

정신 건강과 자살 예방

Lundbeck의 권장사항 및 약속



뇌 질환 분야 전문 제약 기업인 Lundbeck은 정신 건강 증진과 자살 예방 전략을 뒷받침하는 데 최선을 다하고 있습니다.



본 안내서는 정신 건강 증진과 자살률 감소를 목표로 하는 UN Sustainable Development Goals의 지원을 받아 H. Lundbeck A/S가 제작했습니다. 본 안내서는 해당 분야 전문가의 조언을 받아 작성되었습니다. 본 안내서에 수록된 정보는 교육용이며, 정보에 입각한 의학적 자문이나 훈련을 대신하지 않습니다.

내용

주요 메시지

주요 메시지와 용어

- 1 자살 예방은 전 세계적으로 반드시 필요합니다**
- 2 자살 행동은 복잡적이지만 예방할 수 있습니다**

WHO 지역별 100,000명 당 자살률, 2016
자살의 사회 인구학적 특성 및 자살 위험군
자살의 위험요인
자살의 예방 요인
연령 표준화 자살률 (100,000명 당), 모든 성별, 2016
자살 예방: 행동수칙
자살 경고 징후
- 3 자살 예방의 대부분 접근을 위한 9가지 권장사항**
- 4 정신 건강 증진과 자살 예방 전략을 뒷받침하는 Lundbeck의 약속**

1. 높은 수치의 자살률로 인해 자살 예방은 전 세계적으로 반드시 필요하며, 각국의 정부기관은 2030년까지 이를 실행하고 UN에 보고할 것입니다.

2. 자살률이 높고 자살 행동이 복잡적이지만, 위험요인 파악 및 의료 서비스 체계 개선을 통해 예방할 수 있습니다.

3. 자살은 건강 문제이자 사회 문제이기도 합니다. 자살 예방을 위한 대부분 국가적 대책이 필요합니다.

4. 뇌 질환 분야 전문 제약 기업으로서, Lundbeck은 정신건강 증진 및 자살예방 대책 지원에 최선을 다하고 있습니다.

정신건강 질환 소견은 자살의 주요 위험요인입니다: 자살로 사망한 사람의 90% 이상이 다음과 같은 정신 장애¹⁰와 관련 있었습니다:



자살의 전 생애 위험도는 기분장애의 경우 4%¹¹, 알코올 의존의 경우 8%¹⁶, 양극성 장애의 경우 8%¹⁷, 정신분열병의 경우 5%¹⁸로 추정됩니다.

용어: 정의

자살 행동 자살기도 및 자살 그 자체를 비롯한 행동 범위¹

자살 사고 자살 고려 또는 계획에 대한 생각⁴²

DSM-5는 주요 우울증 삽화의 증상으로 자살 사고를 포함시킵니다.⁴³

계획된 자살기도 치명적이지 않고 자기 주도적이며 상해를 입을 가능성이 있는 죽으려고 하는 행동(상해를 초래하지 않을 수 있음).⁴⁴

DSM-5는 주요 우울증 삽화의 증상으로 자살기도를 포함시킵니다.⁴³

자살 고의로 스스로 생명을 끊는 행위¹



1.

자살 예방은 전 세계적으로 반드시 필요하며, 각국의 정부기관은 2030년까지 이를 실행하고 UN에 보고할 것입니다.



매년 800,000명이 자살로 사망하며, 이는 전쟁과 살인에 의한 사망을 합친 것보다 높은 수치입니다.

자살로 사망한 사람의 약 45%가 사망 전 한 달 내에 의사의 진찰을 받았습니다.²



자살은 만 15-29세 연령에서 두 번째 주요 사망 원인입니다.⁵

한국에서는 자살한 당사자의 미래소득 감소분을 고려하면 사회경제적 손실은 연간

6조 5천억원

이었고, 5가지 주요 사망원인 중 암(14조 원)에 이어 가장 높은 수준입니다.⁴

10%

2013년 WHO 회원국들은 2020년까지 세계 각국의 자살률을 10% 줄이는 목표를 위해 노력할 것을 약속했습니다.¹



2015년 UN 회원국들은 "Sustainable Development Goals" 중 세 번째 항목인 정신건강 증진을 평가하기 위해 자살률을 모니터링하기로 합의했습니다.⁹

자살로 사망한 사람의

90%

이상이 정신장애와 관련이 있었던 반면⁶

미국에서 자살로 사망한 사람의

54%

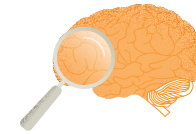
이상은 정신 건강 상태에 이상이 있을 수 있으나, 진단 받거나 보고되지 않았습니다.^{7,8}

2.

자살률이 높고 자살 행동이 복합적이기는 하나 위험요인 파악 및 의료 서비스 체계 개선을 통해 예방할 수 있습니다.

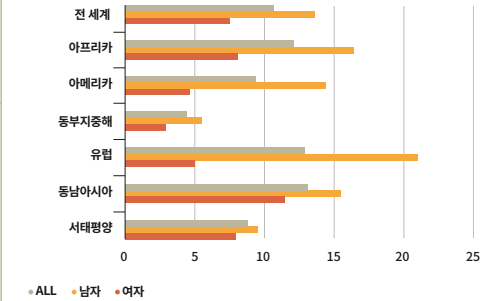
자살 행동은 복합적입니다.

단 하나의 위험요인이 자살 행동을 유발하는 경우는 드뭅니다. 몇 가지 위험요인이 누적되어 개인의 자발적 자살 행동 의사를 강화합니다.¹



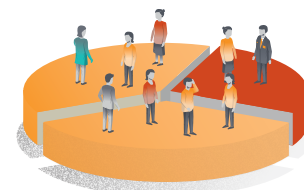
자살로 사망한 사람의 뇌를 대상으로 한 사후분석 연구에서 **신경생물학적 요인**이 자살 위험에 영향을 미칠 수 있는 것으로 확인되었습니다. 예를 들어 자살 희생자 뇌의 전두엽에서 세로토닌 수치가 낮고(일반적으로 우울증과 관련됨), 코르티솔 수치가 정상보다 높은 것(일반적으로 심각한 스트레스 상황과 관련됨)이 확인되었습니다.¹⁹

WHO 지역별 100,000명 당 자살률, 2016



출처: 세계보건기구 2017, Depression and Other Common Mental Disorders - Global Health Estimates.

자살의 인구통계와 위험군



- 가난과 사회적 불안정을 겪고 있는 사람들은 자살기도 위험이 더 높습니다.²⁷
- 위험 직업군에는 경찰, 군인 및 HCPs(치과의사, 정신과의사, 안과의사)가 포함됩니다.²⁸
- 수감자²⁹
- 상실(예, 직업, 가정, 파트너, 가족)³⁰ 및/또는 사회적 및 인구통계적 변화 (예: 중·고교에서 대학으로, 대학에서 직장으로, 이사)를 겪은 사람³¹
- 전 세계적으로 여성의 자살기도가 남성보다 두 배 더 높으며, 자살은 만 15-19세 어린 여성에서 사망의 첫 번째 원인으로 꼽힙니다.³²
- 중국을 제외하고, 대부분의 국가에서 자살로 사망한 남성은 여성보다 2-4배 더 많았습니다.³²
- 2세대 이민자³³와 성소수자(여성 동성애자, 남성 동성애자, 양성애자, 성 전환자, 성 정체성에 대해 갈등하는 사람)들은 자살 행동 위험이 있습니다.³⁴

자살 위험요인

- 치료 접근의 어려움⁷ 희망 상실²⁰ 또는 고립감⁷
- 상실(관계, 사회, 직업 또는 재정)⁷
- 이전의 자살기도⁷
- 정신건강 질환 소견¹⁰
- 만성 통증 및 질환²¹ (암²², 당뇨병²³, HIV/AIDS¹, 파킨슨병²⁴, 알츠하이머병²⁵)
- 아동 학대⁷
- 자살 가족력²⁶

자살은 예방할 수 있습니다.³

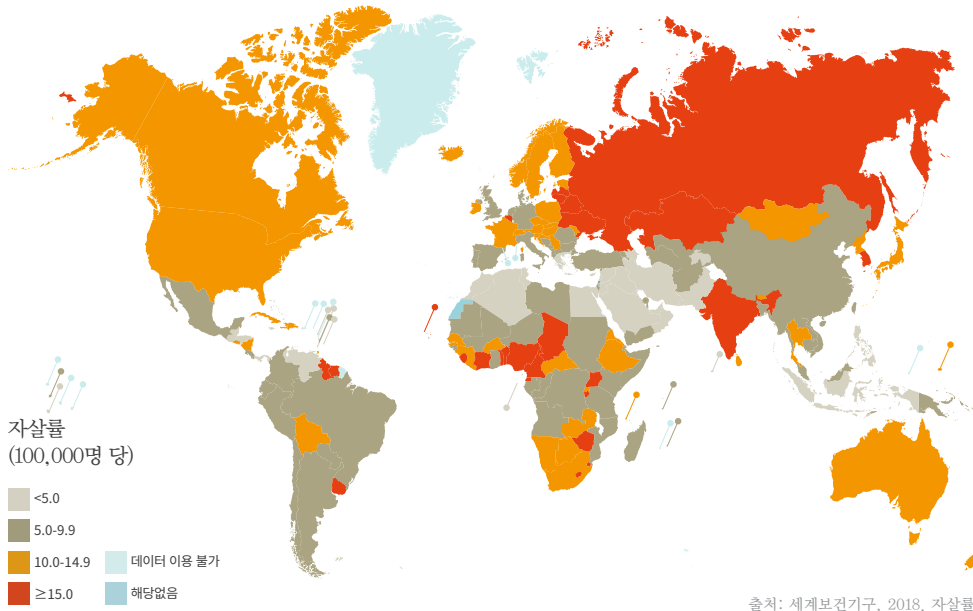
조기 개입 서비스는 정신분열병 스펙트럼 장애 환자에서 그들에게 가장 취약한 기간 동안의 자살률 감소와 관련 있을 수 있으며, 그 혜택이 장기간 지속될 수 있습니다.³⁰ 아직까지 자살 건수가 여전히 많고³³ 오명, 범죄화, 그리고 열악한 감시체계 등으로 인해 과소 보고될 가능성이 있습니다.⁵



자살 예방요인⁷

- 효과적인 임상 스크리닝 및 진단, 그리고 정신 및 신체장애와 물질 남용에 대한 치료
- 행동 및 약물치료에 대한 쉬운 접근성
- 지속적인 의료 및 정신 건강 치료를 통해 퇴원 후 추적 관찰 및 치료 순응도를 도움
- 가족과 공동체 지원(연대)
- 문화 및 종교적 믿음
- 문제 해결, 논란 및 분쟁 해소 능력

연령 표준화 자살률(100,000명 당), 2016



자살 예방: 행동수칙

권장사항

자살 예방 교육을 실시합니다.

의사소통 시 항상 연중무휴 이용 가능한 서비스로부터 도움을 모색할 수 있음을 언급합니다.

의사소통 시 유명인의 사례를 들어 이야기합니다.

자살 경향에도 불구하고 현명하게 극복한 사람들의 사례를 들어 설득합니다.

HCP로서, 만성 또는 신체 질환을 진단하고 환자에게 희망을 줍니다.

HCP로서, 경고 징후가 있는지 주의 깊게 관찰해야 합니다. 자살로 사망한 사람들 중 다수가 자살하기 한 달 전에 HCP에게 연락한 적이 있었습니다.

가족, 친구 또는 동료로서, 경고 징후에 주의를 기울이고 의학적 도움이나 전문가의 도움을 받을 수 있도록 독려합니다.

가족 또는 친구로서, 기분이 어떨지 그리고 자살에 대해 생각하고 있는지 안정된 장소에서 대화를 나눕니다. 혼자서 아픔을 다시 확인시켜 줍니다. 자살 수단이 될 만한 것들을 없애고 응급상황 연락처 목록을 알려줍니다.

금지사항

타인의 자살을 모방하는 베르테르 효과를 경계하고 자살에 대한 언급을 피합니다.

의사소통 시 자살에 사용된 방법이나 자살 장소를 상세 설명하거나 구체적인 정보를 제공하지 않습니다.

의사소통 시 자살을 미화하는 선정적 언어를 사용하지 않습니다.

HCP로서, 만성 또는 신체 질환을 진단하고 관리할 때 침울한 목소리로 말하지 않습니다.

정신과 의사로서, 환자가 '자살의 원인'을 깨닫게 하는 것을 두려워하지 않습니다.

가족, 친구 또는 동료로서, 자살 경고 징후를 무시하지 않습니다.

가족 또는 친구로서, 자살 행동을 낙인 찍고 본인의 역할을 과소평가하지 않습니다.

자살은 20%-100% 비율로 과소 보고되고 있습니다.³⁶



자살 예방을 위한 의료 서비스 체계는 여전히 부족합니다.

HCP는 자살 위험군에 속한 환자들을 진료할 때, 임상적 판단을 근거로 적절한 조치를 취해야 합니다.

자살 경고 징후⁴⁵

자살로 생을 마감하는 대부분의 사람들은 한 가지 이상의 경고 징후를 나타냅니다.

대화 주제

- 생을 마감하는 것
- 희망이 없음
- 살 이유가 없음
- 타인에게 짐이 됨
- 강한 기분
- 견딜 수 없는 고통

행동

- 음주 또는 약물 사용 증가
- 삶을 마감하는 방법을 찾음 (온라인 검색)
- 가족과 친구로부터 고립됨
- 너무 많이 자거나 너무 적게 잠
- 작별 인사를 하기 위해 사람들을 만나거나 사람들에게 전화함

기분

- 우울
- 불안
- 흥미 상실
- 과민
- 굴욕감/수치심
- 동요/분노

3.

자살은 건강 문제이자 사회 문제이기도 합니다. 자살 예방을 위한 다부문 국가적 대책이 필요합니다.

Lundbeck의 9가지 권장사항

정책



1. 국가적으로 자살 예방 계획에 적절한 재정 지원을 고려해야 합니다.¹
2. 자살 통계 모니터링 시스템과 자살 사례 연구에 투자해야 합니다.
3. WHO² 및 국제 자살 예방 협회 (International Association for Suicide Prevention)³⁷가 권장하는 정신 건강 조기 중재 서비스, 맞춤 진료 및 치료(심리학적 및 약리학적 중재 포함)에 대한 접근권을 제공해야 합니다.
4. 자살 방법에 대한 물리적 접근을 줄이고, 자살이 빈번한 장소(예: 다리, 철도 등)의 보안을 강화해야 합니다.⁴¹

의료서비스



5. 정신과 의사를 비롯한 HCP는 자살 행동을 식별하고³⁹, 만성 질환 및 만성 통증을 앓고 있는 환자에게 희망을 줄 수 있도록 교육해야 합니다.³⁸

학회



6. 당사자, 사회 복지사, 교육자, 종교 지도자, 간병인, 위험군에 속한 사람의 가족에게 자살 위험 요인, 경고 징후, 적절한 언어 및 전문 진료 의뢰 등에 대한 교육이 우선적으로 이루어져야 합니다.
7. 학교 교육 과정에 정신 건강 및 자살 예방 방법을 포함시켜야 합니다.
8. WHO 기준을 준수하는 자살 보고 방법에 대한 국가 미디어 가이드라인을 도입하고, 이에 따라 언론인 및 영향력 있는 사람들을 교육시켜야 합니다.⁴⁰
9. 세계 정신 건강의 날(10월 10일)에 자살 예방 캠페인을 펼칩니다. 또한, 연중무휴 전화 상담 서비스를 통해 자살을 예방해야 합니다.

WHO에 따르면, 자살이 세계적으로 예방 가능한 주요 사망 원인임에도 불구하고 자살 예방은 충분한 재정적 또는 인적 투자를 받지 못했습니다.¹

4.

뇌 질환 분야 전문 제약 기업인 Lundbeck은 정신 건강 증진과 자살 예방 전략을 뒷받침하는 데 최선을 다하고 있습니다.

Lundbeck은 자살 예방에 대한 다부문 접근을 신뢰합니다.

환자

Lundbeck은 우울증, 조현병 및 양극성 장애에 대한 질병 교육 프로그램과 환자 치료 접근을 지원하고 있습니다.

보건 의료 전문가

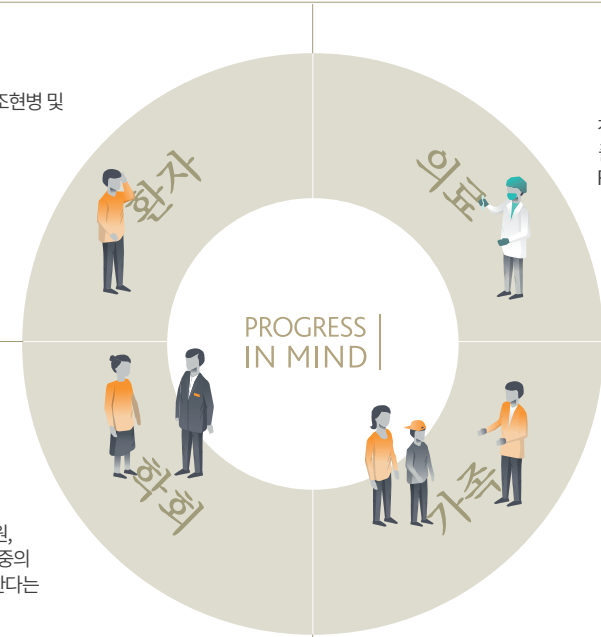
Lundbeck은 보건 의료 전문가를 위한 온라인 학습 플랫폼 'Progress in Mind Resource Center'를 통해 정신 건강 증진 및 자살 예방을 위한 의료 교육과 훈련을 제공합니다.

학회

Lundbeck은 정신 건강 증진 및 자살 예방을 위해 학회와 강력한 파트너십을 구축하여 언론, 국회의원, 의료 전문가 및 일반 대중의 인식을 제고하고 교육한다는 신념을 갖고 있습니다.

가족

Lundbeck은 정신 질환을 앓고 있는 환자의 가족을 대상으로, 교육 및 인식 제고 프로그램을 지원합니다.



전 세계 5,000명의 Lundbeck 직원들은 자살 예방을 위해 노력합니다.

Lundbeck 모든 직원은 세계 정신 건강의 날(World Mental Health Day) 캠페인의 취지를 장려하고 홍보합니다.

한국 Lundbeck은 제1호 '생명존중 및 자살예방 선도 기업'입니다. 모든 직원이 한국형 표준 자살 예방 프로그램 교육을 수료하여, 자살 인식 개선 및 생명존중에 앞장섭니다.

자살은 예방할 수 있습니다.³

Lundbeck은 뇌 질환 분야 전문 제약 기업으로서 정신 질환 환자들을 위한 치료제 개발 및 자살 예방 정책 지원을 위해 노력하고 있습니다.

REFERENCES

1. WHO (2014). Preventing suicide: a global imperative. World Health Organization.
2. Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227–1239
3. WHO (2014). Suicide: facts and figures World Health Organization..
4. 국민건강보험공단. 2014년
5. WHO (2018). Preventing suicide A community engagement toolkit.
6. Holmstrand C, et al. Long-term suicide risk in no, one or more mental disorders: The Lundby Study 1947-1997. *Acta Psychiatr Scand* 2015;132(6):459-469.
7. Centers for Disease Control and Prevention, Diseases and Conditions, Suicide (Page last reviewed: June 2018; Accessed in Jan 2019)
8. J Affect Disord. 2013;151(3):821-30.; 2: Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Santiago de Compostela: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalía-t N° 2010/02
9. The 17 Sustainable Development Goals were adopted by the United Nations Member States in 2015 to be reached by 2030. Goal #3 is to “ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages”. The target is to reduce by one third premature mortality from non-communicable diseases through prevention and treatment and promote mental health and well-being.
10. Holmstrand C, Bogren M., Mattisson C., Brådvik L. (2015). Long-term suicide risk in no, one or more mental disorders: the Lundby Study 1947–1997. *Acta Psychiatr Scand*. Dec; 132(6): 459–469.
11. Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Oct; 68(10):1058-64.
12. B.A., P., V.S., P., & J.M., B. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Archives of General Psychiatry*, 62(3), 247–253. 7
13. Centers for Disease Control and Prevention, Diseases and Conditions, Suicide rising across the US (Page last reviewed: June 2018; Accessed in Jan 2019).
14. Goodwin FK, Jamison KR (1990). *Manic-Depressive Illness*. New York: Oxford University Press.
15. Kryszynska K, Lester D. (2010). Post-traumatic stress disorder and suicide risk: a systematic review. *Arch Suicide Res*. 2010;14(1):1-23. doi: 10.1080/13811110903478997. Review.
16. Schneider B. (2009). Substance use disorders and risk for completed suicide. *Arch Suicide Res*;13(4):303–16. 1
17. KL. Hawton, L. Sutton, C. Haw, J. Sinclair, L. Harriss (2005). Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry*; 66(6):693–704; Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB (2011). Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 68(10):1058–64..
18. B.A., P., V.S., P., & J.M., B. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Archives of General Psychiatry*, 62(3), 247–253.
19. Medical Dictionary. Suicide (accessed 27 Feb 2019)
20. AT. Beck, RA Steer, JS Beck, CF Newman (1993) . Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide Life Threat Behav*. 1993;23:139–145
21. Scott KM et al. (2010). Chronic physical conditions and their association with first onset of suicidal behavior in the world mental health surveys. *Psychosom Med*.
22. S.Misono (2008). Incidence of Suicide in Persons With Cancer *J Clin Oncol*. 2008 Oct 10; 26(29): 4731–4738.
23. S.Sarkar, Y.P.Singh Balhara (2014). Diabetes mellitus and suicide. *Indian J Endocrinol Metab*. 2014 Jul-Aug; 18(4): 468–474.
24. S. Nazem, A.D. Siderowf, J.E. Duda, G.K. Brown, T.T. Have, M.B. Stern, D.Weintraub, (2008). Suicidal and Death Ideation in Parkinson's Disease *Mov Disord*. 2008 Aug 15; 23(11): 1573–1579.
25. Barak, D. Aizenberg D. (2002). Suicide amongst Alzheimer's disease patients: a 10-year survey. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2002;14(2):101-3. 7
26. Qin P1, Agerbo E, Mortensen PB (2002). Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet*. 2002 Oct 12;360(9340):1126-30.
27. Schmidtke et al., 2004
28. Kutcher, S., & Chehil, S. (2007). *Suicide risk management: A manual for health professionals*. Malden. Blackwell Publishing.
29. Fazel S, Ramesh T, Hawton K. Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *Lancet Psychiatry* 2017 Dec;4(12):946-952.
30. Centers for Disease Control (US). Suicide prevention. (accessed April 2019).
31. Bilsen J. Suicide and youth: Risk factors. *Front Psychiatry* 2018;9:540.
32. L.Vijayakumar (2015). Suicide in women. *Indian J Psychiatry*. 2015 Jul; 57(Suppl 2): S233–S238.
33. Razum & Zeeb, 2004 ; Löhr et al., 2006; Sayil, 2006; Wohner et al., 2006; Bursztein et al., 2009, 2010
34. US National Alliance on Mental Health website, Find support, LGBTQ (accessed Feb 2019)
35. Chan, S. K., Chan, S. W. Y., Pang, H. H., Yan, K. K., Hui, C. L. M., Chang, W. C., ... Chen, E. Y. H. (2018). Association of an early intervention service for psychosis with suicide rate among patients with first-episode schizophrenia-spectrum disorders. *JAMA Psychiatry*, 75(5), 458–464.
36. J.M. Bertolote, A.Fleischmann (2020) Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective, *World of Psychiatry*
37. IASP Guidelines for Suicide Prevention. International Association for Suicide Prevention.
38. W.Rutz, L. v.Knorrning, J. Wallinder (1989). Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatr Scand*. 1989;80:151–154
39. Nordentoft M. (2011). Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Archives of General Psychiatry*; 68: 1058-1064.
40. WHO and IASP (2017). Preventing suicide: a resource for media, World Health Organization.
41. Lester D, 1998. Preventing suicide by restricting access to methods for suicide. *Arch Suicide Res*. 1998;4:7–24
42. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2015
43. Oquendo, M. A., & Baca-Garcia, E. (2014). Suicidal behavior disorder as a diagnostic entity in the DSM-5 classification system: advantages outweigh limitations. *World Psychiatry*, 13(2), 128.
44. National Institute of Mental Health Information Resource Center (Last Updated: May 2018; Accessed Feb 2019)
45. American Foundation for Suicide Prevention, About Suicide, Risk Factors and Warning Signs (accessed February 2019)



**뇌 질환 분야 전문 제약 기업인
Lundbeck은
정신 건강 증진과
자살 예방 전략을 뒷받침하는 데
최선을 다하고 있습니다.**



서울시 송파구 올림픽로35길 137
한국광고문화회관 19층
Tel. 02 431 6600 Fax. 02 431 6886
www.lundbeck.com/kr



본 안내서는 정신 건강 증진과 자살률 감소를 목표로 하는 UN Sustainable Development Goals의 지원을 받아 H. Lundbeck A/S가 제작했습니다.
본 안내서는 해당 분야 전문가의 조언을 받아 작성되었습니다. 본 안내서에 수록된 정보는 교육용이며, 정보에 입각한 의학적 자문이나 훈련을 대신하지 않습니다.