自殺의 證明과 心理剖檢

文 國 鎭
高麗大명예교수 · 법의학

사람이 앓다 죽은 병사의 경우를 제외한 나머지의 모든 죽음은 국가의 檢視를 받도록 되어 있다.

우리나라의 경우는 검시의 책임자가 檢事이다. 따라서 변사자중 범죄와 관련이 있거나 또는 그러한 의심이 있는 경우만 부검을 하고 그 이외의 죽음에 대해서는 부검을 하지 않는 실정이다.

따라서 부검을 실시하지 않은 죽음 가운데에 실제로는 인권이 침해되었는데도 은폐된 상태에서 처리되는 경우가 없다고 단언할 수는 없는 실정이다. 이런 점이 우리나라 검시가 안고 있는 가장 모순된 점이며 맹점이라 할 수 있다.

또 檢屍를 담당하는 의사들은 시체소견에만 집착하고 그 죽은 사람의 意思에 대한 검토는 소홀한 상태에서 사망의 종류를 판단하고 있다.

특히 자살의 경우는 시체부검상의 자살 소견뿐만 아니라 심리부검마저 실시하여 사망의 종류를 정확히 판단함으로써 우리나라 검시제도가 안고 있는 문제점을 다소나마 보완할 수 있을 것으로 생각되며 또 이렇게 함으로써 얻어지는 지식이 쌓이면 자살예방에도 귀중한 자료가 될 것으로 생각된다.

죽음에 대한 國家의 關與

1. 죽음의 證明과 登錄

사람이 사망하는 경우 모든 죽음은 일단은 의사로 하여금 檢屍하여 그 죽음을 증명하도록 하고 또 사망증명서가 발부된 국민의 죽음은 호적에 기재하도록 하고 있는 것이 세계 각국에서 보는 공통현상이다.

이렇듯 의사가 발부한 죽음의 증명서를 토대로 그 개체가 그 사회에서 지녔던 법률적, 사회적 모든 관계가 정리된다. 즉 그 죽음이 자연사(이는 법률용어이며 의학용어로는 병사라함)인 경우에는 의사의 증명만으로 그 개체의 법적지위, 권리 및 의무 등이 정리되지만 만일 그 죽음이 자연사가 아닌 변사(이는 법률 용어이며 의학용어로는 外因死 및 不詳으로 나누어 표시)인 경우에는 그 죽음에 국가가 관여하게 되는데 이것을 檢視라

하며 그 형태 및 제도는 각 나라에 따라 차이가 있다. 그러나 지구상에 있는 모든 국가에서 변사에 대해서는 검시를 실시하고 있는 실정이다.

인간의 죽음 가운데 특히 타살인 경우에는 국가가 적극적으로 개입하여 수사를 벌이게 된다. 그러나 사람의 의지가 개입됨이 없이 일어난 죽음인 병사 및 사고사에 대해서는 국가가 적극적으로 관여하지 않는다.

자살을 범죄시하는 경우에는 이것을 자기에 대한 일종의 범죄로 보아 처벌하게 되는데 영국에서는 1961년에 이르러 비로소 자살을 범죄로 처리하는 것을 폐지하기에 이르렀으며 미국의 경우 아직도 몇개 주에서는 자살을 범죄로 취급하고 있다고 한다.

자살을 자기에 대한 범죄로 보는 경우 자살자의 재산은 상속인에게 상속되지 않고 국왕 또는 지방영주에 의해 몰수 되었다고 한다.

그렇기 때문에 이들 나라에 있어서는 사후 죽음의 종류에 대한 분류가 중요시 되었으며 그로 인해 검시관(Coroner) 또는 법의관(Medical Examiner) M.E.등이 국민의 죽음을 전담하여 돌보는 제도가 발달되었다.

2. 죽음의 分類와 死亡의 種類

인체내에 정상적인 생리현상이 영유되고 있는 한 사람은 죽지 않는다. 죽는다는 것은 인체내에 어떤 이상현상이 반드시 일어났다는 것이며 이때 보는 이상현상 또는 변화를 死因이라 한다.

따라서 의학적으로는 사인을 매우 중요시하며 이중 의학적인 사실에 입각해서 분류한다.

또 하나의 죽음 분류는 사망의 종류로서 이중 자연사(natural death), 사고사(accidental death), 자살(suicide), 타살(homicide)로서(이것을 일명 NASH 분류하고도 함) 사회적인 입장에서도 의학적인 사인보다도 사망의 종류가 더 중요시 된다. 따라서 사인을 의학적인 사인이라면 사망의 종류는 사회적인 사인이라고 할 수 있다.

사인은 분명하게 밝혀졌지만 사망의 종류가 분명치 않은 경우가 있다. 특히 사고사와 자살의 규명이 명확지 않은 경우는 더욱 두드러진다.

자살을 사고사, 타살 또는 병사에서 구별할 수 있는 것은 폐, 뇌 등에 나타나는 병리학적인 변화나 소견 뿐만 아니라 죽은 사람의 의도가 있었는가에 대한 증명이 더 중요하다.

이러한 죽은 사람의 의도를 시험관이나 현미경 검사에서 읽을 수 있는 것은 그 한도가 있다.

이를 파악하는 가장 좋은 방법은 죽은이의 일상생활을 잘아는 사람을 통해서, 또는 죽기 직전의 행동을 목격한 사람의 진술 또는 대화속에서 본인의 의도를 읽어야 한다.

따라서 가장 이상적인 검시는 검시의사가 심리적 및 정신의학적인 소양을 지녀야 한다. 만일 그것이 여의치 못하면 심리학자 또는 정신과 전문의의 협력을 얻어야 한다.

따라서 죽음의 NASH분류에 있어서 병사의 경우와 사고사의 경우는 사람의 의지가 개입되지 않았다는 증명이 필요하며 타살의 경우는 자기의 의사가 아니라 다른 사람의 의사가 포함되고 다른 사람의 행위에 의한 것이라는 증명이 필요하며 자살의 경우는 자기의 의사와 자기의 행위에 의한 것이라는 증명이 필요하다.

그중에서 더 어려움을 느끼게 되는 것이 자기의 의사에 의한 자기의 행위에 의한 죽음이라는 것인데 특히 그 행위의 증명보다도 그 의사의 증명에 더 어려움이 따른다.

죽음의 NASH분류의 과학적인 가치를 논하는데 있어서 가장 문제되는 것이 자기가 행한 죽음에 있어서 인간의 심리적인 역할이 무시되고 죽음이라는 결과에 있어서 가장 말초적인 것에 지나지 않는 현상만을 강조한다는 점이다.

즉 심리학적인 검색을 무시한 NASH분류는 인간은 정신을 지니지 않는 기계와 같이 보고 분류한 것이라는 혹평마저 생기게 된다. 따라서 사망의 종류를 논할 때는 활력에 넘친 내적세계를 지녔던 사람으로서 또 지상에서는 둘도 없는 자기 나름대로의 개성을 지닌 존재였다는 것을 잊어서는 않될 것이다.

현재 사용되고 있는 죽음의 증명서인 사망진단서 또 시체검안서에는 죽음에 대한 의사를 표시하는 난이 없고 단지 자살, 타살 또는 사고사만을

표시하도록 되어 있다. 이런 형태의 죽음의 증명서가 계속 사용된다면 이를 작성하는 의사들은 「죽음에 대한 사람의 의사」에 대해서는 계속 침묵한 상태에서 작성될 것이 틀림없다.

따라서 죽음에 대한 사람의 의사가 나름대로 표시될 수 있는 난을 마련할 필요가 있다고 생각되며 그러므로 이런것에 대한 관심을 갖게 될 것이며 또 이에 대한 훈련도 쌓게 될 것이다.

3. 죽음과 사람의 意思

사망의 종류를 논함에 있어서 사망자의 죽음에 대한 의사의 유무를 좀더 적극적으로 알기 위해서 노력하고 이를 사망의 종류 판단에 반드시 반영하는 노력을 할 필요가 있다고 생각된다.

Shneidman은 사망의 종류를 판단하는데 추측이라는 용어를 사용하는 것은 죽은 사람의 의사를 알 수 없기 때문에 사용되는 용어로서 이런 용어를 사용한 이면에는 혹시는 판단자의 인식부족이나 태만이 없는가를 반성할 필요가 있다.

또 그는 죽음에 대한 사람의 의사에 따라 4단계로 분류할 수 있다고 하였다. 즉 강한 의사, 중등도의 의사, 약한 의사 및 의사가 없는 경우 등으로 구분하고 있다.

강한 의사:죽은 사람이 죽기를 원한 것이 명백하며 또 의도적으로 자기손으로 죽음을 초래케한 경우로서 이런 경우에는 자기가 죽고 싶다는 의사와 더불어 죽기 위해서 사용된 수단으로서도 능히 알 수 있다는 것이다.

이때 사용되는 수단으로서는 높은데서 뛰어 내리기, 음독, 목매기, 권총 등이 사용되며 또 한편으로는 자기를 구제할 수 없게 하는 방법을 의도적으로 강구하였다든가 하는 죽음을 강하게 원한 의사가 표현되어 있다는 것이다.

중등도의 의사 : 그 죽음에 있어서 자기 스스로의 행위가 상당한 역할을 한 것으로 부주의, 자기를 돌보지 않는 행위, 속단, 건강유지에 불가결한 의사의 지시를 무시한 행위, 마약중독, 알콜중독 등과 같은 행동으로 죽는 시기를 앞당기게 한 것이 뚜렷한 경우도 포함된다.

약한 의사 : 죽음을 초해하는데 본인의 행위가 죽음을 초래하였거나 또는 죽음을 앞당기는데 부분적이거나 또는 적은 역할을 한 경우로서 중등도의 의사와의 차는 질적인 것이 아니라 양적인 것이라 한다.

의사가 없었던 경우 : 죽음이 초래되는데 본인의 의사와는 무관계하게 야기된 몸 밖의 일 또는 살고 싶다는 본인의 생각에 반해 몸 안에 야기된 일에 의해서 야기된 죽음을 말한다고 하였다.

또 그는 상류사회의 사람이 자살할수록 자살과 사고사의 구별이 뚜렷치 않으며 하류사회의 사람일수록 명백한 자살의 형태를 취하는 경향이 있다고 하였다.

4. 죽음의 國家的 關與와 正當性

사람을 죽여서는 안된다는 것은 법이론의 기본이다. 그런데 그것이 어떤 상황이나 어떤 입장에서나 적용될 때 비로소 아무런 의론의 여지가 없는 법이론이 될 것이다.

전쟁이라는 예외적인 상황에서 살인이 허용되고 요구된다.

전쟁에서 개인은 생명을 지킬 권리를 인정받기는 커녕 오히려 국가로부터 생명의 희생을 강요당하게 된다.

국민의 일상생활에서는 금지되었던 살인이 국가가 관여하는 전쟁이라는 상황에서는 살인을 권장하고 많이 죽인 군인에게 훈장을 달아주는 것은 너무나도 판이한 죽음에 대한 국가의 태도라고 생각된다.

전쟁에서 사람을 죽이기 위해서는 용기가 필요하다. 다른 사람을 공격하고 죽이기 위해서는 자기자신의 목숨을 걸어야 한다. 그렇기 때문에 전쟁은 다른 사람의 목숨 뿐만 아니라 본인의 목숨도 희생될 것을 각오하여야 한다. 즉 국가적인 관여에는 사람의 목숨의 희생 또는 그 강요가 정당화 된다는 모순을 내포하게 된다.

自己破壞와 自殺

1. 自己破壞와 自殺의 概念

생명에 대한 애착은 모든 인간의 공통적인 심

리이며 생명은 어떤 가치와도 비교할 수 없는 것으로 절대시하고 있다. 따라서 사람은 어떤 희생을 무릅쓰고서라도 생명을 유지하려 한다. 즉 비극, 역경, 고통, 고민, 굴욕 등에도 불구하고 또 늙고 병들어 고통을 당하면서도 생명을 유지하려는 집념을 버리지 않는 것이 인간의 특징이라 할 수 있을 것이다.

그러나 어떤이는 이런 상황에서라면 스스로 생명을 끊어 버리는 사람도 있다. 즉 인생에 아무런 즐거움도 없고 무익하고 무의미한 것이라면 차라리 자기 스스로가 사형을 집행하는 길을 택하는 것이 좋다고 생각하는 이도 있다. 사람이 인생을 살아가다 보면 어떤 커다란 위기와 부딪치는 경우가 있는데 이런 경우에 흔히들 자살을 선택하는 것으로 생각되어 왔다.

거의 대부분의 사람들은 이러한 자기 파괴적인 유혹, 충동을 피하여 자살의 위기를 모면하게 된다. 그러나 자기파괴적인 유혹과 충동을 물리칠 수 없다면 결국 자살을 행하게 된다.

따라서 자기파괴적인 생각이 언제나 죽음과 결부된다고는 할 수 없다. 그러나 자살이라는 용어에는 자기파괴라는 과정을 통해서 죽음이라는 결과에 이른 것을 의미하게 된다. 그렇기 때문에 자살이라는 것을 조사하고 연구하는데는 그 과정에 있어서 이상행동을 경과별로 알 필요가 있다. 이런 경우에는 자살이라는 결과를 표시하는 용어를 사용하기보다는 자기파괴적인 행동 등과 같이 결과 이전의 상태를 표시하는 용어를 사용함이 좋을 것 같다.

또 자살행위로 크게 세부분으로 분류된다.

1) 自殺完遂 Completed suicide : SC

자기 스스로의 의사에 의한 행위에 의해 야기된 모든 생명의정지, 즉 죽음을 말한다.

2) 自殺未遂 Suicide attempt : SA

두가지 측면에서 평가된다. 즉 실제로 생명의 위험을 초래할 수 있는 행위를 자기 의사에 의해서 행하였지만 그것이 죽음이라는 결과를 초래하지 못한 모든 행위를 말하며 또 한 면에서는 실제적으로는 죽을 의사가 없거나 또는 의사가 있었다 해도 행동이 gesture에 그쳐 죽음과 연결되지 않은 모든 행위도 여기에 포함된다.

3) 希死念願 Suicide ideas : SI

죽고 싶다고 자기 단절에 열중된 상태를 직접 또는 간접으로 자기 생명을 끊는 계획은 언어를 통하거나 또는 무언의 행동으로 명확히 나타나게 된다. 예를 들어 유서를 쓰거나, 약병속에 수면제의 알수를 세는 것, 권총에 탄환을 장진하는 것등의 자살을 하려는 행위로 생각된다.

Pokorny(1914)는 자살의 위험성 또 가능성을 표현하는 말로 Suicidality라는 용어를 사용하였으며 이것은 확실성, 치명도, 의사(의도), 자살을 용이하게 하는 상태 및 자살의 방법 등에 따라 구분하며 표시할 수 있다고 하였다.

2. 自己破壞와 관련된 理論

(1) 自己破壞와 予告的 徵後

사람은 자기의 고민이나 계획을 감추려고 노력해도 이것이 밖으로 내색하지 않을 수 없다는 것이며 이것이 사람의 정신역학의 기본원리라고 한다. 하물며 자기파괴는 격렬한 행위이기 때문에 이것이 수행되기 전에 정신세계의 동요가 오게 된다. 또 이러한 자기파괴의 전단계적인 시기에 있어서도 이를 시행할 시간, 수단 기회 등을 엿보게 되는데 이러한 것이 관계있는 제3자에게는 감지된다는 것이다.

Schneidman에 의하면 자살자의 75%는 사전에 계획을 가지며 약 8건의 자살시도자 중에서 하나꼴로 자살이 완결된다고하며 자살자의 약 80%에서 예고적 증후가 나타난다고 한다.

즉 이때까지 하지 않던 태도로서 화를 내거나, 명상에 잠기거나, 행복에 겨워 하거나, 복수심에 불타거나 또는 안하던 유모어를 하거나 등의 태도 표시와 더불어 『인생이 싫어졌다』, 『불평은 없고 행복하다. 그러나 고별을 할 때가 됐다』, 『더 이상 나를 학대할 수 없다』, 『당신은 참으로 나에 없고 행복하다. 그러나 고별을 할 때가 됐다』, 『나는 긴 여행을 떠납니다…언젠가는 돌아옵니다. 그때는 모든 것이 다 잘 될 것입니다』, 『더 이상 내 문제로 괴로움을 끼치지 않겠습니다』, 『죽은 다음에 안구를 기증하는 수속을 알고 있나요』,

『인생은 담배연기 같은 것 어느새 왔다가 어느새 가는 것』등을 혼잣 말로 공공연히 모두가 듣는 가운데 토로하는 경우도 있다고 한다.

의사의 전달은 서면으로 표시되어 유서를 남기는 경우도 있다.

(2) 自己破壞의 心理

Maninger는 자살의 내면적 요소를 분석하여 자기파괴는 다음의 세가지 요소로 나눌 수 있다고 하였다.

첫째로 자기를 죽이고 싶다는 殺意이다. 자기 자신을 파괴하려는 파괴적 본능은 누구나가 다 가지고 있다는 것이다. 이것은 어린이가 모체에서 이 세상으로 태어날 때부터 나타나는 것으로 밖으로 부터의 위험에 대해 어린이는 맹렬한 공격을 통해서 자기를 지키려고 한다. 이때 공격적 충동이 발동되는데 이 충동은 원래 어린이에게 잠재되어 있었던 것으로 본다. 이 살의라는 것은 쾌감을 수반하는 사디스틱한 뜻으로서가 아니라, 원시적인 자기 방위적인 목적에서의 살의라 한다. 누구나가 다 가지고 있는 이런 경향이 건설적이며 적극적 감정으로 승화될 때에는 한층 높은 정신면으로 발전되어 문화적인 의의를 지닌 무엇인가를 만들어내 창조를 일으키기도 한다는 것이다.

둘째는 죽임을 당하고 싶은 욕망, 즉 남이 자기를 죽여주었으면 하는 생각이 무의식계에 도사리고 있다는 것이다. 사람이면 누구나가 다 정도의 차이는 있지만 무의식적으로 죽임을 당하고 싶은 욕망이 있기는 하다. 예를 들어 배불러 죽겠네, 보고싶어 죽겠네, 하고 싶어 죽겠네 등의 표현에도 암암리에 죽음을 당했으면 하는 심리가 내포되어 있다.

또 자기의 요구가 관철되지 못할 때의 반응 형식으로 죽음을 달라는 반응을 흔히 볼 수 있다. 죽인다는 살의가 공격심의 極인 것과 마찬가지로 죽임을 당한다는 것은 屈服의 極이 된다. 타인에의 굴복이나 고통이나 패배를 달갑게 받을 뿐만 아니라 이 때에 어떤 쾌감조차 느끼는 변태형 경향이 있는 사람에게는 심할 때에는 그로 말미암아 죽음에 도달하기도 한다.

또 의존성의 한 표현으로 자기가 나기 전의 상태, 다시 말하자면 아무에게도 방해와 위해를 받지 않고 편안하게 지냈던 모체 내로의 복귀의 경향과 욕망이 있음을 자살에게서 발견할 수 있다는 것이며 이 목적을 위한 방편으로 자살할 때 물에 투신자살 하는 경향이 있는 것이다. 즉 물이라는 것은 태아가 자궁내에 있을 때 둘러 싸였던 羊水의 심볼인 것이라고 분석학자도 있다.

셋째로 죽고 싶은 욕망은 때로 변덕을 부리는 경우가 있다는 것이다. 즉 자살하겠다고 독약을 먹어놓고는 얼마 후에는 『날 살려 달라, 의사를 불러 달라』고 소리치는 예를 가끔 볼 수 있다.

자살이라는 것은 자기 자신으로 향해진 공격성, 즉 內向된 공격성이라고 하는 정신분석학적 생각은, 이 공격성을 욕구좌절의 반응이라고 다시 생각함으로써 소박한 본능설에서 탈피되었다. 이 욕구좌절에서 생긴 공격이라는 반응이 자기 밖으로 향하는가, 그렇지 않으면 자신내로 향하는가에 자살의 중요한 계기가 된다는 것이다. 또 공격심이 지나치게 강한 경우 자기 자식을 죽음의 길동무로 끌고가는 모자 집단 자살의 경우같이, 남편에게 향하는 적의가 어린 아이에게로 대치된 경우가 드물지 않다. 어린 아들과 함께 자살하는 어머니는 어린 아들과 미운 남편을 동일시하는, 타살을 수반하는 자살임이 틀림없다.

그리고 자살의 동기에 있어서 또 하나 빼놓을 수 없는 심리적 기전은, 현실에서 이루어지지 못한 욕구를 공상 속으로 도피시킴으로써 죽음을 동경하고, 죽음을 미화하려는 경향이 있다. 이런 경향은 나이 젊은층에 많고 이 경향은 주기성을 띠고 유행하는 느낌을 준다. 또 하나 중요한 것은 연극적인 자살이다. 실제에 있어서는 죽을 의사가 없는데 상대에게 위협을 줌으로써 어떤 이득을 얻고 욕구를 만족시키고자 하는 연극성을 띤 자살이다.

사람이란 여러 가지의 심리적 메카니즘으로 자살을 한다. 어떤 종류의 정신병자나 노인들 같이 자아의 狹小로 인한 자살과, 공격과 도피의 반응으로 하는 자살이나 또는 연극적으로 하는 자살이나 간에, 왜 자살하게 되었는가하는 문제는 결국 그 사람의 인격에 달려 있다. 따라서 자살의

심리란 인격의 연구에 귀착하게 된다.

죽음의 본능은 생의 본능, 또는 창조와 건설의 원시적 충동에 대항하는, 파괴성의 원시적 충동임은 확실한데, 이 자기 파괴적 경향이 너무 지나쳐서, 이것을 중화시키는 건설적 경향이 이에 따르지 못할 경우에는 자살이라는 형태의 자기 파괴가 생긴다. 물론 이런 가설은 외계의 여러 가지 요소의 영향을 받는다. 가정의 형태, 사회의 관습, 본인의 인격의 불완전한 발달에서 생기는 현실의 왜곡 등이 복잡하게 관여하여 자살의 동기를 한층 복잡하게 한다.

자살 행위를 하나하나 검토해 볼 때에, 일부의 정신병을 제외하고는 대부분이 심적 갈등으로 인한 자기 파괴의 소행임을 알 수 있다. 그러나 자살의 직접 동기는 객관적으로 볼 때 단순히 이성적으로 처리할 수 있는 문제인 것이며, 자살행위는 일종의 정신병적 태도임이 확실하다.

(3) 自己破壞의 精神病理

생명을 자기 스스로가 끊기를 결심하거나 계획하거나 또는 원한다는 것은 정신적으로 정상이라 할 수 없는 병들어 있는상태로 보아야 할 것이다.

자살을 결심하는 순간부터 정신적인 긴장이 생기고 그 결과 정신병을 연상케하는 증후군을 나타내게 된다. 어떤 일을 생각하고 이를 실행하려고 노력하면 어떤 불안 긴장감이 생기며 그중에서도 정신적인 스트레스는 정신적인 장애를 야기시키기 쉽다는 것은 능히 생각할 수 있다. 하물며 죽음을 결심하고 일을 실천에 옮기려 할 때는 여기에 혼란마저 생겨 정신병적 증후를 보는 것 또한 사실이다. Dorpat는 자살자의 기왕력을 조사하여 약 90%에서 정신병이 있었다고 하며 Robins는 자살자에게서는 매우 높은 빈도로 정신병을 지나고 있거나 또는 울病과 알콜증을 합병하고 있다고 한다.

일반적으로 알려지기는 울병만이 자살자에게 보는 유일한 정신병리학적 상태로 되어 있으나 사실에 있어서는 그렇지도 않다.

pokorny의 보고에 의하면 15년간에 걸쳐 자살자 10만명을 대상으로 조사한 결과 신경증 119, 성격장애 130, 알콜증 133, 기질적정신장애 78, 정신분열증 167, 울병 566이라는 동계를 보고하였으며 자기파괴행위 및 자살과 관계되는 것이 울병만이 아니라 했다.

이들이 보이는 증후군은 일종의 방어 수단이며 이때 보는 증상으로 무력감, 절망감, 무능감이 강하며 강박관념 때문에 신경을 곤두세우고 경계심을 갖는다고 하며 또 망상환각에 의해 방어 기능은 심한 퇴행형상을 초래하고 인격이 해체되는 등 자살을 수행하기 쉬운 상태로 된다고 한다.

3. 自殺의 關聯要因, 分類 및 統計

자살이란 자기가 스스로를 파괴하는 행동으로서 대개는 의식적인 방법으로 행하여지며 죽음을 수단 또는 결과로 택하는 것이다. 그 심리적 배경에는 고민, 고통, 고독, 굴욕, 역경, 비극, 보복 등이 깔려 있으며 더 이상 생을 연장하는 것이 무익하고 무의미하다는 인식으로 자기에게 사형을 선고하고 스스로가 집행하는 것이 자살이다.

따라서 다음과 같은 관련 요인이 관계된다.

(1) 關聯要因

1) 健康狀態

자살자와 자살 미수자에 대한 조사연구에 의하면, 조사대상자 중 약 70% 정도가 자살 당시 한가지 혹은 그 이상의 질병 특히 만성적인 질병을 가지고 있었으며 또 그들의 약 41%에서 앓고 있던 질병이 자살의 직접적인 동기가 되었다고 한다. 자살미수자의 경우는 약 1/3이상이 질병을 앓고 있었으며, 또 그들의 약 90%가 질병이 자살기도에 영향을 미친 정신장애였다고 한다.

질병 때문에 초래된 운동능력의 상실 또는 만성적이고 완고한 동통때문에 자살을 시도하기도 하며 특히 여성의 경우는 화상이나 상처 또는 수술로 인한 용모의 변형이 자살에 영향을 주게 된다. 질병의 직접적인 영향 외에도 질병이 일으키는 2차적 문제, 즉 인간관계의 붕괴, 직업상실 또는 어쩔 수 없는 직업의 변동 등도 자살기도에 영향을 주게 된다.

2) 生活狀態

생활을 영위하는 경제적 상태 즉 생활고는 자살의 충분한 요인이 되며 반대로 돈이 많은 부유

층도 사업에 실패하는 경우 자살하는 예가 많다.

3) 結婚狀態

결혼생활을 하고 자식이 있는 사람들은 자살의 위험성이 현저히 낮다.

자살에 대한 조사보고에 의하며, 결혼에 있는 사람들의 자살률은 10만명당 11명 정도라고 한다. 반면에 미혼의 독신자들에서의 자살률은 기혼자들의 경우보다 거의 2배나 된다고 한다. 또 결혼을 했다가 독신으로 된 사람들에게서 자살률이 훨씬 더 높다고 한다.

배우자가 사망하여 홀로 된 사람들의 경우에는 10만명당 24명, 이혼을 해서 혼자가 된 사람의 경우에는 10만명 당 40명의 비율을 보인다. 이혼한 여성의 경우는 10만명 당 18명인데 비하여, 이혼한 남성의 경우에는 10만명 당 69명이라고 한다.

4) 年 齡

자살에 대한 조사보고에 의하면, 중년기 위기에 처했을 때가 자살률이 높다고 한다. 즉 자살률이 남성에서 가장 높을 때는 45세 이후이고 여성에서는 55세이후가 가장 높다고 하며, 노년층에서는 75세와 85세 사이에서 자살률이 감소하는 경향을 보인다고 한다.

미국에서의 통계에 의하면, 남성의 경우는 청소년기의 후기에 자살률이 현저히 높아지며 사고사와 암에 의한 사망률 다음으로 높다고 한다.

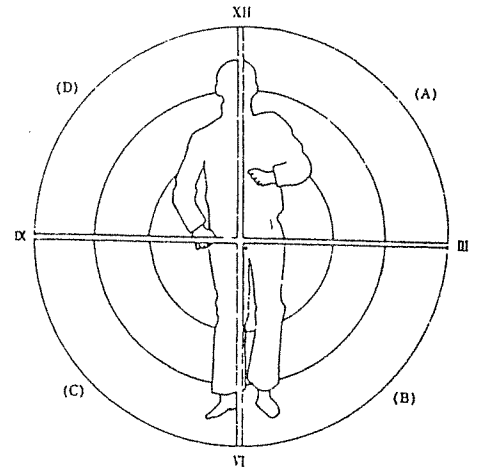
우리나라의 경우는 남녀 모두 15~24세 사이가 자살률이 가장 높고 그 이후는 연령의 증가와 자살률이 반비례하는 경향을 보인다고 한다.

연령과 자살률과의 관련성에는 세가지 유형이 있다. 첫번째 형은 연령이 높아짐에 따라 자살률도 점차 증가하여 60세 이후에 급격히 증가되는 형이며, 헝가리가 그 대표적인 형태를 나타낸다고 하여 이를 헝가리형이라고 한다.

두번째 형은 연령의 증가와 더불어 점차 자살률이 증가하다가 후기 청소년기인 20세 전후에서 조그만한 피크를 나타냈다가 30세와 40세에서는 약간 저하되고 50세가 지나면서 갑자기 높아지는 형으로, 일본이 이러한 자살률의 형태를 특징적으로 나타낸다고 해서 이를 일본형이라고 부른다.

세번째 형은 연령의 증가와 더불어 자살률이 점차 증가하다가 60세 이후에는 감소되는 형으로 핀란드가 이런 형을 나타내는 대표적인 나라라 하여 이를 핀란드형이라고 한다.

참고 삼아 Vorkoper의 연령과 자살동기를 표시한 자살목적시계를 소개한다.



〈그림 1〉 自殺目的 時計(Vorkoper)

5) 性 別

모든 연령층에서 남성이 여성보다 약2~3배 가량 더 많이 자살을 하는 것으로 보고 되고 있으며 자살기도는 반대로 여성이 남성보다 3배 가량 더 많다고 한다.

우리나라의 경우 경제기획원 조사통계국의 보고에 의하면 남성의 자살률이 여성보다 2.47배나 높다고 한다.

(2) 分類

자살학에서는 자살을 대략 다음과 같이 분류하고 있다.

(A) 10代 事物에 대한 價値觀, 目的意識 및 方向感覺의 缺如
(B) 靑年期 男女間의 孤獨(特히 이혼 · 배신), 비관(悲觀)
(C) 中年期 失職, 隔離 및 無能力
(D) 노인 질병, 중독 및 경제적 무력

1) 自己否定的 自殺

이 경우에는 사실을 모르는 척하는 것이 자살행위가 된다는 것이다. 예를 들면 당뇨병 환자가 병에 해로운 음식을 선택적으로 택하여 먹는다든가, 고혈압 환자가 소금의 금식을 무시하고 섭취

하거나 술을 마시거나 또는 이유같지 않은 이유로 수술을 자주 받는다든가 하는 것으로 이것을 일명 만성자살이라고도 한다.

2) 潛在的 自殺

이를 행하는 것이 위험한 행동이라는 것을 알면서 행하기 때문에 자살이 되는 것이다. 예를 들면 적신호를 무시하고 차를 몬다든지, 날씨를 고려치 않고 작은 배로 항해하는 등의 잠재적으로 위험한 행동을 말한다. 이런 부류의 사람은 자살행위임을 부정한다. 그러나 결국은 자기파괴를 초래하게 되며 어떤 경우에는 곧 죽음이 초래되나 어떤 경우에는 죽음을 위한 행각이 몇 년을 거치게 되고 살인에 의해 죽음이 앞당겨져지지 않는 한 그 죽음이 사고사 또는 자연사로 분류되기도 한다.

대개 반사회적 이상성격, 약물중독, 정신병환자 등과 같이 자기파괴 행동을 하는 사람들에 의해 시도된다.

3) 再結合으로의 自殺

사랑하던 사람이 죽었을 때 그 사람과 재결합을 할 수 있을 것 같은 공상에 시행한 자살이다. 이 경우의 죽음이라는 것은 일종의 즐거움으로 생각하게 된다. 따라서 죽은 사람을 따라 죽는 것으로 만족을 느끼게 된다. 대개는 부모나 아내, 남편 또는 형제자매에 대한 지나친 의존심이 있었던 경우에 이런 형의 자살을 하게 된다.

4) 自己處罰로의 自殺

자기 실수 또는 사업실패에 대한 자기처벌로서의 자살행위로서 이러한 반응은 여성에게서는 볼 수 없다. 그러나 여성이 자기 자식을 사랑할 수 없을 때, 즉 자식에 대한 애정이 있어야 한다는 것을 알고 있으면서도 도저히 사랑의 마음이 일어나지 않을 때 자기 증오감이 생기고, 따라서 자기 처벌적인 자살이 일어날 수도 있다.

5) 反轉殺人으로서의 自殺

정신적으로 심하게 혼란되어 있는 젊은이들에게 있어서는 거의 의식적인 차원의 살인적 분노가 반전되어 자살로 나타나게 된다. 이들은 난폭해질 가능성이 있고, 또 난폭해지기도 하는데, 다른 사람을 죽이고 싶은 노골적인 충동과의 심한 내적 투쟁의 결과로 자살이 일어나는 것이다.

6) 終結自殺

생명을 끊기 위한 논리적인 결론에 입각한 자살이다. 예를 들어 자기 증상은 회복될 가능성이 없다고 판단하여 현실적으로 고통을 받기보다는 지적인 판단으로 인생을 끝마치는 일종의 自己安樂死이다.

7) 精神病的 自殺

본인은 죽으려는 생각보다는 자기의 정신적인 나쁜 부분을 없애겠다. 깨끗이 하겠다. 근절하겠다는 시도에서의 자살로 그 밑바닥에는 分裂病的 思考가 깔려 있다.

정신병원에 입원해 있는 정신적으로 심한 장애를 갖고 있는 자살환자들의 대부분은 남녀를 불구하고 무가치감이 지배적 역할을 한다.

8) 自動的 自殺

심한 스트레스에 쌓인 사람이 수면제의 복용으로 긴장을 풀려고 하였으나 그 효과를 얻지 못하는 경우 그 사용을 계속하는 동안 그 사람의 지각, 이해능력 등은 점차 저하되고 좁아져 마치 로보트가 기계적으로 약물을 복용하는 것같이 계속하다가 이것도 시원치 않으면 여기에 알콜을 같이 복용하는 등의 상태로 결국은 죽게 된다. 즉 처음에는 자살의 시도를 부인하나 의도적인 자기파괴행동이「약물의 기계적상용」우연한 일로 생각하기 쉬운 자살이다. 예술가, 연예인에 많다.

9) 偶發的 自殺

이런 형식의 자살은 무지, 오인, 誤報, 계산착오 등과 같이 차질이 빚어내는 사고에 의한 자살로 예를 들어 총에 총알이 들어있지 않다는 것을 확인하였는데 실제로는 들어있는 경우에 이를 모르고 자기를 겨누어 쏘는 경우 등과 같이 실제 내막은 사고나 결과는 자살이 된 경우가 해당된다.

(3) 統 計

우리 지구상에서는 매일 같이 약 1천명이 자살하여 1년이면 약 50만명이나 되기 때문에 자살은 인간의 10대의 사인의 하나가 된다는 것이다.

각 나라의 자살(WHO 1982)에 대한 통계를 볼 때 인구 10만명당 자살률이 가장 높은 나라는 헝가리(44.9), 덴마크(31.6), 오스트리아(25.7), 핀랜

드(25.2), 스위스(24.5), 한국(22.2), 서독(20.9), 스웨덴(20.5), 체코(19.8), 벨기에(19.1), 일본(17.6), 프랑스(17.2) 등의 순이다.

우리나라의 경우 경제 기획원 조사통계국의 사망원인 통계에 의하면 인구 10만명당 1980년에는 22.62, 1981년에는 20.76, 1983년에는 19.98, 1985년에는 21.36, 1987년에는 19.25, 1988년에는 15.12명으로 감소추세를 보인다.

그러나 경찰의 변사자 처리 통계와 많은 차이를 보인다. '88년도의 기획원 통계는 자살자 2,367명으로 발표하였는데 경찰의 변사자 발생통계의 의하면 변사자 27,797명 중 자살자는 7,735명이라고 발표하였다. 즉 자살자가 기획원 통계에 비해 약 3.3배나 많은 셈이다.

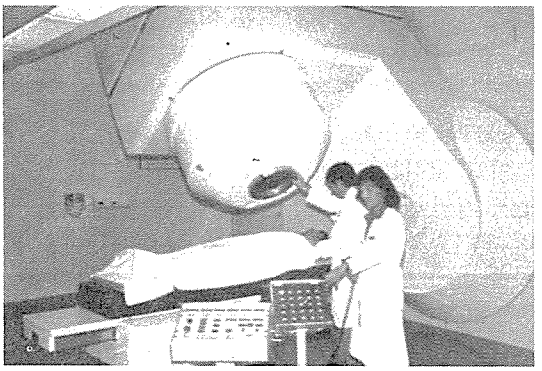
이러한 통계의 차는 기획원의 통계로 의사의 사망증명서에 입각한 것인데 자살의 특수성으로 보아 유족들이 자살한 사실을 알리기를 꺼리는 것과 의사들이 자살에 명확한 근거가 없을 때는 '불상'으로 기입하기 때문이며 경찰의 경우는 변사보고와 더불어 현장검증을 한 후에 작성한 통계이기 때문에 경찰의 통계가 보다 신빙성이 높다고 생각한다.

(4) 一般的 樣相

사람이 자살하는 경우 자기 스스로 행하였다는 증표등은 어디서인가 엿볼 수 있다. 즉 자살자는 자살에 대해서 심각히 생각하게 된다. 우선 장소 관계에 있어서는 자기 집의 제사상 앞 또는 선조의 묘 근처에서 시체가 발견된다면 자살의 가능성이 많으며, 날짜 관계에 있어서는 부모, 형제 또는 처의 제사날을 택하는 경우가 많으며 유서를 남기는 경우가 많다. 그런데 유서 중에는 타인이 써서 본인이 유서한 것처럼 과장하는 경우가 있어 필적이 본인의 것인지 확인할 필요가 있다.

자살자의 옷은 매우 특징적인 경우가 많다. 새 옷으로 갈아입었든지 특히 여성의 경우 화장을 곱게 하는 경향이 있다. 이것은 자기가 죽어서도 다른 사람에게 흉한 꼴을 보이지 않으려는 의도에서이다.

자살자의 언동에 있어서 주위 사람에게 세상을 비관하는 이야기를 평소에 자주하며, 일기장이나



서신에서도 세상을 비관하는 내용과 죽음을 용서하라는 내용의 글을 발견하는 경우도 있다.

自殺의 證明과 確認

자살이라고 인정되어 이를 판정하기 위해서는 자살이라는것이 증명되고 이것이 확인되어야 한다.

때로는 타살의 혐의가 없으면 자살로 판정하려는 경향이 있는데 이것은 잘못된 것이며 자살을 증명하고 이것이 확인되여야 비로소 자살로 인정되어야 한다.

그렇기 때문에 어떤 의미에서는 자살이라고 판정하는 일이 타살로 판정하는 일보다 더 어려움이 따를 때가 많다.

1. 心理剖檢과 自殺의 證明

사망의 종류를 NASH분류에 의하면 죽음의 종류의 경계에 속하는 죽음이나 또는 두개의 죽음이 겹쳤을 때는 판단자의 재량에 속하게 된다. 따라서 죽음을 판단하는 문제를 놓고서 의견이 둘로 갈려 사회적인 물의를 일으키는 일이 가끔씩 발생한다.

특히 사고사와 자살의 경우 그 경계가 분명치 않거나 또는 두개가 겹쳐있는 경우도 있다.

이러한 경우에는 사망자의 유족 또는 주변 사람들과의 대화 또는 죽음을 목격한 사람의 진술을 참고하여 고인의 죽음에 대한 의사 또는 죽는 과정에서의 역할을 재구성 할 수 있으며 이러한 소견과 시체에 나타난 소견을 종합 분석함으로써 보다 정확한 사망의 종류를 판단할 수 있게 된다.

따라서 시체 자체를 검시하는 것만 검시의 전부가 아니라 그 죽음이 일어난, 심리적인 분석도 중요하다. 따라서 이를 심리부검이라고 표시하고 이를 통해서 도움을 얻을 수 있는 것들을 정리하기도 한다.

1) 왜 그러했는가

죽음의 종류가 각종 증거물에 의해 명백한 경우 예를 들면 자살의 경우라면 심리적 부검으로 그 행위의 이유를 설명하고 무엇이 그 행위의 원인이 되었는가를 밝히는데 유효하다.

즉 죽음의 종류는 확실한데 그 이유가 불명하거나 의문의 여지가 있는 경우 심리부검으로써 고인의 생존시의 인생관, 심리적 변화, 동기, 실존적 위험의 유무 등을 밝힐 수 있다.

2) 이 사람은 어떻게 해서 사망하였는가, 도 그 때 사망하게 된 것은 무슨 이유 때문인가 등의 사회심리학적 이유를 설명할 수 있게 된다.

3) 사인은 확실하나 사망의 종류가 확실치 않을 때 심리적부검만이 이 문제를 해결할 수 있는 경우가 허다하다.

예를 들면 어떤 여자가 높은 건물에서 뛰어 내려 추락사한 경우 실족사였다면 사고사가 될 것이며 자기 스스로가 몸을 던졌다면 자살이 될 것이고 누군가가 밀어서 떨어졌다면 타살이 될 것이다. 시체부검소견으로 추락사였다는 사실은 알 수 있으나 그 사망의 종류는 구별할 수 없게 된다. 이런 경우에 고인을 생존에 잘 알고 있던 배우자, 부모, 친척, 친구, 목격자들과 만나서 대화함으로써 고인의 죽음에 대한 평상시의 생각 및 죽음에 임박한 당시의 죽음에 대한 의사를 읽을 수 있는 것이다.

따라서 죽음에 대한 심리적 부검에는 다음과 같은 자료가 필요하며 이를 면밀히 검토함으로 심리부검의 시행은 비로소 가능하다.

- 心理的 剖檢에 要求되는 資料

1) 사망자에 대한 신원자료(성명, 연령, 주소, 결혼상황, 종교, 직업 등)
2) 의사의 사망증명서(사인, 사망의 종류 등)
3) 사망자의 생활사 개요(현재 일가 친척과의 사이, 결혼의 원만성, 질병의 유무, 치료받은 사실의 유무, 정신병 및 자살의 시도 유무 등)
4) 사망자 가족의 기왕력(자살, 암, 또는 치명적인 병 등으로 사망한 사람의 유무)
5) 사망자의 대인관계상의 성격
6) 사망자의 죽음을 앞두고서의 변화(습관, 취미, 식사 및 특유한 생활습관의 변화의 유무)
7) 최근(며칠전에서 1년사이)의 정신적 충격, 스트레스, 사망자 자신의 특유한 생활방식의 변화 등의 유무
8) 알콜 또는 습관성 약물의 중독여부
9) 사망자가 죽음을 앞두고 면접을 받은 사실이 있는 경우 면접자(의사, 목사, 스님 등)의 진술서
10) 유서가 있다면 그 내용

2. 屍體剖檢과 自殺의 證明

자살이 인정되기 위해서는 우선 자살하였다는 것이 증명되어야 한다. 자살의 증명은 시체의 검시나 부검으로 증명되는 경우와 자살자의 주변상황에서 증명되는 경우가 있다.

검시 또는 부검을 통해서 사인이 증명되고, 사망방법이 입증되어 이런 것들이 자살하였다는 사실로 비추어 볼 때 모순이 없어야 한다.

자살에서 흔히 보는 사인으로서는 의사(縊死 hanging), 독극물중독(예, 청산염, 수면제, 비소, 일산화탄소, 농약 등), 익사(溺死, drowning), 예기(銳器) 또는 총기(銃器)로 인한 손상, 추락사, 전기감전사, 분신, 폭발물로 인한 사망, 열차 또는 자동차에 뛰어 들기 등을 열거할 수 있다. 또한 이러한 사인과 더불어 그 죽음의 방법이 본인에 의해서 행해졌다는 것이 입증되어야 한다.

3. 自殺의 確認

전술한 바와 같이 자살하였다는 자살이 심리부검에 의해 증명되는 경우와 때로는 시체부검을 통해서 비로소 자살하였다는 사실이 증명되는 경우가 있다. 대개의 경우는 수사행위가 선행되기 때문에 심리부검으로 자살의 증명이 앞서게 된다. 이런 경우에는 시체부검으로 반드시 그 사실이 확인되어야 한다. 만일 시체부검으로 자살이 증

명되는 경우 심리부검으로 그것이 확인되어야한다.

자살의 증명이 있으면 반드시 그것이 확인되어야 하는데 심리부검을 통해 자살이 증명되면 시체부검은 확인의 방법이 될 것이며, 시체부검으로 자살이 증명되면 심리부검은 확인의 방법이 된다.

따라서 자살의 인정 즉 판정은 반드시 그 증명과 확인을 통해서 이루어져야 하며 그 어느것 하나 즉 자살의 증명만으로 자살을 판정하는 것은 절대 금물이다.

4. 自殺 認定의 問題點

자살하는 사람들은 죽음을 각오한 이상 빨리 죽을 수 있는 방법을 택하려 하고 또 그 죽음에 아픔이 따르지 않기를 원한다. 그래서 취하는 것이 질식사(의사, 익사 등), 중독사(각종 독극물 및 가스류), 손상사(자창, 절창, 폭발, 추락 등), 감전 및 분신 등의 방법을 택한다.

자살의 경우는 이러한 사인과 더불어 본인이 행하였다는 흔적을 증명할 수 있는 것이 대부분이다. 그러나 때로는 그 사인 자체가 모호하며 자살과 타살의 구별에 혼동을 주는 경우가 있다.

그중에서도 가장 문제되는 일이 많은 것은 의사와 교사의 감별이다.

(1) 頸部壓迫으로 인한 窒息死

경부압박으로 인한 질식사에는 縊死, 絞死, 縊死, 腕絞死 등 여러가지가 있는데 액사와 완교사는 본인으로서도 불가능하기 때문에 사인이 밝혀지면 자타살의 구별은 쉽게 풀리게 된다.

그러나 의사와 교사는 공통적으로 끈을 사용하고 전자는 자기 체중에 의해 후자는 자기체중 이외의 힘에 의해 끈이 졸려져 사망하였다는 정의에 의해 두 죽음은 쉽게 구별될 것 같은데 실무에서는 그렇지 않다는 것을 경험하게 된다.

따라서 각 나라의 감정례를 살펴 보면 법의학자들의 의견대립이 가장 자주 야기되곤 한 것이 역시 의사와 교사에 대한 주장이 상이한 점이다. 특히 일본의 경우는 약 60여년전 교토에서 발생된 하숙집 여주인 '고부에'와 하숙생간의 애정관계로 해서 자기집에서 의사한 시체로 발견되었는데 교토대학의 교수는 교사후의 위장으로 감정하였으며 도쿄대학의 교수는 의사로 즉 자살한 것으로 감정하여 사회적인 물의를 일으켰으며 양대학은 아직도 이 문제를 두고 논쟁을 계속해 오고 있는 실정이다.

(2) 頸部壓迫으로 인한 窒息의 機轉

목은 몸과 머리를 연결하는 부위이며 호흡의 중요한 경로인 기관이 지나고 있기 때문에 외력에 의한 압박으로 비교적 용이하게 죽음을 일으키게 된다.

또 목에는 굵은 정맥과 동맥이 지나는데 정맥의 정지로 얼굴에 강한 울혈 또는 청색증(cyanosis)을 일으키는데 역할하게 된다. 그러나 실제 경부압박으로 인한 질식 예에 있어서는 동맥의 순환장애가 더 중요한 역할을 하게 된다.

특히 추골동맥 차단으로 인한 급성 뇌빈혈을 질식에 앞서 더 중요한 사인으로 역할하게 된다.

예를 들어 후두암으로 수술을 받아 성문부가 없어진 사람에게 기관 카테타를 삽입하여 왔는데 그 환자가 의사로 자살한 것을 보면 기도폐쇄는 없어도 사망하는 것을 알 수 있다.

그러나 기도폐쇄가 경부압박으로 질식에 있어서 중요한 인자임에는 틀림이 없다. 기도가 완전폐쇄되면 질식도 매우 빠르게 진행되며 불완전폐쇄 때는 심한 호흡곤란을 일으키며 호흡근을 사용하여 많은 공기를 흡입하려 노력함에 따라 흉강내 음압이 오르게 되고 공기가 유입될 때는 일시에 많은 것이 한꺼번에 들어가기 때문에 폐기종을 야기시키게 된다.

흉강내에 음압이 높아짐에 따라 정맥혈이 흉강내에 유입되어 폐에 울혈이 오게 되고 이 때문에 폐포에는 수종이 오게 된다. 또 이것이 기관지에서 기관으로 유출되고 이것이 기관지나 기관의 점액선을 자극하여 점액의 분비가 증가되어 이것이 폐포의 누출액과 합치면 거품을 만들어 백색포말로 되고 이것이 경부압박으로 인한 질식 때 비강 및 구강에서 백색포말 현상으로 나타난다.

경부동맥에는 혈압조절장치가 있는데 경동맥 감각부의 내경동맥의 기시부 또는 대동맥 부위에는 혈압조절장치가 있어 이 부위의 압력이 높아지면 전신의 혈압이 급격히 저하되어 전신이 허

탈상태에 빠지게 된다. 따라서 외부로부터의 기계적인 압박이 가하여지면 압력 sensor가 작용하여 급격한 쇼크 상태로 되어 실시하게 된다.

따라서 경부압박의 경우는 어느 부위에 자극이 더 심한가에 따라 나타나는 증상과 그 기전은 다르게 된다.

예를 들어 경동맥의 삼각부의 기계적 자극으로 실시된 상태에서 경부압박이 더 가해지면 두부에 들어가는 동맥혈의 혈압이 저하되어 그리 강하지 않은 경부압박에 의해서도 뇌빈혈이 야기되기 때문에 안면부의 청색증은 보이지 않고 창백해진다.

또 경정맥에서는 외경정맥만이 압박되는 경우에는 얼굴의 정맥혈은 외경정맥에 유입되지 않기 때문에 얼굴에 청색증은 그리 심하지 않게 된다.

따라서 경부압박으로 인한 질식 때 그 압박되는 부위에 따라 나타내는 소견에는 많은 차가 생기게 된다. 특히 경동맥 심장부가 외력작용의 중심이 되면 급성질식과 쇼크가 동시에 야기되는 결과가 된다.

따라서 액사 때는 안면의 청색증을 위시해 급성질식사 소견이 다른 경부압박으로 인한 질식때보다도 강한 것으로 알려지고 있으나 이것도 언제나 그리고 일률적인 것이라 할 수는 없고 조건이 맞으면 쇼크사의 소견이 추가된다. 그렇기 때문에 청색증이 없다 해서 액사가 아니라는 근거는 성립되지 않는다.

(3) 急性窒息死의 全身所見

급성질식사한 경우 전신소견으로 1) 屍體血의 暗赤色 流血性, 2) 粘膜 또는 粘膜下의 溢血點, 3) 內臟의 鬱血 등의 세소견을 들고 있는데 이것은 급성 질식사 뿐만 아니라 급사 때 보는 일반적 소견을 매우 중요시 되고 있다.

부검실무를 하다보면 실제에 있어서 급사의 경과를 취한것이 분명한데 전술한 급사의 소견과는 일치되지 않는 소견을 보는 경우를 경험하게 된다.

특히 이런 문제를 둘러싸고 법정재판에서 주장하는 대립되는 경우가 있는데 이런 것 때문에 사실과는 다른 판단이나 판결이 내릴 우려가 많기 때문에 이에 대한 견해를 기술하기도 한다.

1) 屍體血의 流動性에 대하여

사람이 오랜시간을 두고 서서히 사망하는 경우 시체의 혈액은 응혈되어 있고 단시간내에 갑작스러운 죽음의 기전을 취하면 시체혈액은 유동성을 유지한다고 알려진 것이 법의 분야의 상식이다.

왜 이러한 현상이 일어나는가를 다시 한번 살펴 보기로 한다.

사람에게 채혈하여 이중 시험관에 넣어 세워두면 그 혈액은 자연히 응혈된다. 즉 혈액은 순환중에는 응혈되지 않으나 순환이 정지되면 응혈된다는 것을 쉽게 알 수 있다.

이러한 현상은 혈장내에 있는 응고인자(혈장단백성분으로 현재까지 알려진 것만도 많은 종류가 있는데 통상적으로는 불활성이나 어떤 원인이 가하여지면 그 일부가 활성화되고 연쇄반응으로 나중에는 fibrinogen이 fibrin으로 되어 응혈됨)의 어떤 부분이 활성화되어 응혈이 야기되는 것으로 이해되고 있다.

따라서 죽는 경우 모든 사람의 혈액은 응혈되는 것이며 급성질식사한 사람의 경우도 처음에는 응혈이 시작된다는 것이다.

그러나 급사한 경우에는 응혈되기 시작한 혈액중의 fibrin이 용해되기 때문에 유동성을 지니게 된다고 생각하는 것이 일반적이다.

즉 혈액 내에는 응고인자를 지니는 한편 섬용인자(섬유소용해인자로 주로 효소계)가 존재하며 이것 또한 통상적으로는 불활성 상태이나 어떤 기전이 작용하면 활성화 되는데 생체에 있어서는 매우 중요한 기전으로 이것이 활성화되지 않으면 생존중이라도 혁액은 응고되는 것이며 이러한 현상이 DIC(disseminated intravascular coagulopathy)로 알려지고 있다.

급사의 경우 섬용인자의 활성화가 왜 활발해지는가에 대해서 잘 알려져 있지 않으나 그러한 폐를 위시한 전신의 혈관 내피세포에 함유되어 있던 활성화 인자가 산소결핍으로 혈액중에 방출되기 때문인 것으로 생각하는 이가 많다. 따라서 산소결핍상태가 빠르면 빠를수록 섬용인자의 활성화는 활발해지는 것으로 이해되고 있다.

따라서 급한 경우라 할지라도 이러한 기전이 잘 이루어지지 않으면 혈액의 유동성이 야기되지

않아 응고된 혈액을 보기도 한다는 것이다.

현재까지 출판된 대부분의 교과서에 급사 특히 급성질식사 때는 유동혈액을 반드시 보는 것으로 되어 이와 일치되지 않는 급사의 재판에 논쟁이 벌어져 상당한 혼선을 초래하는 경우도 있었다.

특히 필자의 경험에 의하면 알콜 의존자(중독자)에서 급사하였지만 심장혈에 응혈이 뚜렷한 것을 경험하곤 했는데 이런 것은 간장애(지방간, 또는 간경변등)으로 섬용인자의 생산이 저해되기 때문이 아닌가 추축되며 앞으로 검토가 필요하다.

2) 溢血點에 대하여

급사의 경우 안구의 결막을 위시해서 각 장기의 장막, 점막 또는 피막 등 밑에 일혈점을 보게 되는데 이것의 성인에 대해서는 구구하다.

즉 전신의 스트레스 때문에 부신에서 adrenalin의 분비가 항진되고 이것이 모세혈관에 작용해서 경련을 일으키고 심하면 파열되어 일혈이 형성된다는 설, 산소결핍이 전신적으로 일어나면 말초혈관의 투과성이 항진되어 출혈이 야기된다는 설, 급성질식사 때는 전신의 혈압이 상승되기 때문이라는 견해, 늑막부의 일혈점은 급성질식 때문에 강한 호흡운동을 하게되고, 흉강내에 심한 음압현상이 야기되어 많은 혈액이 폐로 유입되기 때문에 모세혈관에서 출혈이 야기된다는 설 등이 있는데 그 어느 것이나 모두 근거가 있다. 그러나 그 어느설 하나만이 옳다고 주장할 수 없다.

이러한 배경으로 일혈점이 생기는 것이기 때문에 그 발생기전이 일어날 수 없는 상태나 조건이라면 비록 급성질식을 하였지만 일혈점을 볼 수 없을 것이다. 따라서 일혈점의 유무로써 급성질식사 진단의 유일한 근거로 하기는 곤란하다.

즉 있으면 급사의 가능성은 있으나 없다해서 급사한 것은 아니라고 할 수도 없는 것이다.

또 흉간내압이 현저하게 상승된 상태 예를 들어 심한 기침, 구토 또는 trumpet을 강하게 불면 안구결막에 일혈점이 생긴다. 이런 경우 살아있는 사람이기 때문에 부검으로 흉강내에 일혈점을 확인할 수는 없으나 흉강내에 일혈점이 생겼을 가능성이 있다.

따라서 일혈점이 있다고 해서 반드시 그것이 급성질식사 하였다는 근거로 고집할 수도 없다.

3) 內臟의 鬱血에 대하여

급성질식사의 경우 특히 뇌, 폐, 우심방, 간 및 신 등의 각 장기에 울혈을 본다. 이것은 돌연한 전신적인 산소결핍에 대한 생체의 반응으로 전신에 있는 적혈구를 총동원하여 공기중의 산소를 섭취하려고 생체의 노력으로 특히 폐에는 다량의 혈액이 고이게 되고 전신의 각 장기의 혈관은 확장된다.

그러나 조혈장기인 골수나 저혈장기인 비(脾)에 있어서는 혈액을 방출하려는 노력으로 혈관시 수축이 일어나 오히려 빈혈상을 보이는 것이 통상적이고 특징이라 할 수 있다.

그러나 이런 기전을 취하는 가운데 있는 상태라 할지라도 쇼크가 야기될 수 있는 상황이 벌어지면 이런 기전은 정지되어 비의 수축은 일어나지 않고 오히려 울혈을 보이는 경우도 있다.

이런 것은 실제에서 급성질식이 틀림이 없는데 비해서 빈혈을 보지 못하는 경험을 하게 된다.

4) 局所所見의 重要性

이상의 설명으로 경부압박으로 인한 질식사의 진단을 교과서에 기재된 내용만을 근거로 하는 경우 오류를 범할 가능성이 있다는 것을 알 수 있다.

그렇기 때문에 경부압박으로 인한 질식 때는 경부의 국소소견이 얼마나 소중한가는 능히 알 수 있을 것이다. 즉 경부에서 보는 보잘 것 없는 표피박탈, 적은 출혈, 충혈, 울혈 등과 더불어 특히 경부피부에 부착되어 있는 이물 하나하나 마저 채취하여 검사할 필요가 있고 그리하여야 한다.

따라서 국소소견과 전신소견을 증명과 확인의 절차를 교대로 밟아 신뢰성이 높은 감정이 되도록 노력하여야 겠다.

특히 교사후의 의사가장의 경우는 혼동을 초래할 가능성이 많다.

◇이글은 대한법의학회지 제15권 1호에 발표한 내용을 전재한 것임 ……편집자