 15.5명에서 26.9명으로, 65세 이상은 36.1명에서 48.6명으로 늘어났다. 15세 미만은 2000년 0.3명이었고, 2018년에는 0.7명으로 나타났다(통계청, 각 연도).

3. 자살 고위험군 발굴을 위한 정책

가. 자살예방 국가 행동계획 수립

「자살예방 국가 행동계획」의 추진 과제는 자살의 원인과 진행 과정을 4단계로 구분해 단계별 개입 전략을 구축했다. 자살의 진행 과정에 따라 원인 분석과 고위험군 발굴 체계 구축, 고위험군에 대한 집중 관리, 자살 시도 사후 관리 등의 전략으로 구분된다(관계부처합동, 2018, p. 19). 이 중 첫 번째 과정에서 자살 고위험군 발굴 사업에 초점을 두고, ‘자살 예방 게이트키퍼 양성’, ‘사회보장서비스 제공 기관 간 연계 강화’, ‘우울증 검진 및 스크리닝 강화’의 세 가지 사업을 마련해 두었다(관계부처합동, 2018, pp. 25-29)(그림 6).

그림 6. '자살예방 국가 행동계획'의 자살 진행 과정 단계별 개입 전략



자료: 관계부처합동. (2018). 자살예방 국가 행동계획. p. 19.

‘자살 예방 게이트키퍼 양성’은 100만 명 양성을 목표로 하여 중앙과 지방의 관계 기관에서 적극적으로 운영하고 있는 사업이다. ‘사회보장서비스 제공 기관 간 연계 강화’는 고위험군을 빈틈 없이 관리하기 위한 중요 과정임에도 불구하고 인력의 수, 인력의 질, 서비스에 대한 연속성, 적절한 시설에 대한 문제가 해소되지 못하고 있다.

또한 ‘우울증 검진 및 스크리닝 사업’ 자체에 대한 효과는 완전하지 않은 것으로 보고되고 있다. 일차의료기관 내원 환자들의 우울증 선별검사 거부율이 높기도 하고, 검사 도구의 양성 예측도가 낮고, 선별검사로는 적극적인 개입이 필요

하지 않은 경증 환자가 발견되는 경우가 많기 때문이다. 그러나 선별검사 이후 간호사, 사례관리자 등 사후 조치를 담당하는 인력이 개입될 때 우울 증상이 감소된다는 보고가 있다(임현우, 정현숙, 정영은, 왕희령, 김수영, 2011, pp. 276-277).

나. 자살 고위험군의 범위

「자살예방 국가 행동계획」에서는 자살 고위험군을 별도로 정의하거나 강조하지는 않았으나, 계획에 담긴 추진 과제 중 일부가 사업 대상을 언급해 두고 있다. 추진 과제에서 다양한 집단을 대상으로 하고 있기는 하지만, 자살 고위험군에 대

한 이해와 사업 목표가 나타나 있지 않고, 일부 사업들은 대상이 명확하지 않다. 그러다 보니 자살 고위험군별로 적절하게 사업이 구성돼 있는지 파악할 수 없고, 사업을 이행해야 하는 관계자들 간에 국가 계획의 미션과 방향이 충분히 전달되기 어렵다.

미국과 일본에서 정의하는 자살 고위험군을 보면, 국가의 상황에 따라 특수한 대상이 포함된 경우도 있다. 예를 들어 집에 총기류가 있는 경우가 그렇다. 그러나 1) 알코올 및 약물 남용, 가정폭

력과 같이 보편적으로 다루어지는 대상자, 2) 명확한 정신질환자는 아니지만 정신병적 증상(심한 불안, 공황, 불면증, 환각, 자기 증오 등)을 가진 경우, 3) 사회적 지지 부족과 고립감, 충동적이거나 공격적인 행동, 수치심 또는 절망을 유발할 수 있는 특정 사건(관계 손실, 건강 및 경제적 손실) 등 충분히 입증되지 않았지만 개인이 고통받을 수 있는 넓은 범위의 문제를 전략의 대상으로 두고 있는 점이 우리와 다르다(표 1).

표 1. 국내·외 자살예방사업 대상

대책 및 사업	사업 대상
우리나라 「자살예방 국가 행동계획」 ¹⁾	<ul style="list-style-type: none"> - 40세, 50세, 60세, 70세의 연령 - 일차의료기관 이용 환자, 만성질환자 - 경제적 위기에 직면한 대상자 - 중도 이하 위험군 - 응급실을 방문한 자살 시도자 - 자살 유가족 - 노동자 및 실직자 - 자살 위험이 특히 높은 직업군 - 노인, 청장년, 학생 등 연령별 대상자
미국 국립정신건강연구소 (NIMH: National Institute of Mental Health) ²⁾	<ul style="list-style-type: none"> - 이전의 자살 시도 - 우울증 및 기타 정신건강 장애 - 약물 남용 장애, 가족력 - 자살 가족력 - 신체적 또는 성적 학대를 포함한 가정폭력 - 집에 총기류가 있는 경우 - 최근 교도소에서 출소한 경우 - 가족, 동료, 미디어를 통해 다른 사람들의 자살 행위에 노출된 경우 - 신체적 질환으로 인한 만성적 통증 - 15~24세 또는 60세 이상
미국 질병관리본부 (CDC) ³⁾	<ul style="list-style-type: none"> - 자살 가족력 - 아동학대 가족력 - 이전 자살 시도 경험 - 정신장애자(임상적 우울증) - 알코올 및 약물 남용 경험자 - 문화적·종교적 신념(자살은 개인의 고귀한 결단이라는 믿음) - 격리(다른 사람들과의 단절) - 정신건강 치료에 대한 접근성 문제 - 관계 및 사회, 직장 또는 재정적 손실 - 신체적 질병

대책 및 사업	사업 대상	
미국 약물남용 및 정신건강관리국 (SAMHSA: Substance Abuse and Mental Health Administration) ⁴⁾	[개인적 자살 위험 요인] <ul style="list-style-type: none"> - 과거의 자살 시도(특히 지난 1년 이내) - 주요 신체질환(특히 만성적 통증) - 외상성 뇌손상을 포함한 중추신경 장애 - 정신질환(기분장애, 정신분열증, 불안장애, 알코올 및 기타 약물 사용 장애, 성격장애, ADHD 및 행동장애 등) - 정신병적 증상(심한 불안, 공황, 불면증, 환각, 자기 증오 등) - 충동적이거나 공격적인 행동 - 학대 경험 - 수치심 또는 절망을 유발할 수 있는 특정 사건(관계 상실, 건강 및 경제적 손실) 	[사회·환경적 자살 위험 요인] <ul style="list-style-type: none"> - 복잡한 가족력(이혼 또는 별거, 보호자 변경, 거주지 변경) - 사회적 지지 부족과 고립감 - 치명적 자살 수단(총, 불법 약물)에 용이한 접근 - 법률적인 어려움, 법 집행 중, 감금 - 보건의료서비스에 대한 접근성 문제(특히 정신 건강 및 약물 남용 치료) - 특정 문화 및 종교적 신념 - 언론이나 타인의 자살사망으로 영향
일본 후생노동성 ⁵⁾	<ul style="list-style-type: none"> - 과거의 자살 시도 및 자해 경험 - 상실 경험: 가까운 사람과의 사별 등의 경험 - 양파, 가정 문제 등의 괴로운 경험 - 직업 문제, 경제 문제, 생활 문제 - 실업, 구조 조정, 다중 채무, 생활고, 불안정한 생활, 스트레스 등 - 우울증 등 정신질환이나 신체질환을 통한 고통 - 사회적 지원 부족: 지원자가 없는 사회 제도를 활용할 수 없는 경우 - 자살 시도 방법에 대한 접근이 용이한 환경 - 자살에 이르기 쉬운 심리 상태: 자살 생각, 절망감, 충동성, 고립감, 슬픔, 포기, 불신 등 - 바람직하지 않은 대처 행동: 음주, 약물 남용 등 위험 행동, 도로에 뛰어드는 등 자포자기 행동 - 자살의 가족력, 본인·가족·주위에서 확인되는 위험 등 	
일본 우울증센터 ⁶⁾	<ul style="list-style-type: none"> - 생활고: 경제적으로 어렵고 최저 생계 수준을 유지할 수 없는 상황 - 알코올/약물 남용 의존증: 알코올 중독, 기타 다량의 음주, 미성년자 음주, 임신부 음주 등 잘못된 음주에 의한 심신 건강 장애 - 다중 채무, 경제 문제 - 배우자로부터의 폭력: 신체에 해를 입히는 폭력 또는 이에 준하는 언어폭력(배우자는 혼인신고를 하지 않은 사실혼 관계를 포함하며, 남녀를 구별하지 않음) - 어린 시절의 불우한 경험: 신체적·성적·심리적 학대, 방치 등 - 자살 시도자 - 범죄자, 수감자 - 기타: 정신질환, 정신장애, 독거 고령자, 성적 소수자, 소수 인종 	

자료: 1) 관계부처합동. (2018). 자살예방 국가 행동계획.
 2) National Institute of Mental Health. (n.d.). SUICIDE IN AMERICA: Frequently Asked Questions. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/suicide-faq/index.shtml>에서 2019. 4. 27. 인출.
 3) CDC. (n.d.). Risk and Protective Factors: Risk Factors for Suicide. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/riskprotectivefactors.html>에서 2019. 4. 25. 인출.
 4) SAMHSA. (n.d.). National Survey on Drug Use and Health. <https://www.samhsa.gov/data/data-we-collect/nsduh-national-survey-drug-use-and-health>에서 2019. 5. 31. 인출.
 5) 厚生労働省, 誰でもゲートキーパー手帳, 第二版: 平成24年3月作成, <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000129097.html>에서 2019. 6. 27. 인출.
 6) 一般社団法人日本うつ病センター. (2018). ワンストップ支援のための情報プラットフォームづくり, pp. 30-54.

다. 자살 고위험군 발굴 인력의 양성과 활용
 국가 계획에서 자살 예방 게이트키퍼 양성은 크게 두 가지로 구성돼 있다. 하나는 전 국민을

대상으로 교육하여 빈틈없는 인적 발굴망을 구축하는 것으로, 이를 위해 다양한 연령과 직업 계층을 위한 교육 콘텐츠를 개발하고, 교육과 활동이

활성화되도록 인센티브를 제공하는 등의 방안을 담고 있다. 다른 하나는 교육 대상자별로 차별화된 교육과 활동을 추진하는 것이다. 지역사회보장협의체, 종교기관, 시민단체, 이·통장 등 지역사회 풀뿌리 조직을 활용하는 것, 공무원·교사·공공기관 직원 등에 대한 의무교육을 추진하는 것, 마지막으로 방문서비스 제공 인력을 통해 전문화된 자살 위험 스크리닝을 수행하도록 하는 것이 포함된다(관계부처합동, 2018, pp. 26-27).

관련 프로그램으로 ‘보고 듣고 말하기’가 운영되고 있는데, 이는 한국자살예방협회가 2012년 보건복지부와 생명보험사회공헌재단의 지원을 받아 개발한 한국형 자살 예방 게이트키퍼 양성 프로그램으로서 중앙자살예방센터가 보급하고 있다(중앙자살예방센터, 2017, p. 3). 게이트키퍼 양성 과정은 지자체와 민간에서도 보건복지부의 인정을 받아 운영하기도 한다.

그런데 게이트키퍼 양성은 몇 가지 한계가 있다. 우선 게이트키퍼 교육에 대한 접근성이 높지 않다. 대부분 집단 교육으로 운영되기 때문에 개인이 참여하기에는 거리적·심리적 접근성이 낮다. 또한 교육을 이수한 게이트키퍼가 역할을 수행할 가능성이 낮다는 문제가 있다. ‘보고 듣고 말하기’는 고위험군을 발견해 내고, 그들의 자살 신호를 들어 주며, 어떻게 도움을 줄 수 있는지 말해 주는 것이다. 그러나 일시적 교육으로는 고위험군을 알아볼 수 있는 역량을 갖추기 어렵고, 자살 고위험군을 위한 지역 인프라가 충분하지 않아 공적 지원을 연계하기도 어렵다. 특히 교육

을 이수한 게이트키퍼가 그들의 역할을 수행할 만한 권한이나 인센티브가 없고, 권한과 인센티브를 부여하는 것 자체도 부정적인 결과를 낳을 수 있다는 우려도 있다. 마지막으로 국가가 게이트키퍼 발굴에 대해 목표치를 정해 추진해 왔기 때문에 양적 확대가 이루어질 가능성은 있지만, 자칫 목표치 달성을 위해 부실하게 운영될 가능성도 있다.

4. 나가며

우리나라 자살률의 변화와 현재의 위치는 한국 사회에 경고를 보내고 있다. 국가 정책과 정신건강에 대한 인식이 점차 개선되고 있지만, 그러한 점진적인 변화가 우리 사회의 자살 문제를 해결하기에 충분하지 않다. 정신적으로 안녕한 미래를 위해 조금의 관심과 투자가 아닌 적극적인 변화가 필요한 때이다. 이를 위해 몇 가지 과제를 제안하고자 한다.

첫째, 자살 고위험군의 범위를 폭넓게 보아야 한다. 우리에게 알려진 자살의 원인은 경제적 어려움, 정신질환, 주변과의 갈등 등으로 단편적으로 알려져 있다. 그러나 사후에 그를 자살로 이르게 한 원인을 타인의 판단으로 찾아내기는 어렵다. 자살을 이겨낼 수 있는 정신적 회복력은 사람마다 다르고, 한 개인 안에서도 인생을 살면서 겪게 되는 여러 상황으로 끊임없이 변할 수 있다. 현재 국내에서는 자살 시도자, 유가족과 같이 사후에 자살 고위험군으로 정의할 수 있는 두드러

진 판단 기준이 있어야 자살예방사업에 대한 접근성을 보장받는다. 자살 고위험군의 기준 또는 정의 수준을 지금보다 낮추어 위기에 처한 사람들이 사전 예방적으로 도움을 요청할 수 있도록 해야 한다. 당장에 다수를 대상으로 정책을 실현하기는 어렵다 하더라도 이러한 방향에 공감하고 국가와 지역사회의 자살 예방 역량을 넓혀 나가야 한다.

둘째, 자살 고위험군 당사자가 서비스를 제공받는 수혜자로서만이 아니라, 자살예방사업의 정책 수립과 이행의 참여자로 인식되어야 한다. 세계보건기구는 자살 예방 전략의 첫 번째 단계에서 자살예방사업의 핵심 이해관계자가 누구인지 파악하도록 제안하고 있다. 그리고 이해관계자로서 1) 보건부를 비롯한 여러 중앙부처, 2) 공중보건 전문가, 의사, 간호사, 응급의료 관계자 등 공중보건 분야 관계자, 3) 정신건강서비스 제공자, 4) 경찰, 소방관과 함께 5) 노인, 소수인종 등 취약 인구 집단, 6) 생존자와 가족 등을 이해관계자로 제시했다(WHO, 2012, pp. 8-9). 또한 캐나다와 호주 정부에서도 유가족, 자살 시도 경험자, 정신질환자 등 ‘생존해 있는’ 사람들과 협력하는 것을 주요 대책 중의 하나로 두고 있다(Mental Health Commission of NWS, 2018, p. 13; Government of Canada, 2019, p. 6). 그러나 우리나라에서는 자살 고위험군 당사자가 자신의 문제에 수혜자 이상으로 참여하기 어려운 환경이다. ‘생존해 있는’ 고위험군은 문제에 대한 특별한 시각을 가지고 있고, 공공과 민간의 영역에서

가치 있는 역량을 발휘할 수 있다.

셋째, 자살 고위험군을 조기에 발견하기 위한 게이트키퍼 양성 전략에서 향후 양적 확대뿐 아니라 질적 향상에 대한 고민이 필요하다. 일반 국민을 대상으로 한 맹목적인 게이트키퍼의 확대보다는 고위험군의 범위를 재검토하고, 고위험군의 유형 또는 특성에 맞는 인력을 활용하도록 해야 한다. 게이트키퍼의 전문성, 특수성에 따라, 그리고 게이트키퍼가 주로 자살 고위험군을 만나는 환경에 맞게 맞춤형 교육 콘텐츠가 마련되어야 한다. 또한 양성된 게이트키퍼를 지속적으로 관리하는 방안이 필요하다. 단시간의 교육 과정으로 자격이 부여되는 만큼, 심화 및 보수 과정 등 지속적으로 활동할 수 있도록 지원해야 한다. 마지막으로 지금까지 게이트키퍼 교육 이수자는 늘었다 하더라도 이들의 고위험군 발굴 효과는 아직 긍정적으로 평가되지 않았다. 따라서 게이트키퍼의 실질적인 활용 방안에 대한 준비가 필요하다. ■

참고문헌

- 관계부처합동. (2018). 자살예방 국가 행동계획. 보건복지부, 중앙심리부검센터. (2019). 5개년 (2013~2017) 서울특별시 자살사망 분석 결과보고서. 보건복지부 정신건강정책과. (2014. 4. 2.). 자살 시도자의 자살률, 일반인의 약 25배. 보건복지부 보도자료. <https://www.g-health.kr/portal/bbs/selectBoardArticle.do?bbsId=U00281&nttId=295>

- 477&menuNo=200647&lang=&searchCndSj=&searchCndCt=&searchWrd=&pageIndex=4에서 2020. 3. 12. 인출.
- 임현우, 정현숙, 정영은, 왕희령, 김수영. (2011). 우울증 및 자살 고위험군 관리의 과학적 근거. *대한의사협회지*, 54(3), 275-283.
- 중앙자살예방센터. (2017). 자살예방 게이트키퍼(Gatekeeper) 양성 프로그램 현황분석: 보건복지부 자살예방 인증 프로그램을 중심으로. KSPC Research Brief 2017년 2호.
- 채수미, 최지희, 차미란, 김혜윤, 권영대, 우경숙, 최재영. (2019). 자살 고위험군 조기 발견을 위한 전략 개발. 세종: 한국보건사회연구원.
- 통계청. (각 연도). 사망원인통계. <http://kosis.kr/search/search.do>에서 2020. 3. 11. 인출.
- 통계청. (2018). 사망원인통계. <https://www.kostat.go.kr/wnsearch/search.jsp>에서 2020. 3. 11. 인출.
- 통계청. (n.d.). 통계 설명 자료. <https://meta.narastat.kr/metascv/index.do?confmNo=101054&inputYear=2018>에서 2020. 4. 7. 인출.
- 一般社団法人日本うつ病センター. (2018). *ワンストップ支援のための情報プラットフォームづくり*. pp. 30-54.
- 厚生労働省. *誰でもゲートキーパー手帳. 第二版: 平成24年3月作成*, <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000129097.html>에서 2019. 6. 27. 인출.
- CDC. (n.d.) Risk and protective factors: Risk factors for Suicide, <https://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/riskprotectivefactors.html>에서 2019. 4. 25. 인출.
- Government of Canada. (2019). Working together to prevent suicide in CANADA: The Federal Framework for suicide prevention.
- Mental Health Commission of NSW. (2018). Strategic framework for suicide prevention in NSW 2018-2023.
- National Institute of Mental Health. (n.d.). Suicide in America: Frequently asked questions. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/suicide-faq/index.shtml>에서 2019. 4. 27. 인출.
- OECD. (2019). Health at a glance 2019: OECD indicators.
- OECD. (2019). OECD health statistics 2019 definitions, Sources and methods. <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>에서 2020. 4. 7. 인출.
- OECD Data. (각 연도). <https://stats.oecd.org/>에서 2020. 3. 11. 인출.
- SAMHSA. (n.d.). National survey on drug use and health. <https://www.samhsa.gov/data/data-we-collect/nsduh-national-survey-drug-use-and-health>에서 2019. 5. 31. 인출.
- WHO. (2012). Public health action for the prevention of suicide: a framework.