

청소년의 자살

이 광 자
(이화여대 간호대학 교수)

차 례

1. 문제제기
 2. 자살의 심리
 3. 자살가능성 평가와 예방
 4. 간호접근
 5. 결 론
- 참고문헌

1. 문제 제기

자살은 청소년이 목숨을 잃는 원인 중 다섯번째로 중요한 원인이며 10대 청소년 자살자의 수가 10년만에 67%나 증가하였다고 외국의 한 연구가 밝히고 있다. 자살이 인간의 10대사망원인의 하나인것에 비하여 청소년은 훨씬 자살의 비율이 높은 것을 알 수 있다.

지구상에는 매일 천명씩 그리고 년 50만명씩이 자살로 인생을 끝낸다고 한다. 미국통계로는 년 22,000명이, 즉 인구 10만당 11명이 자살한다는 것이고 특히 15~30세에는 암과 사고 다음가는 사망원인이고, 대학생에게는 사고 다음가는 사망원인으로 되어 있다(Resnik, 1980).

한국은 1983년 경제기획원통계에 의하면 인구 10만당 20.6명으로 10대 사망원인 중 9위를 차지하는 것으로 나왔다. 그러나 이같은 통계는 거의 모두가 사망진단서를 기초로 한 통계로서 실제 자살건수보다 적을 것이 분명하다. 사고사로 처리된 상당수가 사실은 고의적인 자살일 경우가 많아 실제의 자살률은 발표된 통계숫자보다 높다고 보는 것이 타당하다.

특히 급변하는 현대사회의 청소년은 신체적으로는 성숙한 성인이지만 사회적으로는 미성년의 위치에 처해 있기 때문에 그들 특유의 갈등과 좌절을 겪는다.

청소년의 자살은 청소년 자신의 심리적 입장도 중요하지만 그 보다는 가정이나 학교, 사회적 환경적 역할이 더 크다는 것을 알 수 있다. 흔히 부질서하고 분열된 가정이 아니면 고립된 가정에서 자살 기도자가 생긴다는 것이다.

가정생활에서 볼 때 서구적 가치관과 윤리규범이 급격하게 이식됨에 따라 전통의식을 고수하려는 부모세대와 근대화된 가치규범을 따르려는 청소년 자녀 사이에 필연적으로 세대간 격차가 증가한다. 자녀들과의 의견차이는 부모 자신을 불안하게 하고 따라서 부모는 자녀를 수용할 수 있는 심리적 여유가 없어지게 되어 자녀의 행동을 통제할 수 있는 능력마저 약화되기 쉽다. 또한 부모 자녀간의 적절한 대화부족, 급변하는 산업사회에서 권위적 존재로서의 부권의 상대적 약화등이 일어나고 있다. 따라서 진정한 가치관 정립의 기회가 부족하여 혼란이 일어나고 청소년범죄의 양적 증가, 약물 및 알콜중독, 자살, 부모에 대한 반발 및 불신, 우울증등을 자주 보게 된다.

그리고 학교의 역할과 관련해서 볼 때 청소년의 경우, 의미있는 대인관계를 거의 잃었다고 생각할 때 자살을 생각하는 수가 많다. 청소년은 대개 학생이기 때문에 이들의 대인관계의 좌탈과 이로 인해 느끼는 사회적인 고립감을 극복하게 하는 데는 학교의 역할이 크다. 학생에게는 학교가 가장 중요한 사교장이며 사회이기 때문

이다. 그러나 오늘날 지식편중의, 한국적 교육풍토와 입시위주의 과잉교육열은 인격완성을 위한 교육 본래의 목표를 도외시하고, 결국 폭넓은 교육기회의 박탈에 기인하는 신체적, 심리적 압박으로 이들의 정서가 बे마르고 정신적 괴로가 가중되고 있다. 이때 청소년들은 학교강迫중, 시험불안, 학습장애, 주의집중력장애, 무단결석, 교사에 대한 반발등의 부적응 증상을 일으킨다. 또한 학력위주의 사회풍토로 인해 학업성적에서 야기된 열등의식은 결국 우울증이나 청소년기 정신장애, 그리고 자살, 자해로 이끌게 만든다.

사회전반에 걸친 물질 성취적 근대화 경향역시 성취지향적, 현실지향적 욕구를 상승시키고 쾌락성화, 유희화 경향이 증가하므로써 이런 영향도 청소년들에게 성인행동모방, 성 범죄, 반사회적 행동, 약물 및 알콜중독, 자살등을 일으킬 동기적 요인으로 작용하고 있다.

이제는 우리 주변에서도 “자살이라도 하고 싶은 심정”이라고 하소연하는 청소년을 자주 만나게 되는 일이 드문 일이 아니며 실제로 사람에게 따라서는 자살충동을 느끼게 하는 상황이 청소년 주변에는 얼마든지 있음을 알 수 있다.

2. 자살의 심리

자라 보고 놀란 사람 솔뚜경보고 놀란다는 속담이 있다. 과거에 자라 때문에 혼이 났던 사람은 자라와 비슷한 솔뚜경만 보고도 놀란다는 말이다.

이렇게 사람의 모든 생각, 행동 감정의 변화는 과거 경험과 연관이 되며 때로 우발적 돌발적 행동처럼 보이는 것도 알고 보면 그 원인이 있는 것이다.

요즈음 신문지상에 경제적 곤란, 결혼 실패, 학교성적 저하등을 이유로 자살했거나 자살기도했다는 보도를 자주 보게 된다. 그러나 그런 경우를 당하는 모든 사람이 죽음을 택하는 것은 아니다. 어떤 동일한 심적 갈등으로 어느 사람은 죽음을 택하고, 어느 사람은 다른 방법으로 그 어려움을 극복한다면 그 갈등 자체가 자살의 근본적 원인이라고 보기엔 어렵다. 즉 그 문제

의 해결 방법은 다양한 것이며 자살은 그 많은 해결 방법 중 하나이며 극단적인 것이다. 그래서 자살의 충동이란 개인의 내적인 것에서 유래되며 외적인 것은 자살의 행위를 촉진시킨 것으로 보는 것이 타당하다. 자살의 근본적 충동은 인격 깊숙히 존재하는 것이다.

자살기도의 근본적 결정적 동기를 찾으려는 분석에서 자주 발견되는 잠재되어 있는 기본적인 요인들은 열등감을 수반하는 만성적 불안이나 희망이 없는 무기력감, 죄악과 복수심을 수반하는 증오와 공격성들이다.

이런 내적 갈등을 소유하고 있는 사람이 어려서 경험했던 감정을 재경험하게 하는 외적인 어떤 억압에 당면하게 되면 걸잡을 수 없이 과도하게 그 감정이 폭발되어 당황하게 되며 무기력하게 되어 어려서 경험했던 힘든 불안 공포를 다시 경험하게 되어 그 순간 그 상황을 현실적으로 파악하고 해결할 능력을 잃게되어 충동적으로 자살을 기도하게 된다.

Freud는 자살이란 자기 자신을 향한 공격성에서 온다고 주장한다(Freud, 1917). 한 인간이 사랑과 증오의 상반된 감정을 갖고 대하던 어떤 것을 잃고나면 뒤에 사랑하던 감정은 영구히 그 상실한 것에 붙어서 애도·추모하는 심정으로 남지만 증오하던 감정은 그것에서 떨어져 나와 이제는 방향을 돌려 자기 자신에게 오는 까닭에 결과로 그는 자신을 미워하게 된다. 즉 공격욕 또는 무의식적 가학성이 자신에게도 방향전환한 상태가 우울증이다. 이 우울증이 심해지면 내가 나를 죽이는 자살을 하는 것이다.

이상과 같은 것은 심리학적 견지에서 본 자살의 원인론이라고 할 수 있는데 프랑스의 사회학자 Durkheim은 자살의 원인을 개인으로 보기보다 인간 개개인파 사회와의 관계가 잘못되어 자살이 일어난다고 보면서 이기적인 자살(egoistic suicide), 이타적인 자살(altruistic suicide), 무통제적인 자살(anomic suicide)의 3가지 자살 유형을 들었다.

Durkheim은 결국 자살의 주원인이 개인이 속해있는 사회집단에서 그를 따듯이 받아들여 주지 않기 때문임을 시사하였다. 그리고 그는

개인이 사회집단과의 결속에서 끊겨나온 결과 생기는 사회심리적 고통현상을 아노미(anomie)라 하면서 이 “아노미”야말로 현대사회에서 자살을 이해하는 데 가장 중요한 요소라고 강조하였다.

3. 자살가능성 평가와 예방

자살은 도움을 갈망하는 외침(cry for help)이라고 한다. 그런데 우리는 보통 자살을 생각하는 사람은 도움을 요청하지도 않고 충동적으로 죽기만을 원하는 것처럼 오해를 한다.

자살가능성 평가에 앞서 자살에 대한 오해를 알아보고자 한다.

① 정말 자살할 사람은 남에게 자살에 대해 전혀 말하지 않는다: 이 말은 틀린 말이다. 자살할 사람은 미리 주위에 이를 알린다. 즉 “더 이상 살고 싶지 않다”, “죽고 싶다”, “사라져 버리는 게 낫겠다” 등의 직·간접적인 경고를 가족친지에게 지나가는 말처럼 뜻을 비추므로 예방이 가능하다.

② 자살하는 사람은 꼭 죽고 말겠다는 확고한 결단을 내린 사람이다: 이것 역시 잘못된 말이다. 그들은 대부분 삶에 대한 양가감정을 갖고 있으며, 실은 자살에 대해 전혀 생각해 보지 않은 사람보다 자살을 생각하는 사람이 삶에 대한 욕구는 더 강하다고 볼 수 있다. 자기가 살고 싶은대로 살고 싶는데 그렇게 살 수 없으니까 죽고 싶은 것이다. 그래서 그들은 누군가에 의해 구원받고 구조되고 싶어 “죽고 싶다”는 경고도 주위사람들에게 보내는 것이다.

③ 한번 자살을 기도한 사람은 영원히 위험하다: 이것도 틀린 말이다. 대개는 자살충동은 어느 제한된 시간에만 있는 것이므로 그때만 넘기면 얼마동안 위험이 사라진다.

④ 한번 자살기도를 했던 사람은 그것으로 영원히 자살위험성이 사라진다: 이것도 잘못된 말이다. 자살자의 45%가 3개월전경에 마지막 자살미수가 있었으며 대부분의 자살은 증세가 호전되기 시작하고 나서 3개월후에 다시 일어난다.

⑤ 자살은 유전되고 정신병이다: 이것도 오해

다. 자살은 유전과는 전혀 상관이 없으며 자살자의 약 1/3만이 정신질환자이고 나머지는 보통 사람들이다.

이상의 자살에 대한 일반적인 오해를 알고나면 자살예방이 어느정도 가능해진다. 즉 주위사람들에게 자살하겠다는 말을 자주 하는 사람, 특별한 이유없이 성직자나 의사, 간호사를 찾아오는 사람, 그리고 자살은 충동적으로 나오는 행위가 아니고 심사숙고한 끝에 나오므로 전과는 무엇인가 다른 행동을 보이는 사람, 예를 들어 잠을 잘 못자거나 또는 불면증이든 사람이 반대로 잠을 잘 자거나, 말이 줄어들고 식사량도 줄어들고 유연을 써두거나 긴 여행을 떠날 것 같은 행동을 하는 사람, 또 평소애 극진히 아끼던 소유물을 남들에게 나누어 주는 사람들은 자살을 예고하고 있음을 알아야 한다. 또한 자살미수의 전력이 있는 사람, 우울증이나 신체질환치료의 실패를 맛본 환자, 근래 가족친지가 사망한 사람들은 대체로 자살가능성이 있음을 알고 사전에 예방조치를 취해야 한다.

4. 간호접근

자살가능성을 미리 탐지해낸다는 말은 그리 쉬운 일이 아니다. 자살이란 대체로 너무 무섭고 불안한것이므로 환자가 자살을 생각하리라고 의심한다는 것은 간호사 입장에서 주저하지 않을 수 없다. 그래서 간호사가 환자에게 자살이야기를 한다는 것이 항상 어렵게 생각되는 것이다. 그러나 그렇다고 해서 그러한 이야기를 하지 않음으로써 자살가능성을 미리 탐지하지 못한다면 환자에게 올 위험을 막을 길이 없다.

환자의 안전을 도모하기 위해서는 우울한 환자라면 누구를 막론하고 자살가능성을 세심하게 알아보아야 한다. 알아 본다고 해서 다 알게 되는 것은 아니더라도 그 위험성을 사전에 탐지하여 적절한 조치를 취할 수 있기 때문이다. 환자가 말이 없거나 반응이 느리거나 열의가 없거나 관심이 희박하다면 일단 우울증에 빠져 있지 않나 의심해 보아야 한다. 우울증의 주요 증후중 하나는 말수가 줄어들고 대화의 내용이 제한되

는 것이다. 따라서 우울한 환자와 대화할 때 실제로 대두되는 문제는 환자로 하여금 어떻게 해서 낫을 하도록 할까 하는 점이다.

단도직입적으로 “자살계획이라도 세웠는가?”고 물어 비리는 방법은 좋지 않다. 이렇게 갑작스럽게 물어보면 환자는 미리 겁을 먹고 이를 부인하기 쉽다. 그 보다는 점차적으로 대화를 그 쪽으로 유도해 가는 것이 좋다. 가령 :

간호사 : 요즘 어떻습니까?
환 자 : (대답없음)
간호사 : 별로 기분이 좋지 않은가 보지요?
환 자 : (고개 끄덕거림)
간호사 : 좀 우울한가요?
환 자 : (고개를 끄덕거림)
간호사 : 대단히 불행한 것 같은 느낌이세요?
환 자 : 네
간호사 : 살아 무얼 하겠는가 하는 생각이 들 때도 있습니까?
환 자 : 그래요
간호사 : 죽었으면 좋겠다는 생각도 됩니까?
환 자 : 그럴 때가 많지요.
간호사 : 스스로 목숨을 끊어버릴까 하는 생각도 합니까?
환 자 : 더러 합니다.
간호사 : 방법도 생각해 봤습니까?
환 자 : 그렇게 까지는 생각 안 해 봤습니다.

이런 방식으로 길게 끌면서 대화하는 것이 답답한 기분이 들 수도 있으나 이렇게 서서히 접근해 감으로써만이 죽음과 자살에 대해서, 또 실제 자살계획에 대해서 어느정도까지 생각했느냐 하는 점을 찾아낼 수 있다.

이렇게 하여 얻은 환자의 자살에 대한 생각과 자살계획의 진전도를 바탕으로 하여 자살위험도를 판단해야 한다. 그 판정지표로는 ① 구체적인 자살계획 ② 절망감, 우울증, 알콜중독, 피해망상 등의 증상유무 ③ 미숙한 기본성격 ④ 유발시킨 스트레스의 유무 ⑤ 경제적 여유나 신체건강 정도 ⑥ 자살기도의 과거력 ⑦ 유서의 유무 등이다.

일단 자살 위험성이 있는 것으로 판단이 내려

지면 어떤 조치를 취해야 한다.

통원치료의 경우에는 가능한 한 조속히 환자의 가족에게 알려 누군가가 환자곁에 꼭 붙어 있도록 하고 그것이 어려울때는 정신과에 입원시키도록 한다. 입원환자의 경우에는 ① “자살주의”라는 표시를 해놓고 ② 환자를 병동간호실 가까이 그리고 층계나 승강기에서 멀리 떨어진 병실로 옮긴다. ③ 화장실이나 병실의 가구, 장치는 단순한 것으로 고정시켜 놓고 ④ 간호사나 가족이 한명 환자곁에 지키고 있고 ⑤ 환의 이외의 사물은 깨끗이 치워 별도 보관한다. ⑥ 그 병실에 들어가는 모든 물건을 철저히 검사하고 강동음식은 무조건 금하며 ⑦ 약을 주어 진정을 도모한다.

그러나 현실적으로 우리나라 병원에는 자살위험도가 높은 사람을 입원시킬 특수보호실이나 특수중환자실이 없고 또 자살 주의표시가 있어도 환자를 항상 관찰할 간호인력이 없다는 데 문제가 있다(조두영, 1985).

5. 결 론

자살이나 자살기도는 청소년기에 두드러진 문제로 자살기도의 평균연령이 점점 낮아지고 있다. 청소년기에서의 자살문제는 자신의 문제를 분노의 폭발이나 심리적 위축, 사회로부터의 격리, 가출, 신체적 폭행, 정신 신체증상 등으로 해결되지 않았을 때 죽음이 유일한 해결방법이라고 생각하여 행해지기 쉽다.

자살 청소년을 보면 자살기도나 수행전에 주요 인간관계가 점차 줄어들고 고립되었던 현상을 추적할 수 있다.

청소년기의 자살의 주요동기가 되는 것은 부모나 중요한 사람으로부터의 격리, 지나친 부모의 제한이나 비판, 학교적응의 실패로 정학 또는 퇴학처분을 받는다고 생각하거나 사랑받지 못한다고 생각되는 것이 주요 동기로서 작용한다. 특히 결손가정이나 양친이 있어도 감정적 교류가 차단된 가정에서 자살율이 높다. 많은 연구자들은 청소년의 자살은 관심을 끌기 위한 시도이며 반드시 죽고만 싶은 마음을 나타내는

것은 아니라고 생각한다. 그러므로 자살은 미리 발견하여 예방하고 도움을 줄 수 있는 것이므로 자살의 심리와 자살가능성에 대한 평가를 하여 증재를 할 필요가 있다.

본 글에서는 청소년 자살에 대한 원인과 자살 예방 그리고 간호접근에 대한 것을 간략히 살펴 보았다.

참 고 문 헌

1. 김영철(1981), 종합병원 입원환자의 자살에 대한 고찰, 신경정신의학, 20 ; 349~358.
2. 유동수(1978), 자살기도자에 대한 임상적 고찰, 신경정신의학, 17 ; 352~363.
3. 이광자(1978), 정신건강간호학, 서울 ; 신광출판사, pp. 134~138.
4. 이상환, 조두영(1981), 정신과 입원환자의 자살에 대한 몇가지 임상적 고찰, 신경정신의학, 20 ; 36~42.
5. 조두영(1985), 임상행동과학. 서울 ; 일조각, pp. 296~315.
6. Freud, S.(1917), Mourning and Melancholia, London, Hogarth, 1973, 14 ; 243~258.
7. Hatton. c., and Wustmann, E. (1982), The Client with Suicidal Behavior. In Practice and Management of Psychiatric Emergency Care, Gorton J.G., and Partridge R. (eds), Mosby, pp. 124~137.
8. May, A.R. and Cronholm B. (1971), Mental Health of Adolescents and Young Persons, WHO, pp. 7~26.
9. Resnik, H.L.P. (1980), Suicide, In Comprehensive textbook of Psychiatry, Kaplan, H.I, Freedman, A.M., Sadock, B.J. (eds), vol. 2, Baltimore : Williams & Wilkins, pp. 2085~2098.
10. Stuart, G.W., and Sundeen, S.J. (1983), Principles and Practice of Psychiatric Nursing, Mosby.