

I. 서론

1. 연구의 목적 및 필요성
2. 연구내용
3. 연구방법

I. 서론

1. 연구의 목적 및 필요성

2000년도에 WHO의 자살예방계획(SUPRE)에 의해 논의된 바를 보면 전 세계적으로 2000년도에 예상되고 있는 자살자들의 수가 약 100만 명 정도 될 것으로 추산하고 있다. 또한 지난 45년 동안의 전 세계 자살 경향을 보면 점차 고연령층으로부터 저연령층으로 갈수록 자살 비율이 높아지고 있으며 특히 35-45세와 심지어 15-25세 연령층에서의 자살율이 급증하고 있는 것으로 제시되고 있다. 그럼에도 불구하고 자살에 대한 이와 같은 세계적인 논의는 1999년도에 와서야 종합적인 차원에서 출발하고 있으며, 따라서 아직도 공식화되고 명확하게 신뢰할 수 있는 자살율에 대한 자료들이 매우 빈약한 실정이다. 각 국가별 공식통계상 제시되어 있는 자살율이 존재하지만 신뢰도가 떨어지며 더욱이 국가와 국가를 비교할 수 있는 객관적 자료는 더욱 존재하지 않고 있다. WHO 주제로 통계자료들을 모아놓은 것이 현재까지 볼 수 있는 가장 대표적인 자료이다.

이처럼 자살율이 점차 높아지고 있고, 특히 청소년들에게 있어서의 자살이 우려할 정도로 높아지고 있다고 하는 말은 무엇인가 사회변동으로부터 기인하고 있는 사회구조적 차원에서의 원인적 요소가 강하게 작용하고 있을 것이라고 하는 가정을 가능하게 하는 부분이다. 산업혁명 이후 인류사회의 변화는 과학의 발전과 함께 급속한 속도로 진화되어 왔지만, 이와 같은 사회적 발전이 구성원들 모두에게 동일한 의미로 다가온 것은 아니었다. 베버(M.Weber)가 주장하듯 과학적 합리성의 발전은 오히려 사람들에게 무엇인가 공허한 비인간적인 관계

의 규범을 일상화하도록 강요하고 있는 것도 사실인 것이다. 만약 이처럼 사회변화가 가져다준 결과로서의 가치관변화나 여타 인간적 의미의 변화가 사람들로 하여금, 특히 오늘날의 젊은 연령층으로 하여금 자살에 가까이 다가갈 수 있도록 암묵적인 방치 또는 동조나 강요를 하고 있는 것이라면, 이는 곧 자살의 원인에 대한 보다 본질적인 차원에서의 연구 초점을 개인의 심리적인 원인보다는 사회구조적인 원인에 두어야 한다는 것으로 해석될 수 있을 것이다.

한국사회의 경우에도 이와 같은 논점은 쉽게 발견되어진다. 자살의 비율을 각 연령층에 따라 구분해볼 경우 젊은 연령층일수록 사인의 상위 그룹에 포함되고 있음을 볼 수 있는데, 특히 1990년에는 10-19세 청소년들의 자살율이 3대 중요 사인에 포함되지 못했던 반면, 1999년에는 동일 연령계층에서의 자살율이 인구 십만 명 당 5.6 명으로 중요 사인들 중 교통사고 다음으로 2위에 기록되어지는 등 그 증가율 및 중요성의 급증 현상을 확인할 수 있다.

물론, 앞서 언급하였듯이 이와 같은 현상은 한국만의 경우는 아니며 대부분의 국가들에서 공통적으로 발견되어지는 현상이다. 그러나, 보다 구체적인 측면으로 접근하게 되면 국가별 차이가 확인되어진다. 예를 들면 어떤 곳은 성인들의 자살 비율이 청소년들에 비해 상대적으로 높게 나타나지만, 다른 국가에서는 청소년 자살이 차별적으로 높게 발생하고 있는 등 각 사회에 따라 상이한 현상이 관찰되어진다. 논제 하였듯이 자살이라고 하는 현상의 근본적인 원인을 사회구조적인 차원에서 찾을 수 있다고 한다면 이와 같은 국가별 상이성은 곧 이전제를 뒷받침해주는 또 하나의 증거가 되는 것이다. 즉, 국가별 자살의 모습이 다르다고 하는 것은 각 사회의 구조적 차이에 따라 자살의 의미와 모습, 정도 등에 있어서도 차이가 발생하게 된다는 것이다.

이처럼 개인적 차원에서 이루어지는 자살의 의미는 따라서 개인적 차원에서만 분석되어서는 안되며, 개인이 기인하고 있는 사회구조

의 의미에 대한 해석이 연계되어 질 때 보다 객관적이며 종합적인 설명 가능성이 높아지게 된다고 할 수 있다. 특히 본 연구의 주 대상인 청소년의 경우 사회적 약자이자 인지발달 단계상 불완전한 사회구성원이라고 하는 특성을 지니고 있기 때문에 심리적 차원에서의 연구뿐만 아니라 사회구조적 차원에서의 연구를 병행할 때 보다 긍정적인 결과가 나타날 수 있을 것이다.

그러나, 현재까지 이루어지고 있는 대부분의 청소년 자살 연구들은 원인분석과 실태 파악에 있어 단편적 관점을 면하고 있지 못한 상태이며, 이에 대한 사회적 관심 또한 미흡한 상태에 머물고 있다. 원인분석 연구의 경우 대부분 자살의 원인을 개인의 심리적 상태나 자살 청소년의 불안정한 중범위적 주변 환경(가족, 학교, 공부, 친구..)에서 찾고자 함으로써 보다 거시적 차원(한국사회의 구조, 가치관..)에서의 원인분석은 제외되어지는 결과가 야기되고 있다.

따라서, 본 연구에서는 이와 같은 기존연구들의 문제점을 극복하고 청소년 자살의 원인을 보다 거시적인 사회구조적 차원에서 살펴봄으로써 청소년 자살에 대한 사회적 관심의 재고를 도모하고, 나아가 오늘날 증가하고 있는 청소년 자살을 사회구조적 차원에서 방지하고 치료할 수 있는 몇 가지 정책적 제안을 제시하고자 한다.

이를 위해 본 연구에서는 한국사회에서의 청소년 자살이 지니고 있는 특징적 경향성을 살펴보고 이를 몇몇 주요국¹⁾(일본, 미국, 프랑스)들의 경우와 비교해 봄으로써 한국사회에서의 청소년 자살이 지니고 있는 사회구조적 원인에 대해 분석하고자 할 것이며, 더불어 이들 각 국에서 시행되어지고 있는 청소년 자살 방지를 위한 정책들과의

1) 주요국으로 일본, 미국, 프랑스를 선정하게 된 이유는 자살이라고 하는 사회적 현상이 문화 및 사회적 특징으로부터 기인하고 있다고 하는 뒤르카임의 논의를 수용하여, 여러 다양한 사회적 특징들 중 이를 어느 정도 대표할 수 있다고 판단되어지는 이들 3개국을 대상으로 하게 된 것이다.

비교를 통해 한국사회에서 가능할 수 있는 청소년 자살 예방 정책의 방향성에 대해 제시하고자 한다.

2. 연구내용

본 연구의 주요 내용은 한국 청소년 자살의 사회구조적 원인과 그에 대한 예방정책들을 구성해보는 것이다. 이를 위해 부차적으로 일본, 미국, 프랑스 등 주요국에서의 청소년 자살에 대한 논의와 경향, 자살 예방정책 등에 대해 살펴볼 것이다. 앞서 언급한 바와 같이 이는 사회구조가 상이할 경우 청소년 자살이라고 하는 현상 또한 상이할 것이라고 하는 전제에 기반 하여 다른 나라들과의 비교를 통해 한국에서의 원인을 보다 구체화하기 위함이다. 그러나, 이 부분에 대한 객관적인 자료들이 존재하지 않기 때문에 3장 1절에서는 주로 국가에 따른 개별적인 논의를 하기로 하며 2절에 가서 WHO의 자료를 인용하여 국가간 청소년 자살 경향성에 대한 비교를 할 것이다. 비교분석을 통해 나온 결과들로부터 청소년 자살의 사회구조적 원인에 대한 비교분석과 자살 예방정책에 대한 비교분석을 간략히 제시하기로 한다.

청소년 자살의 사회구조적 원인에 대한 이론적 논의에 대해서는 뒤르카임(E. Durkheim)의 자살 논의를 중심으로 제 2장에서 간략히 다루기로 하겠다. 본 연구는 어디까지나 자살의 원인을 사회구조적인 차원에서 확인하기 위함이다. 따라서, 자살에 대한 여타 모든 차원에서의 이론적 논의를 포괄하지는 않기로 하며, 자살의 사회적 원인에 대해 주장한 대표적 사회학자인 뒤르카임의 논의를 수용하기로 한다. 이는 가설설정을 위한 것이라기보다는 사회구조적 원인이 청소년 자살과 어떠한 연계성을 지

니고 있는가에 대해, 즉 사회구조적 상이함으로 인하여 각 사회별 청소년 자살의 특징 또한 달라질 수 있다고 하는 부분을 논의하기 위함이다.

제 4장에서는 2장과 3장의 논의를 요약하며, 이를 통해 한국 사회에서 시행 가능하다고 판단되어지는 청소년 자살 예방정책들의 방향성에 대해 제시하기로 한다. 보다 구체적인 세부 시행 계획(자살예방 시행정책)들에 대해서는 본 연구결과를 바탕으로 추후 새롭게 보다 현실적인 차원에서 연구되어질 것으로 기대한다.

3. 연구방법

본 연구에서 사용될 방법은 이상에서 언급한 바와 같이 기본적으로는 문헌연구가 중심이 될 것이다. 실증적인 조사연구가 필요하지만 현실적 조건상 그 대상을 표집한다는 것이 매우 어려우며, 특히 외국의 경우 자살에 대한 설문지 조사 연구를 한다는 것이 피조사자의 인권보호 맥락에서 거의 불가능하기 때문에 제외하기로 한다. 국가별 문헌연구에 있어서도 각 국가간 연구의 통합·일치성을 객관적으로 확보한다는 것이 현실적으로 어렵고, 따라서 국가별 연구자의 개별 연구에 의존하고자 한다.

이처럼 문헌연구라고 하는 단순성과 국가별 연구의 개별성이라고 하는 한계를 지니고 있음에도 본 연구는 청소년 자살에 대한 기존 연구들, 통계적 경향성 분석, 청소년 자살 예방정책에 대한 분석 등 다양한 접근을 시도하고 있고, 더불어 WHO라고 하는 국제기구의 공식통계를 이용한 국가간 비교를 함으로써 연구방법의 단순성으로부터 산출될 수 있는 문제점들을 보완하고자 하였다.

II. 이론적 논의

1. 뒤르카임의 자살론
2. 사회구조적 특징에 따른 자살유형의 모델화

II. 이론적 논의

1. 뒤르카임의 자살론

자살이라고 하는 개인현상을 사회학적으로 분석하여 그 이면에 내재되어 있는 사회적 의미를 분석해내는 작업은 뒤르카임의 자살론(E. Durkheim, 1897)을 통해 최초로 이루어졌다. 뒤르카임의 이 연구가 지니고 있는 의미는 바로 이처럼 자살이라고 하는 개인적 현상을 사회적 관계 속에서 해석함으로써 사회학적 연구에 있어 사회적 사실이라고 하는 중요한 관점 또는 방법론적 전기를 이루었다는 데 있다.

우선, 뒤르카임이 규정하고 있는 자살에 대한 정의는 다음과 같다.

「희생자 자신이 행한 적극적 또는 소극적 행위가 그러한 결과를 가져오도록 노력한 것으로부터 직접 또는 간접적으로 발생한 모든 경우의 죽음」(민문홍, 2001)

뒤르카임은 이와 같은 자살이 궁극적으로는 사회질서의 문제로서 개인과 사회 모두에게 손해가 되는 병리현상이며, 자살이 증가한다는 것은 그 유형과 관계없이 곧 그 사회가 무엇인가 위협에 처해 있다고 하는 신호가 된다고 주장한다(W.S.F. Pickering 외, 2000). 즉, 정상 사회에서는 병리적 문제가 적기 때문에 자살율도 낮으며, 혹 자살이 있다면 이는 철저히 개인의 자유의지 문제로 귀결되어지지만, 사회통합성이 낮은 병리사회에서는 사회의 병리성이 개인에게 영향을 주어 자살율이 높아지게 된다는 것이다. 그가 보는 자살은 결국 비도덕적 현상을 표상하고 있다고 하겠다.

뒤르카임은 자살의 원인과 유형을 사회적 연대성과 구속성이라고 하는 통합성 정도에 따라 4 가지로 분류하고 있는데, 집단과 개인간의 관계 정도인 사회적 연대성의 정도에 있어서는 이기적 자살과 이타적 자살의 유형을 설정하고 있으며, 집단적 권력에 의한 개인에 대한 강제성 정도인 사회적 구속성 정도에 따라서는 아노미적 자살과 숙명적 자살의 두 가지 유형으로 구분하고 있다.

이기적 자살의 경우에는 사회적 연대성이 낮은 사회에서 주로 발생하는 자살 형태인데, 사회적 연대성이 낮기 때문에 개인적 자아가 사회적 자아를 넘어서게 되어 사회 보편적으로 개인주의적 성향이 강하게 나타나고, 따라서 이로부터 사회적 관계에 대한 개인의 고립정도가 높아져 나타나게 된다고 한다. 예를 들면 기능화 되고 분화되어 있는 현대 산업사회에서 나타나고 있는 다수의 개인적 차원에서의 자살이 여기에 해당된다고 할 수 있다. 집단의식이 상실되어 있는 지나친 개인주의 사회에서 주로 출현한다고 본다(W.S.F. Pickering 외, 2000).

이타적 자살의 경우에는 이기적 자살과는 반대로 사회적 연대성이 높은 경우 다수 발생하는 형태의 자살인데, 이와 같은 사회의 경우 집단적 가치가 개인적 가치보다 강하게 작용하기 때문에 개인의 의미는 언제나 집단을 위한 단편적인 구성원에 불과하다는 생각이 일반화되어 있어 자살의 경우에도 집단을 위해 시행하게 되는 사례가 다수 발생하게 된다고 한다. 예를 들어 2차대전을 통해 볼 수 있었던 일본의 가미가세 특공대나 과거 전통사회에서 제사를 통해 제물로 바쳐졌던 경우 등을 들 수 있다.

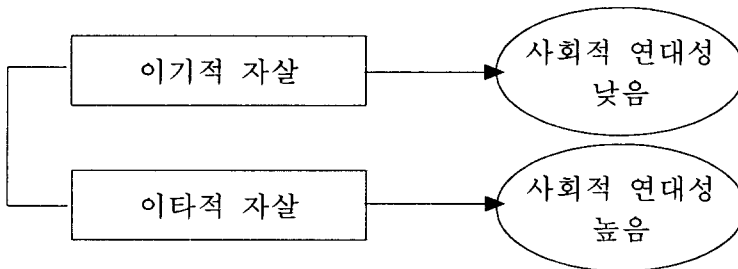
아노미적 자살은 사회적 구속성이 낮은 사회에서 발생하게 되는데, 급격한 사회변동, 경제위기 등과 같은 혼란스러운 상황이 발생하게 되고 사회적 존재로서의 방향성이나 정체성에 있어 심각한 타격이 이루어질 경우 나타나게 된다고 한다. 예를 들면 전쟁이나 혁명과 같이 기존의 규범체계가 무너져 있는 극도의 혼란상황으로부터 탈출하기

위하여 자살을 선택하게 되는 경우가 여기에 해당된다고 볼 수 있다. 따라서, 그가 이야기하고 있는 사회질서의 토대인 도덕은 이처럼 사회질서와 개인적 균형을 밀접히 연계시켜주는 긍정적 측면에서의 외적 강제라고 할 수 있다(W.S.F. Pickering 외. 2000).

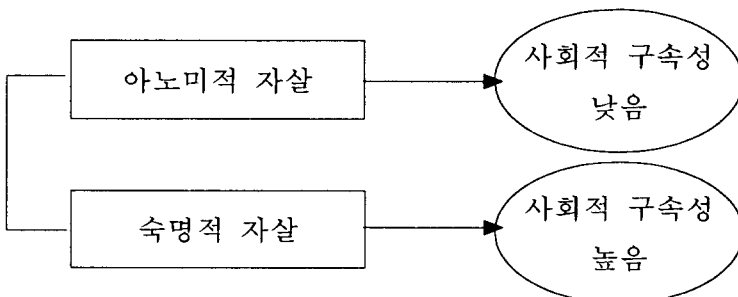
반면 숙명적 자살은 사회적 구속성 정도가 높은 사회에서 발생하게 되는데, 구성원들에 대한 사회의 통제력이 너무 강하여 구성원들이 더 이상의 희망을 발견할 수 없게 될 때 유일한 탈출구로서의 자살을 시도하게 된다고 본다. 예를 들면 공부와 입시 압력으로 인하여 청소년이 자살을 하게 되었다고 한다면 이는 숙명적 자살에 해당된다고 할 수 있다.

이와 같은 뒤르카임의 자살유형 논의를 도식화하면 다음과 같다.

- 사회적 연대성 정도에 따른 구분



- 사회적 구속성 정도에 따른 구분



[그림 II-1] 뒤르카임의 자살 유형

2. 사회구조적 특징에 따른 자살유형의 모델화

이와 같은 뒤르카임의 자살유형 연구는 사회구조의 특징에 따라 사회적 사실로서의 자살유형 또한 특징적으로 구분될 수 있다고 하는 것으로서, 사회적 연대성의 높고 낮음, 사회적 구속성의 높고 낮음이라고 하는 4 가지 극단적 축을 이론적 차원에서 제시하고 있지만, 이를 현실적 차원에서 보다 적용 가능한 형태로 전환하여 정도의 문제를 각각 낮음, 중간, 높음이라고 하는 3 가지 차원으로 세분하고 이를 각각의 사회적 연대성 정도와 사회적 구속성 정도에 대입시켜 각 범주별 자살유형을 구분한다면 다음과 같이 제시될 수 있을 것이다.

<표 II-1> 사회적 연대성 정도와 사회적 구속성 정도에 따른 자살유형

사회적 연대성 정도	사회적 구속성 정도	자살유형
낮음	높음	이기적, 숙명적
중간	높음	숙명적
높음	높음	이타적, 숙명적
낮음	중간	이기적
중간	중간	-----
높음	중간	이타적
낮음	낮음	이기적, 아노미적
중간	낮음	아노미적
높음	낮음	이타적, 아노미적

이처럼 뒤르카임의 자살 논의를 보다 현실적인 차원에서 적용하려고 할 경우 이상의 도식을 통해 알 수 있는 바와 같이 사회구조적 특징에 따라 자살의 특징적 유형을 분석할 수 있으며, 더불어 그 사회에서 일반화될 수 있는 자살유형이 지니고 있는 이면적 의미에 대해서도 설명 가능하게 되는 등 자살과 사회구조간의 관계에 대한 보다 높은 접근 가능성을 발견할 수 있다고 말 할 수 있을 것이다. 특히, 사회적 연대성과 구속성의 정도를 나타내줄 수 있는 사회적 지표에 대한 구체적인 논의가 이루어진다면 그 가능성은 더욱 높아질 수 있는데, 이를 뒤르카임의 일반적인 논의로부터 추출하여 재구성하면 다음과 같다.

<표 II-2> 사회적 연대성과 사회적 구속성의 정도에 대한 지표

사회적 연대성		사회적 구속성	
높음	낮음	높음	낮음
-가족(집단)의 강조	-개인의 강조	-개인에 대한	-개인에 대한
-개인의 실질적인 법적 권리보장	-개인의 실질적인 법적 권리보장	사회(집단)의 통제력 강함	사회(집단)의 통제력 약함
-사회적 자아 >	-사회적 자아 <	-개인의 권리 <	-개인의 권리 >
-개인적 자아	-개인적 자아	개인의 의무	개인의 의무
-사회제도적 해택	-사회제도적 해택	-강요된(인위적) 정체성	-정체성 혼란
-정체성 혼란	-정체성 혼란		

이상의 도식에서 볼 수 있는 바와 같이 이들 사회적 연대성과 구속성의 특징은 각각 집단과 개인에 대한 강조성의 정도 차이, 개인행

위에 대한 사회 또는 집단의 통제력 정도 차이 등에 따라 규정될 수 있음을 알 수 있다. 즉, 사회적 연대성이 높다는 것은 가족을 중심으로 한 일련의 집단 체계가 강조되고 있다는 것을 의미하며, 반면 사회적 연대성이 낮다라고 하는 것은 집단에 대한 강조가 아닌 개인에 대한 강조가 더 많이 이루어지고 있음을 의미한다고 할 수 있다. 또한 사회적 구속성이 높다라고 하는 것은 개인의 행위에 대한 사회 또는 집단의 통제 정도가 크다는 것을 의미하며 사회적 구속성이 낮다는 것은 개인의 행위에 대한 사회의 통제 정도가 매우 미약함을 의미한다고 할 수 있다.

따라서, 이와 같은 부분을 현대사회의 구조에 연계시켜 해석한다면 사회적 연대성이 높은 곳에서는 개인의 의미가 집단의 의미에 앞서지 못하기 때문에 실질적인 차원에서 개인의 법적인 권리보장의 정도가 낮을 것이라고 할 수 있으며, 결국 이는 개인들이 부여받게 되는 사회제도적 혜택의 정도 또한 낮을 수밖에 없을 것이라고 해석할 수 있다. 반면, 사회적 연대성이 낮은 곳에서는 개인이 집단에 선행하여 강조되기 때문에 개인의 법적 권리 보장 정도가 높을 것이라고 할 수 있으며 더불어 개인들에게 부여되는 사회제도적 혜택 정도 또한 높을 수 있을 것이라고 해석할 수 있다.

사회적 구속성의 경우에도 현대사회 속에서는 이와 동일한 유형의 해석이 가능할 수 있는데, 즉 사회적 구속성이 높은 경우는 개인의 행위 전반에 대한 사회적 통제력이 높기 때문에 개인의 권리보다는 의무의 수행이 더욱 강조될 것이며 정체성 역시 자발적인 형태가 아닌 강요되거나 인위적인 의미를 강하게 지닐 것이라고 할 수 있다. 반면 사회적 구속성이 낮은 경우에는 개인의 행위에 대한 사회적 통제력이 거의 영향력을 지니지 못할 것이라고 할 수 있기 때문에 개인의 의무보다는 권리가 급격히 확장되어져 마치 아노미 상태에서와 같은 정체성 혼란이 야기될 것이라고 해석할 수 있다.

III. 청소년 자살의 사회구조적 원인 분석

1. 국가별 분석

- 1) 한국의 청소년 자살
- 2) 일본의 청소년 자살
- 3) 미국의 청소년 자살
- 4) 프랑스의 청소년 자살

2. 국가간 비교 분석

: 청소년 자살의 사회구조적
원인 비교분석

III. 청소년 자살의 사회구조적 원인 분석

앞서 언급한 바와 같이 본 장에서는 우선 한국을 포함한 주요국들의 청소년 자살에 대해 기존 연구, 국가별 주요 통계, 청소년 자살 예방정책 등을 중심으로 개괄적으로 살펴볼 것이며, 이를 바탕으로 하여 청소년 자살의 사회구조적 원인과 예방정책에 대한 국가간 비교 분석을 간략하게 구성해 보기로 한다.

1. 국가별 분석

1) 한국의 청소년 자살

(1) 선행연구

한국에서의 청소년 자살 연구는 사회 및 청소년 문제로서의 청소년 자살이 지니고 있는 중요성의 증가에도 불구하고 다양성과 구체성의 측면에서 미비한 실정이라고 할 수 있다. 한국적 가치관 속에서 볼 때 자살이라고 하는 사실은 부정적인 것이며, 따라서 감추어져야 할 대상으로 인식되고 있는 것이 일반적이기 때문에 학문적 차원에서의 논의 또한 일정 부분으로 암묵적인 제한이 있었던 것이 아닌가라는 추론이 가능한 부분이다.

청소년 자살에 대한 한국적 연구는 주로 일반론적인 차원에서 이루어져 왔다. 청소년 자살 시도나 충동 부분에 대한 심리학적 연구, 청소년 자살의 동기에 대한 연구 등이 주로 설문조사와 공식통계 등을

사용하여 이루어져 왔는데, 특히 자살의 동기에 대한 논의에 있어서는 연구결과마다 다소 상이한 설명을 하고 있는 등 청소년 자살의 원인에 대한 논의 또한 일반론적으로 통일되어 있지 않은 모습을 볼 수 있다(김시업. 한중경. 1999 의 전반적인 연구내용을 종합 분석).

청소년 자살 시도 또는 충동에 대한 연구들을 보면 대부분 그 주요 원인으로 정신 심리적 차원에서의 우울을 제시하고 있는데, 임수영(1995)의 연구와 신민섭 등(1990)의 연구에서 대표적으로 확인할 수 있다. 한편 자살 충동 경험에 대해서는 1990년 YMCA 조사연구, 1993년의 청소년대화의 광장 연구, 1997년 김운삼의 연구 등에서 밝히고 있는 바와 같이 전반적으로 60-80% 이상의 청소년들이 자살에 대한 충동을 가져본 적이 있다고 응답했으며, 이중 자살을 시도해 본 경우는 16-25%의 청소년들이 그렇다고 응답함으로써 그 심각성이 확인되고 있다. 1998년에 시행된 서울시 청소년 의식조사에서는 그 결과의 통계치가 다소 낮게 나타나고 있는데, 전체 응답 청소년(중고등학생)의 33.2%가 자살 충동을 경험했다고 응답하였고 이중 고등학생의 경우는 37.0%, 중학생은 28.7%를 차지하고 있었다. 대입에 가까워질수록 자살에 대한 충동 경험이 높아지는 것으로 해석될 수 있는 부분이다. 실제로 이 조사 결과 자살 충동을 경험하게 되는 경우 가장 주요한 원인으로 성적이 떨어지거나 나쁜 경우가 19.8%로 가장 높게 나타났다.

이밖에도 자살 기도에 대한 여타의 연구들(박기창. 1985 ; 윤호영. 1969 ; 전현수. 1988 ; 이장희. 1989)에서는 자살을 시도했던 사람들 중 청소년이 차지하는 비율에 대해 언급하고 있는 경우도 있는데, 그 통계치의 차이가 심하게 나타나고 있는 등 일반화시키기에는 어려움이 있다.

청소년 자살의 동기에 대한 연구는 연구 대상자들이 이미 사망한 경우이기 때문에 정확한 연구 자체에 어려움이 따른다. 따라서, 이에

대한 연구는 청소년이 사망한 이후 주변으로부터 얻게 되는 여러 관련자료들(일기, 편지, 대화내용, 행동특징 등)을 중심으로 해석하게 되는 경우가 대부분이다. 1989년 문교부 자료(조선일보, 1989.9.19)에 따르면 자살동기들 중 가정불화가 39명으로 가장 많았으며, 부모의 질책이 20명, 신체결함이나 신병비관이 15명, 빈곤이 12명, 염세비관 12명, 결손가정 9명, 성적불량 7명 등의 순으로 나타났다. 1993년 교육부의 자료에서도 가정불화가 가장 주요한 동기로 나타났으며, 부모 질책, 빈곤, 결손가정, 부모의 과잉보호 등의 순이었다(김시업. 한중경. 1999).

한편 이에 대한 보다 구체적인 연구(김시업. 한중경. 1999)로 신문 기사에 나타나 있는 내용을 분석하여 청소년 자살의 동기를 분석한 경우가 있는데, 1991년 박동철의 연구에서는 1981-1990년까지 동아일보에 기재되어 있는 총 411명의 청소년과 20대 후반의 청년을 대상으로 분석한 결과, 정서적 문제가 가장 많았고, 학교문제, 경제적 문제 등이 다음을 차지하고 있는 것으로 나타났다. 1997년 김운삼의 연구에서는 1986-1996년까지 종합일간지에 나타난 청소년 자살자 총 137명을 대상으로 동기분석을 하였는데, 남자 청소년의 61.6%, 여자 청소년의 66.6%에서 학업문제가 가장 중요한 동기로 나타났으며, 다음으로 정서적 문제(남 25.0%, 여 9.2%), 비관(남 6.9%, 여 18.5%) 등이 분석되었다.

이외에도 청소년 자살에 대한 연구들 중에는 청소년 자살에 있어 충동적인 심리상태가 매우 중요한 변수라고 분석하는 경우(이영도. 1987)도 있으며, 임수영(1995)과 송은희(1998)의 연구에서는 사회적 지지도가 낮아수록 청소년들의 자살율이 높아진다고 함으로써 사회구조적 차원에서의 지지 정도가 청소년 자살의 예방에 있어 매우 중요한 요인임을 밝히고 있다. 또한 2001년도 경기도 교육청 연구결과는 경기도 청소년들의 자살특징을 설문조사 및 면접조사 등을 통해 분석하고 이를 바탕으로 몇 가지 예방 정책들을 구성하여 제시하고 있다(경기도 교육청. 2001).

이처럼, 지금까지 개략적으로 살펴본 바와 같이 한국 청소년들의 자살에 대한 연구는 아직도 단편적이며, 체계성과 구체성, 그리고 다양성의 차원에서 볼 때 매우 미약한 상태임을 알 수 있다. 자살에 대한 기존의 외국 연구들을 중심으로 이루어지는 연구가 대부분이며 연구 자료를 획득하는 문제에 있어서도 병원, 경찰, 학교, 통계청 등 관련 기관간의 연계성 부족으로 인하여 매우 어려운 실정이다. 무엇보다 중요한 문제는 청소년 자살에 대한 사회적 차원에서의 심각성 인식 정도가 매우 미약하다는 부분에서 살펴볼 수 있으며, 따라서 이를 연구하고 예방정책을 구성하는데 있어서도 사회적 차원에서의 체계성을 갖추지 못하는 등 문제점을 지니고 있다고 할 수 있다.

(2) 한국 청소년 자살의 통계적 경향

가. 전체 자살 통계²⁾

한국사회 전체의 자살율은 인구 십만 명당 자살인구 비율이 1999년에 남성 22.7, 여성 9.6, 그리고 2000년에는 남성 18.8, 여성 8.3 명으로 나타나는 등 자살율이 비교적 높은 국가 군에 포함되고 있다. 특히, 자살이 전체 사고사 중 차지하는 비율을 보면 1990년에는 전체 평균 9.8(사인 3위) 이었던 것이 1999년에는 16.1(사인 3위)로 64.3%의 높은 증가율을 나타내고 있다. 한 편, 자살이라고 하는 사인이 차지하는 연령대별 비율은 고연령일수록 전체 평균 자살율보다 높은 자살율을 보이고 있는데, 다만 사인의 순위에 의하면 고연령일수록 자살이 아닌 여타의 질병 등에 의해 사망하는 경우가 급증하게 됨에 따라 자살 사인의 순위는 하위로 내려가게 된다. 젊은 연령층일수록 자살이 차지하

2) 통계청 사이트 참조.
<http://www.nso.go.kr>

는 사인으로서의 순위가 매우 높게 나타나고 있다. 성별로 보면 앞서 살펴보았듯이 전반적으로 여성보다는 남성의 자살율이 매우 높게 나타나고 있는데, 자살 순위에 있어서는 여성과 남성 모두 동일하게 1999년도 자료에 의하면 8위의 사인에 위치하고 있다. 단, 남성의 경우에는 1990년부터 1999년까지 자살이라고 하는 사인이 언제나 10위권 내에 있었지만 여성의 경우에는 1990년에는 10위권 밖에 있었던 자살이 1999년에 8위로 올라서게 되는 등 특히 여성에 있어서의 자살이 사인의 중요한 요인으로 새롭게 등장하고 있음을 알 수 있다.

나. 청소년 자살 통계³⁾

한국사회에서 청소년 자살이 지니고 있는 통계적 경향성 또는 의미는 전체 자살을 대비 청소년 자살율의 비율에 의한 것보다는 청소년 계층에 있어 자살이 차지하고 있는 주요 사인으로서의 순위에 대한 고찰을 통해 확인할 수 있다. 특히, 앞서 논의하였듯이 연령대별 자살율은 고연령으로 갈수록 높아지고 있지만 사인으로서의 자살율은 오히려 감소하는 경향이 있기 때문에 전체 자살을 비교를 통한 논의보다는 청소년 계층 내에서의 자살율 증감 정도와 사인으로서의 순위 등이 주요 분석 대상이 된다.

1990년도에 조사된 청소년 자살을 보면 10대에서는 3대 주요 사인에 포함되어 있지 않았는데, 20대에 있어서는 당시 전체 자살율인 9.8 명보다 높은 10.9로서 운수사고 다음으로 2위의 사인에 위치하고 있었다. 20대 남성의 경우에는 13.9 명, 20대 여성의 경우에는 7.9 명으로 각각 동일하게 2위의 사인이었다.

3) Ibid..

그러나, 1999년에 조사된 통계자료에 의하면 자살이 차지하는 순위가 더욱 높아지고 있는 것을 알 수 있는데, 10-19세의 자살율이 5.0명, 20대가 13.1 명으로 사인 순위는 모두 2위를 차지하고 있다. 10대의 경우 90년도에 3대 주요사인에 포함되지 않았었는데 10여년이 지난 1999년에는 2위의 사인을 차지하고 있는 변화의 모습을 볼 수 있다. 이를 성별에 따라 세분화하여 살펴보면, 남성의 경우에는 10대와 20대 모두 각각 5.6, 16.5 명으로 2위의 사인이었지만, 여성의 경우에는 10대에서는 4.4로 2위였지만 20대에 있어서는 9.6으로 1위의 사인으로 나타났다. 여자 청소년의 자살율이 남자 청소년들보다 높지는 않지만 사인으로서의 매우 중요한 요인임을 알 수 있다.

2000년의 경우에도 이와 같은 현상은 크게 차이를 보이고 있지 않은데, 10대의 경우에는 3.8로 3위의 사인이었으며, 20대는 11.1로 2위의 사인이었다.

결국, 이와 같은 통계결과들을 보면 청소년 계층에 있어 자살은 지난 10여 년 동안 꾸준히 증가해왔으며 오히려 청소년 인구의 감소 정도를 고려한다면 그 증가 정도는 우려를 표시할 수 있을 정도라고 할 수 있다. 물론 전체 자살을 증가폭과 비교할 때 청소년에 있어서의 자살을 증가폭은 상대적으로 작게 나타나고 있지만, 사인의 순위라고 하는 변수를 개입시키게 되면 그 중요성이 매우 커지고 있음을 확인할 수 있다. 성인의 경우 대부분의 사인이 질병에 의한 것인 반면 청소년에 있어서는 자살이 운수사고를 제외하고 가장 높은 비율을 차지하고 있기 때문에 그 의미는 더욱 심각하다고 하겠다.

1999년과 2000년에 있어 연령별 사인의 순위 및 그에 따른 통계수치를 제시하면 다음과 같다.⁴⁾

4) 2002년 현재 볼 수 있는 청소년 자살의 대표적인 모습을 2002년 11월 초-12월 초까지 한 달 동안 대중매체를 통해 보도된 경우를 통해 살펴보면 다음과 같다.

2002년 11월 8일부터 12월 6일 현재까지 신문기사를 통해 알려진 청소년

<표 III-1> 1999년과 2000년의 연령별 사인 순위

(단위 : 십만 명당 인구)

연도	연령	1위		2위		3위	
1999	9세 이하	운수사고	9.3	익수사고	3.6	선천성기형	2.0
	10대	운수사고	11.9	자살	5.0	익수사고	2.9
	20대	운수사고	20.9	자살	13.1	심장질환	3.2
	30대	운수사고	22.2	자살	17.4	간질환	10.0
	40대	간질환	41.1	운수사고	30.0	뇌혈관질환	24.3
	50대	뇌혈관질환	80.0	간질환	72.4	암	63.8
	60대	뇌혈관질환	265.2	심장질환	131.1	암	124.4
	70세 이상	뇌혈관질환	1098.8	심장질환	501.2	당뇨병	274.3
2000	9세 이하	운수사고	9.4	암	3.6	익수사고	3.4
	10대	운수사고	11.4	암	4.0	자살	3.8
	20대	운수사고	20.9	자살	11.1	암	7.5
	30대	암	24.5	운수사고	20.7	자살	15.1
	40대	암	78.0	간질환	38.7	운수사고	27.8
	50대	암	237.9	뇌혈관질환	76.1	간질환	67.6
	60대	암	547.0	뇌혈관질환	253.4	심장질환	119.7
	70세 이상	암	1109.8	뇌혈관질환	1080.4	심장질환	499.8

(3) 청소년 자살 예방 정책

한국사회에서 이루어지고 있는 청소년 자살 예방정책은 국가나 사회 단위로 체계적이고 효과적인 차원에서 시행되고 있는 경우가 많

년 자살은 총 7 건으로 그 중 2 건은 다행히도 자살 시도에 그친 경우인데 1 건은 경찰에 의해 발견되었고 다른 1 건은 투신했으나 장애물 등의 영향으로 목숨을 잃지 않은 경우이다. 교급별로 보면 초등학교, 중학교, 고등학교가 각각 2 건이었고 재수생이 1 건을 차지하고 있었으며 성별로는 남학생이 5 건이었고 여학생이 2 건이었다. 외형적으로 밝혀진 원인에 있어서는 학업부담과 수능 및 학교 성적문제 등 학업과 관계된 경우가 4 건이었고 왕따가 1 건, 부모와의 갈등이 1 건, 이성문제(교사 짝사랑)가 1 건으로 나타났다. 지역적으로 구분해보면 서울은 한 건도 없었으며 7 건 모두 지방에서 발생하였음을 알 수 있다.

우 미약하다고 볼 수 있다. 자살은 전적으로 개인적 차원 또는 가족적 차원에서의 일이라고 인식하는 경우가 지배적이며, 특히 청소년의 경우 학업이라고 하는 부분에 대한 강조가 가족, 학교, 국가 전체에 걸쳐 지나치게 편중되어 있음으로 인해 그 중요성이 알려지고 있지 않은 실정이다. 청소년 자살에 대해 일단 거론하기에 부적절한 개념이라고 하는 태도가 학문적 영역에 있어서까지 보편화되어 있기 때문에 이에 대한 연구부터 구체적인 정책적 시행에 이르기까지 모든 부분에서의 작업이 미비한 실정이다.

청소년들의 자살을 예방할 수 있는 시설로는 현재 청소년 수련시설 등에서 운영하고 있는 지역별 청소년상담실, 시립 아동상담소, 쉼터, 청소년 상담원, 생명의 전화, 자살예방센터, 사회복지회관, 기타 시설 심리치료 및 상담소 등을 들 수 있다. 양적으로도 부족할 뿐만 아니라 질적인 차원에서의 재정립이 절실한 상태이며, 특히 보다 체계적이며 국가적 단위에서의 체계적인 연구와, 정책의 구성, 실천 등이 요구되는 상황이라고 하겠다. 가족, 학교, 각종 사회단체와의 연계를 통한 적극적인 자세로 대안적 정책을 찾고자 하는 근본적인 인식전환과 노력이 필요한 상태라고 할 수 있다.

2) 일본의 청소년 자살⁵⁾

(1) 선행연구에 따른 원인분석

가. 일본 청소년 자살의 실태

청소년의 자살은 청소년이 태어나 자란 사회를 비추는 거울

5) 이 부분은 고정임(문경대) 교수에게 집필 의뢰한 것임.

의 역할을 하는 지표라고 할 수 있다. 이는 자살을 분석함으로써 그 사회가 안고 있는 문제가 명확해지기 때문이다.

1980년대의 경우 일본 사회에서 청소년의 자살이 청소년 사망원인의 1위(여)·2위(남)를 나타내고 있음에도 불구하고, 실제로 사회에서나 학교에서 이 문제를 정면으로 다뤄오지 않았다. 청소년의 자살문제에 대해 일본이 사회적인 관심을 갖기 시작한 것은 1970년대 후반부터라고 할 수 있다(上里, 1988).

우선 일본 청소년 자살의 실태를 파악하기 위해 신문지상에 보도된 청소년 자살의 몇 가지 사례를 중심으로 살펴보면 다음과 같다.

첫 번째 사례는, 홋카이도에서 16세 무직의 남자 청소년과 중학교 3학년 학생 2 명이 로프를 목에 걸고 죽었는데 한 아이의 어머니가 이들을 발견했다. 이들의 주요 사인은 신너를 흡입한 뒤 자살한 것으로 목격자에 의해 밝혀졌다(朝日新聞, 1987년 9월).

두 번째 사례는, 치바시에서 중학교 3학년 여학생이 집에 유서로 보이는 메모를 남겨두고 투신자살한 것으로, 이 여학생은 평상시 가족에게는 진학 때문에 고민된다는 이야기를 했었다고 한다(朝日新聞, 1987년 10월).

세 번째 사례는, 홋카이도에서 초등학교 6학년의 남자아이가 로프에 목을 매어 자살한 사례다. 이 아이의 아버지는 어선 전복 사고로 사망하였고 아버지가 떠나기 전 어머니와는 이혼한 상태였기 때문에, 이 아이는 할머니 손에서 길러졌다고 한다(朝日新聞, 1988년 5월).

네 번째는, 초등학교 5학년 여자아이의 죽음이다. 이 아이는 문을 닫고 가스로 자살하였는데, 당시 부모는 이혼문제로 계속 싸우고 있었고, 어머니와 함께 살고 있는 도중 어머니가 취직시

험 때문에 자리를 비운 사이 죽음을 택한 것이다. 이 아이는 최근 작문시간을 통해 개를 많이 키우면서 살고 싶다고 하면서 외로움을 드러내고 있었다고 담임교사는 술회한다(上里, 1988).

위의 사례들을 통해 일본 청소년들의 자살의 양상을 몇 가지로 종합해보면, 우선 자살을 시도한 청소년들의 유형인데 이들 가운데 많은 경우는 학교에서 소외되어 반사회적 행동양상을 보이는 아이들도 있지만 네 번째 사례의 경우에는 공부를 잘 하는 학생들에게서도 종종 나타난다는 점이다. 또한 일본 청소년들에게 있어 학교 진학에 대한 고민이 심각하다는 것, 그리고 현대사회의 복잡한 가정문제가 청소년의 자살에 깊이 관련되어 있음을 볼 수 있다.

上里(1988)가 소화 44년(1969년), 54년(1979년), 59년(1984년) 3년간 신문의 축쇄판에서 조사한 결과를 보면, 중학교 3학년, 고등학교 3학년 학생의 자살율이 각각 24.2%, 22.6%로써 총 사례 62명 가운데 과반수에 해당하는 청소년들이 상급학교로의 진학을 준비하는 시기에 자살하고 있다. 이는 그만큼 학교진학의 문제가 학생들에게 심한 스트레스요인으로 작용하고 있음을 보여주는 예라 하겠다. 또한 이 시기에 자살자의 5~10배가 자살미수자임을 나타내는데, 최근 「토쿄 생명의 전화(いのちの電話)」의 인터넷 자료는 자살미수자가 자살자의 20배에 달할 수 있음을 시사한다.

「소화 62년 인구동태조사」(1990)에서 성별, 연령별 자살수단을 보면, 청소년 자살의 수단은 투신과 목을 매어 자살하는 방법이 가장 많이 사용되고 있고 다음으로 기타의 방법, 그 다음이 가스, 약물·독물의 순으로 나타난다. 이는 WHO의 자료(2000)에서 밝힌 바와 같이 자살의 수단이 나라마다 다양하다는 것을 입증하는 것으로서, 예컨대 미국에서는 10~14세의 청소년에게서

가장 많이 사용되는 자살수단이 총기류이고(American Foundation for Suicide Prevention, 1998), 다른 나라에서는 약물과용이나 자동차 배기가스 등에 의한 자살이 보편화된 경우가 있는데 반해, 일본에서는 이러한 자살수단이 거의 눈에 띄지 않는 편이다(Johnson 외, 2000).

일본에서 청소년의 자살유형은 다른 문제행동과 같이 명확히 그것을 분류해 내는 것이 쉽지 않지만, 上里(1988)는 크게 6가지 유형으로 분류하고 있다. 첫 번째 유형은 암전하고 내향적인 아이들에게서 나타나는 자살의 형태로써 「내향형 자살」이다. 대부분의 자살 기도자에게서 나타나는 것처럼 이들에게서도 전조 증상이 나타나기는 하지만 주위에서는 그러한 위험성을 거의 지각하지 못하게 되는데, 이 유형이 청소년 자살에서 가장 많이 발견된다. 두 번째 유형은 충동적인 감정에 의해 자살을 기도하는 「행동형 자살」로서 내향형 자살과 함께 청소년들에게 가장 많이 나타나는 유형 가운데 하나이다. 세 번째 유형으로는 「정신장애형 자살」이 있는데 우울증, 정신분열증, 신경증과 같은 정신장애를 겪고 있는 아이들에게서 나타나는 자살유형으로, 이외에도 약물이나 알콜의존증과 같이 경계선상에 있는 사례도 여기에 포함된다. 네 번째 유형은, 우수한 청소년들에게서 나타나는 「우수형 자살」로, 이들에게서 나타나는 특성은 감수성이 예민하여 고민과 번민이 깊고, 강한 상향적 욕구로 인해 현재 자신의 모습에 만족감을 느끼지 못한다는 것, 그리고 다양한 경험의 부족으로 인해 저항력이 약하여 작은 실패를 견디지 못한다는 것이다. 이와는 상반되게 문제행동에 빠져있는 청소년들에 의한 자살로써 「문제행동형 자살」이 있는데, 이것이 다섯 번째 유형이다. 이는 자살 이외의 문제에 빠져 있는 청소년이 어떤 계기로 자살해 버리는 경우로, 이러한 청소년은 불안정한 상태에 있다가

학교문제로 퇴학이라든지 부모로부터 심한 질책을 받으면 극한 상황에서 자살한다는 것이다. 이 집단의 청소년들은 평상시 자신의 갈등상황을 등교거부로 나타내거나 폭력을 휘두르는 등의 행동을 보이기 때문에 오히려 자살이라는 극단적 방법을 취하지 않을 것이라고 생각할 수 있지만 더 주의가 요구되는 유형이라 할 수 있다. 마지막 여섯 번째 유형으로는 「현시형 자살」로써 부모나 교사에 대한 불만을 자신에 대한 공격을 통해 복수하는 형태를 말한다.

또한 일본 청소년의 자살은 일반 청소년 외에도 정신장애에 의해 발생하는 경우도 많은데, 많은 정신장애가 중학교시기에 발병하여 고등학교에 이르러 급증하며, 고교생 자살의 3분의 1이 정신장애에 의한 자살을 보일 정도이다. 따라서 청소년기에 정신과에서 진료를 받은 사람들의 자살기도의 예를 보면, 그 유형이 4가지로 나타나는데 「신경증 증상군」 집단과 「우울 억제 증상군」 집단, 「정신병 증상군」 집단, 「비행군」 집단이 그것이다. 「신경증 증상군」 집단은 유아기의 양육자와 정신관계에 의한 장애를 보이는 경우로, 인격의 발달장애와 신경증이 함께 결부되어 주위에 대한 자기표출(demonstration)과 과시(appeal)의 목적으로 자살이 시도된다. 「우울 억제 증상군」 집단은 자살의 치사도가 中等度 이상을 나타내는데, 이 집단은 내향적인 성격의 발달이 우울을 억제하는 증상으로 이어져 자신에 대한 공격적인 자살을 기도한다는 것이다. 세 번째, 「정신병 증상군」 집단은 타 집단과 비교하여 치사도가 아주 높은 기도 수단을 이용하는 예가 가장 많고, 환상·망상과 같은 병적 체험으로 인한 충동적 자살기도의 예도 보이는 양상을 갖는다. 이 집단은 자아 위축적인 성격으로 정신병이 발병하여 이로 인해 자살을 기도하는 경향을 나타낸다. 마지막 「비행군」 집단은 양육과정의 문제로 인해 자

기통제가 곤란한 성격경향을 나타내며, 빈번한 비행문제 때문에 형성된 사회로부터의 소외감으로 자살을 기도하는 경우가 많다. 자살을 충동적으로 시도하고, 다양한 자살수단을 이용하여 자기 표출적 자살경향을 보인다. 일본에서 1960년 이후 청소년 자살기도와 관련이 깊은 것으로 나타난 부등교 학생의 경우는 「우울 억제 증상군」과 「신경증 증상군」의 두 집단에서 가장 많이 나타나고 있어 이 유형의 청소년에 대한 특별한 주의가 요구된다(上里, 1988).

나. 일본 청소년 자살의 원인

일반적으로 자살은 삶의 의의를 상실한 사람이 최종적으로 이르게 되는 단계라고 할 수 있는데, 대부분 먼저 자살의 준비상태 시기가 있고 그 과정에서 어떤 직접적 원인이 더해졌을 때 일어나는 경우가 많다. 이러한 자살의 원인에는 현재 삶에 있어서의 단순한 스트레스 요인뿐만 아니라 누적되어 온 정신적 장애로 인해 자살이 나타난다(心理學總合案内こころの散歩道, 1997; Kalafat & Lazarus, 2002). 여기에는 神谷(1966)가 지적인 바와 같이 「삶의 의미(生きがい)」의 결핍으로 인해 자신의 존재의미를 상실하는 심리적 증상이 내포되어 있다(上里, 1988).

일본 청소년 자살의 경우에도 이와 같은 경향을 보이고 있고, 그 동기에 대해 上里(1988)는 주로 생리·심리학적인 요인에 초점을 두어 직접적인 동기와 간접적 동기로 구분하여 설명하고 있다. 그는 자살을 결심하기까지 직접적인 영향을 미치는 동기를 「급성 갈등상태」로, 그리고 간접적인 영향을 미치는 동기를 「만성적 갈등상태」로 규정하고 있다. 우선, 자살기도의 직접적인 동기인 급성갈등상태는 자살 직전의 정신갈등상태에 기인하

는 것으로, 특히 청소년기의 자살기도에 직접적인 원인이 되는 것은 주위환경의 문제와 결정적인 위기개입의 부재라는 두 가지 문제를 가장 큰 원인으로 설명한다. 먼저, 청소년을 억압하는 주위환경으로는 학업·학교문제가 가장 큰 요인이고, 다음이 양육자와의 문제, 이성문제의 순으로 영향을 미치는 요인이 되고 있다. 두 번째 원인인 결정적인 위기개입자가 없다는 것은 청소년 자살의 예방과 치료를 책임질 수 있는 중요한 사람이 없다는 것인데, 여기서 위기개입이라는 것은 청소년의 자살이라는 위기의 순간에 주위 사람이 개입하여 그 위험성을 멈추게 하는 것과 함께 위험으로부터 빠져 나오도록 하는 응급대응의 방법이라 할 수 있다. 이를 위해 청소년을 둘러싼 중요한 인적환경으로는 양육자, 학급담임, 그리고 정신과 주치의와 같은 의료관계자가 포함된다. 그러나 양육자와 학급담임에게 이러한 위기개입자의 역할을 맡기는 것이 현실적으로 불가능한 상황이다. 왜냐하면 청소년 자살에 있어서 거의 대부분이 가정문제를 안고 있고 이런 경우 대부분 양육자 자신이 문제를 가지고 있어서 청소년 자살의 원인이 되는 경우가 상당히 많기 때문이다. 또한 현재와 같은 일본의 학교상황에서 학급담임이 학생들의 자살예방활동에 참여하는 것은 물론 치료의 장에 참가하는 것 역시 불가능하다. 또는 정신과적 진료를 하고 있는 정신과 의사가 청소년들의 자살기도를 예방하기 위해 별도로 노력하기에는 어려운 상황이고, 효과적인 청소년의 자살예방을 하기 위해서 필요한 사회사업가, 치료사, 카운슬러, 교육자로 구성된 스태프의 치료기관이 아주 적은 실정이기 때문에 청소년 자살을 예방 치료할 수 있는 새로운 위기개입자의 필요성이 제기된다.

그렇다면 청소년이 자살을 기도하는데 있어서 잠재적 동기가 되는 자살의 준비상태, 즉 「만성적 갈등상태」임을 설명하는 요

인들은 무엇인가. 첫째가 전조증상이다. 청소년에게서 나타나는 자살의 전조증상 가운데 가장 많이 나타나는 것은 신경증 증상으로, 부등교(不登校), 히스테리 증상, 식사부진, 아동신경증, 비행성이 없는 가출, 가정 내 폭력 등이 이에 해당된다. 다음은 우울 억제증상으로 우울 억제 신경증, 심인성 우울 반응, 우울증, 조울증의 우울 상태 등으로 나타난다. 그리고 정신병 증상과 비행행동으로 나타나기도 하는데, 정신병 증상 가운데는 정신분열증이나 비정형 정신병 등이 있고 비행에는 절도와 신너를 이용한 놀이, 비행과 결부된 가출 등이 포함된다. 그리고 여자 청소년들의 예에서 나타나는 신경성 식사 부진증과 같은 식사와 관련한 이상 증상이 자살기도 이전에 나타난다.

둘째는, 정신질환이다. 청년기는 인격발달의 과정으로써 인격형성의 불완전으로 말미암아 갈등상태를 적절히 해소하지 못할 수 있다는 것이다. 이러한 갈등상황의 장기화는 잠재된 자살기도의 상태로써 청소년들의 행동을 충동적으로 만들 수 있다.

셋째는, 성격경향에 관한 것으로 일반 청소년에게서는 자아 위축적인 경향과 자아 확장적인 경향이 동시에 나타나지만 전체적으로 자아 확장적 경향이 우위를 점하고 있는데 반해 자살을 기도한 청소년의 성격경향을 보면 거의가 강한 자아 위축적 경향을 보인다. 이들은 또한 교우관계를 맺지 못하거나 친구가 전혀 없는 경우가 태반이다.

넷째는, 학교 생활요인이다. 학교에 얽혀있는 문제, 즉 학교 공포, 등교거부, 무기력 부등교 등이 자살기도의 원인이 되는 예가 많다.

다섯째는 가정붕괴의 요인으로 이는 부모와의 사별·생이별이나 양친의 이혼 등에 의해 불충분한 양육환경에 놓여 있는 경우 또는 양친의 불화, 아버지의 폭력 등으로 인해 가정이 붕괴상

태에 이르는 경우로서, 이 때문에 청소년 자살의 원인으로 작용하는 것이 31%에 이를 정도이다. 뿐만 아니라 양육자가 형식적으로 존재하거나 함께 동거하고는 있지만 정서적인 유대감이 없어 붕괴가정으로써의 위험요소를 갖고 있는 잠재적 붕괴가정의 경우에도 청소년기의 기본적인 신뢰감을 가지고 애정 깊이 서로 지지하고 자립을 원조하는 기반이 형성되지 못하여 청소년들에게 심리적 갈등과 자살기도의 요인으로 작용할 수 있다.

여섯째는, 애정상실의 체험이다. 유아기 또는 아동기를 통해 양육자와의 이별을 경험한 아이들은 강한 불안, 공포감, 비애감을 갖게되어, 청소년기에 이르러 자립할 경우 유아기의 체험에 동반했던 자기 무력감을 상기하게된다. 물론 유아기의 이별체험 이후 자립준비가 잘되도록 양육된 청소년은 자립에 동반하는 이별을 곤란 없이 감당해내겠지만, 자립으로의 준비가 잘되지 않은 경우에는 자기무력감을 강하게 느끼고, 현실로부터의 도피를 위한 자살과 자신을 방치했던 타인에 대한 복수심은 자신에 대한 공격으로 바뀌어 자살을 기도하게 된다.

이상에서 上里(1988)가 분석한 바와 같이 일본 청소년이 자살에 이르는 과정은 다양한 생리·심리적 경향성을 갖는 것에 초점이 맞춰져 있다. 즉 급성갈등상태와 만성갈등상태의 정신적 갈등을 겪으면서 결국 자살이라는 최종 단계에 이르게 된다고 진단하고 있지만, 이러한 갈등의 요인으로서는 청소년을 둘러싼 주위 환경과 인적 환경, 학교문제, 가정문제 등 다양한 요인들이 복합된 경우가 많기 때문에, 청소년의 자살원인을 생리·심리적인 요인에 국한시키기 어려운 것이 현실이다. 또한 앞에서 발췌한 신문보도 사례의 내용을 보더라도 청소년 자살기도의 동기는 생리·심리적인 요인 이외에 청소년을 둘러싼 사회의 전 상황에서 비롯될 수 있는 것이기 때문에, 이를 기준으로 볼 때 청소년

들의 자살원인분석과 이에 대한 효과적인 수단을 마련해야 한다면 다양한 수준에서, 그리고 상호작용적인 측면에서 조명하는 것이 요구된다(Swabey & Zechetmayr. 1997).

다. 일본 청소년 자살의 특징

현대 일본사회는 정보의 과잉시대라 할 수 있고, 기존 권위와 가치의 영향력이 보다 희박해지면서 청소년들의 유일한 가치는 자기에(퍼스널리즘)를 충족시키는 것이 되고 있다. 그러나 자기가 비대한 사회에서 이것이 파괴되어버리면 아이들은 갑자기 무기력한 상태(student apathy)에 빠져 버릴 수 있고 등교거부, 알콜 의존과 같은 문제행동을 나타낼 수 있다는 것이다(上里. 1988).

따라서 이러한 정보화 사회에서 일본 청소년들은 몇 가지 특징을 나타내고 있다(稻村. 1978 ; 石井. 1980). 첫째, 일본 청소년은 충동적 또는 단락적 경향을 갖는데, 이러한 성격의 청소년들이 자살에 빠지기 쉽다는 것이다. 왜냐하면 이러한 경향의 청소년들은 충동적이고 이성이 제대로 발달되어 있지 않기 때문에 갑작스런 고민에 빠지면 헤어나기가 쉽지 않고, 고민의 해소를 언어화하기보다는 행동화하기가 쉽다는 것을 말한다.

둘째, 최근 청소년들은 자살을 위한 확실한 수단을 갖고 있다. 따라서 고령자들 못지 않게 청소년들도 치사도가 높은 방법으로 자살을 시도하고 있다.

셋째는, 자살의 동기인데 청소년들도 성인들과는 다른 그들 나름대로의 고민이 있고 이것이 심각할 경우 자살을 시도하게 된다는 것이다.

넷째, 청소년들은 주위의 영향을 받기 쉬운 특성을 갖고 있

기 때문에 친구의 자살이나 매스컴의 자살보도 등에 쉽게 영향을 받고 있다. 따라서 모방자살(copy-cat suicide)의 형태로 나타나거나(Hazell & Lewin. 1993), 이지메 문제로 자살한 학생에 대한 지나친 매스컴 보도가 연쇄자살을 불러일으키는 원인이 되기도 한다(O'Carroll & Potter. 1994 ; 心理學總合案内こころの散歩道. 2001).

다섯째, 청소년들의 생사관에 관한 것으로, 청소년들은 죽음의 문제를 현실적으로 생각하지 못하는 경향이 있는데 이는 죽음에 대해 어떠한 관점을 갖는 가 하는 것이 청소년의 자살에 영향을 미칠 수 있음을 시사한다.

여섯째, 일본 청소년층에서는 자살미수자가 많다. 예컨대 청소년들은 자신의 처지를 원망하거나, 자신을 드러내고 싶은 욕망에 의한 자살시도, 그리고 자살결행을 반복하기만 하는 것, 자살하려고 시도하다가 마지막에 의지가 꺾여 그만 두는 도박성 자살 등과 같은 미수형의 자살 특징이 나타난다.

일곱째, 일본 청소년의 자살은 대인적 신경증형 부조화를 동반하는 경향을 나타낸다. 즉 미래에 대한 상실감의 표출로써 자살을 시도하는데(Gruhle. 1940), 「죽여줬으면 좋겠다」와 같은 「요구하는 자살」의 특징을 보인다는 점에서 청소년의 자살은 대인적 신경증형으로 분류된다(Farberow & Shneidman. 1968).

이러한 특징을 나타내는 일본 청소년의 자살과정에는 세 가지 경향의 심리기제가 작용하고 있음이 강조되고 있다. 즉 청소년의 심성은 일반적으로 자아확장적 방향과 자아위축적 방향의 양극상태에 있는데, 이들이 어떠한 발달과제에 부딪치게 되어 곤란한 상황에 이르게 되면 이때 나타나는 양상으로 자아를 지키려 하거나, 상황이 보다 심각해지면 도움을 요청하기도 하고, 도피 또는 공격, 때로는 타인에 대한 공격성을 자신에게로 돌려 행

하는 자기파괴, 자기훼손의 욕구를 간절히 열망하게 된다. 이러한 청소년의 심리상태에서 자살기도는 성인의 자살기도 사례와 비교할 때 3가지 방향으로 발전된다는 것이다(上里, 1988). 처음에는 선도단계이고 두 번째는 자살의 경향이 발전하는 단계이며 이 과정을 통해 세 번째 단계인 자살에 이르게 된다는 것이다.

이를 구체적으로 살펴보면, 선도단계에서 청소년들은 삶에 대한 상실감을 호소한다. 이 시기에 이르면 무기력한 상태에 빠져 학교에 가지 않게 되는 상황이 빈번해지고, 죽음을 원하고 바라는 상태가 되는데(大原, 1965) 부등교의 장기화는 자살로 발전되는 1차 단계에서 자주 나타난다고 할 수 있다. 이에 더 나아가 사회적인 고립감이나 이성문제로 인한 고민이 가중되면 우울 억제 상태가 발생하고 자살의 결의를 보다 발전시키게 되는데 이 때 청소년은 삶과 죽음 가운데 양가적 감정으로 방황하게 된다. 이 때는 특히 청소년의 자살을 간접적으로나마 예측할 수 있는 표현, 즉 ‘멀리 갈지도 몰라’, ‘아무것도 재미있는 것이 없어’, ‘숨을 멈추고 싶다’ 등의 언급이 자주 나타나기 때문에(Browns, 1987), 이 때 주위에서는 이 기회를 놓치지 않고 보다 확실한 방법으로 청소년의 문제를 들어주는 것이 필요할 것이다.

(2) 일본 청소년 자살의 통계적 경향성

가. 청소년 자살의 경향성

다음은 일본 청소년들이 직면하고 있는 다양한 문제상황이 구체적으로 무엇인지를 밝히고, 그들에게서 나타나는 자살의 경향에 대해 上里 일본 청소년 자살에 대해 총체적으로 연구 분석한 上里(1988)의 자료를 중심으로 검토하고자 한다. 그의 분석자

료에 의하면 자살 미수집단이 자살 집단에 비해 약 7배 가량 높은 87%로 나타난다. 또 자살미수집단에서는 여자가 남자보다 2배 이상 높게 나타난다.

그렇다면 일본청소년들이 자살을 시도하도록 영향을 주는 요인은 무엇인가. 이와 관련하여 <표 III-2>는 일본 청소년들이 자살 직전에 겪고 있는 정신적인 갈등 내용을 보여주고 있는데, 일본 청소년들에게 있어 가장 큰 갈등 요인은 학업 문제와 가족이며, 그 다음으로 친구문제(이성문제)와 자기고민이 자살의 원인으로 나타나 있다. 자살자 가운데 학업문제를 고민하고 있던 사람이 38.3%이고, 가정문제로 고민한 것이 34.6%로 나타난다.

<표 III-2> 일본 청소년 자살기도 직전의 정신 갈등 내용
(단위 : 명(%))

갈등내용	미수 집단			기수 집단			합계 (%)
	남	녀	소계	남	녀	소계	
학업, 학교, 직장문제	14	12	26	3	2	5	31 (38.3)
성적, 시험문제	8	6	14	1	0	1	15
학교부적응	5	5	10	2	2	4	14
직장문제	1	1	2	0	0	0	2
가 족 과 의 문 제	5	20	25	1	2	3	28 (34.6)
엄마와의 의견대립	0	10	10	1	2	3	13
부모와의 의견대립	2	7	9	0	0	0	9
형제와의 의견대립	1	2	3	0	0	0	3
아빠와의 의견대립	1	1	2	0	0	0	2
가족의 질병	1	0	1	0	0	0	1
친구문 제	1	9	10	0	0	0	10 (12.3)
이 성 문 제	1	4	5	0	0	0	5
자기에 대한 고민	2	4	6	2	1	3	9 (11.1)
이유 불명	0	3	3	0	0	0	3 (3.7)
합 계	22	48	70	6	5	11	81 (100)

上里(1988)

이는 일본 청소년이 자립해 가는 과정에서 무엇보다 중요한 과제가 학교문제와 이성문제라는 점을 알 수 있는데, 특히 구미에서는 거의 나타나지 않는 학업·학교 문제로 인한 자살이 일본 청소년들에게서 주로 나타나고 있는 것이다(稻村, 1990). 이성 문제로 인한 정신적 갈등은 일본 청소년층에서는 진학시험이라든지 학력평가와 관련한 문제에 비해 낮은 비율을 차지하지만, 도쿄도의 자료에 의하면 애정문제로 인한 자살가운데 이성간 동반자살이 67.6%로 나타나 3분의 2정도를 점하는 것으로 나타난다(田多井 등, 1974). 이는 과거에 비해 자유로운 이성교제가 충분히 이루어지는 사회적 상황을 반영할 때 앞으로 일본사회에서 이성문제에 의한 자살은 보다 증가할 것으로 생각된다.

또한 자살하는 일본 청소년들이 자살 직전에 겪는 환경의 변화와 정신적인 갈등관계의 경향성을 살펴보면 <표 III-3>을 통해 구체적으로 파악할 수 있다. <표 III-3>에서는 자살을 기도하는 학생들에게 가장 많은 영향을 주는 환경적 요인이 학교환경의 변화로 48%를 나타내고 있고, 그 다음이 생리·심리적 질병으로 인해 진료 받고 있던 치료기관의 변화가 17.3%, 가정·가족 문제가 16% 순으로 나타나고 있다. 이를 성별에 따른 차이와 비교하면 다른 요인들에서 남녀 학생의 차이가 거의 나타나지 않는 것에 비해, 특히 학교환경의 변화는 남학생보다 여학생에게서 2배 이상 높게 나타난다는 것을 알 수 있다.

<표 III-3> 일본 청소년 자살기도 직전의 환경변화

(단위 : 명(%))

변화내용 \ 성별	남	녀	합계 (%)
학업·학교관계	11	28	39 (48.1)
신학기 개시전후	5	19	24
입학 정기시험 전후	5	8	13
전학·중퇴	1	1	2
치료기관 관계	7	7	14 (17.3)
진료받음·입원전후	5	4	9
옮기거나 퇴원전후·외박중	2	3	5
가정·가족관계	6	7	13 (16.0)
양육자의 변화	6	5	10
형제관계	1	1	2
이 사	0	1	1
친구 관계	0	5	5 (6.2)
취직직후	2	2	4 (4.9)
변화에 부적응·불명	2	4	6 (7.4)
합 계	28	53	81 (100)

上里(1988)

일본 청소년의 경우 자살수단은 미수자와 자살자에게 있어서 다소 차이가 나타난다. 자살 기수자는 치명도가 높은 수단을 선택하는데 반해 미수자는 약물 또는 손목상해와 같은 다소 완화된 수단을 선택한다. 특히 손목상해증후군(wrist-cut syndrome)은 최근 일본 젊은 층에서 확산되고 있는데, 그들은 신체적인 아픔으로 인해 오히려 마음의 고통이 사라진다고 술회할 정도이다. 이러한 자살 행동의 이면에는 자신의 고통스런 모습을 누군가가 보고 알아주기를 기대하며 보내는 신호일 가능성이 크다고 인식

된다(「토쿄 생명의 전화」인터넷 자료 참조). 이에 반해 자살 기도자들 사이에 가장 많이 선택하는 수단으로는 약물이 가장 많고, 그 다음이 손이나 머리의 절상, 그리고 가스에 의한 방법이 많이 사용되고 있다.

또한 청소년기 자살기도의 선도증상별 제 요인의 특징에 따라 자살 기수율을 살펴보면 비행 군 집단이 전체집단의 28.6%로 가장 높은 자살율을 나타내고 있고 우울 억제 증상 군은 12%, 신경증 증상 군은 8.6%의 순서로 자살율을 나타내고 있다. 이 가운데 우울 억제 증상군의 76%는 양육문제를 갖고 있고, 비행 군을 제외한 모든 증상 군, 즉 신경증 증상 군, 우울 억제 증상 군, 정신병 증상 군 등에서는 폐쇄적인 성격 경향이 강하게 나타난다. 그리고 자살기도 청소년의 성격 경향에서 자살 기수집단의 경우 54.5%가 위축·내폐적(內閉的)인 성향을 보이는데, 이는 자살 미수집단의 26.6%보다 훨씬 높은 비율을 나타내고 있음을 알 수 있다.

최근 일본의 일반 청소년과 지도보호를 받고 있는 청소년들의 사회적 적응능력과 비행에 관한 연구조사(내각부 정책 총괄 관. 2001)의 결과를 보면, 일본의 중·고등학생 가운데 「지난 1년간 자살을 심각하게 생각해봤다」라고 대답한 아이들 가운데 지도보호를 받고 있는 중·고등학생 여자집단이 가장 높은 비율을 보였다(여중생 14.5%, 여고생 14.5%). 일반 중학생은 남자가 3.2% 여자가 7.7%, 일반 고등학생은 남자가 6.5%, 여자가 9.2%로 나타나 일반 중·고등학생 가운데서도 여자 집단의 비율이 높은 경향을 보이고 있다. 이 외에 「학교나 가정에서 싫은 일이 생길 때 자살을 심각하게 생각해봤다」고 대답한 청소년들은 남녀 중학생에게서 3.2%, 7.7%로, 고등학생 남녀에게서는 각각 5.8%, 9.5%를 나타내고 있다.

이상에서 살펴본 바와 같이 일본 청소년의 자살은 심각한 수준에 와있고, 자살율의 증가는 심각한 사회적 위험요소로 인식되기도 한다. 그러나 세계 각국의 청소년 자살율의 변화양상에 관한 <표 III-4>에 나타나있는 바와 같이 1980년~1990년간 일본 청소년(15세~24세)의 자살율은 1970년~1980년 기간과 비교해 오히려 감소하고 있음을 보여준다.

<표 III-4> 세계 각국의 청소년(15세~24세) 자살율의 변화양상
(단위 : %)

	1970-1980				1980-1990			
	남 자		여 자		남 자		여 자	
	합 계	청소년	합 계	청소년	합 계	청소년	합 계	청소년
오스트레일리아	-4	+42	-26	-4	+26	+51	-7	+4
오스트리아	+6	+7	+5	+18	-8	-13	-10	-18
불가리아	+19	+23	+6	+54	+8	+25	+7	-43
캐나다	+31	+59	+6	+12	-4	-1	-24	-7
덴마크	+50	+47	+42	+35	-12	-13	-27	-87
영국 (웨일즈)	+16	+7	-2	+15	+10	+83	-45	-33
핀란드	+21	+67	+16	+36	+19	+36	+16	+21
프랑스	+23	+65	+32	+23	+6	-10	0	-19
그리스	+2	+76	+6	-57	+17	+73	-21	+83
홍콩	-5	+10	+3	-7	-12	-10	-14	-12
헝가리	+27	+13	+34	-17	-7	-36	-19	+2
아일랜드	+177	+252	+760	+100	+73	+154	+9	+21
이스라엘	+17	+120	-17	-50	+17	-38	-5	+175
이탈리아	+25	+51	+31	+4	+13	+11	-11	-17
일본	+29	+19	-2	-31	-8	-45	-5	-43
네델란드	+29	+43	+19	+76	-4	-1	-3	-3
뉴질랜드	+14	+61	+8	+113	+51	+95	-24	-17
노르웨이	+51	+172	+6	-40	+107	+87	+56	+213
싱가폴	+17	-1	+41	+86	+19	+48	+15	-34
스페인	+6	+115	0	+22	+67	+65	+86	+55
스웨덴	-12	-9	-14	-27	-13	-13	-8	-9
스위스	+34	+61	+50	+162	-14	-27	-16	-49
미국	+11	+50	-17	+2	+10	+9	-11	-9
서독	0	-3	-6	-19	-21	-21	-32	-20

Lester(1998)

(+ 증가, -감소)

그러나, 이러한 일본 청소년의 자살률 경향이 감소하는 것은 긍정적인 의미를 지닌다고 해석할 수는 없다. 왜냐하면 삶의 질과 자살률, 그리고 살인률과의 관계에 대해 분석한 연구결과(Henry & Short, 1954)에서, 삶의 질이 높아질수록 살인률이 감소하고 자살률이 증가하는 반면 삶의 질이 낮은 사회일수록 살인률이 증가하고 자살률이 낮아질 수 있다는 경향을 고려할 때 일본 청소년의 자살률 감소 경향은 일본의 삶의 질과 관련하여 부정적인 의미를 내포하고 있음을 추론할 수 있기 때문이다(Lester, 1998).

나. 중·노년층 자살과의 비교

그렇다면 일본 청소년의 자살경향은 이들 보다 고령자인 중·노년층의 자살경향과 비교할 때 어떠한 양상을 보이는지 살펴보고자 한다. 우선 최근 일본의 자살자는 4년 연속 약 3만 명(인구 10만 명을 기준으로 24.4 명)을 초과하는 이상 사태가 계속되고 있다. 이를 성별로 구분해볼 때 71%가 남성이며, 연령별로는 60대 이상이 1만 8백 명, 50대가 7천 8백 명, 40대가 4천 6백 명 등 40대 이상이 80%를 육박하여 일본인의 자살은 청소년층에 비해 중년층과 노년층에 집중되어 있음을 알 수 있다(熊本毎日新聞, 2002).

이러한 일본 중년층 이상의 자살경향은 일본 전체 인구에서 보이는 자살의 추이와 비슷한 양상을 보인다. 예컨대 일본 중년층의 자살은 제2차 세계대전 발발 직전 급속히 감소되었다가 종전과 함께 회복되었고, 그 후 전후 10년이 지난 1958년에는 세계 1위를 점하다가, 고속 경제 성장기라 할 수 있는 1968년경에는 최저비율을 보였으며, 이것이 다시 급상승하고 있는 것이다(稻村, 1990).

<표 III-5> 일본의 성별·연령층별 자살율(WHO)

(단위 : 명(인구 10만 명 당 기준))

연령 연도	15~24세		35~44세		45~54세		65~74세	
	남	여	남	여	남	여	남	여
1995	11.3	5.5	24.1	8.6	36.0	13.1	30.4	19.5
1996	11.3	5.4	25.0	8.4	37.8	13.0	32.4	19.5
1997	11.3	5.5	26.9	9.0	39.5	13.7	35.2	18.7

WHO website Numbers of deaths and death rates(1995, 1996, 1997)

이들의 자살동기는 연령별로 다소 차이를 보이지만, 30대에서는 정신장애가 가장 많고 다음이 신체질환과 같은 병고, 그리고 가정문제 등의 순으로 작용하고 있다. 40대의 경우는 병고가 가장 많고 다음이 정신장애, 가정문제, 경제·사회문제의 순으로 나타났으며, 50대에서는 40대와 비슷한 양상을 보이지만 병고의 비율이 한층 증가하고 있음을 알 수 있다(인구동태통계, 1990).

이는 일본 청소년의 자살이 학업·학교문제, 가정문제 등과 밀접히 관련되어 있는 것에 반해, 중년층의 자살은 보다 구체적이고 실질적인 심신의 질환, 가정, 직업상의 좌절에 기인하고 있음을 알 수 있다. 따라서 일본에서는 청소년기의 자살이 「도움을 요청하는 자살」이라고 한다면, 중년층의 자살은 「좌절로 인한 자살」(稻村, 1990), 노년층의 자살은 그 특징 상 「침묵의 자살」(Simon, 1989)로 규정하고 있다.

이러한 일본의 중년층 이상의 자살경향은 서구의 경우와도

차별성을 보이는데, 구미에서는 배우자와 사별하고 심리적 충격에 의해 자살하는 경우가 많은데 비해(Lyons, 1985), 일본의 중년층은 자녀 문제로 인한 자살이 많은 것이 특징이다. 특히 자녀의 심신장애로 인한 동반자살의 형태를 포함해 일본에서는 부모자녀의 동반자살의 형태가 많이 나타나고 있다(稻村, 1990).

일본 중년층의 자살을 성별에 따라 살펴보면, 우선 소화 62년(1990) 「인구동태통계」 자료에 근거하여 1980년대에는 타 연령층에서는 남자의 자살율이 1.3배 정도 높은 것에 반해, 중년층에서는 남자의 비율이 거의 2.5배 정도에 이르러 남녀간의 많은 차이를 나타내고 있다. 이러한 경향이 1990년대에는 더 강화되는 양상이 나타나는데, WHO의 인구통계학자료(1995~1997)에 근거한 성별·연령층별 자살을 경향에 의하면(<표 III-5>), 일본 중년층 남성의 자살율은 과거보다 더 높아 35세~54세의 경우 약 3배에 달하는 차이를 보이고 있다. 또한 과거와는 달리 최근에는 청소년층(15세~24세)에서도 남자의 자살율이 여자의 자살율보다 2배를 넘어 과거에 비해 다소 높아지는 경향을 볼 수 있다.

이와 같이 일본 중년층의 높은 자살율은 「중년층의 위기」라고 일컬어질 정도로 주목되고 있는데, 이는 일본 중년층이 과거사회와 비교해 여러 가지 압박을 받고 있는 것으로 보여진다. 즉 과거 일본에 존재하였던 직장 내 심리적인 가족주의가 종신고용, 연공서열의 붕괴로 인해 사라지고 있는 점, 장기불황으로 인한 실업률의 증가가 중년층의 경제·사회적 역할에 심각한 곤란을 주고 있는 것 등이 중년층의 자살과 많은 관련을 가지고 있음을 의미한다(信濃毎日新聞, 2002).

또한 신체질환 역시 일본 중년층에게 좌절을 낳은 중요한 원인이 되고 있다. 1972년 도쿄도 내에서 자살사례를 종합한 연구결과에 의하면 직·간접적인 병고에 의해 입원하거나 치료 중이

있던 사람이 자살자의 4할을 넘고 있다는 것이다(田多井 등, 1974). 岡木 등(1985)이 일본 내 일부 현의 자살 역학조사를 실시한 결과에서, 노년기 자살은 고혈압성질환, 뇌혈관질환, 만성간질환, 강경변 등과 같은 신체질환이 크게 관련되어 있는 것으로 나타난다. 이러한 경향은 일본 내 사망률의 추이에서도 나타난다. <표 III-6>은 1965년에서 1999년에 이르기까지 일본 내 사망률을 종합해 놓은 것으로 악성종양, 심장병, 뇌혈관질환, 뇌경색이 1999년을 기준으로 4대 질병에 포함되어 있고 총 사망자 가운데 이들이 차지하는 비율이 1965년부터 57%~72%로 나타나 높은 경향임을 알 수 있다. 또한 1965년에서 1999년까지 자살율은 꾸준히 증가하고 있고 1970년대 중반부터는 교통사고 사망자를 상회하여 최근에는 약 2.5배에 이르고 있다.

<표 III-6> 일본 내 사망률(1965~1999)

(단위 : 명(인구 10만 명 당 기준))

연도 원인	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	1998	1999
악성종양	108.4	116.3	122.6	139.1	156.1	177.2	211.6	220.4	226.7	231.6
심장병	77.0	86.7	89.2	106.2	117.3	134.8	112.0	112.2	114.3	120.4
뇌혈관질환	175.8	175.8	156.7	139.5	112.2	99.4	117.9	111.0	110.0	110.8
뇌경색	43.4	57.2	61.6	64.7	56.0	52.6	71.9	69.6	68.5	69.5
교통사고	19.9	23.4	14.6	11.4	12.0	12.9	12.2	11.2	10.7	10.5
자살	14.7	15.3	18.0	17.7	19.4	16.4	17.2	18.8	25.4	25.0
총 사망자	712.7	691.4	631.2	621.4	625.5	668.4	741.9	730.9	747.7	782.9

WHO website Deaths and Death Rate by Leading Cause of Death(1965~1999)

다. 일본 청소년의 자살과 사회·문화적 특징

이상에서 논의된 일본 청소년 자살의 특성과 경향성은 생리·심리적인 요인보다는 일본의 전반적인 사회·문화적 배경과 밀접한 관련을 나타내고 있다. 학교와 학업문제, 직장문제, 가족문제, 친구문제 등이 일본 청소년의 자살에 많은 영향을 미치고 있으며, 이는 일본사회의 전반적인 변화와 문화적 특징과 관련하여 파악되어야 할 사항들이다. 따라서 이를 보다 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 최근 일본 청소년의 문화에 가장 많은 영향력을 갖고 있는 사회적 요인으로 정보화와 매스미디어라는 것을 반드시 인식해야 할 것이다. 이는 野田(1987)가 묘사하고 있는 일본 청소년의 다음과 같은 특징에서 확인할 수 있다.

“첫째, 일본 청소년들은 컴퓨터에 빠져 있다. 따라서 컴퓨터 이외에 취미라고 할 만한 것이 거의 없다. 둘째, 청소년들의 생활시간은 엉망진창이고, 보통사람과 같이 생활해 가는 것이 어렵다. 셋째, 피곤하면 무조건 자고 시간을 때우기 위해 만화나 비디오, 영화 등을 본다. 넷째, 다른 사람과 사귀는 것은 거의 없고 귀찮아한다. 다섯째, 모든 것을 논리적으로 이해한다. 이 때문에 감정도 단순화되어 평이하고 자기 세계에 틀어박히는 경향이 있다. 여섯째, 컴퓨터와 자신과의 2자 관계가 확립되어 있다.”

이와 같이 컴퓨터와 매스 미디어를 통해 다양한 정보를 획득하고 교류하는 정보화 사회에서 일본 청소년들은 컴퓨터 및 매스미디어와의 대상화된 관계 속에서 편협된 자기애적인 가치관에 매몰되어 있다. 다면적인 인간관계나 자기 규율적인 생활방식, 풍부한 감성의 함양을 통해 자신의 정체성을 확립하여 삶의

의미를 추구하거나 위기를 극복할 수 있는 능력을 기를 수 있는 기회가 제한되어 있는 것이다. 따라서 청소년들은 어려움에 부딪치거나 자기애의 상실, 무기력증에 빠져있을 때 이를 극복하기보다는 자살이라는 극단적인 방법을 통해 쉽게 포기하는 경향을 나타내고 있다. 더욱이 최근에는 인터넷의 자살사이트를 통해 자살방법이나 수단에 대한 정보를 공유할 수 있는 상황에 이르렀고, 매스미디어를 통한 자살에 대한 자극적 보도 또는 미화 등에 의해 청소년들이 자살에 대한 충동에 쉽게 노출되어 있어 그 심각성이 크다고 할 수 있다.

두 번째 특성으로는 일본 사회 내 가족관계의 변화 및 붕괴 문제가 청소년의 자살에 영향을 미치고 있다는 것이다. 자살에 대한 통계적 경향성에서 나타나는 바와 같이 일본 청소년들의 자살 원인으로 가족문제가 30% 이상을 차지하고 있는데, 이는 이미 도시화의 진전, 핵가족화에 더 나아가 부모의 이혼, 단신부임(單身赴任) 등으로 인해 편부모 가정이 확대되고 양친의 불화나 폭력 등으로 인해 가정이 붕괴되고 있는 상황에서 예고되고 있다. 안정된 가정을 통해 부모가 자녀를 양육하고 지도하는 교육적 기능이 상실되어 있고, 애정과 신뢰감을 바탕으로 한 가족관계가 형성되지 못한 경우가 많아지면서, 가정으로 인한 청소년들의 심리적 갈등이 많아질 뿐 아니라, 다른 요인에 의한 심리적 갈등을 해소할 수 있는 지지기반이 형성되어 있지 못해 청소년의 자살요인으로 작용하고 있다.

세 번째로는 학교와 관련한 문제로서, 이는 일본 청소년의 자살에 가장 중요한 요인으로 작용하고 있다. 일본의 학교교육은 한국에서와 마찬가지로 치열한 학력경쟁의 양상을 나타내고 있고, 따라서 많은 일본 청소년들이 성적, 시험과 관련한 학업 스트레스를 받고 있다. 이러한 일본의 학교교육은 1960년대의 주입

식 교육에 의해 대량의 낙제생을 생기게 하였고, 70년대에는 학교 폭력, 본드흡입, 폭주족, 포르노, 매춘 등의 비행탈선행위로 이어졌으며, 80년대부터는 이지메라고 하는 집단따돌림 등이 학교마다 심각한 문제로 확산되었다. 학생들 사이에 학교 공포, 혐오와 같은 학교기피감정이 생기면서 등교거부(또는 부등교) 현상이 나타났고, 극단적으로는 자살과 같은 형태로 학교에 대한 부담을 표현하였다(다바타가야, 1997).

그러나 학교교육 문제로 인한 청소년의 자살이 늘어감에도 불구하고 학교교육 개혁의 근본적인 대책은 물론 미시적인 수준에서나마 학교 내에서 이루어질 수 있는 자살예방을 위한 긴급 대책은 현실적으로 시행되고 있지 않은 실정이다.

네 번째는 일본인의 가치관 특히 생사관이 청소년의 자살에 많은 영향을 미치고 있다고 거론되고 있다. 즉, 稻村(1990)는 일본인의 사회·문화적 특성으로 다음과 같이 제시하고 있다. 첫째, 일본인에게는 수치의 문화가 있다는 것. 둘째, 일본인은 의리, 인정의 가치관이 강하다는 것. 셋째, 일본인 특유의 미의식적 가치관이 있다는 것. 과거 일본인은 세상에 대해 부끄럽다거나 여러 사람에게 죄송하다든지 하는 식의 말을 사용함으로써 자신들의 죄의식을 표현했다. 그러나 이러한 의식의 배경 뒤에는 세상에 대한 부끄러움을 죽음으로써 보상하려는 사회적 압력이 존재하였기 때문인 것으로 보여진다. 죽음에 의해 자신의 책임감을 대신하려는 경향은 일본인이 자신의 직무에 대해 책임을 지는 방식으로써, 서구와는 달리 일본인에게서 나타나는 독특한 사고방식 또는 가치관이라고 할 수 있다. 또한 일본은 서구에 비해 의리와 인정을 중시한다. 이러한 가치관은 만일 자신이 의리나 인정을 세우지 못한 경우 죽음으로써 사죄하려는 행동으로 발전하게 되는데 젊은 층에서는 거의 보이지 않지만 중년층에서 또

는 지역에 따라서는 여전히 존재한다. 또한 전통적인 신앙을 기초로 과거에서부터 자신들의 미의 기준에 합당치 않은 외래문화를 받아들이지 않았던 것도 이러한 미의식의 기준이 작용한 것이라 할 수 있다. 중·노년층에서는 이와 같은 가치관이 자살의 원인으로 작용할 수 있다는 것이다.

일본인에게서 나타나는 자살의 특징으로 심중(心中), 즉 동반자살이라는 말이 있다(稻村, 1990). 심중이란 표현은 일본만의 독특한 표현으로써 영어에서는 double suicide(중복자살), lover's suicide(연인들의 자살), dual suicide(이중자살), family suicide(가족자살)라고 부르고, 이를 통틀어 homicide-suicide(살인자살)이란 용어가 유사하게 사용되기도 한다. 일반적으로 동반자살은 2명 이상의 사람이 함께 자살을 행하는 것이라고 규정할 수 있으나 예를 들어, 부모 자녀간의 동반자살의 경우에서 종종 나타나는 것처럼 아이들에게는 자살의 의도가 없을 수 있기 때문에 이러한 정의가 정확치 않을 때가 있다. 이 때문에 서구에서는 동반자살의 결과 부모가 간혹 살아남는 경우가 발생할 때 동반자살을 살인으로 분류하기도 한다.

須賀井(1957)의 연구에 의하면, 일본에서의 동반자살은 1949년과 1950년 사이 사회가 혼란한 시기에 가장 많이 나타났고, 오늘날 가정의 핵가족화로 말미암아 부모 자녀간의 동반자살은 결국 일가족의 동반자살로 귀결되고 있다(稻村, 1990). 그리고 이런 경우 서구에서는 부모가 우울증이나 다른 정신장애에 걸려 있는 경우가 많이 나타나는 것에 반해, 일본에서는 반드시 부모의 정신질환이 원인이 된다고 할 수 없는 사례가 많이 나타난다.

또한 일본은 다른 나라들과 비교해 생사관과 종교관 등에서도 서구 여러 나라들과 다른 특성을 갖는다(稻村, 1990). 세계 여러 나라 가운데서도 일본은 무종교자가 많은 나라인데, 사후세계

를 상정하지 않는 사람들 가운데 자살이 많다는 것이다. 여러 종교 가운데서도 일본은 불교의 영향이 강한 편인데 세계 4대 종교인 유대교, 기독교, 불교, 이슬람교 가운데 불교의 자살율이 가장 높은 것과 관련이 있다. 불교가 자살에 관용적인 편이고 일본은 불교적 입장에서 자살을 죄악시하거나 처벌한 예가 없었다고 한다(稻村, 1979).

(3) 일본 청소년의 자살 예방정책

지금까지의 논의를 종합해 볼 때 일본 청소년의 자살은 단일한 요인에 의해 이루어지는 것이 아니라, 거시적인 사회·문화적 요인을 배경으로 미시적인 생리·심리적 요인이 직접적인 동인이 되어 나타나고 있는 복합적인 현상이다. 청소년의 자살을 방지하기 위한 대책방안으로 일본에서 강조되고 있는 것은 3가지 측면에서 요약될 수 있다(Shneidman, 1976 ; 上里, 1988).

첫째는 우선적으로 자살에 대한 예방책이 강조되고 있다. 자살은 통계적 수치로만 설명될 수 없는 우발적인 요소가 많다. 또한 자살은 삶의 문제뿐만 아니라 삶과 죽음 모두에 관련된 문제다. 따라서 이러한 자살을 예방하기 위한 기본적인 방안으로는 생과 사, 삶과 죽음에 관한 교육이 함께 이루어져야 한다는 것과, 「죽음」 과의 커뮤니케이션이 제안되고 있다. 예컨대 핵가족화로 인하여 청소년은 옛날처럼 가정에서 죽음을 맞이하기가 어렵게 되었고 자연스러운 죽음에 대한 교육이 이루어지지 않고 있다. 또한 TV 등을 통해 아이들은 배우가 하루에도 몇 번이나 죽어나가는 것을 보면서 자라고 있고, 마스크를 통해 청소년 자살에 대한 과대보도는 때로 자살의 연쇄 현상을 낳는 원인을 제공하기도 하는 것이 현실이다(「토쿄 생명의 전화」 인터넷 자료

참조).

이러한 가운데 죽음을 위한 교육으로는 거시적으로는 죽음에 대한 가치관을 세우는 것에서부터 학교 교사에 의한 문학작품 등을 이용한 생명존중 교육 등이 실시되어야 할 것을 제안한다. 보다 구체적인 자살예방방법으로는 자살의 징후를 정확히 예측하는 것이 요구된다. 스튜어트(Stuart, 2001)는 자살방지를 위한 효과적인 접근은 자살의 위험인자와 예방요인을 명확히 진술하고 이를 평가하는 것이 될 것이라고 설명한다. 자살은 과거 측정이 곤란한 문제로 잘못 인식되어 왔다(Litman, 1989). 그리고 자살이 사고사나 살인으로 잘못 분류되어 충분한 보고가 이루어지지 않았다는 것이다(Gibbs, 1988 ; O'Carroll, 1989). 그러나 자살을 예측할 수 있는 징후는 확실한 위기상황에서 발생하는 일반적인 위기징후와 심리적 불안정상태의 2가지로 예측할 수 있고, 예측은 관찰, 판정, 사정의 세 가지 과정을 포함한다(Stuart, 2001). 이에 勝俣(1983)은 자살의 언어·행동적 예고 징후가 흔히 무시되는 상황의 위험성을 지적하고 있다. 특히 삶의 질과 자살율이 비례한다는 연구결과에서는(Henry & Short, 1954) 청소년 자살의 문제를 개인의 정신적인 장애와 같은 불분명한 단일 요인에 의한 결과로 파악하는 것이 아닌, 청소년이 속한 그 사회가 갖는 어떤 특별한 가치를 파악하여 그 맥락 속에서 청소년 자살을 검토할 것을 제안한다. 구체적인 방법으로는 사회적 가치에 영향을 미치고 있는 것이 무엇인지 그리고 청소년의 좌절상황에 영향을 미치는 이러한 가치 변화의 결정적 요소가 무엇인지를 찾는 협력적 조사 연구의 필요성이 고려되는 것이다(Lester, 1998).

이러한 청소년 자살예방을 위한 정확한 예측의 강조와 함께 예측을 강화하기 위한 방책으로는 일반 사람들에게 자살방지에 관한 바른 지식을 제공할 것, 그리고 자살에 관련된 징후를 바르

게 관찰하고 알아차릴 수 있도록 하는 감수성 훈련을 제공하는 것 등이 강조되고 있다(勝侯, 1983). 또한 청소년층에서 자살정후는 등교거부의 장기화나, 언어·행동적 표현 등을 통해 나타나는데, 이러한 정후를 소홀히 하지 않고 민감하게 파악하여 자살을 방지하고자 노력하여야 할 것이다.

둘째는, 위기개입의 필요성이다(稻村, 1990). 위기개입은 자살에 대한 응급대응의 방법이라 할 수 있는데, 구체적으로는 마음의 유대감을 형성할 것, 수용과 경청을 위주로 대응할 것, 그리고 다음에 만날 약속을 반드시 정할 것 등이 이에 포함된다. 청소년 가운데 특히 내향적인 아이들 또는 행동형의 자살 유형을 보이는 아이들에 대해서는 정서적 안정을 도모하도록 하는 것이 필요하다.

또한 위기개입이라는 긴급상황에 대한 대응은 의료처치의 병행이 반드시 필요하다. 정신의학적으로 대부분의 자살자가 「마음의 피로」를 안고 있고, 특히 조울증이 많다고 한다. 조울증의 치료로는 휴식과 약물투여가 원칙이 되는데 구미에서와 달리 일본에서는 이러한 치료를 위해 정신과에 다니는 것에 대해 편견이 강해 진찰을 주저하는 경향이 있다(熊本毎日新聞, 2002 ; 神戸新聞, 2002). 이러한 사례의 증가로 말미암아 후생 노동성의 간담회에서는 조울증 대책이 중점적으로 논의되고 있다(信濃毎日新聞, 2002). 의사나 임상 심리사가 프라이버시를 지키면서 정신건강에 몰두한 종업원 원조프로그램을 도입한 기업이 계속 늘고 있다. 따라서, 국가와 지자체 차원에서 이를 위한 사업소의 연수나 전문가 파견을 위한 대책이 요청된다(神戸新聞, 2002). 특히 정신장애에 의한 자살은 단순한 상담만으로 방지가 이루어지기 어렵다. 따라서, 전문의의 치료와 지도가 함께 병행되었을 때 예방이 확실히 이루어진다.

셋째는 자살시도 이후 원조의 중요성이다. 위에서 설명한 긴급대응만으로는 자살을 근본적으로 예방할 수 없다(稻村, 1990). 그리고 자살미수를 해본 사람은 다시는 자살을 하지 않는다는 것이 왜곡된 속설임을 제시하는 연구들이 있다(勝俣, 1983 ; 上里, 1988). 오히려 자살 미수자 가운데는 자살을 재 시도하는 사람이 많고, 이들은 종전과는 다른 보다 확실한 방법으로 자살을 선택한다. 따라서 자살에 대한 보다 근본적인 대응이 필요한데, 그 원리는 마음의 유대관계를 지속적으로 유지해 갈 것, 그리고 성격적인 측면 등에서 미숙한 점이나 바람직하지 않은 점을 교정해주는 접근의 중요성이 필요하다.

그러나 일본 청소년들의 자살형태에서 나타나는 것과 같이 청소년들의 학업·학교문제로 인한 자살과 가족문제로 인한 자살이 높다는 점에서 학교교육 및 가족제도와 관련한 보다 거시적인 측면에서 사회정책차원의 대책이 마련되어야 한다.

근대 이후 청소년의 사회화를 책임지고 있는 가장 중요한 기관은 학교라고 할 수 있다(Kalafat & Lazarus, 2002). 그 중에서 학교진학과 수험경쟁은 일본 청소년들에게 심각한 스트레스 상황임은 이미 알려져 있다. 그러나 이러한 상황을 한꺼번에 바꾼다는 것은 지극히 어려운 일로 보여진다. 따라서 일단 자살과 같은 문제행동을 가지고 있는 청소년들에게 학교가 취할 수 있는 가장 핵심적인 예방책으로는 학교를 중심으로 한 위기개입의 방법이 제안되고 있다(Eggert 외, 1995). 특히 서구의 경우에는 청소년들을 중심으로 학교에 대한 결속력을 보다 강화시켜줌으로써 약물, 알콜 등의 문제행동이 감소하고 있는 사례를 보여주고 있기 때문에(Lazarus, 2001), 일본에서도 청소년의 자살예방을 위해 가장 주목하고 있는 것은 학교의 위기개입 방법이고, 이 과정에서 무엇보다 교사의 협력이 강조되고 있다(上里, 1988).

또한 가족문제와 관련하여 볼 때, 현대 일본가정의 교육적 기능이 저하되었다 하더라도 그 중요성이 과소평가될 수 없다. 자녀가 경험하는 어려움과 위기의 징후를 가장 예민하게 파악할 수 있는 것은 부모 및 가족의 역할이다. 물론 현재 높은 실업률과 부채, 단신부임 등으로 인한 가족 내 결속력 약화로 인해 중장년층 남자의 자살율이 71%에 이르고 있는 일본의 현실에서(信濃毎日新聞, 2002) 가족의 해체가 심각한 위기에 처해있고, 이러한 문제가 직접적으로 자녀들에게 심리적 갈등과 위기의식을 초래하고 있는 상황이다. 따라서 위기에 처한 가족과 부모들에게 자녀의 양육과 교육을 전적으로 위임하기에는 한계가 있지만, 애정과 정서를 기반으로 한 자아 정체성 형성의 1차적 사회화 기관으로서 가족의 역할과 중요성은 강조하지 않을 수 없다. 부모와 자녀는 서로의 애정과 신뢰를 바탕으로 긴밀한 관계를 형성하기 위해 적극적으로 노력해야하며 이를 바탕으로 생명의 소중함에 대해 올바르게 이해시키는 것이 무엇보다 중요하다. 또한 부모나 가정의 교육적 기능을 회복하기 위해 학교나 지역사회의 지원체계가 형성되어야 함이 강조되고 있다. 청소년을 둘러싼 가정 및 사회의 문제, 자녀양육 및 지도의 과제, 청소년 자살의 실태와 대처방법 등에 대해 학습할 수 있는 기회와 정보제공, 상담체제 정비, 부모-자녀의 공동체험 기회 제공 등이 학교나 지역사회 교육기관을 통해 지원되어야 한다는 것이다(문부성, 1996).

이 외에도 일본 청소년의 자살문제에 대한 대책은 인터넷 사이트나 매스미디어를 통해 왜곡된 죽음의 이미지나 정보가 신중하게 다루어져야할 것이며, 더 나아가 청소년 개개인의 생명과 의미를 존중하는 사회풍토 하에서 그들에게 지나친 긴장과 갈등을 유발하여 중압감을 주는 사회적 제반 문제가 해결되어야함을 시사한다.

3) 미국의 청소년 자살⁶⁾

(1) 선행연구에 따른 원인 분석

청소년의 다른 문제행동 원인과 마찬가지로 청소년 자살의 원인은 매우 다양한 것으로 알려지고 있다. 이것을 유형화하면 개인적 요인, 가족요인, 사회/환경요인, 또래요인, 학교요인, 생물학적 요인으로 대별할 수 있다. 그리고 이 요인들은 독립적으로 작용할 뿐만 아니라 서로 상호작용하고 있고 복합적으로 작용하고 있다. 즉 이 요인들은 서로 직접 혹은 간접적으로 자살에 영향을 미친다는 것이다. 예를 들어 낮은 인지능력은 개인적 요인이지만 이것은 다시 낮은 학교성적이라는 학교요인에 영향을 미치기 때문에 청소년 자살에 있어서 개인적 요인과 학교요인은 서로 관련이 있다고 할 수 있다.

최근 미국에서는 1998년 리노(Reno)에서 열렸던 자살예방 회의(national conference on suicide prevention) 결과, 자살의 원인으로 개인의 정신 및 약물남용장애를 중요하게 생각하게 되었다(www.mentalhealth.org/suicideprevention/calltoaction.asp). 즉 사람들이 자살을 하는 이유는 매우 다양하지만 그 중에서도 정신 및 약물남용장애가 가장 위험하다는 것이다. 이에 따라 미국의 자살예방 정책도 개인의 정신건강 증진과 약물남용 방지에 초점을 맞추고 있다. 이 둘은 모두 개인적 요인에 속하는 것으로 적어도 미국에서는 자살이라는 것이 다른 요인보다는 개인적 요인에 의해서 일어난다고 보는 경향이라는 것을 알 수 있다. 따라서 최근의 청소년 자살예방 프로그램도 이 두 요인과 관련해서 개

6) 이 부분은 조아미(명지대) 교수에게 집필 의뢰한 것임.

발되고 있는 실정이다.

여기에서는 미국에서 청소년 자살과 밀접한 관계가 있다고 규정된 정신장애와 약물남용장애에 대해 주로 살펴보고자 한다. 이 두 요인을 포함하고 있는 자살에 대한 위험요인(risk factors)과 보호요인(protective factors)은 다음의 <표 III-7>에 요약·제시되어 있다.

<표 III-7> 자살의 위험요인과 보호요인

위험요인
· 자살시도 경력 · 정신장애(특히 우울이나 조울증과 같은 기분장애) · 정신장애와 약물남용장애가 동시에 나타남 · 가족의 자살경력 · 희망없음 · 충동성/공격적인 성향 · 정신건강 치료에 대한 장애 · 손실(인간관계, 직장, 재정) · 신체적 질병 · 총기와 같은 치명적 수단의 접근용이성 · 정신 및 약물남용장애 등으로 인해서 도움을 받으려 하지 않음 · 자신에게 중요한 사람들의 자살로 인한 영향 · 자살을 미화하는 문화적 및 종교적 신념 · 소외감 · 지역사회에서의 자살사건
보호요인
· 자살을 미화하지 않는 문화적 및 종교적 신념 · 문제해결기술, 갈등해결, 논쟁을 비폭력적으로 다루는 기술 습득 · 다양한 클리닉과 도움을 받을 수 있는 곳으로의 접근용이성 · 정신, 신체, 약물남용장애에 대한 효과적이고 적절한 치료 · 자살에 치명적인 도구로의 접근 제한 · 가족과 지역사회의 지원 · 의료 및 정신건강치료 기관의 지원

www.mentalhealth.org/suicideprevention/calltoaction.asp

가. 정신장애(mental disorders)

모든 청소년 자살 희생자의 90% 이상은 최소한 하나 이상의 정신질환을 가지고 있는 것으로 나타나고 있다(Brent 외. 1993). 청소년 자살과 관련 있는 정신장애로는 정서장애(affective disorder)가 대표적이라고 할 수 있다. 그리고 청소년 자살에 있어서 그리 큰 영향을 미치지 않는 않지만 정신분열증(schizophrenia)에 대해서도 고려할 수 있다.

정서장애는 청소년 자살자에게서 흔히 볼 수 있는 것이다. 여덟 개의 심리적 검시연구(psychological autopsy study)⁷⁾를 분석한 브렌트(Brent. 1995)에 의하면 정서장애는 적게는 35%(샌디에고 표본, Rich 외. 1986)에서 많게는 76%(루이스빌 표본, Shafii 외. 1988)까지 폭넓게 나타나고 있으나 분명한 것은 정서장애를 가진 청소년들이 자살의 위험이 높다는 것이다. 정서장애 중에서 자살과 관련 있는 것은 우울증(depression), 기분장애(mood disorder), 불안장애(anxiety disorder)와 같은 것이다. 특히 우울증은 자살과 밀접한 관련이 있다고 밝혀졌다(Deykin & Buka. 1994 ; Shaffer 외. 1996 ; Crumley. 1990).

정신분열증은 자살에 있어서 심각한 위험요인이지만 청소년 자살에 있어서는 큰 역할을 하지 않는 것으로 나타나고 있다. 그것은 정신분열증이 청소년후기부터 나타나는 정신질환으로 성인의 자살과는 밀접한 관련이 있지만 청소년에게는 그리 큰 영향을 미치지 못하기 때문이다(Drake 외. 1984 ; Brent. 1995).

한편 정신장애가 성격장애(personality disorder)와 같이 나타

7) 심리적 검시연구는 자살자의 생활에 대해서 그들의 친구와 가족을 인터뷰하는 방식으로 조사하는 것이다. 이 연구방법은 자살자의 심리병리적 위험요인을 연구하는데 가장 실제적인 방법으로 알려져 있다.

나면 자살의 위험이 더욱 높은 것으로 알려지고 있다. 이를 행동 장애와 경계성 성격장애를 예를 들어 설명하면 다음과 같다.

행동장애는 청소년자살과 성인의 반사회적 성격장애의 주요 위험요인으로 알려져 있다. 행동장애는 자살 및 자살시도와 모두 밀접한 연관이 있는데 이것은 남자 청소년 자살희생자들에게 더 공통적으로 나타나는 현상이다. 행동장애는 주로 정서장애, 약물 남용, 경계성 성격장애와 관련되어 나타나고, 관련이 강할수록 자살시도의 횟수와 치명성이 더해간다.

청소년에게 있어서 경계성 성격장애가 어떻게 나타나는지에 대해서 아직 잘 알려지지 않았지만 자살 시도 청소년과의 관계에 대해서는 흥미 있는 연구가 있다. 프리드만(Friedman 외. 1982)은 경계성 성격장애와 기타 정서장애를 가진 청소년들이 가장 자살을 많이 한다고 보고하고 있다.

나. 약물사용

청소년의 약물사용과 자살생각(suicidal ideation), 자살 시도(suicidal attempt), 자살은 서로 밀접한 관련이 있는 것으로 나타나고 있다(Crumley. 1990).

약물사용은 사회적 소외, 우울, 낮은 자존감, 학교나 직장에서의 기회상실, 가족이나 친구로부터의 소외로 이끌게 된다(Deykin & Buka. 1994 ; Workman & Beer. 1990). 또한 약물사용은 스트레스를 일으켜 개인을 자살행동으로 이끌기도 한다(Moscicki. 1995). 약물사용은 학교에서 퇴학을 당하거나 인간관계의 갈등을 일으켜 개인에게 위기를 가져오는데 이것은 자살행동을 예측해주는 행동이다(Deykin & Buka. 1994). 즉 청소년의 약물남용은 직접 혹은 간접적으로 자살에 영향을 미친다는 것이다.

데이킨과 부카(Deykin & Buka. 1994)에 의하면 15-19세의 약물남용 청소년 중에서 남자 청소년의 31%와 여자 청소년의 75%가 자살생각을 한 경험이 있고, 남자 청소년의 28%와 여자 청소년의 61%가 자살시도를 한 것으로 나타나고 있다. 셰퍼(Shaffer 외. 1996)와 마투넨(Marttunen 외. 1991)에 의하면 자살한 여자 청소년의 12-44%와 남자 청소년의 27-42%가 약물남용 장애라고 진단할 수 있는 수준에 있었다.

청소년의 자살과 약물남용의 관계를 제시하면 다음의 <표 III-8>와 같다.

<표 III-8> 청소년의 자살과 약물남용의 관계

청소년의 자살과 약물남용의 관계	
청소년 중 심한 약물사용자	· 일반 청소년보다 4배의 자살율
청소년 자살시도자	· 10배의 약물남용율 · 자살시도 전 30%가 음주
청소년 자살자	· 70%가 약물을 자주 이용했음 · 50%가 사망시 혈관에 알콜포함 · 75%가 약물남용장애의 기준에 적합
청소년 정신질환자	· 자살과 약물남용과 관련

M.A. Schuckit & J. Schuckit(1991)

한편 자살한 청소년들은 약물남용의 문제뿐 아니라 정신장애와 성격장애를 가지는 것으로 나타나고 있다. 셰퍼에 따르면 자살한 청소년의 약 61%는 임상적으로 심각한 기분장애를 가지고 있었고 35%는 약물남용장애를 가지고 있었다. 그러나 이러한

성격장애나 정신장애와 상관없이 약물남용은 청소년의 자살과 관련이 있다는 연구결과들이 있다(Borges 외, 2000 ; Wagner 외, 1996). 커틀러(Cutler 외, 2001)는 청소년의 건강에 대한 전국적 종단적 연구에서 우울의 영향을 통제한 후에도 약물사용이 자살시도의 중요한 예측변인이라는 것을 밝혀냈다.

이제까지의 선행연구에서는 약물사용이나 남용이 청소년의 자살과 관련이 있다는 상관연구가 대부분이었으나 마르코비츠(Markowitz 외, 2002)는 약물사용이 자살생각과 시도의 원인이라는 것을 밝혀냈다.

약물남용이 청소년 자살의 원인임에는 분명하지만 약물남용과 정신건강의 문제를 동시에 가진 청소년들은 자살의 위험이 더욱 높다(Brent 외, 1993).

(2) 통계적 경향성

가. 1990-2000년까지 미국 청소년의 자살율

미국 청소년의 자살 통계를 15-24세를 중심으로 1900년부터 2000년까지 100여년간을 살펴보면 다음과 같다. 1900년부터 1990년대 초반까지 인구 십만 명 당 15-24세 청소년의 자살율은 10명 미만에서 증감을 되풀이 하다가 1950년대 후반부터 계속 증가하는 추세를 보인 결과, 1970년대에 들어서면서 인구 십만 명 당 15-24세 청소년의 자살율이 10 명을 넘어서게 되었다(Kirk, 1993 ; Stillion & McDowell, 1996). 이것을 전체 인구의 자살율과 비교해 보면, 1900년부터 1970년대 중반까지는 전체 인구의 자살율이 15-24세 청소년의 자살율보다 높았으나 1970년대 중반부터는 이 두 집단의 자살율이 비슷하다가 1980년대 중반부터는

15-24세의 청소년의 자살율이 더 높은 것으로 나타나고 있다. 이것은 1980년대 중반부터 청소년의 자살이 과거보다 더 심각한 사회문제가 되었다는 것을 의미한다.

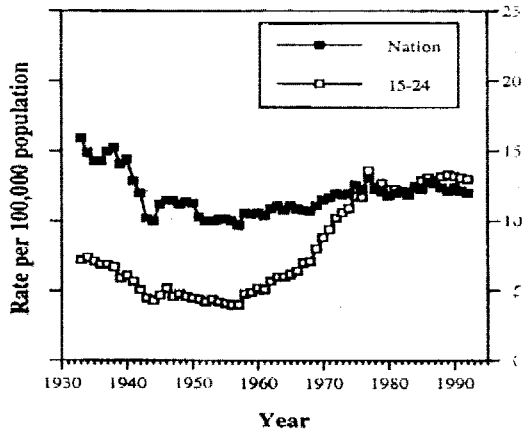
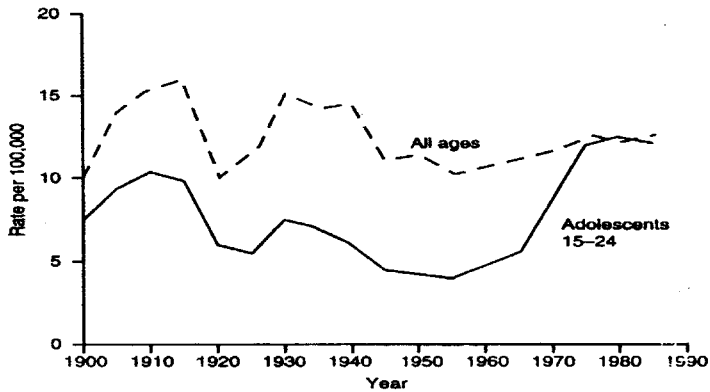


FIGURE 4.1 U.S. suicide rates 1932-1992 for the nation and for those aged to 24.

Source: Generated by John L. McIntosh, Ph.D., professor of psychology, Indiana University South Bend, based on annual data published by the National Center for Health Statistics

McIntosh(2001a)에서 직접 인용함.

[그림 III-1] 미국 청소년의 자살 통계

한편 1990년대의 미국사회에서 15-24세 청소년의 자살을 변화과정을 살펴보면 다음의 <표 III-9>와 같다.

<표 III-9> 1990년-2000년 15-24세 청소년의 자살율

연도	100,000만 명당 자살율
1990	13.2
1991	13.1
1992	13.0
1993	13.5
1994	13.8
1995	13.3
1996	12.0
1997	11.4
1998	11.1
1999	10.3
2000	10.1

McIntosh(2001a)

(십만 명당 자살율 = 각 연령집단별 자살 수/집단의 인구수 x 100,000)

1990-2000년 동안 미국 청소년의 자살율을 살펴보면 1994년 인구 십만 명당 13.8 명을 정점으로 하여 감소하는 추세를 보이고 있다. 물론 1999년부터 사망원인을 분류하는 방법이 달라졌기 때문에 통계로 본 미국 청소년의 자살율이 감소하고 있다는 것을 믿기 어렵다는 주장도 있으나 1990년부터 1998년까지 만을 고려한다 하더라도 미국 청소년의 자살율이 감소추세에 있다는 것을 알 수 있다. 뿐만 아니라 사망원인 분류방법이 1998년까지 ICD-9(International Classification of Diseases)을 사용하다가 ICD-10을 사용하고 있는데 이로 인한 자살율에는 영향이 별로 없는 것으로 나타났다(McIntosh, 2001b). 이로 미루어볼 때 미국에서는 청소년의 자살율이 점차 감소하고 있다는 것을 알 수 있

다. 15-24세 청소년의 자살율이 감소하고 있기는 하지만 여전히 전체 인구의 자살율보다는 높은 것으로 나타나고 있다. 이것은 청소년의 자살율이 감소하고 있기는 하지만 여전히 심각한 고려의 대상이라는 것을 의미한다.

나. 성별 및 인종별 청소년의 자살율

1999년의 자료를 가지고 성별 및 인종별 자살율을 살펴보면 다음의 <표 III-10>과 같다.

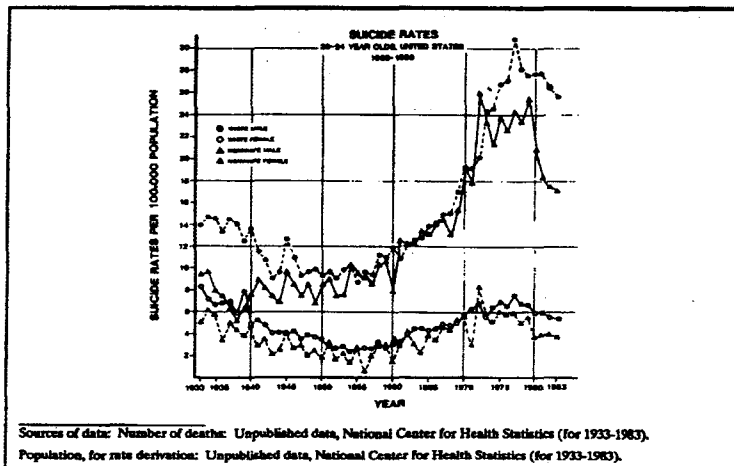
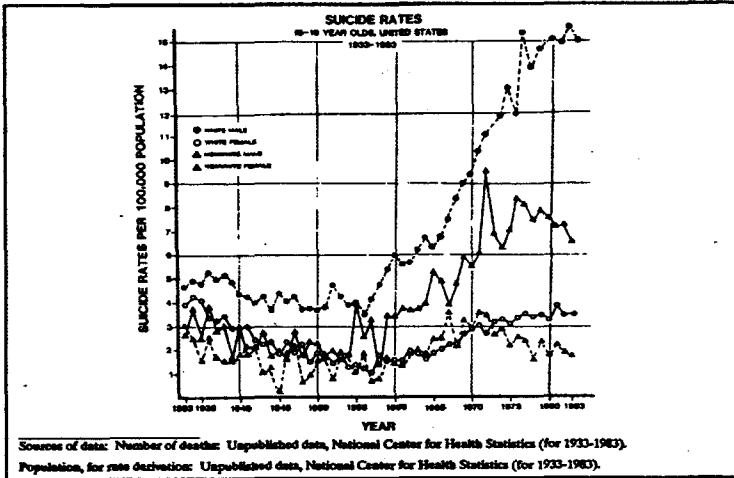
<표 III-10>에 따르면 여자 청소년보다는 남자 청소년의 자살율이 높고, 15-19세의 청소년보다는 20-24세의 청소년의 자살율이 높고, 흑인이나 아시안 청소년보다는 백인 청소년의 자살율이 높은 것으로 나타나고 있다.

<표 III-10> 성별 및 인종별 청소년의 자살율

변인	명	인구 십만 명당 비율
남자 청소년		
15-19세	1,347	13.3
20-24세	1,979	21.6
여자 청소년		
15-19세	268	2.8
20-24세	307	3.5
백인 청소년		
15-19세	1,344	8.6
20-24세	1,875	13.1
흑인 청소년		
15-19세	179	5.9
20-24세	291	10.8
아시안 청소년		
15-19세	40	4.9
20-24세	77	10.0

Minino & Smith(2001)

연령별 및 인종별 청소년의 자살율을 1933년부터 1983년까지 50년간을 15-19세 집단과 20-24세 집단으로 나누어 살펴보면 다음의 그림과 같다.



[그림 III-2] 연령별 및 인종별 청소년의 자살율

지난 50년간 15-19세 청소년과 20-24세 청소년의 자살율을 성별과 인종별로 보면 두 집단 모두 여자 청소년보다는 남자 청소년의 자살율이 높고, 비백인계 청소년보다는 백인청소년의 자살율이 높은 것으로 나타났다. 이것은 1999년 자료와 비교해 보아도 큰 차이가 없는 것이다. 단지 주목할 것은 여자 청소년은 연령이나 인종에 상관없이 과거부터 비교적 자살율이 안정적이지만 백인 청소년의 자살율과 20-24세 집단의 흑인청소년의 자살율은 급격히 증가하고 있다는 것이다.

다. 각 주별 청소년의 자살율

미국의 각 주별로 15-24세 청소년의 자살율을 살펴보면 다음의 <표 III-11>과 같다.

<표 III-11> 미국 주 단위 15-24세 청소년의 자살율

Table 1.4 Rates of Suicide (per 100,000) by State for 15-24 Year Age Group (1980)

8.6-12.1	12.2-15.7	15.8-19.3	19.4-22.9	23.0-26.5
Hawaii	Delaware	Florida	North Dakota	New Mexico
Nebraska	Texas	Colorado	Wyoming	Alaska
Maryland	Louisiana	Arizona		Nevada
Iowa	Washington	Montana		
New Jersey	California	Oregon		
Arkansas	Idaho	Vermont		
Illinois	Utah			
Indiana	South Dakota			
Kentucky	Minnesota			
Tennessee	Kansas			
North Carolina	Missouri			
Michigan	Oklahoma			
South Carolina	Ohio			
Georgia	Pennsylvania			
Alabama	West Virginia			
Mississippi	Virginia			
New York	Maine			
District of Columbia	Wisconsin			
Massachusetts				
Rhode Island				
Connecticut				
New Hampshire				

Note. From *Youth Suicide in the United States, 1970-1980* (p. 22) by the Centers for Disease Control, 1986, Atlanta: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.

<표 III-11>에 의하면, 청소년의 자살율이 특히 높은 주는 뉴멕시코, 알래스카, 네바다인 것으로 나타나고 있고 노스 다코다와 와이오밍주 청소년의 자살율도 높은 편이라고 할 수 있다. 반면에 청소년의 자살율이 낮은 주는 하와이, 네브라스카, 메릴랜드, 아이오와, 뉴저지, 알칸사스, 일리노이, 인디애나, 켄터키, 테네시, 노스 캐롤라이나, 미시간, 사우스 캐롤라이나, 조지아, 알라바마, 미시시피, 뉴욕, 워싱턴 DC, 매사추세츠, 로드 아일랜드, 코네티컷, 뉴햄프셔 등 22개 주이다.

(3) 자살 예방정책

가. 자살예방정책의 흐름⁸⁾

① 자살예방정책에 영향을 준 사건

미국의 자살예방정책은 1958년과 1999년에 획기적인 변화가 있었다. 1958년에는 로스엔젤레스에 자살예방센터(Los Angeles Suicide Prevention Center, LASPC)가 처음으로 개설되었다(Wallace, 2001). 자살예방센터(LASPC) 이전에도 미국에 자살예방에 관한 기관이 있었다고 할 수는 있으나 그것들은 대부분 비전문가에 의해서 운영되는 것들이 대부분이었기 때문에 로스엔젤레스에 개설된 이 자살예방센터는 미국 최초의 전문적인 기관이라고 할 수 있다. 자살예방센터(LASPC)는 국립정신건강연구소(National Institute of Mental Health)에서 지원을 받은 두 심리학자인 슈나이드맨(Shneidman)과 파버로우(Farberow)가 클리

8) 이 부분은 www.mentalhealth.org/suicideprevention/calltoaction.asp와 www.mentalhealth.org/publications/allpubs/SMA01-3518/default.asp의 내용에 근거하여 정리한 것임.

닉 서비스와 공중건강 프로그램을 지역사회 주민에게 제공하고 자살에 관한 연구를 하기 위해서 세워졌다. 자살예방센터의 설립은 미국사회에서 자살을 사회문제라고 인식하기 시작했다는 것을 의미한다.

90년대에 들어서면서 미국에서는 자살이 매우 심각한 공중건강문제라는 견해가 강해지기 시작했다. 1999년도에 자살은 미국인의 사망원인 중 11번째이고, 15-24세 청소년의 사망원인으로는 3번째였다(McIntosh, 2001a). 1997년에는 30,000여 명의 미국인이 자살한 것으로 나타난 반면 19,000여 명의 미국인이 다른 사람에 의해서 살해된 것으로 나타나고 있다(Meckler, 1999). 자살자의 수가 타살자의 수보다 많다는 것은 일반인들이 생각했던 것과는 매우 상반되는 것으로 자살이 심각한 공중건강문제로 받아들여질 수밖에 없는 실정이 되었다. 더욱이 이보다 많은 사람들이 자살을 시도한 결과 응급실로 실려간다는 것을 감안한다면 이는 자살에 대해서 강력한 대처가 요구되는 심각한 문제가 아닐 수 없다.

자살은 대체로 정신건강문제나 약물사용자들에게 나타나는 것으로 알려져 있고, 주변사람들에게 정신적인 충격을 주고 있다. 그러므로 정부에서는 자살을 심각한 공중건강문제로 규정하고 자살을 예방하기 위해서 국가적인 정책을 수립해야만 한다는 분위기가 조성되고 있었다. 이러한 현실에 부응하기 위해 1999년 보건복지부장관인 데이비드 사처(David Satcher)는 “Call to action”을 발표하기에 이르렀다. 데이비드 사처는 자살을 이슈화하여 정신건강의 문제로 규정한 최초의 보건복지부장관이다. 뿐만 아니라 그 당시 부통령의 부인이었던 티퍼 고어(Tipper Gore)는 “자살이 국가적인 비극이며 정부차원의 리더십이 요구되는 공중건강 문제”라면서 적극적으로 이 운동에 참가하였다.

1999년 국가적 차원의 자살예방 전략(National Strategy for Suicide Prevention : NSSP)이 탄생하게 된 배경에는 이 외에도 1996년 개최되었던 WHO 회의와 1998년 네바다 주 리노(Reno, Nevada)에서 열렸던 자살예방 회의도 큰 역할을 했다. WHO 회의 결과, 미국에서는 국가적 차원의 자살예방 전략을 수립하기 위해서 여러 기관들이 파트너십을 형성하게 되었다. 여기에 속한 기관들로는 The U.S. Department of Health and Human Services, The Centers for Disease Control and Prevention(CDC), The Health Resources and Services Administration(HRSA), The Indian Health Service(IHS), The National Institute of Mental Services Administration(SAMHSA), The Suicide Prevention Advocacy Network(SPAN) 등이 있다(www.mentalhealth.org).

1998년에 열렸던 자살예방 회의에는 학자, 건강 및 정신건강 전문가, 정책입안자, 자살 생존자, 지역사회 지도자 등이 참가했다. 그들은 자살에 관해 알려진 것과 알려지지 않은 것에 대해 세밀한 분석을 하고, 자살예방을 위한 공중건강 모델을 제시하였다.

② AIM(Awareness, Intervention, and Methodology)

“Call to Action”에서는 자살예방과 관련하여 15개의 안을 제시하였는데, 이것은 자살을 감소시키기 위한 국가적 차원의 협력을 의미하는 것이고, 인간의 전 생애에 나타나는 자살을 예방하기 위한 것이었다.

이 15개의 제안은 AIM이라고 불리는데 이것은 국가적 차원에서 자살 예방정책을 위한 필수적인 단계들을 형성하고 있다. 즉, AIM은 이 정책에 기초를 제공한다는 것이다.

AIM을 소개하면 다음과 같다.

Awareness : 자살과 자살의 위험요인에 대한 일반인의 자각을 확장시킴

- 자살은 공중건강 문제이고 많은 자살이 예방될 수 있다는 것을 일반인들이 자각할 수 있도록 함
- 자살에 대한 자각을 확장시키고 지역사회에서 실시하는 자살예방 프로그램, 정신건강과 약물남용의 측정과 치료 프로그램에 대한 정보를 제공함
- 정신건강, 약물남용, 자살과 관련된 위험을 감소시킬 수 있는 전략을 개발하고 실시하며 이러한 문제를 도울 수 있는 기관이나 전문가를 찾음

Intervention : 인구별/기관별 서비스와 프로그램을 향상시킴

- 국가적 차원의 자살예방전략을 완성하는데 필요한 공적 및 사적 기관의 협력을 확장함
- 초기 담당자가 자살과 관련된 우울, 약물남용, 다른 주요 정신병을 치료하고 인지하는 능력을 향상시키도록 함. 필요할 때는 전문가에게 의뢰하도록 함
- 정신건강문제나 약물남용의 문제를 가진 사람이 보험으로 치료를 받을 수 있도록 함
- 모든 정신건강, 약물남용 등의 전문가(교사, 교정전문가, 사회복지사 등을 포함)가 자살 위험을 측정하고, 인지하고, 치료하고 관리할 수 있도록 훈련시킴
- 위험집단의 가족들을 위하여 효과적인 훈련 프로그램을 개발하고 실시함
- 스트레스를 받고 있는 청소년들을 위하여 교육현장에서 효과적이고 안전한 프로그램을 개발하고 실시함
- 학교나 직장 등을 지역사회의 자살예방 및 치료기관으로

이용함

- 미디어에서 정신건강과 약물남용, 예방과 치료에 대한 것을 포함한 자살과 자살관련 위험요소에 대해서 정확하게 묘사하도록 함

Methodology : 자살예방과학을 진전시킴

- 자살의 위험요인과 보호요인, 그들의 상호작용, 그들이 자살에 미치는 영향에 대한 연구를 장려함. 또한 효과적인 자살예방 프로그램, 치료 등에 대한 연구도 장려함

- 자살예방 프로그램을 평가하는 과학적인 전략을 개발하고 평가요소가 모든 자살예방 프로그램에 포함되도록 함

- 자살에 대한 감독을 증가시키기 위해 연방, 지역, 주 차원의 공중건강 기관간 협력을 증진시킴

- 치명적인 자살 수단에 쉽게 접근하는 것을 막기 위한 새로운 예방 테크놀로지의 개발과 평가를 장려함

한 편, “Call to Action” 프로그램에서는 특별히 청소년에 대한 배려를 하였다. 청소년들 사이에서 약물남용과 자살의 비율이 주마다 증가하고 있다는 것을 인지하고, 각 주의 공중건강 책임자와 지역의 건강행정가가 각 주의 청소년 자살, 약물사용, 우울 예방 연합책을 형성하기 위해 대표단을 만들었다. 이 대표단의 구성원들은 자살 생존자, 교육가, 사회서비스 기관, 종교단체, 상점, 4-H 프로그램, 학교 심리학자, 아동 정신과의사, 교사-학부모 모임의 구성원, 약물남용 치료 상담가, 공무원, 청소년범죄관련 전문가 등을 포함하는 지역사회 대표자들인데 여기에서는 청소년위원회도 만들었다.

청소년의 약물남용, 우울증, 자살에 관한 주 차원의 정보를

수집하고, 학교에서 이들을 찾아내고, 의뢰하고, 프로그램을 실시하는 것에 관한 정보를 수집한 후에 자살예방계획을 개발하기 위한 연구위원회를 형성하고, 각 주의 여러 전문기관에서 모델계획을 연구하였다. 또한 지역사회의 사업가들이 위험 청소년을 찾아서 도와주는데 필요한 교육과정 가이드나 모델계획을 실시하는데 필요한 자금을 제공했으며, 학교에서는 계획을 채택해서 실시하고 그 결과를 검증했다. 연구결과에 의해서 모델계획이 수정되고 이것이 자살 위험에 있는 청소년을 돕는데 효과적이 되도록 했다.

③ 국가적 차원의 자살예방전략(NSSP)

AIM을 토대로 수립된 미국의 국가적 차원에서 마련된 자살 예방 전략을 살펴보면 다음과 같다. NSSP는 11개의 목적과 68개의 목표를 가지고 있는데 다음 단계는 각각의 목표에 해당하는 구체적인 활동을 계획하는 것이다. 그리고 극히 일부를 제외하고는 2005년까지 목표를 달성하는 것으로 되어있다.

Awareness

목적 1 : 자살은 예방 가능한 공중건강의 문제라는 자각을 증진시킨다.

목표 1.1 : 공중건강 캠페인을 벌인다.

목표 1.2 : 자살과 자살예방에 관한 회의를 후원한다.

목표 1.3 : 포럼을 조직한다.

목표 1.4 : 인터넷으로 정보를 전파한다.

목적 2 : 자살예방을 위한 다양한 지원을 한다.

목표 2.1 : 협력을 증진시키고 국가적 전략의 실시를 확실히

게 하기 위해서 연방차원의 위원회를 구성한다.

목표 2.2 : 국가적 전략의 실시예 공헌할 공적 및 사적 파트너십을 확립한다.

목표 2.3 : 자신이 지금 하고 있는 일과 자살예방활동을 같이 할 전문가, 자원봉사자, 기관들의 수를 증가시킨다.

목표 2.4 : 자살예방 정책을 펴고 있는 종교단체의 수를 증가시킨다.

목적 3 : 정신건강, 약물남용, 자살예방 서비스와 관련하여 위험요인을 감소시키는 전략을 개발하고 실시한다.

목표 3.1 : 정신건강의 문제를 가진 사람이 적절한 치료를 받을 수 있도록 한다.

목표 3.2 : 정신병이나 약물남용을 신체적인 질병과 동일한 것으로 인식하도록 하여 이런 문제로 치료받는 사람들을 기본적인 건강치료를 받는 것으로 생각하도록 한다.

Intervention

목적 4 : 자살예방 프로그램을 개발하고 실시한다.

목표 4.1 : 자살예방 계획을 가진 주의 비율을 증가시킨다.

목표 4.2 : 학교, 직장, 교정기관, 가족, 청소년, 지역사회 서비스 프로그램에서 효과가 입증된 자살예방 프로그램의 수를 증가시킨다.

목표 4.3 : 각 주에서 자살예방 프로그램의 실시와 평가를 할 수 있도록 지원 센터를 둔다.

목적 5 : 치명적인 자해 수단과 방법에 접근하는 것을 제한하는 노력을 한다.

목표 5.1 : 건강관련 전문가들에게 집에 있는 치명적인 자해 수단과 자살의 위험을 감소시킬 수 있는 행동을 교육한다.

목표 5.2 : 치명적인 자해수단에 접근하는 것을 제한하도록 고안된 일반인 대상의 한 정보 캠페인을 벌인다.

목표 5.3 : 총기로부터 안전할 수 있는 방법을 개발한다.

목표 5.4 : 자살을 예방하는 새로운 테크놀로지의 개발을 지원한다.

목적 6 : 위험행동의 인지와 효과적인 치료를 위한 훈련을 실시한다.

목표 6.1 : 간호사, 내과 의사 보조원, 내과 의사, 사회복지사, 심리학자, 상담가에 대한 교육을 강화한다.

목표 6.2 : 성직자, 교사와 교직원, 교정전문가, 변호사에게 어떻게 자살의 위험이 있는 사람을 발견하고 대처해야 하는지를 훈련시킨다.

목표 6.3 : 자살의 위험이 높은 사람의 가족구성원에게 교육 프로그램을 제공한다.

목적 7 : 효과적인 임상적 및 전문적 실재를 개발한다.

목표 7.1 : 자살의 위험을 측정하도록 되어있는 병원의 응급실, 약물남용 치료센터, 정신건강 전문치료센터와 같은 기관의 절차와 정책을 바꾼다.

목표 7.2 : 초기 단계에서 자살의 위험을 감지할 수 있도록 협력한다.

목표 7.3 : 자살 생존자에게 서비스를 제공하는 사람들이 그들의 독특한 요구에 부응할 수 있도록 훈련받도록 한다.

목표 7.4 : 정서장애를 가진 사람들이 치료받도록 한다.

목표 7.5 : 정신적 고통, 성폭력, 신체학대를 받아 응급실에서 치료받은 경험이 있는 사람들은 정신건강 서비스를 받도록 한다.

목표 7.6 : 정신건강이나 약물남용 문제로 치료를 받은 사람들 중에서 자살의 위험이 있는 사람의 가족이나 친지는 교육을 받도록 한다.

목적 8 : 지역사회에서 정신건강이나 약물남용 서비스 기관과 연관을 맺도록 한다.

목표 8.1 : 다른 신체건강 치료와 마찬가지로 정신건강과 약물남용 치료를 커버하는 건강보험을 요구하는 주 의 숫자를 증가시킨다.

목표 8.2 : 보험계획에서 자살위험에 대한 가이드라인을 제공한다.

목표 8.3 : 위험집단에 대한 정신건강과 자살예방을 건강 및 사회 서비스 아웃리치 프로그램에 통합시킨다.

목표 8.4 : 학교와 교정기관에 서비스제공 기관에 대한 안내와 더불어 스크리닝 가이드라인을 제공한다.

목표 8.5 : 자살생존자와 가까운 사람들에게 대한 지원 프로그램을 실시한다.

목적 9 : 자살, 정신질환, 그리고 약물남용에 대해서 미디어에서 소개한다.

- 목표 9.1 : 텔레비전과 영화에서 자살과 정신질환에 대해서 책임 있게 제시하는 것을 감독할 공적 및 사적 집단을 구성한다.
- 목표 9.2 : 제안된 가이드라인을 따라 자살과 정신질환을 묘사하는 텔레비전 프로그램, 영화, 뉴스의 수를 증가시킨다.
- 목표 9.3: 교육과정에서 정신건강과 자살을 제대로 설명하는 저널리즘 학교의 수를 증가시킨다.

Methodology

- 목적 10 : 자살과 자살예방에 대한 연구를 증진하고 지원한다.
- 목표 10.1 : 국가적인 자살연구 계획을 마련한다.
- 목표 10.2 : 자살예방 연구를 위한 연구비를 증가시킨다.
- 목표 10.3 : 자살예방 프로그램을 평가한다.
- 목표 10.4 : 자살예방에 효과적인 프로그램은 등록을 하도록 한다.
- 목적 11 : 감시체제를 확장하고 향상시킨다.
- 목표 11.1 : 사망확인에 대한 표준화된 절차를 개발하고 실시한다.
- 목표 11.2 : 자살 이전에 대한 연구를 실시한다.
- 목표 11.3 : 부상에 대한 외부요인을 코드화하는 병원의 수를 증가시킨다.
- 목표 11.4 : 전국적 표본을 대상으로 하는 자살 조사연구의 수를 증가시킨다.

목표 11.5 : 자살을 포함하는 국가차원의 폭력사망보고 체계를 확립한다.

목표 11.6 : 매년 자살통계를 내는 주의 수를 증가시킨다.

목표 11.7 : 다양하고 독특한 자료로부터 자기파괴적 행동에 대한 정보를 연관짓고 분석하는 예비 프로젝트를 지원한다.

NSSP는 국가적 차원의 자살예방에 대한 틀을 만들어낸 것이다. 이것은 집단과 개인들이 함께 힘을 합하여 일하도록 고안되었다. 자살예방을 폭넓게 지원하고 협력하여 일할수록 자살예방이 성공할 확률은 크다고 할 수 있다. 자살이 문제이고, 예방할 수 있는 방법을 알고, 개인과 집단이 예방을 위하여 중요한 역할을 할 수 있다는 것을 일반 대중이 이해하도록 하면 자살은 감소될 수 있다.

이 국가적 전략은 광범위하기 때문에 개인이나 집단이 그들의 상황에 맞게 목표나 활동들을 선택할 수 있도록 되어 있다. 이 계획의 목표는 다른 집단에게 많은 역할을 제시하고 있다. 건강전문가, 경찰, 변호사, 교육가, 그리고 성직자와 같이 다양한 직업을 가진 개인들은 계획을 실시하는데 참가할 필요가 있다. 지역사회집단, 종교단체, 그리고 학교와 같은 기관에서는 나름대로의 역할이 있다.

나. 청소년 자살예방 프로그램⁹⁾

지금까지 실시된 청소년 자살예방 프로그램은 수없이 많으나 그 중에서 비교적 성공적이라고 알려진 프로그램을 일부 소개하면 다음과 같다. 우선 1998년 이전의 프로그램 중에서 ‘School Gatekeeper Training’, ‘Community Gatekeeper Training’, ‘General Suicide Education’, ‘Screening Programs’, ‘Peer Support Programs’, ‘Crisis Centers and Hotlines’, ‘Means Restriction’, ‘Intervention After a Suicide’ 등의 8개 프로그램을 간단히 설명하고 최근의 프로그램인 ‘Counselors-CARE (C-CARE)’와 ‘Coping and Support Training(CAST)’ 등에 대해 소개하고자 한다.

‘School Gatekeeper Training’은 교사, 학교 상담가, 코치 등과 같은 교직원들을 대상으로 그들이 자살의 위험에 처해있는 학생들을 발견하고 이들을 전문가에게 의뢰하는 것을 돕도록 개발된 것이다. 이 프로그램에서는 또한 비극적인 죽음이나 학교에서 발생할 수 있는 다른 위험에 어떻게 대처하는지에 대해서도 교직원들에게 가르친다.

‘Community Gatekeeper Training’은 성직자, 경찰관, 상인, 레크레이션 지도자 등과 같은 지역사회 구성원들을 훈련시키는 것이다. 이 프로그램은 지역사회 구성원들이 자살위험이 있는 청소년들을 발견하고, 그들이 도움을 받을 수 있도록 전문가에게 의뢰하는 것을 돕도록 되어 있다.

‘General Suicide Education’은 학교 프로그램으로 학생들에게 자살에 대한 사실을 제공하고, 자살경고 사인을 주목하게 하

9) 이 부분은 www.prevention.psu.edu/CCARE.htm의 내용에 근거해서 정리하여 제시한 것임.

고, 자신이나 다른 사람들을 위하여 어떻게 도움을 청할 수 있는지에 대한 정보를 제공한다. 이 프로그램은 다양한 자긍심 혹은 사회적 유능감 개발 활동과 종종 연계하여 실시된다.

‘Screening Programs’는 자살위험이 있는 청소년들을 발견하기 위하여 철저한 검사를 실시하고 치료를 제공하는 것이다.

‘Peer Support Programs’는 학교나 학교 밖에서 실시할 수 있는 것으로 자살위험이 많은 청소년들에게 자살을 예방하는 방법으로 또래관계, 유능감, 사회적 기술을 증진시키도록 고안된 것이다.

‘Crisis Centers and Hotlines’는 자살을 시도하려는 사람들에게 비상 상담을 제공하는 것이 원래 목적이다. 전화는 주로 훈련된 자원봉사자들이 받도록 되어 있다. 어떤 프로그램에서는 정신 건강 서비스를 받도록 의뢰해주기도 한다.

‘Means Restriction’은 총기, 약물, 그리고 다른 자살수단으로의 접근을 제한하는 활동들로 구성되어 있다.

‘Intervention After a Suicide’는 지역사회에서 발생한 청소년의 자살에 의해서 일어날 수 있는 위기에 대처하기 위해서 개발된 것이다. 이 프로그램은 부분적으로는 동조자살을 예방하고 청소년들이 또래의 자살이나 죽음으로 인한 상실감을 효과적으로 대처하도록 개발된 것이다.

한 편, 최근에 개발된 청소년대상 자살예방 프로그램으로는 ‘Counselors CARE(C-CARE)’와 ‘Coping and Supporting Training(CAST)’이 있다. 이들은 모두 자살위험 행동에 영향을 미치는 개인과 가족이 강력한 힘을 발휘하도록 고안된 것이다. 이 프로그램들의 이론적 배경은 사회적 지지, 사회학습이론, 사회영향 모델에 근거하고 있다.

‘Counselors CARE(C-CARE)’는 자살관련 위험요인과 보호

요인을 검사하는 2시간용 컴퓨터 검사로 감정이입과 지원을 제공해주도록 고안된 짧은 프로그램이다. 여기에서는 청소년의 사회적 네트워크를 학교와 가정의 성인과 연결시켜주고, 긍정적 대처기술과 도움요청 행동을 개발하도록 해주고 있다. 이 프로그램은 학교에서 특별히 훈련받은 전문가에 의해서 실시되도록 되어 있으며, 총 3시간 반에서 4시간 정도의 시간이 소요된다.

‘Coping and Supporting Training(CAST)’은 학교에서 6주 동안 일주일에 두 번씩 총 12번의 세션으로 이루어진 생활기술 훈련으로서 소집단으로 운영되고 있다. 대부분의 집단은 6-7 명의 학생들로 이루어져 있고, 특별하게 훈련된 집단지도자에 의해서 운영되고 있다. 세션의 내용은 집단의 지원을 받도록 하는 것, 학생들이 문제해결을 하도록 돕는 것, 분노조절, 자신의 진전을 인식하는 능력을 강화하는 것, 자긍심을 형성하는 것 등이다.

4) 프랑스의 청소년 자살¹⁰⁾

(1) 개관

19세기 초반부터 심리적 관점에서 자살을 다루기 시작한 프랑스에서는 1897년 근대 사회학의 효시라고 일컬어지는 뒤르카임의 <자살론>의 출간으로 자살 연구에 사회학적 관점을 최초로 도입하였다. 그 이후 자살은 종교, 도덕, 철학 혹은 법률적 관심사 뿐만 아니라 사회과학적 관심의 대상이 되었다. 그러나 최근의 자살과 관련된 연구는 심리학적, 정신 분석적 접근 혹은 실

10) 이 부분은 한경애(스트라스부르그 대학) 박사에게 집필 의뢰한 것임.

용적 차원의 사회통계학적 접근이 대다수이며 간혹 문화적 접근이 눈에 띈 뿐이다.¹¹⁾ 그렇다고 해서 프랑스에서의 자살관련 연구가 개인의 심리적 문제이거나 통계수치로만 끝나는 것은 결코 아니다. 이것은 1993년도 7월의 프랑스 국회 경제사회위원회 보고서를 볼 때 자명하다.¹²⁾

1992년 국회 경제사회위원회는 자살은 매스 미디어나 공공기관이 인정하는 다른 어떤 행동보다도 사회적 위험요소라는 보고서를 제출하였다. 그 다음해인 1993년, 이 위원회는 죽음을 유일한 해결책으로 삼는 개인의 삶에 대해 공적 차원의 대응책이 필요하다는 결론을 내린다. 이 보고서는 다음과 같은 말로 시작한다: "나는 이해하고자 한다(Je cherche à comprendre)." 이 말은 경제 스캔들 앞에서 자살로 생을 마감한 전 수상 피에르 베레고부아의 장례식에서 프랑수아 미테랑 당시 대통령이 인용한, 자크 모노의 말이다. 노벨 생화학상 수상자이면서 삶의 우연성에 대한 철학적 기반까지 질문을 던지는 학자인 자크 모노의 말은 자살 연구에 있어 큰 울림을 남긴다: 자살에 대해 우리는 무엇을 이해할 수 있는가?

죽은 사람 앞에서 산 사람의 '이해'는 행동으로만 말해진다는 것을 프랑스의 자살 관련 정책실행을 통해서 알 수 있다. 1994년 고위 공공건강위원회 (Haut comité de santé publique)는 자살을

11) Adam Kiss(1999). *Suicide et Culture*. L'Harmattan. Paris.

이 책은 기본적으로는 정신분석학적 관점에서 다양한 종교 문화권에서의 자살과 서양과 동양의 자살에 대한 시각에 대한 인류학적 접근, 사회 변동 과정에서의 자살 등에 대한 연구를 다뤘으며 비교문화적 관점에서 자살을 재정의 하려는 시도를 볼 수 있다.

12) Le conseil économique et social(1993). *Le Suicide*. séance du 6 juillet. Paris. France.

본 연구의 기본 자료는 이 보고서를 바탕으로 함을 밝힌다.

국민 건강 문제의 최우선 해결 과제 중 하나로 선택했다. 이에 따라 지방 및 국가 건강 협의회 (Conférence Régionale de Santé et Conférence Nationale de Santé)에서도 자살과 우울증에 대처하는 프로그램 개발 및 수행을 주요 실행과제로 채택했다. 1998년 건강부 장관은 청소년과 청년층을 주 대상으로 삼는 국가적 차원의 자살 방지 프로그램의 제정을 선포하였다. 이러한 신속한 움직임은 자살을 개인, 심리적 현상으로 뿐만 아니라 여러 전문분야를 망라하는 다각적인 접근이 필요한 사회적 문제로 파악했기 때문에 가능한 것이었다.

(2) 자살 - 사회적 현상

프랑스에서 자살은 오랜 동안 자기 자신에 대한 상해, 즉 위법적 행위라는 법적 관점에서 다루어져왔다. 그 다음에는 사회적 소외의 결과라는 의견이 지배적이었다. 근래에 들어서 자살은 철학적이거나 사회학적 혹은 의학적으로 큰 관심을 끄는 주제는 아니었다. 자살을 사회적 현상으로 분석한 뒤르카임의 모국에서 국회 창설 50여 년 만에 처음으로 이 문제를 사회적 문제로 다뤘다는 것은 일견 아이러니로 느껴질 수도 있다. 하지만 이것은 자살에 대해 프랑스인 뿐만이 아닌 모든 사람들이 느끼는 불편함을 드러낸다. 자살은 지극히 개인적인 수준에서 이루어지지만, 그 행위는 개인의 차원에서 끝나는 것이 아니기 때문이다.

자살, 특히 청소년의 자살은 가족, 의료진, 법 집행자는 물론 매스미디어를 통해서 그 소식을 접하는 모든 사람들을 불편하게 만든다. 통계적으로 교통 사고에 이어 두 번째 사망 원인으로 지목되는 자살이 프랑스 유권자들에게 공중 보건 위생의 차원에서 다루어지지 않는다는 점을 지적한 1993년 7월의 프랑스 국회 의

정 보고서는 문제의 심각성에도 불구하고 공론화하기 어려운 <자살>이라는 문제의 특수성을 잘 나타내준다.¹³⁾

더 나아가 여러 자살 연구에서 공통적으로 지적하는 자살 통계의 정확성에 대한 문제를 보아도 자살이라는 문제가 얼마나 공개적으로 다루기 힘든 사안인가를 알 수 있다.¹⁴⁾ 이런 점을 감안할 때 통계 기관에 공식적으로 인정된 자살사는 자살자를 둘러싼 가족, 의료진, 동료의 죄책감과 문제를 최소화, 혹은 숨기고자 하는 의식, 무의식적 반응을 넘어서선 결과라고 보아야 한다. 극단적으로는 보험 사정인을 제외하고 누구도 자살을 자살이라고 인정하고 싶어하지 않는다는 말을 할 수도 있다.

가. 프랑스 자살의 사회 통계적 특징

자살에 관한 공식 통계는 실제 자살 사망자보다 낮게 집계된다는 것이 정설이다. 자살 관련 통계에 대한 대다수의 연구는 통

13) 프랑스에서는 자살이 15-24세 연령군에서는 교통 사고에 이어 두 번째, 25-35세 사이에서는 첫 번째 사망 원인으로 꼽힌다.

14) 이 문제에 대해서는 다음의 글을 참조할 수 있다.

1. I. H. Makinen(1977). *On Suicide in European Countries : Some Theoretical, Legal and Historical Views on Suicide Mortality and Its Concomitants*. Almqvist & Wiksell International. Stockholm. Denmark.
2. Ph. Besnard(2000). *The fortunes of Durkheim's Suicide*. pp.97-125. in *Durkheim's Suicide : A Century of Research and Debate*. edited by W. S .F. Pickering. Geoffrey Walford. Routledge. London.
3. Fédération Française de Psychiatrie(2000). *Le Crise suicidaire : Reconnaître et prendre en charge*. Editions John Libbey Eurotext. Montrouge. France.

계로 보고된 자살이 실제보다 20%정도 과소평가 되었다고 추정한다. 그렇다고 해서 자살 관련 통계 자체의 신뢰성이 없다고는 보지 않으며 전체 경향이나 통계를 바탕으로 한 사회학적 연구에 영향을 미치지 않는다고 보는 것이 정설이다. WHO는 유럽 국가들의 자살경향 및 자살 공식 통계에 대해 신뢰성이 있다고 공식적으로 인정하였다. 다만 좀 더 세부적인 부분, 즉 지역이나 사회, 직업계층 등의 세부적 사항으로 들어갈 때는 통계 자료를 이용하는데 좀더 주의가 필요하다.

이러한 점을 감안하면서 프랑스 자살의 사회 통계적 특징을 요약해 보면 다음과 같다.¹⁵⁾

첫째, 뒤르카임이 100여년 전에 지적한 것처럼 자살에 의한 사망은 나이가 많아짐에 따라 증가한다. 하지만 프랑스에서 자살은 15-24세 연령 군에서는 교통사고에 이어 두 번째, 25-34세 연령 군에서는 첫 번째 사망 요인으로 꼽힌다.

두 번째, 남성이 여성보다 훨씬 많이 자살로 숨진다. 성별에 따른 자살 방법의 차이에서 기인한다고 여길 수도 있는데 이는 여성이 주로 택하는 자살 방법인 약물 과다복용, 가스, 익사 등이 남성이 주로 택하는 목매달기나 무기 사용 등의 자살 방법에 비해 성공 가능성, 즉 사망에 이르는 비율이 낮기 때문이다.

세 번째, 자살은 결혼 유무와 상관관계가 있다. 사회적으로 고립된 집단에서 많이 나타나는 자살 관련 통계를 볼 때는 뒤르카임이 주장한 것처럼 “가족이 자살 방지를 한다”는 말이 타당하다. 하지만 자살 시도율이 매우 높은 프랑스 청소년층을 보면 그 반대의 주장도 가능하다. 청소년 자살 시도자들의 대부분이 부모

15) 지면 관계상 통계표는 생략한다. 통계자료의 출처는 WHO, INSEE (프랑스 통계국), INSERM (프랑스 건강 보건 통계) 등이다. 1993년 프랑스 국회의정보고서 참고.

와 같이 살기 때문이다(M. Charazac-Brunel, 2002).

유의해 볼 점은 75세 이상 연령 군에서의 프랑스 자살율은 유럽 연합국가중 제일 높다는 것이다. 프랑스 정부가 자살을 공공 보건의 문제로 삼으면서 주요 목표 대상을 청소년층과 노년층으로 한 것은 이러한 통계적 자료에 기반을 갖고 있다.

나. 사회적 현상으로서의 자살

사회적 현상으로서의 자살을 고려할 때 프랑스에서의 자살에 대해 다음과 같은 점을 말할 수 있다. 자살율은 혼인 유무, 직업, 지역적 요소를 주요 변수로 갖고 있고 전쟁시기에 낮아지고 경제 위기에는 높아진다. 실업률이 내려가면 자살율도 내려간다는 것은 연관짓기 힘든 변수이며 종교도 상관 짓기 힘들다. 이민 1세대의 경우는 이주국이 아니라 출신국의 경향에 가까운 자살율을 나타내며 감옥에서는 매우 높은 자살율을 보인다. 계절, 즉 자연 현상으로서의 계절이 아니라 사회적 시간으로서의 계절과 상관 관계를 보이는데 겨울에는 자살율이 낮다가 봄이 되면 높아지고 그 다음에는 다시 낮아진다. 이것은 계절에 따른 생물학적 사망률과는 반대의 추이를 보이는 것이다. 프랑스에서 바캉스의 계절인 8월은 가족 공동체의 활동이 가장 활발하다. 이것은 가정 생활과 자살율이 밀접한 관계를 보인다는 것을 증명하는 또 다른 자료인데 이 시기에는 자살율이 낮다. 같은 맥락에서 사회 생활 리듬에 따라 요일별 추이를 가늠할 수 있는데 가족 단위 활동이 많은 일요일에 자살율이 가장 낮으며 월요일에 가장 높다.

(3) 자살 시도

자살과 자살 시도라는 두 현상에 대한 사회학적 관점에서의 분석결과를 보자면 개인에게 귀 기울이지 않는 사회의 벽에 부딪혀 부서지는 개인이라고 종합할 수 있다. 다시 말해서 현실 생활에서의 좌표를 상실한 개인의 행동이라고 볼 수 있다. 물론 이미 사망한 자살자의 동기에 대한 해석은 매우 조심스러운 접근을 요한다. 하지만 자살 시도자들의 말에 귀를 기울여보자면 물질적 손실, 시험 실패, 가까운 사람의 죽음, 감정적 단절 등 개인에게 아노미적 상태를 불러오는 문제 앞에서 삶의 좌표를 잃고 자신의 삶을 스스로 끊은 자살자들의 삶에 대해 짐작할 수 있게 한다.

자살 시도에 대한 정의 자체가 문제의 소지가 많으며 이 문제점을 넘어서 통계 자료 및 기록이 미약하여 응급실이나 자살 시도자를 전문적으로 다루는 몇몇 병원의 기록에만 의존할 수밖에 없다. 이것은 자살 시도의 정도가 약한 경우(경증상해) 자살 시도로 보고되지 않고 응급실 치료로만 끝나는 경우가 대다수이며 더 나아가 사회적으로 터부시되는 자살 행위 앞에서 자살로 인정하기보다는 회피하려는 의료진과 가족의 심리적 경향 또한 많은 영향을 미치기 때문이다. 그리고 육체 손상의 정도와 자살 의도의 심각성은 일치하지 않기 때문에 자살시도로 여겨지지 않는 많은 경우도 고려해야 할 점이다.

가. 자살 시도의 사회 통계적 특징

프랑스의 경우 여성이 자살 시도의 3분의 2를 차지하는 반면 남성은 자살자의 3분의 2를 차지한다. 이러한 여성의 자살 시도

가 많은 것은 청소년 연령 군에서는 더욱 두드러진 현상이다. 자살 시도는 남성의 경우 15-35세 연령 군에서 가장 높고 35세 이후 급격히 감소한다. 여성의 경우 남성보다 자살 시도율이 언제나 높으며 20-24세에 가장 높은 수치를 기록하고 35세 이후에야 감소세로 돌아선다. 자살율과 비교할 때 자살 시도는 농어촌보다는 도시에서 더 많이 일어난다. 프랑스의 자살 시도율은 다른 유럽 국가와 마찬가지로 증가 추세에 있다.

혼인유무와 사회 직업 군은 자살 시도와 밀접한 관계가 있는 것으로 여겨진다. 예를 들어 사별, 이혼, 독신인 경우, 노동자와 고용인의 경우 그렇지 않은 경우보다 자살 시도율이 높다.

1987년 자살 시도는 일반 사고(직장내 사고, 가정내 사고, 스포츠 사고 등)와 교통 사고 다음을 차지한다. 성인 여성의 경우 자살 시도는 모든 사고의 첫 번째 자리를 차지한다.

전체 연령 군에서 여성은 자살 시도 후 병원 치료율이 남성보다 높으며 이것은 청소년층에서도 같은 경향을 보인다. 15-24세 연령군의 자살 시도 후 병원 치료율은 전체 자살 시도 후 치료율의 3분의 1을 차지하며 이 연령 군에서 여성의 비율은 58%에 가깝다. 병원 치료를 받은 대다수의 경우가 약물 복용에 의한 자살 시도이며(86%) 이것은 여성의 자살 시도가 많은 경우 사망으로 직접 이어지지 않는 것과도 연관이 있다. 다시 말해서 여성이 가장 많이 택하는 자살 방법이 약물 복용이며(80-90%) 이 방법은 남성이 가장 많이 택하는 총기 사용에 비해 시도로만 그칠 가능성이 높다.

동맥절단을 통한 자살 시도는 약물 복용 다음을 차지하는데 이것은 특히 청소년 연령 군에서 두드러지게 나타나는 현상이다. 이 유형의 자살시도는 위중하지 않다고 여겨져서 대개 응급외과에서 다루지며 입원, 즉 자살 시도자에 대한 사후 관찰과 보호

및 심리적 지원으로까지 이어지는 경우는 드물다. 하지만 자살 시도자에 대한 심리적 지원의 중요성은 앞으로 다시 언급하겠지만 응급실을 포함한 의료 진료자의 특별한 관심을 요구하는 부분이다.

자살 시도와 자살은 자신의 소망을 뿌리내리기 점점 더 힘들어지는 현대 사회에서 개인의 고독, 고립이 점점 더 증가함을 보여주는 것으로 말할 수 있다. 그렇다고 해서 개인적 삶의 좌표를 잃은 모든 사람이 자살을 시도하는 것은 아니다. 그러므로 사회학적 접근은 <죽어서라도 살고 싶어하는> 개인에 대한 심리학적 접근을 요한다.

나. 자살과 자살 시도에 대한 심리학적 접근

자살과 정신질환을 동일시하는 관점은 19세기말에 절정에 달했으며 오늘날에도 자살자의 부모나 친지들에게 부정적 영향을 미치고 있다. 이 관점을 요약하자면 다음과 같다.

- 정말 죽기를 원했다면 그것은 병적인 현상이고, 치료를 해야만 한다.
- 그렇지 않다면 정말 죽기를 원하지는 않았던 것이며 그렇다면 더 이상 관심을 쏟을 필요가 없다. 자살 시도는 공갈 협박이나 기껏해야 개인의 나약함의 표현이다. 자살시도를 빨리 잊고 <바른 길>로 들어서게 하는 것만이 중요하다.

위와 같은 혼란스런 반응은 무력감, 심리적 갈등과 함께 자살 시도자 주위의 사람들에게서 자주 발견된다. 이러한 점을 자살 시도자와 그 주위 사람에 대한 의료, 심리적 지지자들이 숙지하여야 한다.

프랑스에서 자살과 정신질병과의 관계는 다음과 같이 말할 수 있다. 자살 시도의 20-40%는 병리적 심리상태와 관련이 있다. 자살 시도와 같은 자학적 증상은 정신분열증과 같은 정신적 병리 현상의 첫 번째 발현인 경우도 있다. 그러므로 모든 자살 시도에 대해 자살에만 관련된 치료보다는 전반적인 의료적 접근이 필요하다. 하지만 자살 시도의 60에서 80%의 경우는 병적인 심리상태라고 할 수 없다.

자살과 관련된 모든 행위는 자신을 이 세상에서 사라지게 하는 것을 유일 무이한, 최고의 목적으로 삼지 않는다. 이것은 단순한 의료적 관점에서의 상해 위험도와 상관이 없다. 자살은 죽음과 관련된 행위라기보다는 삶에 대한 혼란스러운 양가적(ambivalent) 가치관을 나타낸다고 보아야 한다.

한 인간의 인성의 성숙과 정체성 확립의 여러 단계, 즉 소년기, 청소년기, 장년기와 노년기마다 이에 걸맞은 사회, 심리적 관심을 요한다. 왜냐하면 각 단계마다 자신의 심리-사회적 행동에 대해 질문하고 재정립하는 시기로 익숙해진 삶을 벗어나 새로운 정체성을 확립하면서 동시에 다른 사람에게 받아들여지기를 원하는 시기이기 때문이다. 그렇기 때문에 자살에 대한 이해는 한 개인의 개인사적 측면과 자살 및 자살시도가 이루어진 시점에 대한 이해를 필요로 한다.

다. 자살 재시도

다비드손(F. Davidson)과 필립(A. Philippe)의 연구(Conseil économique et social. 1993)에 의하면 프랑스에서 자살 시도자가 다시 자살을 시도하는 비율은 모든 연령 군에서 43% 이며(39% 남성, 45% 여성), 15-24세 연령 군에서는 37%이다. 특기할 것은

자살 재시도자 전체 연령 군에서 1년 이내 자살 재시도율이 56%인 반면 15-24세 연령 군에서는 자살 재시도의 63%가 1년 이내에 이루어진다는 것이다. 그러므로 청소년 대상 자살 재시도 방지 프로그램은 특히 고려되어야 할 사항인 것이다. 그 외에 자살 시도의 경증과 자살 시도 방법 사이에는 상관관계가 없다는 것, 그리고 자살 시도의 횟수가 늘어날수록 육체적 상해위험도 또한 늘어난다 것 등이 주지할만한 점이다.

라. 자살과 자살 시도의 사회경제적 비용

1990년대 초반 프랑스의 경우 열두 번의 자살 시도 중 하나는 사망으로 이어진다고 추정된다. 자살 시도 자체 또한 사회적 충격을 일으키기 때문에 사회경제비용의 측면에서도 중요하게 다루어져야 한다. 하지만 프랑스에서 1992년 현재 연 11,000 명의 자살로 인한 사망, 12만 명에 이르는 자살 시도에 대한 사회 경제적 관심도는 에이즈나 교통사고에 비해 매우 낮다. 자살과 자살 시도의 사회 경제적 비용에 대한 연구의 부재로 정확한 통계를 말하기는 힘들다. 이것은 자살에 대한 터부, 수치화의 어려움 과 관련이 있기도 하지만, 자살을 국가적 차원의 사회경제 현상으로 파악하지 않는 데에도 원인을 찾을 수 있다.

프랑스 보르도 지역의 종합병원 통계를 보면 응급실 이용 사례 중 하루 이상의 입원을 요하는 중증 응급환자의 경우 58%가 자살과 관련이 있으며 렌즈 지역의 경우 45%라는 보고가 있다. 응급실 비용만 보자면 1993년 현재 자살 시도자 1인에 대한 직접적 의료비용은 5, 6천 프랑에 달하며 자살 시도의 횟수가 늘어남에 따라 비용 또한 늘어난다. 이것은 응급 구조대(SAMU) 비용은 제외한 것으로 자살과 관련해서 사회가 부담하는 비용은 5억에서 10억 프랑(1993년 기준)에 이를 것으로 추정된다.

(4) 청소년 자살과 자살 시도

청소년 자살과 자살 시도에 대한 프랑스의 일반적 사회통계적 자료 검토를 바탕으로 청소년 연령 군에 대해 살펴보기로 하겠다.

가. 청소년 자살의 일반적 특성

프랑스에서 15-25세 연령 군의 자살 사망은 앞서 언급한 바와 같이 교통사고 사망보다 높다. 노인층보다 청소년층의 자살 시도가 많은 반면 노인층에서는 자살이 직접적인 사인으로 작용하는 비율이 높다. 1950-1995년 사이 청소년 자살율은 두 배가 되었다. 자살 시도의 약 반만이 짧은 기간이나마 입원으로 이어지며 청소년의 자살 재시도율이 높다. 청소년 자살시도의 거의 90%는 약물 복용으로 이루어진다. 유의할 점은 과잉약물투여에 의한 사망이 많은 경우 자살로 보고되지 않는다는 점이다.

다비드손 과 필립(1986)이 20-25세 연령 군의 남녀 636 명의 자살 시도자를 대상으로 한 심층연구에 따르면 다음과 같은 분류를 할 수 있다.

-제 1 그룹 : 연구 대상의 20%를 차지하며 이중 62%는 남성이다. 실업, 고립, 범죄, 유전적 정신병력 혹은 알코올중독과 같은 중대한 사회, 정신 병리적 문제를 지니고 있다. 70%는 자살 재시도자이다.

-제 2 그룹 : 연구 대상의 20% 이며 이중 남성이 50%이다. 96%는 부모 집에 거주하는 독신이다. 실업이나 직업상의 문제 등 사회적 문제는 없고 교육정도도 높은 편이다. 하지만 심약한

성격으로 감정적 애정관계에 연관된 자살 시도가 많다.

-제 3 그룹 : 전체 연구 대상의 31%를 차지한다. 이중 삼분의 일이 남성이고 14%는 외국인이다. 사회적 약자 그룹이라고 말할 수 있다. 고립, 우울증과 알코올 의존도가 높은 것으로 특징지을 수 있다.

-제 4 그룹 : 연구 대상의 29%를 차지한다. 82%는 여성이고 96%는 혼인관계에 있으며 대부분 교육 정도는 낮거나 중등 정도이다. 결혼 생활의 문제나 인간 관계의 문제가 이 그룹의 특징이며 거의 모든 경우 약물을 통한 자살 시도이다.

나. 개괄적으로 본 청소년 자살 위험 요인

자살 시도는 자살 요인처럼 사회 통계적, 사회학적 혹은 심리학적 요인 어느 하나로 단순하게 설명될 수 없다. 하지만 몇 가지 주요 요소를 살펴보면 다음과 같다.

① 개인적인 의학적 문제 요인

먼저 개인적인 의학적 문제 요인을 살펴보자면 여러 가지 심리, 정신 병리적 문제, 중증의 병, 입원치료를 요하는 사고 등을 들 수 있다.

자살 시도 청소년 군과 동일 연령층의 전체 청소년 인구를 비교한 연구인 1988년 I.N.S.E.R.M. 연구에 의하면 자살 시도 청소년은 전반적인 건강 상태가 좋지 않고(자살 시도 군 40%, 전체 11%), 중증 정도의 병을 앓거나(29%, 11%), 자주 입원하고(36%, 14%), 피곤감을 표현하고(49%, 12%), 수면 문제가 있으며(27%, 4%), 불안증이나 불면증에 대해 능동적으로 약물을 복용한다(48%, 12%)(M. Choquet. 1988). 이 약물은 의사의 처방에

의한 것이지만 동시에 80%의 경우 처방된 약물로 자살을 시도한다는 점에 유의해야한다. 반 이상의 자살 시도자가 자살 시도 전 2주간의 기간 동안에 일반 가정의를 포함한 병의원을 방문한 적이 있다. 다른 나라의 연구와 마찬가지로 친구, 부모 등의 주위 사람에게 자살 시도의 기미를 보였으나 무시되거나 자살 시도의 신호로 이해되지 않았다는 사실은 프랑스에서도 발견된다. 이러한 점을 고려할 때 청소년이 겪는 어려움에 의료진이 좀 더 민감하게 반응해야 할 것이다.

청소년 자살 시도 군은 흡연, 음주에도 더 노출 되어있으며 마약 종류 경험도도 높다. 아노렉시아(음식거부증), 불리미아(폭식과 구토의 반복)같은 관련 문제도 자주 발견되며, 가출 또한 자살 시도자 군에서 자주 발견된다.

하지만 청소년 자살을 개인의 정신병리적 요인으로만 설명하기에는 문제가 많다. 40-70%의 청년층(25-34세)에서는 크고 작은 정신병리적 문제가 발견되는 반면 이러한 정신병리적 문제는 15-24세 연령 군에서는 자주 발견되지 않는다. 보르도 종합병원의 응급실을 다녀간 자살 시도자 1,800 명을 조사한 결과 이중 500 명을 차지하는 15-24세 연령대의 60%에서 잠재적 정신병리 문제가 발견되지 않았다. 이 자료는 청소년 자살 시도자를 단순히 삶의 어려움에 봉착한 청소년으로 보는 것이 더 타당하다는 한 증거이다. 다른 연구에서는 자살 시도자의 80%가 정신병리적 문제점을 갖고있지 않다고 보고되고 있다. 청소년 자살에서는 도리어 가족의 문제, 즉 별거 혹은 주위 사람들의 병리 경력이 매우 흔하게 나타난다.

② 가족 문제 요인

청소년 자살 시도자에 대한 쇼케(Fédération Française de

Psychiatrie, 2000)의 연구에 따르면 가족 문제는 가족 관계의 부재나 과도한 관심, 두 가지로 요약될 수 있다. 다시 말해서 부모의 무관심, 사회 시설에서의 양육 등으로 인한 관계의 부재와 독재적 혹은 과보호로 표현되는 과도한 관심이다. 자살 시도에 노출되는 청소년 군은 빈번한 이사로 전학 또한 잦고, 학업에 문제가 있거나 중단하였으며 사회 문화적 환경이 불리하고 문화 체육 활동 참여도가 낮은 것으로 나타난다. 부모 중 한 사람이 중병을 앓거나, 입원, 별거 등으로 가족 내 문제가 생기면 자살 관련 위험률은 더욱 높아진다.

쇼케의 연구에 따르면 가족, 친구 등 사회적 관계의 단절은 여성의 경우 15-19세 연령대, 남성의 경우 20-24세 연령대에서 더 영향을 미친다. 청소년 자살 시도자 상담기관인 <엥파스 에 드브니르>(Impass et devenir)의 대표인 왈리드(Oualid) 박사의 연구 또한 같은 경향을 확인한다. 이 상담 기관에 의뢰된 대부분의 청소년이 심각한 정신병리적 문제가 없는 반면 가족 문제(가족 간 애정, 가족 내 관계 장애)가 관찰된다. 이러한 가족 문제는 사회직업계층과 무관하게 전반적으로 나타난다.

이러한 심리-사회적 문제점에 구조적으로 대응하는 방법이 필요하지만 심리치료 전문가들은 이 문제를 자신의 전문영역에 속하는 병리적 현상으로 여기지 않는다. 자살 시도자들의 심리 사회적 문제를 다루는 사회-심리 치료나 특수 기관은 아직 실험적 단계에 머물러 있다.

③ 사회적 요인

인간 관계나 사회적 관계에서의 고립은 자살 시도 위험도와 관련해 매우 중요한 요소이며 연령 군에 따른 특징이 다르다. 청소년 자살시도 군의 경우는 표면적으로는 고립되어있지 않지만

가족 내부 안에서 감정, 도덕적으로 높은 정도의 고립감을 느낀다. 감정적 측면으로는 낙심, 인간관계의 단절감, 학업과 직업적 성취에 대한 실패감 등 가족 안의 역학, 의사소통의 빈약함 혹은 부재를 나타낸다.

개인 병리, 가족, 사회 문제의 세 요소 중 어느 한 요소도 자살 시도를 설명하는 유일한 요소로만 여겨질 수는 없다. 여러 요소가 복합될 때 자살 시도의 위험성은 높아진다. 쇼케의 연구에 따르면 위의 세 요소가 복합될 경우 자살 위험률은 일곱 배 상승하며 이러한 위험 상승률은 첫 자살 시도자의 경우보다 재 시도자의 경우 더욱 명확하게 드러난다.

다. 세부적으로 본 청소년 자살 위험 요인

프랑스의 청소년 대상 자살 방지 프로그램에 대한 논의에 들어가기 전에 자살 시도를 유발하는 직접, 간접적 요인에 대해 좀 더 세부적으로 살펴보겠다. 이 요인들은 프랑스에 국한 된 것이 아니라 우리나라의 경우에도 적용될 수 있다.

① 자살 유발 요인

자살과 관련해 응급실에 오는 청소년의 대다수가 시험 실패와 낙제 등 학업문제, 가족 해체 등의 가족관련 문제, 실연 등의 요인 중 두세 가지의 복합적 요인을 가지고 있다. 자살을 직접적으로 유발시키는 요인은 외출금지, 물건 구입 요구에 대한 거절, 성적 하락 등 대개 하찮은 것이다.

거의 대부분의 경우 가족이나 학교 등의 제도기관, 혹은 자살 시도자 자신이 밝히는 자살 유발 요인은 숨어있는 문제점을

도리어 은폐시킨다. 자살시도가 사망으로 이어지는 경우 자살을 유발한 표면적 요인은 가족이나 학교 등의 제도기관이 자살을 일으킨 진짜 원인을 부정하도록 하는 정당화 수단으로 쓰일 수도 있다.

② 외부적 위험 요인

퇴학 등 학교, 학업 관련 문제와 사회적 통합의 어려움이 청소년 자살 관련 외부적 위험 요인으로 꼽힌다. 자살은 학교에 재학중이지 않은 청소년 군에서 더 많이 나타난다. 학교 외부에서 일어나는 청소년 자살은 퇴학, 자퇴 등 학교 생활에 대한 심각한 부적응과 밀접한 관계가 있다. 일반적으로 학교 부적응에 대한 학생, 가족, 교육기관의 책임소재는 다음과 같이 요약된다.

- 성취 동기의 결여 또는 반사회적 행동을 하는 학생
- 학업에 무관심하거나 가치를 두지 않는, 혹은 학교 교육을 거부하는 가족
- 교육 기관 자체의 문제

그러므로 이 문제는 학교 생활 부적응 및 부적응에 대한 두려움에 대한 관점에서 재구성되어야 한다.

프랑스의 경우 학교 폭력이 학생의 욕구 혹은 본능적 욕구(pulsion)를 너무 허용적으로 방출하도록 하거나 이에 대해 무력하게 대응하는데서 나오는 문제라고 여겨진다. 이에 비해 학업 관련 자살은 강압적인 환경과 긴장의 고조와 관련이 있다고 여겨진다. 학업과 관련된 긴장감은 동년배의 압력으로 나타날 수도 있는데 이것은 청소년 사이의 협박, 강요, 크고 작은 폭력의 형태로 이어질 수 있다. 이런 경우 자살 시도는 제도기관이나 가족

에 의한 거부 위험과도 연관된다.

이밖에도 알코올 중독을 포함한 약물중독은 청소년 자살과 관련된 중요 요인 중의 하나이다. 중독과 관련된 요인은 청소년 자신의 중독뿐만 아니라 부모 혹은 가족 구성원이 중독인 경우도 청소년의 자살 가능성을 높이는데 일조 한다.

③ 가족 내 위험 요인

가정 생활의 질적 요인 가운데 아버지의 위치가 매우 중요하다. 아버지의 부재 혹은 권위적인 아버지 모두 문제가 될 수 있으며 학업과 관련한 경직된 태도도 위험 요인으로 꼽힌다.

부모 자식간의 정서적 관계의 질도 자살 관련 문제가 되는데 너무 적거나 과도한 정서적 관계는 청소년에게 심리적으로 큰 영향을 미친다. 가족이 청소년의 자발성, 창의성, 열정에 대해 가치를 평가 절하 혹은 파괴하는 행위는 청소년의 삶에 대한 욕구 자체를 말살하는 것이다. 같은 맥락에서 명시적, 암묵적으로 제시되는 비관적인 세계관, 암울한 미래는 어려운 과거 상황과 현재의 삶과 중첩되어 자살 시도와 같은 폭력적 반응을 일으킬 수 있다.

가족 관련 자살 위험 요인으로는 삶의 정서적 질과 관련된 것인데 정신적인 내면의 삶을 부정하는 기계적이고 실용적인 태도는 미래에 대한 두려움, 현재에 대한 관심 부재로 이어질 수 있다. 이밖에도 타인과의 관계에서 올 수 있는 실망감에 대한 두려움, 부모의 이혼, 별거, 청소년기의 임신과 실연에 관련된 가족의 부정적 반응 및 가족내 역학관계도 청소년에게 무거운 심리적 짐이 된다. 특기할 만한 점은 프랑스에서는 4명 이상의 자녀를 둔 가정에서 청소년 자살이 더 많은 반면 직업을 가진 어머니가 있는 가정에서는 자살이 적다는 것이다.

④ 육체에 대한 지배

청소년은 자신의 육체 변화에 대해 의식하고는 있으나 그렇다고 해서 육체의 변화를 통제할 수 없다는 것은 크게 의식하지 못한다. 자신의 육체를 통제하려는 욕구는 육체를 대상화하면서 다음과 같은 행동을 낳는다.

- 자해, 다른 사람에게 역겨운 감정을 일으키기 위한 도구로 삼기
- 자살 위협의 경우와 같이 자신의 육체를 스스로 인질로 삼기
- 자신의 신체와 모습에 대한 절대적 불만, 자신의 육체를 물물 교환 혹은 감정 교환의 화폐로 삼기

이렇게 도구화된 육체는 더 이상 인간 내면의 정신적, 감정적인 표현의 일부로서 여겨지지 않는다. 자신의 육체에 대한 통제를 시도하는 과정에서 육체는 대상화되고 도구화된다. 그러나 개인이 통제할 수 없는 현실, 즉 본능적 욕구, 제어할 수 없는 타인, 깨어진 환상 등이 일깨워주는 현실은 심각한 정신 심리적 붕괴로 이어질 수 있다.

⑤ 정체성 확립과 집단 모방

집단 모방은 매우 중요한 자살 요인이다. 모방은 정체성 확립 과정의 첫 번째 단계이지만 모방에 대한 집착 혹은 저항은 정체성 확립에 있어서의 심리적 문제점을 반영한다. 이것은 부모와의 관계 속에서 정체성 확립의 어려움으로부터 유발되는 자살 시도와도 관계가 있다.

집단 모방이 지니고 있는 문제점의 다른 측면으로는 모방 자살이 있다. 모방 자살 역시 정체성 확립의 과정에서 파악될 수 있다.

- 정체성 확립의 부재 혹은 다른 사람에 대한 심리적 집착, 주체적인 내면적 보호막의 부재 또는 허위적 자아상.

이러한 정체성 확립과 관련된 청소년의 자살 시도는 허위적 자아상의 파괴와 관계가 있다. 부모의 허위적 자아나 허상적 이미지 혹은 부모의 허위적 자아를 상징하는 육체에 대한 공격과 함께 자신의 허위적 자아상의 파괴를 시도한다. 자신의 내면적 세계를 발견한 청소년에게 허위적 자아상은 더 이상 참을 수 없는 것이기 때문이다.

⑥ 정체성 확립과 부모와의 관계

잘 알려진 바와 같이 정체성의 혼란과 정체성 확립을 위한 노력 속에서 부모와의 갈등은 청소년에게 심한 내면적 갈등을 불러일으킨다. 자살 시도는 이러한 갈등을 멈추고자 하는 극단적 방법이다. 이 상황에서 자살 시도는 부모에게 장시간의 휴전과 재공격, 자녀의 자살시도에 대한 배우자간 책임 전가, 부모의 부재와 자녀 방치, 자녀에 대한 거부 상황을 자주 불러일으킨다. 부모의 이러한 반응은 자살 재시도로 이어질 가능성이 크다.

이 밖에도 청소년 자살의 주요 요인으로 부모에게서 정신적으로 독립하고자 하는 과정에서 사회적 정체성 확립의 어려움, 동년배 사이에서의 정체성 확립의 불확실성, 공허감 등을 들 수 있다.

(5) 청소년 대상 자살 방지 프로그램의 유의사항

위에서 본 바와 같이 청소년 연령층의 사회 심리적 특성은 다른 연령 군과 큰 차이를 보인다. 이러한 특성은 자살 예방 프로그램에 대한 거부에도 이어진다.

가. 자살 방지 프로그램 자체에 대한 거부

정신분석학적 관점에서 청소년기의 위기는 항문기(2세)의 위기와 비슷하다. “안돼(non)”, 거부, 반항, 독립에 대한 욕구와 동시에 독립에 대한 두려움, 양가적 감정(ambivalence), 애착과 종속, <소유>를 통한 상황 통제와 <실존>의 어려움, 주위에 대한 비판적 질문, 동시에 자살 시도자 자신에 대한 스스로의 비판, 자학과 타인에 대한 학대적 태도, 창조와 파괴, 이상화와 이상 파괴 사이에서의 심한 동요 등은 프랑스 청소년에게만 국한된 현상은 아니다.

부모 세대의 가치와 문화에 대한 청소년의 반항기는 행동, 생각, 옷, 장신구, 가치관 자체 등으로 구체적인 모습을 드러낸다. 이러한 반항적 행위는 사회적으로 제대로 인식되지 못하기도 하는데 예를 들어 교통 안전, 약물 관련, 개인 보건 위생과 관련된 예방적 차원의 프로그램은 청소년에게 반항적 태도를 불러일으키는 역효과를 가져올 수도 있다.

청소년은 이러한 양가적이고 대립적인 상황을 의식하고 있을 수도 있으나 현재에 몰입되어 현재의 행동이 가져올 수도 있는 되돌릴 수 없는 결과에 대해서는 의식하지 못할 수도 있다. 예를 들어 스포츠를 통한 자신과 주위 상황의 한계를 시험하는 청소년의 극단적 행동, 또는 무한과 영원, 절대적인 것에 대한 갈망

등도 죽음으로 이어질 수도 있다는 것이다.

청소년은 예방 차원의 프로그램에 대해 별로 흥미를 보이지 않는다. 그것은 역설적으로 청소년은 자신의 삶을 아무렇게나 살려고 하지 않기 때문이다. 자신이 원하는 완벽한 자유의 삶 앞에서 자신의 행동에 구속을 가하는 안전 예방 프로그램은 아무런 흥미를 끌지 않는다. 더 나아가 자신의 생명 자체가 별다른 가치를 지니지 않은 것으로 여겨질 수도 있다. 이것은 청소년의 행동 특성 중 하나로 규범, 질서 혹은 자신의 육체 자체, 미래에 대한 장기적 비전 또한 구속적으로 비취질 수 있기 때문이다. 이러한 구속에 대한 거부는 청소년 대상 자살 예방 프로그램 실행 시 특히 주의해야 할 점이다.

나. 친구 사이의 동지애와 비밀 지키기

청소년 관련 자살 예방 프로그램이 당면하는 큰 어려움 가운데 하나로 청소년 사이의 동지애와 이와 관련된 비밀 지키기가 있다. 청소년은 자신의 어려움을 친구에게 자주 실토하면서 동시에 자살과 관련된 심각한 내용일지라도 비밀을 지킬 것을 요구한다. 이는 다음과 같은 미묘한 상황을 불러일으킨다.

- 이야기를 들은 청소년은 친구를 배반하지 않기 위해 비밀을 지키지만 친구의 어려움과 위험은 그대로 남는다.
- 친구에게 상담자의 역할을 할 수도 있으나 이것은 매우 가치 있는 일인 동시에 너무 과중한 임무이다.
- 적절치 못한 해결책(가출, 약물 복용 등)의 제시로 상황을 악화시킬 수도 있다.
- 부모나 교사에게 말할 경우 이야기를 들은 성인 또한 문제

를 가진 청소년을 직접 알지 못할 때는 신경을 쓰지 않거나 상황 대처에 무력하거나 점차적으로만 문제 해결에 개입할 수 있다.

- 이러한 여러 이유로 청소년 대상의 자살 방지 프로그램은 다음과 같은 점을 명시해야 한다.

- 친구가 위협에 처한 상황에서는 비밀 지키기는 더 이상 가치가 없으며 다른 성인에게 말을 하는 것은 어려움에 처한 친구를 돕는 책임감 있는 행동이지 배반하는 것이 아니다.

다. 원인 규명의 어려움

대부분의 청소년이 성숙기에 들어가는 시기에 부모 세대는 노년기에 돌입하기 때문에 청소년의 우울증이 부모의 숨겨진 우울증을 대변할 수도 있다는 점을 유의해야 한다. 청소년은 부모의 죽음에 당면하여, 혹은 예상하면서 우울증에 빠질 수도 있다. 이런 경우의 자살 시도는 우울증의 진정한 원인을 드러내는데, 가족 전체 혹은 적어도 부모와 함께 상담 치료를 하는 것이 필수적이다. 부모가 같이 상담 치료를 받기를 거부하면 청소년의 자살 재시도 위험은 그대로 남는 것이다.

이 밖에도 예방 차원의 프로그램으로 청소년으로 하여금 삶을 시간의 흐름 안에서 파악하게 하는 교육을 포함해야 한다. 청소년이 컴퓨터 게임, 텔레비전 시청, 혹은 다른 여러 가지 게임을 하면서 시간을 죽이는 것은 갈피를 잡을 수 없는 실존적 고뇌가 권태로움으로 변화한 것으로 볼 수도 있기 때문이다.

라. 그 외의 유의점

예방 프로그램은 변환시기 안에서의 예측 가능성, 원인 규명

과 시간, 공간적인 지속성을 가정한다. 반면 자살 시도는 급작스럽고 과격한 변화에 대한 욕망의 표출이다. 변환시기가 없는 노인층과 마찬가지로 청소년은 새로운 형태의 변환에 대해 어려움을 느낀다. 이에 대한 고려 또한 예방 프로그램이 예측해야 하는 문제이다.

자살을 위협의 수단으로 삼는 청소년의 경우, 유아적 사고 방식에 머무르고자 하는 동시에 변화를 추구하는 양가적 감정을 표출하는 것에 상응한다. 이에 대해 주위에서는 분노와 조용한 고뇌로 반응을 보이는 경우가 가장 많지만 무관심과 맞대결로 대응하거나 별것 아닌 것으로 취급하는 경우도 있다. 이러한 상황에서는 청소년 행동의 진정한 원인이 어디에서 기인하는지 조심스럽게 가려내야 하는데 이 작업은 가족이 아니라 심리상담 전문가에게 맡기는 것이 권장된다.

청소년 계층을 자살 위험이 높은 연령 군으로 인식하는 프랑스에서 의사, 심리 상담가, 간호사 혹은 사회복지사 등 자살 방지와 관련된 전문가가 학교에 상주하는 경우는 극히 드물다. 청소년이 학교 안팎에서 처하는 위험에 대해 주로 교사가 예방의 임무를 부여받는데 이것은 교사에게 교육자, 심리학자, 사회복지사의 역할을 모두 담당하도록 하는 것이다. 아무리 좋은 프로그램이 있더라도 교사가 예방 차원의 프로그램에 대해 잘 교육받았다고 볼 수는 없기 때문에 이 또한 자살 예방 프로그램에서 고려해야하는 문제점이다. 이 점은 한국에서도 심각하게 고려되어야 할 점이다.

(6) 자살 시도자 관리 : 치유와 자살 재시도 방지

자살 시도자에 대한 사회적 관심은 일차적으로는 자살을 다

시 시도하는 것을 방지하는데 있다. 동시에 자살 시도자가 자신의 목숨을 거는 극단적인 방식으로 묻는 질문에 대답하려는 노력도 같이 이루어져야 한다.

자살 시도자에 대한 도움이 단순히 잠재적 자살 재시도의 방지에 그쳐서는 안 된다. 어떤 경우에는 자신이 스스로 죽음에 이르는 자살을 시도했다는 것을 인식하지 못하는 경우도 있다. 그러므로 자살 시도자에게 응답식 설문조사 등의 기계적인 접근을 하는 것은 어떤 경우에도 피해야 한다. 자살 시도자에 대한 사회 차원에서의 도움은 자살 시도자 스스로가 주위의 도움을 이용하여 자신의 삶에 대해 생각해보고 긍정적으로 자신의 행동을 소화할 수 있도록 돕는데 그 목표가 있다.

가. 의료기관 차원

① 즉각적인 신체 치료

신체에 대한 의료적 치료와 심리적 공황에 대한 치유 사이에 간극이 있어서는 안 된다. 신체적 응급 치료가 끝난 후 자살 시도자의 심리 치료를 위해 다른 의료기관으로 보내기보다는 같은 장소에서 심리 치료를 시작하는 것이 바람직하다.

② 회복기간

무엇보다도 모든 자살 시도자에게 회복에 필요한 공간과 시간이 주어져야 한다. 각 응급실에 회복 병상이 있는 것과 같은 맥락으로 심리적 회복실이 필요하다. 이 중요한 시기에 자살 시도자뿐만 아니라 그 가족들에게도 시간적 여유가 주어져야 한다. 의료기관에서도 단순한 환자로만 취급하지 말고 죽음이 해결책이 아니라는 것을 납득할 수 있도록 신체적 치료와 심리적 치유

가 동시에 이루어 질 수 있는 팀워크가 짜여진 치료 팀이 필요하다. 다시 말하거니와 자살에 관한 문제는 단순히 죽음에 관한 것이 아니다. 단절과 끝내기(종료), 또 다른 삶을 살거나 혹은 죽기라는 복합적인 상황에서의 양가적 태도에서 자살이 이루어진다는 것을 숙지할 필요가 있다. 자살시도는 ‘선택’이 아니라 극단적인 상황에서 시도자 자신의 삶의 변증법적 표현인 것이다.

③ 응급 정신의학적 접근과 자살시도에 대한 새로운 접근

1993년 7월의 프랑스 국회 보고서에서는 자살과 자살 방지에 대한 공공 부분의 관심의 결여에 대해 강조하고 있다. 그렇다고 해서 그 이전에 건강부 차원에서의 정책에 대한 고려가 없다고는 볼 수 없다.

- 건강부 정책 연구 DGS/DH No. 132 : 1988년 청소년 연령군의 특수성을 감안하여 자살 시도를 포함한 청소년 건강 문제를 예방 차원에서의 병원 외적인 조직의 필요성을 역설했다. 하지만 1993년 몇몇 경우를 제외하고는 실행은 미미하다.

- DGS/DH No. 70 : 1992년의 정책 연구에서 건강부는 유소년과 청소년층의 정신 건강에 대해 특화된 공공의료기관의 필요성을 다뤘다. 하지만 이러한 정책 건의안에서도 유소년, 청소년의 자살과 관련된 부분은 거의 관심의 대상이 되지 못하고 있다. 자살과 관련해서 특기할 만한 점은, 응급실 접수에서부터 정신과 의료진의 능동적 참여를 위한 프로그램의 개발과 입원을 하지 않더라도 응급실에서 정신과적 도움을 받을 수 있는 의료진간의 협력 시스템의 필요성에 대해 언급하고 있다는 것이다.

재정적, 인적 자원이 부족한 가운데 보르도 종합병원의 청소년과 청년층을 위한 의료-심리병동의 경우는 청소년 자살 관련

문제 제기와 목표 설정에 있어 모범이라고 할 수 있다.

1992년 11월 보르도 종합병원에서는 북유럽과 캐나다, 미국의 선례에 따라 자살 시도 청소년, 자살 시도의 가능성이 있는 청소년을 위한 특별 병동을 설치하였다. 이것은 자살 시도자의 60-80%가 병리적 정신상태를 나타내지 않으나 자살 시도자에 대한 관찰치료의 필요성을 의료진과 가족 모두가 느끼기 때문이다.

이 프로그램은 응급실에서의 일차적 치료와 상담을 거친 자살 시도자 혹은 자살 시도의 위험이 있는 환자의 동의를 기반으로 14-35세의 환자들을 대상으로 한다. 입원기간은 짧은 편이며(5-10일) 정신과 의사, 심리학자, 사회복지사, 감시자와 간호사, 간호보조사와 인터뷰 전문가로 구성된 팀의 진료를 받게된다. 이 병동에서 환자는 자신과 다른 사람에 대한 존중과 자립심, 책임감을 기반으로 한 생활을 하도록 하게 된다. 환자는 자신의 병실을 스스로 청소하고 여러 치료 행위에 참가해야 한다. 동시에 다른 강연, 음악회 등의 문화행사에도 참여하여 삶의 새로운 측면을 발견할 수 있는 기회가 주어진다. 이 병동의 의료 사회복지팀은 외부의 사회 복지, 교육 및 봉사단체의 전문가들과 긴밀한 협력관계를 유지하고 있다.

이 프로그램이 시작된 지 6개월 후인 1993년의 평가를 보면 이미 그 효율성이 나타나고 있다. 자살 재시도율은 눈에 띄게 낮아지고 자살 시도자의 부모가 자녀를 능동적으로 받아들이고, 부모 자신이 청소년 심리 상담소를 다시 찾기도 한다. 청소년 자살 시도자 자신들도 어두운 생각에 사로잡힐 때 스스로 상담을 요청하기를 주저치 않는다. 이러한 예를 통해서 자살 시도자에게 신체적 치료 뿐만 아니라 심리 사회적인 다각적 도움을 지속적으로 줄 수 있는 구조적 차원의 중요성은 아무리 강조해도 지나침이 없다는 것을 알 수 있다.

나. 자살 시도와 가족

자살 시도자가 병원에 입원해 있는 기간은 자신에게 스스로 질문을 하는 시간일 뿐만 아니라 자살 시도가 주위의 모든 사람들에게 일으킨 질문을 되짚어 보는 시간이다.

자살 시도가 의료진, 부모, 친구, 직장동료 및 다른 여러 사람들의 관심을 불러일으키는지 주목해야 한다. 어떤 면에서는 주위의 관심 고조라는 측면이 근래 들어 자살 시도율을 높이고 있는 않은지 질문할 필요가 있다. 하지만 자살 시도자는 자신의 목숨을 걸고 커뮤니케이션을 시도한다는 것을 잊지 말아야 한다. 특히 청소년 자살 시도의 경우 많은 청소년들이 말하는 “가족에서 벗어나고 싶다”는 표현을 하지만 동시에 자신이 설자리가 없는 가족 안에 다시 들어가고 싶어한다는 점에 주목해야 한다. 그러므로 청소년 자살 시도자에 대한 연구는 가족 내 역학관계 안에서의 문제 발생이라는 점을 놓치지 말아야 한다. 하지만 자살 시도자 가족의 반응을 보면 대부분 매우 방어적인 태도를 취하기 마련이다. 이러한 방어적 태도는 자살 시도를 아무 일도 없었던 것처럼, 혹은 사소한 일처럼 취급하거나 반대로 정신병원 수용을 요구하는 등의 과민 반응으로 나타난다.

앞서 말한 것처럼 청소년 자살은 특히 가족 관계 내에서 이루어지기 때문에 자살 시도 후 프로그램은 가족 내부의 상황이 바뀌도록 하는 것에 초점을 맞추어야 한다. 하지만 자살 시도자에게 꼭 필요한 가족의 도움이 쉽게 얻어지는 것은 아니다. 아래에서 언급될 <엡파스 에 드브니르>의 프로그램에서 볼 수 있는 것처럼 자살 시도 직후 가족 구성원 상담이 이루어지고 나면 자살 시도자와 가족 구성원이 자살 시도로 드러난 문제를 회피하지 않고 계속해서 다뤄 나갈 바탕이 마련된다. 이런 점을 고려할

때 특히 청소년 자살 시도자와 가족에 대한 사회의 적극적인 도움은 매우 중요하다.

다. 의료 연계 차원

모든 자살 시도자가 병원에서 치료를 받는 것은 아니다. 예를 들어 약물 자살 시도의 경우 약물 복용량이 적을 수도 있고 다른 자살 시도의 경우에도 간단한 응급처치로 죽음을 방지할 수 있기 때문이다. 하지만 표면적으로 나타난 자살 시도의 정도가 약하다고 해서 문제의 심각성 또한 경증이라고는 할 수 없다.

자살 시도자에 대해 심리적 차원을 포함한 전반적인 의료 프로그램이 부족한 현실에서 응급관련 의료진, 일반 가정의를 포함한 모든 의료진이 공공 보건 위생의 차원에서 자살의 특수성에 대한 민감성을 높일 방법을 강구해야한다.

(7) 구체적 자살 예방 정책 : 중앙 정부와 지방 정부의 차원에서

프랑스의 구체적인 자살 예방 정책, 특히 청소년 연령 군을 대상으로 한 프로그램의 설정과 실행을 중앙정부와 지방 정부의 차원에서 살펴보겠다(M. Charazac-Brunel. 2002).

1992년 프랑스 국회에서 자살이 정부 차원에서 다뤄져야 할 사회적 위험요소라는 보고가 있었다. 그 다음해, 국회 경제사회 위원회는 자살에 대한 공적 차원의 대응책이 필요하다는 결론을 내리고 이어서 1994년 고위 공공건강 위원회 (Haut comité de santé publique)는 자살을 국민 건강 문제의 최우선 해결 과제 중 하나로 선택했다. 이에 따라 지방 및 국가 건강 협의회

(Conférence Régionale de Santé et Conférence Nationale de Santé)에서도 자살과 우울증을 주요 실행과제로 채택했다. 1998년 건강부 장관은 청소년과 청년층을 주 대상으로 삼는 국가적 차원의 자살 방지 프로그램의 제정을 선포하였다. 이 프로그램은 자살 관련 사망을 연간 1만 명이라는 상징적인 숫자 이하로 낮추는 것을 목표로 잡으면서 장기적으로 자살 위험자의 정신 심리적 상태에 깊은 변화를 가져오겠다는 적극적 의지를 반영하는 것이었고, 동시에 청소년의 건강에 대해 여러 전문분야를 망라하는 다각적인 접근의 필요성을 확인하는 것이었다.

가. 자살 예방 정책의 일반지표

① 목표

- 프랑스와 다른 나라의 자살 방지만 관련 통계 자료와 정책에 대한 연구를 추진하고
- ‘일반적 자살의 경우’를 중심으로 모든 관련자들 사이에 대화와 정보 교환의 창구를 마련
- 이 주제에 관한 모든 프로그램을 널리 알리며
- 자살을 불러일으키는 위기 상황에 대한 재정의의 통해 감지되지 않았던 자살 위기 상황 파악을 도모하고
- 가장 효율적인 프로그램을 가려내는 것 뿐 만이 아니라 가장 많은 자살 시도자를 대상으로 할 수 있는 프로그램 선별 및 어느 순간에 프로그램이 활용되는 것이 가장 효율적이며 가장 높은 효과를 가져올 수 있는지 등 자살 방지 프로그램의 타당성과 효율성에 대한 평가를 한다.

구체적인 법령 제정 및 정책 수립과 수행은 바로 시작되었

다. 우선 자살 시도자가 응급실에 도착하는 시점과 퇴원 시 프로그램 개발과 관련된 연구가 착수되고, 각 지역의 대규모 병원 운영기관에 자살 방지 프로그램을 우선순위에 놓을 것을 요청하였다. 의료진의 재교육에 자살 방지와 관련된 프로그램이 우선 순위로 놓이도록 하면서 내무부, 교육부, 법무부가 연계적으로 정책 수립 및 수행에 들어갔다.

② 중앙 정부 차원의 기관 설정

실질적인 프로그램 수행기관, 연구위원회, 평가 위원회, 여러 프로그램간 협력 관계 조율 위원회 등이 설정되고 수행 목표가 명시되었다.

③ 방법론

목적은 이 문제에 관련된 모든 정보의 활용을 극대화하는데 있으며, 자살 방지 프로그램은 실제 운용되는 동시에 각 상황에 따라 유기적으로 대처하도록 되어있다. 자살 시도자와 프로그램 운영자, 그리고 연구진간의 지속적인 상호교류를 통해 시너지 효과를 가져온다.

<표 III-12> 자살 방지 프로그램의 세 단계

1	<자살 시도자의 행보>에 따른 모델 구축 이 단계에서는 자살 시도자의 시각에서 출발한다. 자살자의 문제에 대해 공동의 해석을 유도하여 프로그램 관련자들 간의 대화와 의견 교환을 가능하게 한다. 이 모델은 자살 재시도의 가능성을 고려하여 논리적 초안을 잡는다.
2	기존 자료 조사 프랑스와 다른 나라의 구조적 차원과 실행 차원의 자료 및 기초자료 조사를 통해 실행 방식을 결정한다.
3	실행 소규모 차원에서 새로운 프로그램의 실제 상황 테스트 및 평가

나. 지역건강협의회

1996년의 법령에 의해 제정된 프랑스 각 지방의 지역건강협의회(Conférence Régionale de Santé)는 각 지역의 특성에 따른 공중 보건 정책의 우선 순위를 결정하고 이를 시행하여 지역 주민의 건강 증진을 도모하는데 그 목적이 있다. 중앙정부차원의 자살방지 프로그램은 10 개의 지역에서 파일럿 프로그램을 시행하였는데 각 지역의 인구 특성에 따라 목표와 시행 방법을 달리 하였다.

이 프로그램을 위해 CNAM, DGS, FNMF, CFES 네 단체의 공동 협력으로 다음과 같은 시행 목표를 설정하였다.¹⁶⁾

- 대형 병원, 일반 의원, 건강 진단소에서의 청소년 건강 상담 교육
- 어려움에 처한 16-25세 사이의 청소년, 청년층 대상으로 현행의 청소년 대상 상담소와 연계한 프로그램 활성화
- 학교에서의 건강 관련 프로그램 활성화
- 청소년 건강문제에 대한 청소년 상담 지도 관련 전문가들의 민감성을 높이고 실무 능력 강화를 위한 프로그램 구축

다. 자살 예방 정책의 수행 : 프랑슈-콩테 지방

1994년 프랑스 고위 공공건강위원회(Haut comité de santé

16) CNAM(Caisse nationale d'assurance maladie), DGS (Direction générale de la santé), FNMF(Fédération nationale de la mutualité française de santé), CFES(Comité française de l'éducation pour la santé).

publique)는 프랑스의 공공건강 문제에 대해 다음과 같은 결론을 내렸다.

- 구조적 차원에서의 건강문제 해결 능력의 부재
- 결정권의 중복적 혼재 및 업무수행자 간의 단절
- 국가적 차원의 건강기구 안에서 지역적 특성

위의 세 번째 결론에 따라 각 지방 정부는 지역의 특성에 따른 프로그램을 정립하였다. 여기에서는 프랑스 동부에 위치한 프랑슈-콩테 지방의 예를 구체적으로 살펴보기로 하겠다.

1994년 시작된 프랑슈-콩테 지방의 청소년과 노년층의 우울증과 자살에 대한 지방 자치단체의 특화 프로그램을 단계별로 살펴보면 다음과 같다.

① 병리학적 통계 연구

- 프랑스 통계청의 일차적 데이터
- 프랑스 전체와 프랑슈-콩테 지역의 연간 사망 통계
- 1988-1992년에 걸친 연령, 성별에 의한 자살원인 사망 통계
- 다른 사망 원인과 비교한 자살원인 사망 비교
- 연령과 사회 직업군에 따른 자살 시도율
- 자살 방법
- 자살 관련 위험 요인
- 사회 직업군과 세분화된 지역별 자살 비교 ; 고립 위험도 ; 우울증, 알코올 중독, 정신병

② 자살 관련 현행 프로그램에 대한 대조 연구

- 현행 프로그램의 목록 작성

- 현행 프로그램의 장단점 분석
- 보강되어야 할 부분에 대한 연구

③ 목표 군에 따른 예방 정책

<표 III-13> 연령별 예방정책

청소년층 대상	- 치료자와 상담자의 연계망 구축 - 전국 차원의 무료 전화 <S.O.S. Suicide> - 응급실, 소아과와 연계된 정신과 진료 연결 프로그램 - 교사 재교육 프로그램 (전문 병원과 교육부 연계) - 대형 병원 응급실에 정신과 의료진 상주 프로젝트
노년층 대상	- 대학 병원과 전문 병원의 연계 프로그램 - 지역 차원의 무료 전화 <domicile 25 > - 지역건강보험공단과 연계

④ 우울증 방지 / 청소년과 노년층의 자살 방지에 대한 지방
특화 프로그램

이 프로그램의 1998-2003년 프랑슈-콩테 지방의 목표는 지역 총 인구의 연간 자살 시도율을 10% 낮추고 11-25세 연령군과 65세 이상 노인 연령층에서 자살에 의한 사망률을 10% 낮추는 것이다. 프로그램의 좌표와 일반 목표는 다음과 같다.

<표 III-14> 지자체(프랑슈-콩테 지방)에서 설정한 프로그램의 좌표와 일반 목표

일반 가치	UN 인권 선언(1948)
일반 목표	전문가, 사회복지사 등 상담자와 수혜자 및 가족과 친지 대상
	건강, 사회복지 분야 관련 전문가에게 어려움의 조기 포착 및 대응에 대한 권한 부여
	자살, 어려움에 처한 대상의 일반적 상황 개선
	프로그램 수행에 대한 커뮤니케이션의 유지, 평가, 추적 및 가치 부여
	프로그램 실행의 주축 명시(청소년 군의 경우 - 예방, 조기 분석, 어려운 상황에 처한 청소년 돌보기, 프로그램 수행 평가와 연구, 추적조사)
	프로그램 실행 주축 실행 후 자료 정리

⑤ 우울증 방지 / 청소년과 노년층의 자살방지에 대한 지역 프로그램의 예산

PRS(Programme régional de santé), 즉 독립된 <지방 건강 프로그램> 부처의 제정을 통해 여러 정책 수행의 예산을 관리한다. 이 예산은 FNPEIS(Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire), 즉 <건강 교육과 건강 정보 예방 기금> 혹은 중앙 정부의 예산으로 충당된다. 구체적인 예를 보자면 다음과 같다.¹⁷⁾

17) 예산 관련 표에 표기한 약자 중 몇 개를 소개하면 다음과 같다. 위의 기관들은 지방정부 산하 기관 혹은 지역 단체다. CHS Centre hospitalier spécialisé; CHU Centre hospitalier universitaire; CMR Centre médico-psychologique; CPAM Caisse primaire d'assurance maladie; DRASS Direction départementale des affaires sanitaires et sociales; URIOPSS Union régionale interfédérale des oeuvres et organismes privés sanitaires et sociaux

<표 III-15> FNPEIS 출연 PRS 예산 (1999)

실행	목표	수행 기관
일반 가정의와 건강 / 사회복지 분야 종사자에 대한 재교육	우울증과 다른 정신건강 관련 초기 증세 포착과 분석	노빌라르 CHS 프랑슈-콩테CMR
부모 / 자녀 / 일반 가정의 그룹 대상 시험, 평가	청소년이 자신의 일상적 환경 속에서 당면 문제를 표현	벨포르 CCAS
은퇴 대비 조기 프로그램	은퇴 시기의 우울증 위험에 대한 교육	배술 CPAM

<표 III-16> 중앙정부 출연 예산(1999)

실행	목표	수행 기관
정보 제공 무료 전화 시험 운영	고립 해소	브장송 UDAF 프랑슈-콩테 지역 URIOPSS
소단위 지역 단체와 부모를 포함한 소규모 파티	청소년 성장 과정에 대한 가족, 주위의 이해	브장송 CHU
프랑슈-콩테 대학 사회학과에 자살 관련 연구 의뢰	프랑슈-콩테 지방의 자살에 대한 사회학적 양상과 자살 위험 요인 분석에 대한 연구 개발	프랑슈-콩테 지역 DRASS

(8) 자살 예방 관련 사회 단체

프랑스에서는 중앙 정부와 지방 자치단체 차원의 프로그램 외에도 일반 사회단체 수준의 여러 자살 관련 프로그램이 있다.

가족관계, 사회적 연대가 끊어진 상태의 사람들이 느끼는 고독감과 따돌림당한다는 느낌은 중요한 자살 위험 요소다. 이런 상태에 처한 사람들에게 사회단체들은 자살 예방과 관련하여 매우 중요한 역할을 담당한다.

가. 자살 방지와 자살 시도자에 대한 프로그램

- S.O.S. Suicide Phenix : 1978년 설립된 이 단체는 아래 언급 할 S.O.S. Amitié의 산하 단체이다. 이 단체는 자살 시도자 혹은 자살을 염두에 두고 있는 사람들에게 전화 혹은 직접적인 대화의 기회를 제공하는 것으로 시작해서 다른 기관의 도움을 주선까지 하는 봉사단체이다. 상담 봉사자와 심리학자와 정신과 의사로 이루어져 있다. 상담 봉사자는 심리학자와 정신과 의사가 제공하는 교육을 받아야 하며 주기적으로 재교육을 받는다. 일주일에 두 번 열리는 상설 프로그램은 상담 대상자의 익명성을 존중하면서 사회생활에 대한 감각을 되살리기 위해 성을 뺀 이름만 부르면서 같이 식사를 하는 프로그램도 있다. 이 단체의 활동 목적은 자살 시도자가 자신의 삶에 대한 의미를 되찾도록 돕는데 있으며 의료기관의 역할을 대신하지는 않는다. 그러나 이러한 봉사단체와 의료기관의 긴밀한 관계는 특히 청소년 대상 프로그램에서 두드러진다. 앞서 말한 보르도의 청소년을 위한 자살 시도자 재활 프로그램에 이 단체의 봉사진이 팀의 일원으로 참여하고 있다.

- Impasse et Devenir : 의료 전문가로만 구성된 이 단체는 'S.O.S. Suicide Phenix'와는 매우 다른 성격을 지니고 있다. 응급실을 퇴원하는 자살 시도 청소년에게 그룹 상담을 제공하는데 이 프로그램은 특히 3회에 걸친 가족 상담을 통해 자살 시도에

대한 이해를 돕는다. 청소년 자살이 가정 생활 속에서 이루어진다는 특성을 감안할 때 상담이라는 제 3의 환경에서 자살 시도를 불러일으킨 문제를 자살 시도자와 가족이 함께 재고할 기회를 제공한다는 점에 주목할 만 하다.

나. 고립감과 고독감 해소 관련 사회단체

자살과 직접적인 관계는 없더라도 자살을 불러일으키는 주요 환경요인 중의 하나인 고립감과 고독감 해소를 주목적으로 하는 사회봉사단체로 ‘S.O.S. Amitié’, ‘Recherche et Rencontre’ 등이 있다. 1960년에 설립된 ‘S.O.S. Amitié’의 경우 24시간 전화 상담을 제공한다. 1992년의 경우 60만 회에 달하는 전화상담 중 약 4만 건이 자살과 관련된 상담이었다. 이 단체는 ‘S.O.S. Suicide Phenix’와는 달리 전화 상담만을 제공한다. 1959년에 설립된 ‘Recherche et Rencontre’는 고립감을 호소하는 성인층을 주 대상으로 하는데 대부분의 상담인이 우울증을 겪고 있다. 이 단체는 정신 질환 예방의 역할을 인정받아 지역사회보험의 재정보조를 받고 있다.

위와 같은 사회봉사단체들은 재정적 기반을 주로 기부에 의존한다. 지방정부의 보조를 받더라도 자살방지관련에 직접적인 관련이 있는 프로그램에만 한정되어있기 때문에 봉사단체의 전반적 발전과 인적자원의 개발 및 채용에는 적용되지 않는 문제가 있다.

다. 그 외의 프로그램

이 외에도 주목할 만한 기관 중 하나로 PEJ (Point d'écoute

jeune)가 있다.¹⁸⁾ 여러 어려움을 겪는 청소년들은 학교에서 뿐만 아니라 가정, 사회, 직장에서도 발견된다. 학교 밖의 여러 기관, 예를 들어 사회 복지단체, 직업 훈련소 등의 근무자는 어려움을 겪고있는 청소년을 접할 기회가 상대적으로 많지만 이들의 어려움을 파악하고, 들어주고 상담하는 훈련은 매우 부족하다. 1996년 노동부의 요청으로 설립된 PEJ는 10-25세 연령층을 주 대상으로 삼는 일차적 대응 기관이다. PEJ의 주 역할은 다른 기관과 역할 중복을 피하면서 문제에 당면한 청소년을 전문기관에 연결해주는 것이다.

CRIS (Le centre de recherche intervention suicide 자살 중재 연구소)는 의사, 심리학자, 법률 전문가, 사회복지사, 교육자와 간호사 등의 전문가로 구성되어 전화 상담부터 교육기관에서 이루어지는 자살관련 교육까지 담당한다. 특기할 점은 동년배의 자살이나 가까운 사람의 폭력적인 죽음을 겪은 청소년과 함께 학교 내에서 심리 연극을 제작하는 등 상황에 직접적으로 관여한다는 것이다.

18) PEJ 즉 Point d'écoute jeune는 직역하자면 '젊은이의 말을 들어주는 곳'이다. 번역은 '상담'이라고 했지만 문제 상황에 처한 사람에게 주는 도움을 '상담'이 아니라 '들어주기'라고 한 표현은 이 기관의 예 뿐만 아니라 다른 많은 프랑스의 연구자료에서도 나타난다. 이 점은 특히 청소년 대상 프로그램의 문제 접근 시각을 되돌아보게 한다. 즉 상담과 도움을 주려고 하기 전에 먼저 도움을 요청한 사람의 말을 '듣고' 그들의 입장에서 문제 해결의 실마리를 찾는다는 것의 중요성, 더 나아가 '잘 들어주는 것' 만 이루어져도 스스로 문제 해결의 방식을 찾아낼 수 있다는 기본을 일깨워준다.

(9) 프랑스 청소년 자살 방지 정책의 특징 및 시사점

자살과 자살 시도는 그 자체로는 비극적인 일이다. 장기적 관점에서 볼 때 자살은 무시 못할 비용을 야기하는 사회적 문제다. 공공의 건강 특히 청소년의 육체, 정신적 건강에 대한 사회적 차원의 예방 정책의 필요성은 아무리 강조해도 지나치지 않는다. 프랑스 정부의 청소년 자살 방지 정책은 탁상 공론이 아니라 실질적인 행동 지침으로 바로 이어진다. 높은 자살 시도율과 자살 사망률을 보이는 청소년 계층을 독립적인 정책 수립의 대상으로 삼고 이에 대한 다각적인 문제 접근을 위해 건강, 교육, 내무, 법무부 등의 행정 부처, 의료보험공단, 의사협회 등의 공공 단체와 전문가 및 사회 봉사 단체와 자발적 봉사자간의 유기적 협력 관계를 기본으로 삼고 있는 점이 주목할 만 하다. 자살을 단순히 개인의 심리적, 정신적 문제가 아니라 사회 공공 복지의 차원에서 다루어야 하는 문제라는 인식이 확실하기 때문에 가능한 접근이라 할 수 있다.

프랑스에서 청소년 자살 관련 정책의 기본 방향은 중앙 정부에서 결정하나 공공 건강보건 문제의 지역적 특성을 인정하기 때문에 구체적 실행 및 평가 체계는 지방 자치단체의 몫이다. 이와 같이 중앙정부와 지역 자치단체의 역할 분담이 확실하고 정부 기관, 지방 자치 단체의 예산 분담 및 예산 실행 주체와 목표 또한 명확하다.

앞서 인용한 다비드슨과 필립의 연구 같은 자살 시도자에 대한 심층 연구는 자살 위험 요인에 대한 정확한 정보를 제공하며 자살 방지 정책 수립에 기반이 된다. 그러므로 이러한 연구는 우리나라에서도 주기적 장기 연구로 이루어져야 할 것이다. 이와 더불어 자살 시도자에 대한 사후 관리 프로그램에 대한 연구 및

수행도 개인의 자살 재시도 방지 뿐만 아니라 다른 청소년의 자살 예방에 기여도가 크기 때문에 꼭 필요한 부분으로 지적할 수 있다.

청소년 건강, 특히 정신건강의 문제는 성인 대상 정책과 차별화된 시각에서 다루어져야 한다. 청소년의 성장 연령적 특수성과 학업수행이라는 사회문화적 요인을 감안해야 한다. 무엇보다도 유의할 점은 정책 대상자인 청소년의 시각에서 나온 정책만이 효과를 거둘 수 있다는 점이다. 수혜자의 입장에서 수립한 정책과 수행, 각 상황의 특수성을 감안한 유기적인 프로그램 진행, 프로그램 수행 후 평가 및 구체적인 기록 남기기 등의 피드백은 비단 청소년 대상 자살 방지 정책 수립에만 해당되는 것은 아닌, 원론적이지만 쉽게 간과되는 부분으로 볼 수 있다. 빠른 속도로 변화하는 우리나라 청소년의 사회문화환경을 고려할 때 이 부분의 중요성을 재삼 강조하게 되는 것이다.

사회적 차원에서의 자살 방지는 정책 기관, 의료진, 교육, 봉사 단체를 위시한 사회 단체가 함께 자살 현상에 관심을 기울이고 적절한 인적, 재정적 자원을 조달할 때 가능하다. 그러나 무엇보다도 우선적으로 한 개인이 자살을 선호하도록 만드는 사회의 문제를 직시해야 한다. 자살은 개인이 행하지만 그 행위는 사회적 차원의 문제를 드러낸다. 이러한 문제 해결을 위해서는 사회적 문제로서의 자살이라는 시각 속에서 수립된 자살 방지 정책의 지속적이고 투명한 정책수행이 요구된다.

청소년 자살 시도와 관련해서는 청소년에게 동감하고 이해하는 분위기 속에서 전문가에게 다가갈 수 있도록 방향을 이끌면서 가족을 포함해야 한다는 점을 잊지 말아야 한다. 무엇보다도 청소년 자살(시도)자를 문제아로 보기 이전에 그들이 자신의 죽음을 무릅쓰고 사회에 던지는 질문에 귀를 기울여야 할 것이다.

2. 국가간 비교분석

: 청소년 자살의 사회구조적 원인 비교분석

지금까지 살펴본 청소년 자살에 대한 국가별 분석 내용들을 종합해볼 때 청소년 자살의 사회구조적 원인으로 작용한다고 판단되어지는 국가별 요인에 대해 다음과 같이 재구조화해 볼 수 있다.

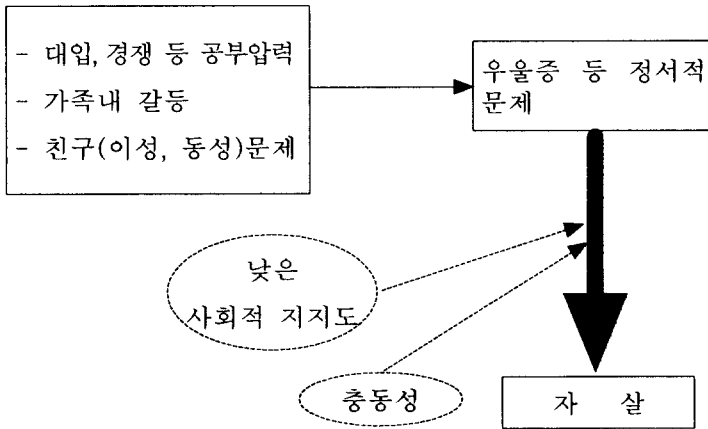
우선, 각 국가별 청소년 자살에 대한 고찰을 통해 확인 할 수 있는 부분들 중 사회문화적 차이에 관계없이 어느 사회에서나 공통적으로 청소년 자살의 중요한 원인으로 생각할 수 있는 요인은 첫째, 가족 내부에서의 갈등, 대화단절 등과 같은 문제, 둘째, 사회구성원으로서 새롭게 출발하기 위한 시점에서 맞이하게 되는 사회적 좌절(낮은 학업 성취도, 입시 압력 등 포함), 셋째, 청소년 복지체계 미비, 청소년에 대한 낮은 사회적 관심, 학교를 포함한 사회적 상담체계 부족, 청소년 문화공간 활성화 미약 등과 같이 제도적 차원에서의 사회적 지지도가 낮은 상태인 경우, 넷째, 정신질환, 신병 등 정신과 육체에 있어서의 문제 등이라고 할 수 있다. 특히, 사회구조적 문제라고 할 수 있는 첫 번째와 두 번째, 세 번째의 문제들은 모든 사회가 안고 있는 해결해야 할 대상으로서의 청소년 자살 요인이라고 할 수 있는 부분이다.

그러나, 이와 같은 공통점들에도 불구하고 각 사회는 나름대로의 고유한 사회문화적 특성에 기반하여 발생시키고 있는 청소년 자살 요인의 상이성을 보여주고 있는데, 한국의 경우에는 대입경쟁 등과 관계된 공부압력, 일본의 경우에도 학업과 경쟁 등 사회적 중압감, 미국의 경우에는 마약 등 약물중독과 남용의 문제, 프랑스의 경우에는 심각한 개인주의에 기반한 정서장애 및 사회적 고립의 문제 등을 발견할 수 있었다. 물론 자살 직전 단계에서는 심각한 우울증이나 격앙된 충동성 등 심리적 문제가 주를 이루고 있지만 이와 같은 심리적 불안정성을

발생시키게 된 배경에는 국가에 따라 상이하게 이루어져 있는 각각의 사회구조적 특징들이 작용하고 있음을 알 수 있었다.

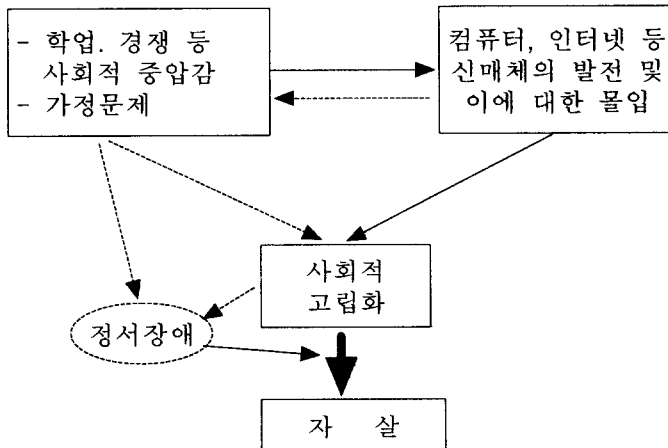
이들 관계를 국가에 따라 도식화하면 다음과 같다.

① 한국



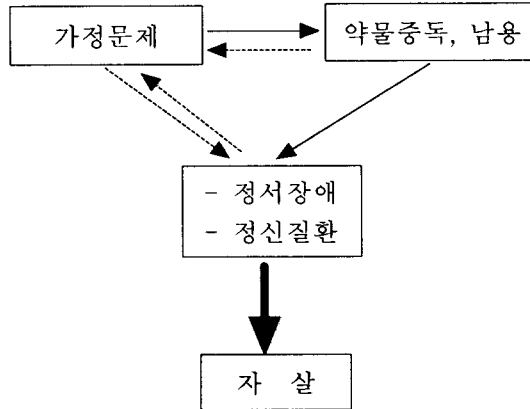
[그림 III-3] 한국 청소년의 자살 요인

② 일본



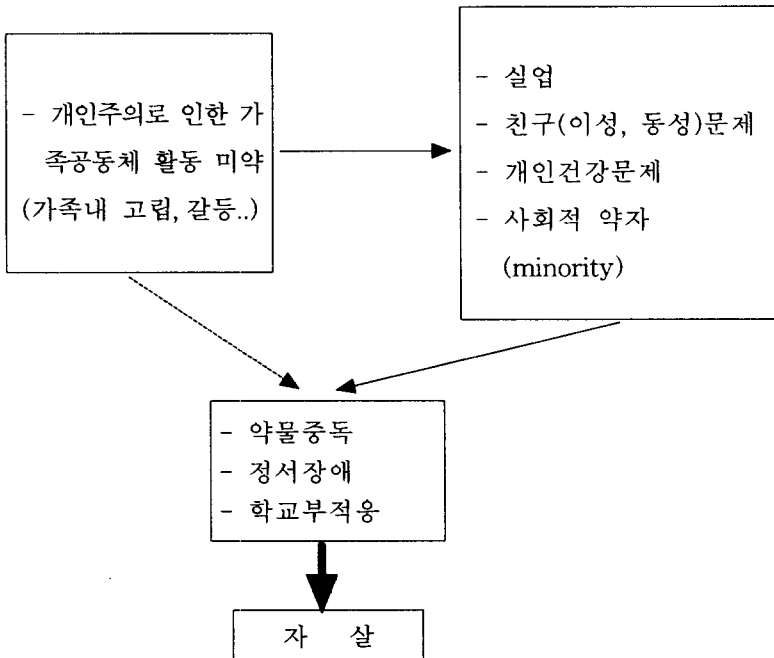
[그림 III-4] 일본 청소년의 자살 요인

③ 미국



[그림 III-5] 미국 청소년의 자살 요인

④ 프랑스



[그림 III-6] 프랑스 청소년의 자살 요인

결국, 이들 재구조화된 도식들을 통해 볼 수 있는 바와 같이 한국 사회에서는 사회 전체에 뿌리박혀 있는 대입지상주의라고 하는 구조적인 문제와 가장 기본적 사회제도인 가족으로부터 산출되고 있는 가족 기능의 약화 등에 커다란 원인이 있다고 볼 수 있으며, 일본의 경우에도 사회적 경쟁구조의 강화, 가족기능의 약화, 인터넷 또는 비디오 게임 등과 같은 신매체로의 집중 및 고립화 경향 등과 같은 요인이 중요하다고 볼 수 있고, 미국의 경우에는 약물중독을 용이하도록 가능하게 하는 사회구조와 가족 기능의 약화, 프랑스의 경우에는 개인주의를 강화하는 사회구조와 이로 인한 가족구성원간의 고립, 갈등, 실업 등의 문제가 청소년 자살에 있어 중요하게 작용하고 있다고 할 수 있다.

이와 같은 국가별 사회구조적 문제의 중요성은 1995-1997년까지의 WHO 자살통계에 대한 국가별 비교를 통해서도 어느 정도 확인되어지고 있는데, 다음과 같다.

<표 III-17> 1995년의 WHO 국가별 자살통계

(연도 : 1995 / 단위 : 십만 명당 인구)

국가	성별	총계	5-14세	15-24세	25-74세 (평균)	75세 이상
한국	남	14.5	0.8	11.5	24.04	47.5
	여	6.7	0.8	7.3	8.9	18.9
일본	남	23.4	0.6	11.3	29.96	53.2
	여	11.3	0.3	5.5	13.02	34.4
미국	남	19.8	1.3	22.5	24.64	48.3
	여	4.4	0.4	3.7	5.82	5.5
프랑스	남	30.4	0.6	15.2	39.16	97.0
	여	10.8	0.2	4.6	14.28	21.6

<표 III-18> 1996년의 WHO 국가별 자살통계

(연도 : 1996 / 단위 : 십만 명당 인구)

국가	성별	총계	5-14세	15-24세	25-74세 (평균)	75세 이상
한국	남	17.5	1.0	14.4	28.64	59.5
	여	7.9	1.3	9.0	9.94	24.3
일본	남	24.3	0.6	11.3	31.3	50.9
	여	11.5	0.3	5.4	13.04	33.5
미국	남	19.3	1.1	20.0	24.46	46.5
	여	4.4	0.4	3.6	5.78	4.8
프랑스	남	28.8	0.5	12.8	37.14	87.2
	여	10.4	0.1	4.2	13.7	20.1

<표 III-19> 1997년의 WHO 국가별 자살통계

(연도 : 1997 / 단위 : 십만 명당 인구)

국가	성별	총계	5-14세	15-24세	25-74세 (평균)	75세 이상
한국	남	17.8	0.9	12.5	29.72	66.8
	여	8.0	1.1	8.0	10.22	26.7
일본	남	26.0	0.5	11.3	33.48	52.6
	여	11.9	0.3	5.5	13.46	33.2
미국	남	18.7	1.2	18.9	23.76	44.7
	여	4.4	0.4	3.5	6.86	5.1
프랑스	세부 통계 자료 없음					

이상의 도표들을 중심으로 볼 때 다음과 같은 두 가지 측면에서 청소년 자살에 대해 해석할 수 있다.

첫째, 사회변화 속에서 살펴볼 수 있는 청소년 자살의 경향성에 대한 종단적 해석이다. 1995-1997년까지의 자살을 전체를 보면 한국과 일본의 경우에는 자살율이 전반적으로 증가하고 있는데 반해 미국과 프랑스는 감소하고 있는 추세임을 알 수 있다. 이는 삶의 질과 자살의 관계에 대한 앞선 논의들을 고려해볼 때 한국과 일본에서는 이 기간 동안 삶의 질이 전반적으로 하락했지만, 미국과 프랑스에 있어서는 전

반적으로 삶의 질이 증가하고 있음을 말해준다고 하겠다.

성인의 경우만을 구분해서 살펴보면, 미국과 프랑스는 역시 감소하고 있지만 한국은 지속적으로 증가하고 있고, 일본의 경우에도 25-74세 사이의 경제 활동 인구에 있어서는 자살율이 증가하고 있지만 74세 이상의 경우에는 감소하고 있음을 알 수 있다. 이 또한 앞선 해석과 동일하게 이 기간동안 미국과 프랑스에 있어서 성인들의 삶은 전반적으로 향상되었다고 볼 수 있으며, 반면 한국은 경제활동인구와 노년층 모두 외환위기 등으로 인하여 어려운 상황이었음을 말해준다고 하겠다. 일본의 경우에는 특히 경제활동인구에 있어 어려움이 급증한 시기였다고 하겠다.

청소년의 경우에도 이와 같은 해석이 가능한 형태로 나타나고 있는데, 미국과 프랑스의 경우에는 모두 청소년자살율이 감소하고 있지만, 한국의 경우에는 증감이 반복되고 있고 일본의 경우에는 거의 변동이 없는 일정함을 유지하고 있음을 알 수 있다.

결국, 이상에서 언급한 바와 같이 이 기간동안 미국 및 프랑스와는 달리 한국과 일본에서는 경제적 위기로 인하여 경제활동인구들이 커다란 타격을 받았다고 할 수 있으며 이들 두 나라에 있어 청소년들은 상대적으로 경제적 위기가 자살율 증가를 묶어두는 역할을 하였다고 볼 수 있을 것이다. 이후의 WHO 개별자료들을 보아도 한국과 일본은 모두 자살율이 각각 남 18.8, 여 8.3(2000년), 남 36.5, 여 14.1(1999년)와 같이 전체적으로 증가하고 있는 반면, 미국과 프랑스는 각각 남 18.6, 여 4.4(1998년), 남 27.1, 여 9.2(1998년)로 감소하고 있는 추세를 보이고 있는 등 이와 같은 해석을 뒷받침하고 있다.

둘째, 동일 연도 통계를 바탕으로 이들 4개국의 자살통계를 비교하는 횡단적 측면에서의 고찰이다. 1996년 통계를 보면 5-24세 청소년들의 자살율에 있어 한국이 가장 높은 수치를 보이고 있으며 다음이 미국이고 일본과 프랑스는 상대적으로 보다 낮은 수치를 나타내고 있

다. 이는 사회적 지지도에 대한 앞선 논의를 바탕으로 볼 때 한국은 4개국 중 청소년에 대한 사회적 지지도가 가장 낮은 상태라고 할 수 있다. 미국 역시 상대적으로 4개국 중 청소년에 대한 낮은 사회적 지지도를 나타내고 있고, 일본이 다음이며, 청소년에 대해 가장 높은 정도의 사회적 지지도를 보이고 있는 국가는 프랑스라고 할 수 있다.

25-74세 사이의 경제활동인구들을 대상으로 보면 일본과 프랑스에서의 성인 자살율이 상대적으로 높은 것을 알 수 있는데, 따라서 이들 두 나라에서의 성인에 대한 사회적 지지도는 낮은 상태이라고 할 수 있다. 반면 미국과 한국의 경우에는 이 연령층에서의 자살율이 상대적으로 높지 않고 따라서 상대적으로 경제활동연령층에 대한 사회적 지지도가 다른 두 나라에 비해 높다고 말할 수 있다. 일본과 프랑스에서는 경제활동인구들에게 사회적 부담이 집중되어 있는 반면 청소년들은 보호의 대상으로 위치 지워져 있다고 볼 수 있으며, 미국과 한국의 경우에는 경제활동인구들이 제도로부터 받는 혜택 정도가 상대적으로 청소년들보다 높다고 하겠다. 특히, 미국의 경우에는 남자 청소년들의 자살율이 성인의 자살율과 대등한 위치에 있는데, 이는 곧 이들에 대한 사회적 지지도가 전반적으로 빈약한 상태라고 해석할 수 있다.

노년층에 있어서는 미국이 가장 낮은 자살율을 보이고 있기 때문에 노년층에 대한 가장 높은 사회적 지지도를 볼 수 있으며, 프랑스의 경우 노년 자살율이 가장 높고 따라서 가장 낮은 사회적 지지도가 존재한다고 할 수 있다. 특히, 노인 연령층에 있어 필요한 사회적 지지도들 중 외로움, 질병, 경제적 문제 등으로 구분한다면 미국사회는 노년층에 대한 이들 주요 사회적 지지도가 가장 잘 갖추어져 있는 곳이라고 할 수 있으며, 반면 프랑스의 경우에는 개인주의적 사회성이 보편화되어 있음으로 인해 물질 조건들이 아닌 노인연령층의 고독이라고 하는 부분이 낮은 사회적 지지도의 주된 요인일 수 있다고 할 수 있

다. 한국과 일본의 경우 노년층의 자살율이 중간 정도인 것은 이들 사회에서 아직도 강하게 작용하고 있는 가족주의에 기반한 가치관이 주요 사회적 지지도로 작용하고 있기 때문이라고 할 수 있을 것이다.

결국, 한국의 경우 사회적 지지도를 가장 적게 부여받고 있는 연령층은 청소년이라고 할 수 있으며, 이로 인해 청소년 자살이 한국사회 및 청소년 사인에 있어 차지하는 비중이 크게 나타나고 있다고 할 수 있을 것이다. 즉, 사회구조적인 차원에서 청소년들에게 부여되는 긍정적인 혜택정도가 부족함으로 인하여 한국의 청소년들은 일본, 미국, 프랑스 청소년들보다 더 많은 자살을 보이고 있을 가능성이 크다고 해석할 수 있다. 특히, 남자 청소년보다 한국의 여자 청소년들이 4개국 중 가장 높은 자살율을 보이고 있는데, 이 또한 한국의 여자 청소년들에게 부여되는 다양한 차원에서의 사회적 지지도 정도가 가장 저조하기 때문이라고 할 수 있을 것이다.

이상의 논의들을 종합하여 2장에서 제시하였던 뒤르카임의 자살논의에 기반한 청소년 자살유형화에 대입하여 그 경향성에 대해 추론하면 다음과 같은 방식으로 국가별 구조화가 이루어질 수 있다.

<표 III-20> 뒤르카임의 자살논의에 기반한 청소년 자살유형화

국가	자살유형의 특징(경향성)
한국	이타적 / 숙명적
일본	이기적 / 숙명적
미국	이타적 / 아노미적
프랑스	이기적 / 아노미적

위의 표에서 볼 수 있는 바와 같이 한국 청소년 자살의 경우 아직까지 이타적이며 숙명적인 자살특성에 가깝다고 말 할 수 있다. 즉, 한국사회의 가치관이 아직까지도 가족에 기반한 집단주의적 특징을 강하게 지니고 있고, 따라서, 청소년들의 개인적 권리 보장이 보류되어지는 경우가 많으며, 전반적으로 사회제도적 지지도가 낮은 상태에 있기 때문에 이타적 자살의 특성이 강하게 나타난다는 것이며, 더불어, 사회적으로 규정지워진 행위와 사고 틀의 작용이 강한 통제력으로 작용하고 있고 권리보다는 의무의 준수가 더욱 많이 요구되어지고 있기 때문에 어쩔 수 없는 사회적 상황에 노출되어져 있는 자신을 도피시키기 위한 형태로 자살이 이루어지는 경우가 많다고 할 수 있는 것이다.

일본의 경우에는 이기적 특성과 숙명적 특성이 교차되어 있다고 할 수 있다. 일본사회는 기술과 자본의 발달 및 이로 인한 서구적 사회 체계의 발달 등에 의해 청소년들의 법적 지위가 다양한 사회적 제도를 통해 어느 정도 잘 보장되어져 있다고 할 수 있다. 사회적 지지도가 높은 것이다. 오히려 그렇기 때문에 청소년의 경우 성인과 달리 인터넷 및 비디오 게임 등 신매체에 몰입하여 스스로의 삶을 사회적 관계로부터 단절시키고 고립시키는 사례를 다수 나타내고 있다. 청소년 자살에 있어 고립에 의한 이기적 자살인 경우가 많은 것이다. 그러나, 사회적 구속성은 학업 성취에 대한 강조, 경쟁성 확보의 강조 등으로 인해 다소 높은 상태라고 할 수 있으며, 따라서 개인주의적인 성향이 의무 지워진 생활과 연계되면서 고립을 통한 도피적 행위로 이어지게 되고 극단적인 경우 자살에 이르게 되는 경우가 많을 것이라고 할 수 있다.

미국의 경우에는 사회적 연대성의 차원에서는 이타적 특성을 지니고 있다고 할 수 있지만 구속성의 정도에 있어서는 청소년

개인에게 강요되어지는 사회적 의무 정도가 상대적으로 적다고 할 수 있기 때문에 아노미적인 특성이 강할 것이라고 볼 수 있다. 미국사회의 가치에는 가족중심의 논리가 강하게 자리하고 있으며, 현실적으로 가족을 중심으로 한 집단주의가 강하게 작용하는 사회라고 할 수 있다. 따라서 개인의 법적 지위는 언제든지 가족이나 국가와 같은 보다 상위의 개념에 종속될 수 있는 가능성을 지니고 있다고 할 수 있다. 집단적 연대성이 높기 때문에 개인에 대한 사회적 지지도는 상대적으로 약할 것이라는 것이다. 그러나, 동시에 한국이나 일본처럼 청소년들에게 주어져 있는 의무로서의 학업 성취 등과 같은 사회적 통제가 강하게 존재하지 않기 때문에 이러한 관계 속에서 개인적 권리를 강조하게 되는 태도를 갖게 된 경우 아노미적 상태에 빠질 가능성이 높아진다고 하겠다. 행위의 기준이 약화된 상태에서 집단의 강조가 이루어질 경우 혼란이 발생할 수 있으며, 이는 곧 약물중독과 무기소지와 같은 비행으로의 가능성을 높이는 결과를 초래하게 되고 나아가 정신질환이나 심각한 정서장애 등에 연계되어지면서 자살에로의 접근성이 높아지게 되는 것이다.

프랑스의 경우에는 이기적이며 아노미적인 특징을 지니고 있다고 할 수 있다. 앞서 언급한 바와 같이 프랑스 사회의 특징은 개인주의적 가치관에 기반한 사회적 지지도의 강화이다. 모든 청소년들이 사회복지체제의 혜택을 받고 있는 등 사회적 지지도가 높다. 그러나, 또한 동시에 이러한 모든 것들을 개인의 권리 문제로 환원시켜 보장해줌으로써 결국 청소년들에게는 그들의 행위를 규정해줄 수 있는 기준으로서의 적절한 사회적 구속이 미약하게 되고, 개인주의적 고립과 아노미적 혼란 등에 의한 자살 가능성이 많아진다고 하겠다.

IV. 결론 및 정책적 제언

IV. 결론 및 정책적 제언

지금까지 우리는 자살이라고 하는 현상을 사회적 사실로 규정하고 따라서 사회적 관계로부터 자살의 의미를 찾고자 한 뒤르카임의 논의로부터 시작하여 한국, 일본, 미국, 프랑스에서 살펴볼 수 있는 청소년 및 전체 자살에 대한 원인, 통계적 경향성, 청소년 자살 예방정책 등에 대해 살펴보았으며, 이를 바탕으로 청소년 자살의 사회구조적 원인에 대한 국제 비교분석을 시행하였다.

그 결과, 청소년 자살이라고 하는 부분은 개인의 심리적 차원이나 특정 사회구조의 단일 영향력 등에 의해 이해되어질 수 있는 것이 아니라, 개인으로부터 가족, 학교, 사회 전반에 걸친 매우 복잡한 인과론적 구조 속에 위치해 있음을 알게 되었다. 연구 대상이 되었던 4개국 모두에서 밝혀진 바와 같이 청소년 자살이라고 하는 결과는 국가의 경제적 상황, 교육체계, 복지체계 등과 같은 사회제도, 친구, 교사와 같은 외적 인간관계, 부모, 형제와 같은 가족 내적 인간관계, 그리고 무엇보다도 자기 자신의 내적 심리상태 등에 이르기까지 모든 요인들의 다차원적 작용에 의해 이루어지는 것임을 알게 되었다.

따라서 청소년 개인적 차원에서 발생하는 자살이라는 사실은 보다 광의적으로 집단화되어 한 사회의 특징을 표상해주는 일반화된 상징적 도구로 사용될 수도 있는 것이며, 이에 대한 종합적 분석은 청소년 문화를 이해하는데 도움을 줄 수 있는 하나의 유용한 지표를 던져줄 수도 있고, 또한 청소년문화의 미래지향적 방향성 정립을 위한 대안으로 작용할 수도 있는 것이다. 예를 들어 앞서 분석한 바와 같이 한국의 청소년 자살이 다른 3개국에 비해 상대적으로 높은 비율을 차지하고 있다는 것은 곧 한국사회에서 청소년들을 지지해주는 사회적

지지도에 있어 문제가 있다는 것을 말해주는 것이며, 이런 측면에서 한국사회에서의 청소년 자살을 줄이는 방안으로 그들에 대한 사회적 지지망을 효율적으로 구축하고 그 지지도를 높여주는 정책이 제시될 수 있는 것이다. 또한 미국사회에서 남자 청소년들의 자살율이 매우 높게 나타나고 있다는 것은 미국사회의 특성상 무기와 마약류에 대한 접근 가능성이 남자청소년들에게 매우 높기 때문이며, 동시에 이들에 대한 사회적 지지도가 여자 청소년 및 타 연령층에 비해 상대적으로 낮기 때문이라고 할 수 있어 결국, 이에 대한 대안으로 이들 두 가지 사회적 요인에 대한 적극적인 통제가 필요하다고 말 할 수 있는 것이다.

앞서 살펴본 바와 같이 아직까지도 대부분의 사회에서 청소년의 자살은 가족으로부터 발생하는 개인 심리적 차원의 문제로 축약시키는 경향이 강하다. 이는 각 국의 청소년 자살에 대한 원인 연구, 자살 예방정책의 내용 등을 종합해볼 때 쉽게 알 수 있는 부분으로서, 다른 차원에서 논의한다면 이는 그만큼 청소년 자살에 대해 사회 또는 국가가 책임을 적극적으로 인정하고 있지 않기 때문이라고 할 수 있을 것이다. 뒤르카임의 논의를 통해 간접적으로 확인할 수 있는 바와 같이 청소년 자살이 사회변화와 그 특성에 기인하고 있는 부분이 강하다고 한다면, 결국 오늘날의 사회는 가능한 한 청소년들의 자살 시도를 미연에 예방하고 재발을 막을 수 있는 사회구조적 차원에서의 조치들을 적극적으로 구성하고 시행해야 할 것이라고 볼 수 있다.

가족의 기능이 약화되었다면 기능회복을 위한 다양한 정책들(정치, 경제, 교육, 문화 등)을 시행해야 할 것이고, 사회 전반의 경제적 난관으로 인해 청소년 자살이 높아지고 있다고 한다면 경제적 약자인 그들의 지위를 안정되게 하기 위한 제도적 장치를 마련해 주어야 할 것이며, 대입과 학업 등의 부담이 문제가 된다고 하면 교육제도를 수정하는 것이 올바른 정책적 해결방안이 될 것이다.

한국사회의 경우에는 앞서 살펴본 바와 같이 청소년들의 자살 특성이 이타적이고 숙명적인 경향성에 가깝다고 볼 수 있으며, 따라서 사회구조적 차원에서 근본적인 해결책을 모색하고자 한다면 사회적 연대성 부분 중 비합리적인 집단적 가치를 개선해야 할 것이며, 또한 청소년들에게 작용하고 있는 사회적 강제의 정도를 낮추는 방향으로 인식 및 제도적 전환이 이루어져야 할 것이다.

그렇다면, 지금까지의 논의들을 종합하여 한국사회의 청소년 자살을 사회구조적 차원에서 보다 효과적으로 예방하기 위한 가능한 몇 가지 정책들에 대해 제시해 보기로 한다.

첫째, 청소년 성문제 뿐만 아니라 죽음에 대한 문제에 있어서도 인식의 전환이 필요하다. 죽음으로 모든 것이 해결될 수 있다는 생각이 잘못된 것이며 더욱 긍정적이고 바람직한 방법이 현실 속에서 발견되어질 수 있다고 하는 태도를 갖게 하여야 한다. 따라서, 청소년 수련활동 등을 통해 이에 대한 적극적인 계도가 필요하며 근본적으로 자기 자신이 스스로 문제를 해결해 나갈 수 있는 힘을 배양해주는 사회적 지지 차원에서의 프로그램 개발이 시급하다고 하겠다. 그러나, 이 문제는 비단 청소년 자신들만의 문제가 아니기 때문에 가족, 학교, 사회 전체가 제도적 접근을 통해 함께 시행해 나갈 수 있는 대안의 구성이 필요할 것이다.

둘째, 청소년 자살에 대한 사회적 관심의 증가와 이에 대한 종합적이고 지속적이며 체계적인 연구가 이루어져야 할 것이다. 현재까지 진행된 청소년 자살 연구는 대부분 일반론적이고 단순한 질문조사의 성격을 지니고 있었다. 보다 근본적이며 심층적인 연구를 통한 기초데이터의 구축이 필요하다.

셋째, 자살 예방에 있어서는 위기개입이라고 하는 개념이 중요하다. 따라서, 사회적 차원에서 도움을 필요로 하는 청소년들에게 언제나 다가가 도와줄 수 있는 청소년 자살 위기개입 체계를 구축해야 한다.

현재 구성되어 있는 상담기관과 소수를 위한 치료 차원에서의 제도는 커다란 효과를 예상하기 어렵다. 예를 들면, 청소년지도사들을 활용하여 학교와 지역 곳곳에 언제든지 비밀스럽게 이용할 수 있는 거점을 마련하고 이들로 하여금 정신과 등과 같은 심리치료 담당자들과 연계하여 예방과 더불어 사후 치료에 이르기까지 적극적인 활동을 하게 하는 방식도 고려해볼 수 있을 것이다.

넷째, 청소년 자살 예방을 위한 전문가 연합체를 구성하는 것이 필요하다. 현재 청소년 자살에 대한 정보가 일반적 차원, 전문적 차원 모두에서 매우 부족한 실정이어서 이를 취합하여 단일 데이터베이스를 구축하는 것이 필요하기 때문이며, 또한 앞서 제기하였던 인식전환을 위해서도 관련 전문가들이 연합체를 형성하여 범사회적인 청소년 자살 예방 운동을 전개해 나간다면 그 효과가 더욱 증가될 수 있기 때문이다.

다섯째, 청소년 자살 시도자와 그들의 가족을 중심으로 서로 자살 예방에 대한 건전한 정보교환과 상호 힘을 북돋을 수 있는 의사소통망을 구성하는 것도 바람직할 것이다. 현재 인터넷을 중심으로 자살 시도자들의 사이트가 확산되고 있으며, 심지어 자살 방지를 위한 사이트의 경우에도 오히려 자살 방조 또는 촉진을 위한 사이트의 성격을 지니기도 한다. 자살 방조 사이트는 지속적으로 단속하여야 하며 국가 차원에서 자살 예방을 위한 사이트를 구축하여 이들에게 도움을 줄 수 있는 사회적 지지망의 역할을 할 필요가 있다.

여섯째, 국가 및 지방자치단체 중심으로 청소년 자살 예방 프로그램을 실시할 수 있는 연구 및 실천 기구를 설치하고 운영하여야 한다. 민간단체들이나 협의회 등이 할 수도 있지만 결국 궁극적으로는 국가의 개입이 어느 정도 필요하기 때문이다. 또한 이 기구를 통해 자치단체간 정보교환, 다른 나라 및 국제기구에서 시행하고 있는 프로그램과의 정보교환 및 연계성 확보 등으로 시행 범위가 확대되어야 한다.

일곱째, 청소년 자살 문제는 지금까지 살펴본 바와 같이 가족 내부로부터 출발하는 경우가 많다. 따라서 자살 예방 프로그램의 구성에 있어 가족 개입 모델을 대입시켜, 가정 폭력, 가족 빈곤 등과 같은 부분까지도 적극적으로 개입하여 초기에 문제점을 사회적 차원에서 해결할 수 있도록 해야 한다. 공공기관의 청소년 담당 사회복지사나 청소년지도사를 대대적으로 확충하여 이들로 하여금 이와 같은 가정문제에 적극 개입하여 해결해줄 수 있는 제도를 구축하는 방안도 필요할 것이다.

여덟째, 무엇보다도 앞서 논의하였듯이 청소년들에게 과도한 심적 부담 및 강제 기제로 작용하고 있는 무조건적이고 획일적인 대입 중심의 교육체계를 개선해야 한다. 인성계발이 중심이 되어야 할 교육제도를 통해 오히려 인성억압의 결과가 이루어진다면, 이는 교육제도의 기능성 왜곡이 심각한 상태에 도달해 있다고 할 수 있을 것이다. 숙명적 자살유형에 가까운 한국 청소년들의 자살 문제를 해결할 수 있는 교육구조의 전환이 필요하다.

아홉째, 대중매체 등을 이용한 긍정적 가치관 교육이 이루어져야 한다. 이를 통해 앞서 제기한 죽음에 대한 인식 전환도 가능할 것이며, 더불어 이타적 자살의 원인이라고 할 수 있는 비합리적 집단주의적 가치관을 수정할 수 있는 효과적인 도구가 될 수도 있을 것이다. 가치관 전환은 청소년 자살을 예방할 수 있는 가장 근본적이며 효과적인 방법이라고 할 수 있으며, 따라서 다양한 대중매체를 통한 국가적 차원에서의 홍보교육은 중요한 대안적 의미가 될 수 있을 것이다.