한국심리학회지 : 임상심리 연구와 실제
Clinical Psychology in Korea: Research and Practice
2022, Vol. 8, No. 1, 67-91

국내 살해 후 자살의 현황과 특성

최 진 화 **박 기 환†**

가톨릭대학교 심리학과

박사 수료 교수

본 연구에서는 우리나라에서 발생한 살해 후 자살의 현황을 파악하고, 이들의 자살과 관련한 특성을 확인하였다. 살해 후 자살은 사건 자체가 가지는 심각한 폭력성, 발생 이후 주변의 충격 정도, 미디어의 높은 관심과 확산 가능성에도 불구하고, 공식 통계의 부족으로 그동안 정확히 연구되지 못했다. 이에 보건복지부가 한국생명존중희망재단을 통해 수집한 '경찰 수사기록을 통한 자살사망자 전수조사' 데이터를 이용하여 2013년부터 2017년까지의 살해 후 자살사망자의 현황, 인구통계학적 특성, 자살 관련 특성, 사망 전 경고신호와 유서 정보를 탐색했다. 이때, 살해 후 자살유형을 Marzuk, Tardiff와 Hirsch(1992)가 제시한 방식에 따라 네 가지 유형 - 동반자 살해 후 자살, 자녀 살해 후 자살, 가족 살해 후 자살, 가족 외 살해 후 자살 - 으로 분류한 후 카이검증을 통해 유형간 차이를 확인하였다. 분석 결과, 우리나라는 5년간 전체 자살사망자 수의 0.44%가 살해 후 자살사망자에 해당하였고, 인구 10만 명 당 평균 살해 후 자살사망률은 0.11명이었다. 유형 간 차이를 확인한 결과, 동반자 살해 후 자살유형은 남성, 고연령대의 비율이 높고 관계문제를 주원인으로 하는 경우가 많았다. 자녀 살해 후 자살유형은 여성, 저연령대의 비율이 높고, 사망 당시 우울 및 수면 문제와 같은 정신건강문제를 지니고 있었던 비율이 높았으며, 유서상에 자살의 이유를 언급한 빈도가 높았다. 가족 살해 후 자살유형은 사망 당시 경제문제를 경험하고 있었던 비율이 높았다. 이러한 분석 결과를 바탕으로 연구의 의의, 제한점 및 향후 연구 방향을 논의하였다.

주요어 : 자살, 살해 후 자살, 심리부검, 자살사망자 전수조사, 자살예방

---

* 본 논문은 한국생명존중희망재단(구, 중앙심리부검센터)로부터 2013~2017년 자살사망자 전수조사 데이터의 일부를 제공받아 수행한 연구 결과로, 논문에 수록된 결과 및 논의 내용은 보건복지부 및 한국생명존중희망재단(구, 중앙심리부검센터)의 견해와는 관련이 없음.

† 교신저자(Corresponding Author) : 박기환 / 가톨릭대학교 심리학과 / (14662) 경기도 부천시 지봉로 43 / Tel: 02-2164-4924 / E-mail: psyclinic@catholic.ac.kr

대한민국 평균 자살사망률은 2019년 기준 인구 10만 명 당 24.6명으로(통계청, 2020), OECD 회원국 중 가장 높다(OECD, 2019). 자살은 더이상 개인의 문제가 아닌, 사회적 문제로 인식되고 있으며, 대한민국 정부는 2011년 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률을 제정한 이후 자살예방을 위한 국가적 차원의 노력을 지속하고 있다.

자살 중에서도 심각한 대인관계 폭력의 형태가 함께 동반되는 것이 살해 후 자살이다. 살해 후 자살은 같은 사람에 의해 살해와 자살이 동시에 발생되는 것을 가리키는 용어로(Liem, 2010), 이러한 행위는 살해 가해자인 자살사망자와 살해 피해자를 포함한 복수의 사망자를 발생시키며, 그 행위에 직접적으로 관련된 사람뿐 아니라 가족, 친척, 친구, 지인 등 주변인에게도 심각한 정신적 피해를 준다. 그동안 우리나라는 자살 및 살인 범죄 각각에 대한 관심을 두어 왔으며, 자살예방을 위한 법률제정뿐만 아니라 자살생각 및 자살행동에 영향을 미치는 변인을 탐색하고 자살예방에 효과적인 프로그램을 개발하는 연구를 지속하고 있다. 또한, 살해 범죄에 대한 통계를 내고 유형을 달리하며 실태와 추이를 분석해왔다. 그러나 살해와 자살이 동시에 일어나는 살해 후 자살에 대한 실태조사와 연구는 전무한 상황이다. 자살과 살해 모두 피해의 회복을 불가능하게 하는 중대한 사건으로, 특히 살해 후 자살의 경우는 살해를 한 범죄자가 자살하여 가해자와 피해자가 모두 존재하지 않는 상황이 되며, 살해 피해자 및 가해자의 관계가 가까운 관계일 경우 주변인은 매우 복잡한 감정을 느끼게 된다. 또한, 살해 후 자살은 자극적인 소재로 언론에 노출되기 쉽고 일반 대중에게도 심리적 영향을 미칠 가능성이 높아 각별한 관심과 예방을 위한 노력이 필요하다.

살해 후 자살의 개념과 유형

살해 후 자살은 살해와 자살, 두 개의 행위가 근접한 시간을 두고 결합한 형태를 띤다. 살해 후 자살의 영문 표기로는 murder-suicide와 homicide-suicide를 모두 사용할 수 있지만, 일반적으로 murder는 의도적인 살해의 법적 측면을 나타내는 반면, homicide는 불법 여부를 불문하고 사람을 죽이는 행위, 즉 일반적인 치사 행위를 포함하는 용어로, murder-suicide보다 homicide-suicide가 더 적합한 용어로 간주되고 있다(Milroy, Drastas, & Ranson, 1997).

살해 후 자살로 규정하기 위한 시간적 기준은 연구마다 다양하게 적용됐다. 살해 후 24시간 이내에 가해자가 자살한 경우(Barber et al., 2008; Carcach & Grabosky, 1998; Harper & Voigt, 2007; Logan et al., 2008), 또는 며칠 내에 자살한 경우(Felthous & Hempel, 1995), 1주일 이내에 자살한 경우(Campanelli & Gilson, 2002; Chan, Beh, & Broadhurst, 2003; Comstock et al., 2005; Marzuk, Tardiff, & Hirsch, 1992)를 기준으로 두는 경우가 있었고, 살해와 자살 사이에 명확한 기준이 되는 시일을 지정하지 않는 연구도 있었으나(Berman, 1979; Dettling, Althaus, & Haffner, 2003; Hata et al., 2001), 명확하게 연구자 간 합의된 기준은 아직 마련되어 있지 않다.

몇몇 연구자에 의해 살해 후 자살의 유형을 구분하기 위한 노력도 이루어졌다. 최초로 살해 후 자살의 분류체계를 제안한 사람은 Berman(1979)으로, 테러와 같은 전시적인 자살과 그 하위 유형을 제안했고, Wallace(1986)는 동기, 갈등, 이타주의, 정신이상을 바탕으

로 분류를 시도했다. 이후 Marzuk, Tardiff와 Hirsch(1992)가 가해자와 피해자의 관계에 따른 분류를 시도하여 동반자 살해 후 자살(Spousal Homicide-Suicide), 자녀 살해 후 자살(Filicide-Suicide), 가족 살해 후 자살(Familicide-Suicide), 가족 외 살해 후 자살(Extrafamilial Homicide-Suicides) 네 가지 유형으로 분류하였다. 동반자 살해 후 자살은 혼인관계에 있는 배우자 또는 연인을 살해하고 자살한 경우, 자녀 살해 후 자살은 친자녀 또는 의붓자식을 살해하고 자살한 경우, 가족 살해 후 자살은 부모나 기타 성인가족, 또는 복수의 가족을 살해하고 자살한 경우, 가족외 살해 후 자살은 가족 이외의 사람을 살해 후 자살한 경우를 의미한다. 또한, Palermo 등(1997)은 정신병리학을 기초로 한 세 개의 유형으로 분류를 시도했는데, 첫 번째는 분노나 편집증에서 비롯된 자기 파괴 행위와 결합된 살해 후 자살, 두 번째는 살해를 저지른 후 자신의 범죄가 밝혀질 것이 두려워 자살한 유형, 세 번째는 가미카제와 같이 테러 행위와 결합된 자살이었다. Harper와 Voigt(2007)은 가장 최근에 새로이 살해 후 자살 유형 분류를 시도한 연구자로, 가정폭력 살해 후 자살(intimate or domestic lethal violence-suicide), 일가족 살해 후 자살(family annihilation-suicide), 자비로운 살해 후 자살(mercy killing-suicide), 불특정 다수에 대한 살해 후 자살(public killing spree-suicide), 우발적 살해 후 자살(mistaken or accidental homicide-suicide) 유형으로 분류하였다. 국내에서 이루어진 연구의 경우 살해 후 자살의 유형을 구분하는 합의된 기준은 없으나, 가족 동반자살이나 자녀 살해 후 자살에 관한 연구들은 주로 가해자와 피해자 관계를 기준으로 유형을 분류하였다(김유리, 2016; 이미숙, 2007; 이현정, 2012).

그동안 몇몇 연구자에 의해 실행된 살해 후 자살유형 분류 결과를 보았을 때, Palermo 등(1997)이 구분한 정신병리 기초의 유형 분류는 가해자이자 자살자의 정신병력이나 살해 및 자살 전후 맥락을 정확히 알지 못하면 유형 분류가 어렵고, Harper와 Viogt(2007)의 유형은 동일한 자살 사건이 두 개 이상의 유형에 중복으로 포함될 수 있다는 한계점이 있다. 이와 같은 이유로 다수의 연구자들이 살해 후 자살의 유형을 분류하는 데 있어 Marzuk 등(1992)의 가해자-피해자 관계 기준의 분류를 주로 따르고 있으며(Hanzlick & Koponen, 1994; Liem, 2010, 2012; Liem, Postulart, & Nieuwbeerta, 2009), 이러한 방식은 살해 후 자살 사건의 역학 관계를 이해하는 데 도움이 된다(Carcach & Grabosky, 1998; Stack, 1997). 따라서 본 연구에서도 살해 후 자살의 유형을 분류하는 데 Marzuk 등(1992)의 방식을 따르고자 한다.

살해 후 자살의 발생 현황

살해 후 자살에 대한 공식적인 통계가 있는 나라는 거의 없으나, 몇몇 도시에서 자체적으로 연구를 진행하여 발생 현황을 발표한 바 있다. 비교적 최근에 이루어진 연구를 통해 보면, 인구 10만 명 당 살해 후 자살률은 영국 웨일즈 0.05명(Flynn et al., 2009), 프랑스 1.55명(Sain-Martin, Bouyssy, & O'Byrne, 2007), 홍콩 0.18명(Chan, 2007) 등으로 편차가 있었다. 특히, 미국의 살해 후 자살률은 연구별로 편차가 매우 심하였는데, 버지니아주는 0.38명(Hannah, Turp, & Fierro, 1998), 켄터키주는 0.27명(Walsh & Hemenway, 2005)으로 발표된 바 있으나, 가장 최근의 연구는 미국 전역에 걸

쳐 0.19명이라고 발표하였다(Logan et al., 2008). 이렇게 연구별 편차가 큰 이유는 국가에서 공식적으로 관리하는 통계가 없기 때문일 것이다. 네덜란드는 유일하게 살해 후 자살의 전수 데이터를 이용하여 현황을 파악하였는데, 1992년부터 2006년까지 인구 10만 명 당 평균 살해 후 자살률은 0.05명이었다(Liem et al., 2009).

우리나라 역시 다른 나라와 마찬가지로 살해 후 자살의 현황을 공식적으로 파악한 자료는 전무하다. 그간 다수의 연구자가 살해 후 자살에 관한 연구 결과를 발표하였는데, 가능한 방법은 오직 신문기사로 보도된 사건을 통해 현황을 파악하는 것이었다. 그마저도 살해 후 자살을 동반자살 개념 안에 포함하여 연구한 경우가 대부분이어서 동반자살 연구 결과 내 부모-자녀 동반자살(실제로는 부모가 자녀를 살해한 후 자살한 사례)의 현황을 확인할 수 있는 정도이다. 그중 가장 최근에 이루어진 연구를 살펴보면, 이상현(2007)이 2000년 1월부터 2007년 10월 사이에 발생한 가족 내 자녀살해 후 자살 사건의 언론 보도 사례를 검색한 후 경찰 기록에서 그에 해당하는 자료를 확인한 결과, 해당 기간 내 총 35건의 자녀 살해 후 자살 사건을 확인할 수 있었다. 김유리(2016)가 2006년부터 2016년까지 10년간 신문기사로 보도된 자녀 살해 후 자살의 현황을 파악한 결과, 가해자의 수는 총 178명이었다. 2000년대 이후 국내에서 자녀 살해 후 자살을 동반자살로부터 분리하여 그 현황을 파악한 연구는 이상현(2007)과 김유리(2016)의 연구가 유일한데, 두 연구에서 파악한 현황을 살펴보면, 이상현(2007)의 연구에서는 한 해에 평균 5건 미만의 살해 후 자살이, 김유리(2016)의 연구에서는 한 해에 평균 17명가량의 살해 후 자살이 발생한 것으로 계산되어 그 편차가 매우 심하다고 볼 수 있다. 이상현(2007)이 처음 언론기사를 통해 59건의 사례를 찾을 수 있었지만, 실제 경찰 자료를 통해 보았을 때 이 중 가해자가 자살을 시도하지 않았거나 자살에 성공하지 못한 건, 살해를 시도하였으나 미수에 그친 건이 모두 포함되어 있어 실제 살해와 자살을 모두 완료한 건은 35건에 불과했다. 이를 통해 볼 때 김유리(2016)의 연구에 포함된 사례 중 가해자가 살해와 자살을 시도하긴 했으나 둘 다 완료된 건은 더 적었을 가능성을 생각해볼 수 있다. 또한, 두 연구 모두 자녀 살해 후 자살에 국한되어 있어 우리나라 전체 살해 후 자살의 현황을 파악하는 데는 한계가 있다.

살해 후 자살자의 특성

Marzuk 등(1992)의 분류 유형에 따라 살해 후 자살사망자에 대한 선행연구 결과를 살펴보면 다음과 같다. 동반자 살해 후 자살유형은 살해 후 자살에서 가장 흔히 발생하는 유형으로(Barber et al., 2008; Bossarte, Simon, & Barker, 2006; Bourget, Gagne, & Moamai, 2000; Comstock et al., 2005; Dutton & Kerry, 1999; Malphurs, 2002), 주로 남성에 의해 행해지며(Belfrah & Rying, 2004; Bourget et al., 2000; 2005; Eastal, 1993; Hanzlick & Koponen, 1994; Harper & Voigt, 2007; Stack, 1997), 동반자를 살해한 후 자살을 하는 사람은 자살하지 않는 사람들보다 나이가 더 많은 것으로 알려져 있다(Belfrah & Rying, 2004; Lund & Smorodinsky, 2001). 이 유형에 해당하는 살해 후 자살자에게 가장 흔히 언급되는 정신질환은 우울증으로(Bourget et al., 2000; Rosenbaum, 1990), 가해자이자 자살자가 되는 남성은 대체

로 통제적이면서 의존적이며, 동반자에 대한 깊은 감정적 의존성을 지니고 있다고 보고되었다(Liem, Hengeveld, & Koenraadt, 2009; Liem et al., 2009; Liem & Roberts, 2009).

국내의 몇 연구에서는 자녀 살해 후 자살이 동양 문화권, 특히 한국과 일본에서 독특하게 나타나는 현상이라고 보는 시각이 있었으나(안동현, 1997; 이현정, 2012; 정승민, 2004), 해외의 연구 결과, 자녀 살해 후 자살은 살해 후 자살에서 두 번째로 흔한 유형으로 간주되고 있다(Barraclough & Clare, 2002; Harper & Voigt, 2007; Malphurs & Cohen, 2002; Marzuk et al., 1992; Milroy, 1993; Stack, 1997). 남성과 여성 모두 자녀를 살해한 후 자살할 수 있으나, 여성보다 남성이 총기와 같이 상대적으로 더 폭력적인 방법을 사용하는 경향이 있다고 보고된 바 있고(Byard et al., 1999; Milroy, 1993), 부모가 자신이 사망한 후 더 이상 그 자녀를 돌볼 사람이 없으리라 판단할 때 자녀를 살해한 후 자살한다고 보고 있다(Marleau, Poulin, Webanck, Roy, & Laporte, 1999; Mesing & Heeren, 2004; Milroy, 1995; Somander & Rammer, 1991). 국내 언론기사를 이용하여 연구된 바에 의하면, 자녀 살해 후 자살은 아버지보다는 어머니에 의해 행해지고(김유리, 2016; 김정진, 1998; 김형수, 황춘규, 2006; 안동현, 1997; 이미숙, 2007; 이현정, 2012; 정도윤, 2012; 정승민, 2005), 그 원인으로는 사업실패나 만성적인 생활고와 같은 경제적 문제와 어머니의 정신건강문제를 꼽고 있다(김유리, 2016; 김정진, 2006; 안동현, 1997; 이미숙, 2007). 해외의 연구에서도 자녀를 살해하고 자살하는 가해자에서 가장 많이 발견되는 질환은 우울증이며(Chan et al., 2003; Hatters et al., 2008; Leavillee, Marleau, & Dube, 2007; Lewis & Bunce, 2003; Polk, 1994; Rohde, Raic, Varchmin-Schultheiß, & Marneros, 1998), 이들의 정신과 치료력의 증거도 많이 발견되고 있다(Malphurs & Cohen, 2002).

가족 살해 후 자살유형은 복수의 가족을 살해하거나 배우자나 자녀 이외의 가족을 살해하고 자살하는 경우로, 앞서 언급한 두 유형에 비해 비교적 드물고 거의 전적으로 남성에 의해 행해진다고 알려져 있다(Byard et al., 1999; Marleau et al., 1999; Somander & Rammer, 1991). 미국에서 이루어진 연구에 의하면, 다른 유형에 비해 가해자의 실직, 지속적인 실업 상태, 그 외 가족을 부양할 수 없는 상태와 관련되어 있고(Ewing, 1997; Palermo et al., 1997), 국내 연구에서도 일가족 살해 후 자살에 대해 심각한 생활고와 빈곤을 주된 원인으로 꼽은 바 있다(김정진, 2006). 이 유형 역시 살해 후 자살사망자가 경험하고 있는 정신질환으로 우울증의 역할이 가장 두드러진 것으로 보고 있지만(Polk, 1994; Schlesinger, 2000), 언급한 다른 두 유형에 비해 더 심각한 정신병리를 경험하고 있을 가능성을 언급하고 있기도 하다(Cooper & Eaves, 1996).

가족 외 살해 후 자살유형은 친구나 지인, 직장동료, 그 외 기타 관계에 있는 자를 살해하고 자살하는 경우로, 피해자는 대체로 가해자가 원한을 품고 있는 특정한 사람이거나, 불공정한 세상을 대표하는 무작위의 사람이 된다(Leary, Kowalski, Smith, & Philips, 2003; Meloy et al., 2004). 미디어의 영향으로 이 유형은 대체로 해외의 무작위 총기 난사 사고를 떠올리게 되지만 실제 그런 경우는 흔치 않으며, 대체로 지인과의 관계에서 발생된다(Logan et al., 2008).

살해 후 자살은 사건 자체가 가지는 심각한

폭력성, 발생 이후 주변의 충격 정도, 미디어의 높은 관심과 확산 가능성이라는 특징이 있음에도 불구하고 지금까지 이에 관한 연구와 예방을 위한 관심은 부족했다. 본 연구의 목표는 우리나라에서 발생한 살해 후 자살의 현황을 파악하고, 살해 가해자이자 자살사망자의 특성을 파악하는 것에 있다. 상기 선행연구에서 살펴본 바와 같이, 살해 후 자살의 유형을 Marzuk 등(1992)의 방식으로 네 가지 유형으로 분류한 후, 이들의 인구통계학적 특성, 자살 장소와 방법, 자살의 주원인을 살펴보고자 한다. 더불어 각 유형별 살해 후 자살사망자의 자살 동기를 면밀히 파악하고자 사망 당시 경험하고 있었던 여러 스트레스 정보를 탐색하고, 사망 전 경험하였던 변화와 유서 정보 등도 함께 확인하고자 한다.

방 법

연구대상

이 연구의 대상자는 2013년부터 2017년까지 우리나라에서 타인을 살해한 후 자살로 사망한 자로, 이때, 살해는 자살사망자가 과거에 살해의 전과가 있는 경우를 일컫는 것이 아니며, 경찰 수사기록 상 하나의 사건 내에 개인이 타인을 살해한 뒤 자살하여 사망한 것으로 기록되어 있는 경우에 해당한다. 이 기준에 따라 총 269명의 살해 후 자살사망자 정보가 분석에 포함되었다.

분석 자료의 이용

살해 후 자살에 대한 국가의 공식적 통계자료는 없는바, 보건복지부가 한국생명존중희망재단에 위탁하여 정보를 수집한 '경찰 수사기록을 통한 자살사망자 전수조사(이하, 자살사망자 전수조사)'자료를 이용하였다. 자살사망자 전수조사는 자살예방 국가 행동계획(보건복지부, 2018)의 첫 번째 과제로 수행된 것으로, 한국생명존중희망재단 내 전문 조사원이 전국 경찰관서에 직접 방문, 자살로 종결된 변사기록을 열람하여 조사 체크리스트(Korea-Psychological Autopsy Checklist for Police Record: K-PAC-PR)(중앙심리부검센터, 2019)의 기준에 따라 변사기록을 데이터화 하는 작업이다. 현재 2013년부터 2017년까지 자살사망자 전수조사 데이터의 일부를 개방하여 연구에 활용할 수 있게 하고 있다.

K-PAC-PR에 따르면, 경찰 수사기록 상에 나타난 자살사망자 정보를 자살사망자 기본정보, 자살관련 정보, 자살원인에 대한 정보, 관계자 진술에 대한 정보로 나누어 수집하도록 하고, 특히 자살원인에 대한 정보에서는 자살사망자가 사망 당시 경험했던 스트레스 종류 및 주원인을, 관계자 진술 정보에서는 사망 전 고인이 보인 변화 정보를 수집하며, 모든 항목의 분류는 중앙심리부검센터의 심리부검 분류 방식을 기준으로 한다(중앙심리부검센터, 2019).

본 연구는 가톨릭대학교 생명윤리심의위원회에서 연구 승인(과제관리번호: 1040395-202103-901)을 받은 후, 중앙심리부검센터의 심사를 거쳐 자료이용 승인(연구관리번호: 2-PSYAUTO-2103-016)을 받았고, 2021년 4월 한국생명존중희망재단(중앙자살예방센터, 중앙심리부검센터 통합)이 출범됨에 따라, 재단 데이터 운영관리 지침 하에 이용승인(자료관리번호: KFSP21-1)을 받고 연구를 지속하였다.

분석절차

분석의 첫 번째 단계로, 5개년(2013~2017년) 간 살해 후 자살의 현황을 파악하기 위해 연도별, 지역별 발생 수를 확인한 후 전체 자살 발생 대비 살해 후 자살 발생 비율과 인구 10만 명 당 살해 후 자살률을 확인하였다.

두 번째 단계에서는 살해 후 자살의 유형별 특성을 확인하기 위해 유형별 재코딩을 실시하였다. 자살사망자가 살해한 대상자가 배우자 및 애인인 경우를 동반자 살해 후 자살유형으로, 살해 대상자가 자녀인 경우는 자녀 살해 후 자살유형으로, 살해 대상자가 배우자 및 자녀를 제외한 그 외 가족관계일 경우는 가족 살해 후 자살유형으로, 살해 대상자가 가족이 아닌 경우는 가족외 살해 후 자살유형으로 분류하였고, 배우자와 자녀를 모두 살해한 사례 또는 배우자 및 자녀와 다른 가족 구성원을 동시에 살해한 경우는 가족 살해 후 자살유형으로 분류하였다. 세 번째 단계에서는 유형 간 인구통계학적 정보(성별, 연령대, 고용상태, 결혼상태)와 자살 관련 정보(발견장소, 자살방법, 자살 주원인), 사망 당시 스트레스 정보(관계문제, 정신건강문제, 경제문제), 사망 전 경고신호와 유서 유무의 차이를 확인하기 위해 카이검증을 실시하였다. 이때, 자살 관련 정보 중 발견장소는 자살사망자 전수조사 상에서 살해 후 자살사망자가 자살을 시도한 후 발견된 장소를 의미하는데, 자살 시도지와 발견지가 불일치할 경우(예를 들어, 자택에서 투신한 후 아파트 공공 화단에서 발견)에는 시도지를 기준으로 코딩하였다. 또한, 자살 주원인은 자살사망자에게 사망 전까지 지속되었던 스트레스 요인 중 자살자에게 심각한 고통감을 유발했고 자살에 가장 밀접한 영향을 끼쳤을 한 가지 요인만을 코딩한 반면, 사망 당시 스트레스 정보는 자살자가 사망 당시 경험하고 있던 스트레스를 모두 중복하여 코딩하였다. 아울러, 사망 전 경고신호는 자살사망자가 자살에 대해 생각하고 있거나 자살을 할 의도가 있음을 드러내는 자살 전 징후를 의미하는 것으로(중앙심리부검센터, 2020), 경찰의 수사 당시 관계자(가족, 지인, 최초 발견자 등) 진술을 통해 파악되었다. 자료 코딩의 기준은 모두 중앙심리부검센터의 자살사망자 전수조사 체크리스트(K-PAC-PR)의 기준에 의한 것이며, 일부 항목은 분석 시 재코딩 하였고 이는 결과 제시 시 명시하였다.

결 과

살해 후 자살의 발생 현황

우리나라 살해 후 자살 현황을 제시하기 위해 분석 자료를 이용하여 연도별, 지역별 살

$$\text{살해후 자살사망 비율 (\%)} = \frac{\text{해당 연도 내 살해후 자살사망자 수}}{\text{해당 연도 내 전체 자살사망자 수}} \times 100$$

$$\text{살해후 자살사망률 (인구 10만 명 당, 명)} = \frac{\text{해당 연도 내 살해후 자살사망자 수}}{\text{해당 연도 내 연앙인구 수}} \times 100{,}000$$

그림 1. 살해후 자살사망 비율과 살해후 자살사망률 산출 공식

표 1. 연도별, 지역별 살해 후 자살 현황

연도	지역	전국	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
5개년[1)]	살해 후 자살자 수(명)	269	38	18	10	17	8	4	7	0	64	17	13	12	8	12	18	21	2
	살해 후 자살자 비율(%)	0.44	0.38	0.40	0.37	0.45	0.50	0.22	0.52	0.00	0.52	0.59	0.53	0.35	0.30	0.46	0.46	0.48	0.25
	살해 후 자살률 (10만 명 당, 명)	0.11	0.08	0.10	0.08	0.12	0.11	0.05	0.12	0.00	0.10	0.22	0.17	0.12	0.09	0.13	0.13	0.13	0.07
2013년	살해 후 자살자 수(명)	61	6	2	3	5	2	1	1	0	19	4	3	7	2	3	2	1	0
	살해 후 자살자 비율(%)	0.44	0.28	0.21	0.51	0.62	0.63	0.27	0.36	0.00	0.57	0.60	0.62	0.90	0.36	0.54	0.23	0.11	0.00
	살해 후 자살률 (10만 명 당, 명)	0.12	0.06	0.06	0.12	0.18	0.14	0.07	0.09	0.00	0.16	0.26	0.19	0.35	0.11	0.16	0.07	0.03	0.00
2014년	살해 후 자살자 수(명)	61	9	6	0	4	2	2	2	0	16	3	1	1	3	3	4	4	1
	살해 후 자살자 비율(%)	0.58	0.43	0.68	0.00	0.52	0.53	0.53	0.74	0.00	4.27	0.48	0.20	0.14	0.55	0.56	0.51	0.46	0.58
	살해 후 자살률 (10만 명 당, 명)	0.12	0.09	0.17	0.00	0.14	0.14	0.13	0.17	0.00	0.13	0.20	0.06	0.05	0.16	0.16	0.15	0.12	0.17
2015년	살해 후 자살자 수(명)	48	9	4	1	3	1	0	1	0	11	3	4	1	0	2	2	5	1
	살해 후 자살자 비율(%)	0.37	0.46	0.43	0.16	0.38	0.33	0.00	0.35	0.00	0.36	0.52	0.81	0.14	0.00	0.36	0.26	0.58	0.71
	살해 후 자살률 (10만 명 당, 명)	0.09	0.09	0.11	0.04	0.10	0.07	0.00	0.09	0.00	0.09	0.20	0.25	0.05	0.00	0.11	0.07	0.15	0.16
2016년	살해 후 자살자 수(명)	44	5	2	3	2	2	0	1	0	8	5	3	1	2	2	4	4	0
	살해 후 자살자 비율(%)	0.35	0.26	0.23	0.53	0.26	0.60	0.00	0.40	0.00	0.29	0.98	0.57	0.15	0.39	0.39	0.51	0.43	0.00
	살해 후 자살률 (10만 명 당, 명)	0.09	0.05	0.06	0.12	0.07	0.14	0.00	0.09	0.00	0.06	0.33	0.19	0.05	0.11	0.11	0.15	0.12	0.00
2017년	살해 후 자살자 수(명)	55	9	4	3	3	1	1	2	0	10	2	2	2	1	2	6	7	0
	살해 후 자살자 비율(%)	0.48	0.51	0.49	0.93	0.47	0.35	0.31	0.79	0.00	0.36	0.40	0.43	0.33	0.20	0.42	0.83	0.88	0.00
	살해 후 자살률 (10만 명 당, 명)	0.11	0.09	0.12	0.12	0.10	0.07	0.07	0.17	0.00	0.08	0.13	0.13	0.10	0.05	0.11	0.22	0.21	0.00

주. 1) **살해 후 자살자 수(명)** = 5개년 총합계, **살해 후 자살자 비율**(%) = 5개년 살해 후 자살자 총합계 / 5개년 자살자 총합계
살해 후 자살률(10만 명 당, 명) = 5개년 살해 후 자살률의 평균

해 후 자살사망자 수를 도출하고, 전체 자살사망자 수 대비 살해 후 자살사망자 비율, 인구 10만 명 당 살해 후 자살사망률을 계산하였다. 해당 연도 내 전체 자살사망자 수 대비 살해 후 자살사망자 수의 비율(백분율)과 해당 연도 내 인구수 대비 살해 후 자살사망률(인구 10만 명 당 자살사망률) 계산식은 그림 1과 같다. 살해 후 자살사망 비율 산출에 사용된 해당 연도 내 전체 자살사망자 수는 자살사망자 전수조사 자료를 기준으로 하여 통계청에서 공개한 자료와는 차이가 있고, 살해 후 자살사망률 산출 시 연앙인구 수는 주민등록지를 기준으로 하지만 살해 후 자살사망자 수는 발견지를 기준으로 하여 그 기준에 차이가 있어 제한적으로 해석해야 하나, 전체 살해 후 자살사망율 확인과 더불어 지역별 살해 후 자살사망률을 확인할 수 있다는 점에서 의미가 있어 제시하였다.

표 1은 5년간(2013~2017년) 우리나라에서 발생한 살해 후 자살의 연도별, 지역별(17개 시도) 현황을 제시한 것이다. 우리나라 전체 5년간 살해 후 자살사망자 수는 총 269명이었고, 전체 자살사망자 대비 비율은 0.44%였으며, 인구 10만 명 당 살해 후 자살사망률은 0.11명이었다. 연도별로 살펴보면, 2013~2014년에 그 수가 많았다가 점차 감소하는 추세를 보이더니 2017년에 다시 증가하는 양상을 보였다. 지역별로는 살해 후 자살사망자가 가장 많이 발생한 지역은 경기 64명, 서울 38명 순으로, 전체 살해 후 자살의 38%가량이 서울·경기 내에서 발생하였다. 지역내 전체 자살자 대비 살해 후 자살자의 5개년 평균 비율은 강원(0.59%), 충북(0.53%), 경기(0.52%), 울산(0.52%), 광주(0.50%) 순으로 높았다. 인구수 대비 발생률을 알아볼 수 있는 5개년 평균 살해 후 자살사망률은 강원(0.22명), 충북(0.17명) 순으로 높았고, 그 외 전남, 경북, 경남(각 0.13명), 인천, 울산, 충남(각 0.12명)도 전국 평균(0.11명)보다 높았다.

살해 후 자살의 유형별 인구통계학적 특성

5년간(2013~2017년) 우리나라에서 발생한 살해 후 자살유형을 Marzuk 등(1992)의 분류 방식에 따라 동반자 살해 후 자살, 자녀 살해 후 자살, 가족 살해 후 자살, 가족외 살해 후 자살로 분류한 결과 동반자 살해 후 자살유형(이후 동반자 유형)이 113명, 자녀 살해 후 자살유형(이후 자녀 유형)이 82명, 가족 살해 후 자살유형(이후 가족 유형)이 47명, 가족외 살해 후 자살유형(이후 가족외 유형)이 27명이었다. 유형에 따른 성별, 연령대, 고용상태, 결혼상태의 차이 여부를 카이검증을 통해 확인하였다(표 2).

살해 후 자살유형별 성별의 차이는 통계적으로 유의하였는데, $\chi^2(3, N = 269) = 85.19$, $p < .001$, 네 개의 유형 중 자녀 유형만이 여성의 비율이 높았고 다른 세 유형은 남성의 비율이 압도적으로 높았다. 연령대를 30대 이하, 40대, 50대, 60대 이상으로 나누어 살펴본 결과 유형별 차이가 통계적으로 유의하였는데, $\chi^2(9, N = 269) = 71.55$, $p < .001$, 동반자 유형은 60대 이상의 비율이 높은 반면 자녀 유형은 30대 이하의 비율이 높았고, 전반적으로 동반자 유형은 고연령대에서, 자녀 유형은 상대적으로 저연령대에서 발생하는 경향을 보였다. 사망 당시 고용상태를 피고용인, 자영업자, 무직자, 기타로 분류하여 확인하였고, 이때, 사망 당시 고용상태를 확인할 수 없었던 27건은 분석에서 제외하였으며, 무직자는 실업자

표 2. 살해 후 자살유형별 인구통계학적 정보

	살해 후 자살유형				χ^2
	동반자	자녀	가족	가족외	
성별, N(%)					85.2***
남성	105(92.9)	32(39.0)	41(87.2)	25(92.6)	
여성	8(7.1)	50(61.0)	6(12.8)	2(7.4)	
계	113(100.0)	82(100.0)	47(100.0)	27(100.0)	
연령대, N(%)					71.6***
30대 이하	10(8.8)	38(46.3)	12(25.5)	5(18.5)	
40대	20(17.7)	28(34.1)	16(34.0)	4(14.8)	
50대	36(31.9)	10(12.2)	13(27.7)	11(40.7)	
60대 이상	47(41.6)	6(7.3)	6(12.8)	7(25.9)	
계	113(100.0)	82(100.0)	47(100.0)	27(100.0)	
고용상태[1], N(%)					28.0**
피고용인	31(31.0)	20(26.3)	15(34.9)	10(43.5)	
자영업자	17(17.0)	9(11.8)	3(7.0)	4(17.4)	
무직자	47(47.0)	28(36.8)	23(53.5)	9(39.1)	
기타	5(5.0)	19(25.0)	2(4.7)	0(0.0)	
계	100(100.0)	76(100.0)	43(100.0)	23(100.0)	
결혼상태[2], N(%)					64.5***
기혼	71(65.7)	56(70.0)	17(39.5)	3(13.0)	
이혼 등	31(28.7)	24(30.0)	10(23.3)	14(60.9)	
미혼	6(5.6)	0(0.0)	16(37.2)	6(26.1)	
계	108(100.0)	80(100.0)	43(100.0)	23(100.0)	

주. 1) 고용상태 모르는 경우 27건을 제외하고 분석, **무직자** = 실업자와 비경제활동인 포함, **기타** = 전업주부와 학생과 기타 포함.

2) 결혼상태 모르는 경우 15건을 제외하고 분석, **이혼 등** = 이혼과 별거와 사별 포함

** $p < .01$, *** $p < .001$.

와 비경제활동인, 기타에는 전업주부, 학생, 기타 고용상태가 포함되었다. 분석 결과, 유형 간 차이가 통계적으로 유의하였는데, $\chi^2(9, N = 242) = 27.99$, $p < .01$, 특히, 자녀 유형은 사망 당시 고용상태가 기타인 경우의 비율이 다른 유형에 비해 높았고, 이들은 모두 전업주부 상태였던 것으로 확인되었다. 사망 당시 결혼상태를 기혼, 이혼 등, 미혼으로 분류하여

확인하였다. 이때, 사망 당시 결혼상태를 확인할 수 없었던 15건은 분석에서 제외하였고, 이혼 등은 사망 당시 이혼, 별거, 사별로 과거 혼인하였다가 당시에는 혼인 관계가 종료되었거나 혼인 관계 지속에 어려움이 있던 자가 포함되었다. 분석 결과, 유형 간 차이가 통계적으로 유의하였는데, $\chi^2(6, N = 254) = 65.54, p < .001$, 동반자와 자녀 유형은 기혼인 자의 비율이, 가족 살해 후 자살유형은 미혼인 자의 비율이 높았고, 가족 외 유형은 이혼 등의 비율이 높았다.

살해 후 자살의 유형별 자살 관련 특성

살해 후 자살의 유형별 자살 관련 특성을 발견장소, 자살방법, 자살 주원인 항목에서 살펴보고 그 차이를 카이검증을 통해 확인하였다(표 3).

분석 결과, 발견장소, 자살방법, 자살 주원인 모두 유형별 유의한 차이가 있었다. 발견장소는 자택, 공공장소, 숙박업소, 기타로 분류하여 확인하였고, 이때, 공공장소는 다수가 빈번하게 공동으로 이용하는 시설 및 장소나 도심이나 등산로 등에서 떨어져 있어 인적이 드물지만 불특정인이 자살사망자의 시신을 발견할 가능성이 높은 장소를 의미한다. 기타 장소에는 친척집, 지인집, 학교 및 직장, 병원이 포함되었다. 분석 결과, 유형 간 차이가 통계적으로 유의하였는데, $\chi^2(9, N = 269) = 20.89, p < .05$), 동반자, 자녀, 가족 유형은 자택에서의 발견 비율이 가장 높고 그다음 공공장소 발견 비율이 높은 순서를 따랐으나, 가족외 유형은 공공장소에서 자살 사망하여 발견되는 비율이 가장 높고 그다음으로 자택과 친척집, 지인집과 같은 기타 장소의 비율이 높았다. 자살방법은 목맴, 가스중독, 투신, 상해, 기타로 분류하였고, 이때, 상해는 칼이나 송곳으로 찌르기, 차나 지하철에 뛰어들기, 분신 등이, 기타 방법에는 약물중독, 익사, 그 외 기타의 방법이 포함되었다. 분석 결과, 동반자, 가족, 가족외 유형은 모두 목맴의 비율이 가장 높았으나 자녀 유형은 가스중독의 비율이 가장 높았다, $\chi^2(12, N = 269) = 36.10, p < .001$. 자살 주원인은 관계문제, 정신건강문제, 경제문제, 기타로 분류하여 확인하였다. 관계문제에는 가족관계 및 대인관계문제가 포함되었고, 기타에는 직업문제, 신체건강문제, 그 외 주원인으로 추정되는 경우가 포함되었다. 분석 결과, 네 가지 유형 모두 관계문제를 주원인으로 하는 비율이 가장 높았지만, 그중에서도 동반자 유형에서 관계문제 주원인 비율이 특히 높았다. 또한, 자녀 유형은 정신건강문제가, 가족 유형은 경제문제의 비율이 두 번째로 두드러졌다 $\chi^2(9, N = 269) = 57.95, p < .001$.

살해 후 자살의 유형별 사망 당시 스트레스 경험

상기 분석 결과 중 살해 후 자살사망자의 자살 주원인으로 가장 많이 추정되었던 관계문제와 정신건강문제, 경제문제 항목의 상세 스트레스 내용을 확인하였다(표 4). 이때, 한 명의 자살사망자에 대해 단 하나의 자살 주원인을 추정하는 것과는 달리 사망 당시 스트레스 여부는 자살사망자가 사망 당시 여러 종류의 스트레스를 경험하고 있었던 것으로 확인될 때는 그 모두를 추정할 수 있다. 또한, 한 종류의 스트레스 내 세부 내용을 추정할 때 역시 한 명의 자살사망자에 대해 여러 개의

표 3. 살해 후 자살유형별 자살 관련 정보

	살해 후 자살유형				X^2
	동반자	자녀	가족	가족외	
발견장소[1], N(%)					20.9*
자택	59(52.2)	40(48.8)	28(59.6)	7(25.9)	
공공장소	35(31.0)	32(39.0)	10(21.3)	12(44.4)	
숙박업소	10(8.8)	5(6.1)	1(2.1)	1(3.7)	
기타	9(8.0)	5(6.1)	8(17.0)	7(25.9)	
계	113(100.0)	82(100.0)	47(100.0)	27(100.0)	
자살방법[2], N(%)					36.1***
목맴	47(41.6)	20(24.4)	16(34.0)	8(29.6)	
가스중독	8(7.1)	24(29.3)	8(17.0)	1(3.7)	
투신	16(14.2)	22(26.8)	9(19.1)	6(22.2)	
상해	13(11.5)	5(6.1)	8(17.0)	5(18.5)	
기타	29(25.7)	11(13.4)	6(12.8)	7(25.9)	
계	113(100.0)	82(100.0)	47(100.0)	27(100.0)	
자살 주원인[3], N(%)					58.0***
관계문제	84(74.3)	30(36.6)	19(40.4)	13(48.1)	
정신건강문제	9(8.0)	29(35.4)	6(12.8)	3(11.1)	
경제문제	8(7.1)	16(19.5)	16(34.0)	4(14.8)	
기타	12(10.6)	7(8.5)	6(12.8)	7(25.9)	
계	113(100.0)	82(100.0)	47(100.0)	27(100.0)	

주. 1) **공공장소** = 공공장소와 교외 및 야산 포함, **기타** = 친척집, 지인집, 학교 및 직장, 병원 포함.
2) 자살방법 모르는 경우 1건을 제외하고 분석. **기타** = 약물음독, 익사, 그 외 기타 방법 포함.
3) **관계문제** = 가족관계 및 대인관계문제, **기타** = 직업문제, 신체건강문제, 그 외 기타 주원인 포함.
* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

세부 내용을 추정할 수 있다.

살해 후 자살의 유형별 사망 당시 관계문제 유무를 살펴본 결과, 통계적으로 유의한 차이가 있었다, $\chi^2(3, N = 269) = 17.16, p < .01$. 모든 유형에서 사망 당시 관계문제를 경험하고 있었던 경우가 없었던 경우보다 압도적으로 많았으나, 특히 동반자 및 가족외 유형에서 그 비율이 더 높았고, 관계문제 없음은 다른 유형에 비해 자녀 유형에서 상대적으로 비율이 더 높은 편이었다. 관계문제의 세부 내용을 살펴보면, 동반자 유형은 그 유형명에서 명시하듯 배우자와 애인 관계문제가 두드

표 4. 살해 후 자살유형별 사망 당시 스트레스와 세부 내용

	살해 후 자살유형				χ^2
	동반자	자녀	가족	가족외	
관계문제					17.2**
있음	105(92.9)	58(70.7)	39(83.0)	23(85.2)	
없음	8(7.1)	24(29.3)	8(17.0)	4(14.8)	
계	113(100.0)	82(100.0)	47(100.0)	27(100.0)	
세부 내용					-
배우자 관계문제	57	26	8	1	
자녀 관계문제	8	13	3	1	
부모 관계문제	2	2	10	3	
가족의 질병 · 사망	14	22	9	1	
애인 관계문제	47	2	1	3	
정신건강문제					10.5*
있음	57(50.4)	58(70.7)	33(70.2)	15(55.6)	
없음	56(49.6)	24(29.3)	14(29.8)	12(44.4)	
계	113(100.0)	82(100.0)	47(100.0)	27(100.0)	
세부 내용					
우울 · 수면문제	26	50	21	7	
불안 · 적응문제	19	16	15	7	
물질사용문제	8	6	8	1	
정신증적 문제	4	6	4	3	
정신건강문제 치료력					
있음	14(12.4)	28(34.1)	7(14.9)	5(18.5)	15.2**
없음	99(87.6)	54(65.9)	40(85.1)	22(81.5)	
계	113(100.0)	82(100.0)	47(100.0)	27(100.0)	
경제문제 있음					14.2**
있음	36(31.9)	36(43.9)	29(61.7)	15(55.6)	
없음	77(68.1)	46(56.1)	18(38.3)	12(44.4)	

* $p < .05$, ** $p < .01$.

러졌고, 자녀 유형은 배우자뿐 아니라 가족의 질병 및 사망의 문제를 경험하고 있던 빈도가 높았다. 정신건강문제 유무 역시 유형별 유의한 차이가 있었다, $\chi^2(3, N = 269) = 10.52, p < .05$. 사망 당시 정신건강문제를 경험하고 있었던 것으로 확인된 경우는 다른 두 유형보다 자녀 유형과 가족 유형에서 더 높았고, 동반자 유형의 경우 사망 당시 정신건강문제가 있었던 경우와 없었던 경우의 비율이 비슷했다. 정신건강문제의 세부 내용으로는 모든 유형에서 우울 및 수면 문제가 다른 문제들에 비해 그 빈도가 가장 높았으나, 특히 자녀 유형에서 우울 및 수면 문제의 빈도가 매우 높게 나타났다. 더불어 살해 후 자살사망자가 사망 전 정신건강문제에 대한 치료를 받은 이력이 있는지를 확인하였는데, 이때 치료 방법으로는 정신건강의학과 병의원 외래 및 입원, 한의원이나 내과 등 비정신건강의학과에서의 치료, 정신건강복지센터나 민간 상담센터에서의 치료 등을 모두 포괄하였다. 유형별 정신건강문제 치료력에서 통계적으로 유의한 차이가 있었고, 다른 유형에 비해 자녀 유형에서 치료력이 있었다고 확인된 비율이 가장 높았다, $\chi^2(3, N = 269) = 15.10, p < .01$. 마지막으로 살해 후 자살자의 사망 당시 경제문제 유무를 유형별로 살펴본 결과도 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다, $\chi^2(3, N = 269) = 14.18, p < .01$. 다른 유형과는 달리 가족 유형과 가족 유형에서 사망 당시 경제문제가 있었던 경우의 비율이 더 높았고, 이들이 경험하고 있던 경제문제의 세부 내용으로는 부채 및 파산이었다.

살해 후 자살의 유형별 경고신호 및 유서

살해 후 자살사망자가 사망 전 경고신호를 보였는지, 그리고 유서를 남겼는지 여부를 유형별로 살펴보았고, 그 결과를 표 5에 제시하였다.

살해 후 자살의 유형별 사망 당시 경고신호 유무를 확인한 결과, 유형별 유의미한 차이는 없었고, 모든 유형에서 경고신호 없음 보다 있음이 더 많았다, $\chi^2(3, N = 269) = 1.18$, ns. 살해 후 자살의 유형별 유서 유무를 확인한 결과, 유형별 차이가 통계적으로 유의하였는데, $\chi^2(3, N = 269) = 17.93, p < .001$, 자녀 유형과 가족외 유형에서는 유서 있음의 비율이 없음보다 더 높았지만 동반자 유형과 가족 유형에서는 없음의 비율이 있음보다 더 높았고, 특히 동반자 유형에서의 유서 없음 비율이 상대적으로 높은 편이었다. 유서의 세부 내용을 자살 방법, 자살 이유, 자신이나 살해 피해자의 시신 처리 방법을 언급하는 사체처리, 사망 이후 상황 정리에 대한 내용을 언급하는 사후처리, 주변인을 향한 정서표현이나 당부 등을 표현한 개인적 메시지로 나누어 확인한 결과, 모든 유형에서 개인적 메시지를 남기는 경우가 가장 많았고, 동반자 유형과 자녀 유형은 자살의 이유를 명시한 경우도 많았다.

논 의

이 연구는 국내에서 발생한 살해 후 자살의 현황을 파악하고 살해 후 자살사망자의 특성을 파악하는 것을 목표로 수행되었다. 분석 자료는 보건복지부가 한국생명존중희망재단에

표 5. 살해 후 자살유형별 경고신호 및 유서와 세부 내용

	살해 후 자살유형				χ^2
	동반자	자녀	가족	가족외	
경고신호					1.2
있음	81(71.7)	59(72.0)	35(74.5)	22(81.5)	
없음	32(28.3)	23(28.0)	12(25.5)	5(18.5)	
계	113(100.0)	82(100.0)	47(100.0)	27(100.0)	
세부 내용					-
언어적 경고신호	55	49	25	20	
행동적 경고신호	47	24	18	11	
정서적 경고신호	52	38	22	16	
유서					18.0***
있음	39(34.5)	53(64.6)	23(48.9)	15(55.6)	
없음	74(65.5)	29(35.4)	24(51.1)	12(44.4)	
계	113(100.0)	82(100.0)	47(100.0)	27(100.0)	
세부 내용					
자살방법	0	1	4	0	
자살이유	23	33	10	9	
사체처리	8	14	13	4	
사후처리	14	18	10	4	
개인적 메시지	35	49	19	13	

주. 세부 내용은 중복 체크를 허용한 것으로 비율은 제시하지 않았음.

*** $p < .001$.

위탁하여 수행한 자살사망자 전수조사 데이터를 이용하였고, 2013년부터 2017년까지 살해 후 자살사망자 269명의 자료가 분석에 포함되었다. 우선 연도별, 지역별 현황을 파악하여 전체 자살사망 발생 대비 살해 후 자살사망의 발생 비율, 인구 10만 명 당 살해 후 자살사망률을 도출하였고, 살해 후 자살을 네 가지 유형으로 분류한 후 이들의 인구통계학적 특성, 자살 관련 특성, 사망 당시 스트레스 정보 및 사망 전 경고신호와 유서 특성에서 집단 간 차이가 있는지 카이검정을 통해 확인하였다.

분석 결과를 요약하면 다음과 같다. 첫째, 5년간(2013~2017년) 우리나라에서 발생한 살해 후 자살사망자 수는 총 269명으로, 이는 자살사망자 전수조사 데이터상 5년간 전체 자살사망자 수의 0.44%에 해당하고, 인구 10만 명 당 살해 후 자살사망률 평균은 0.11명이었다.

이 수치는 홍콩 인구 10만 명 당 살해 후 자살사망률 0.18명(Chan, 2007)과 미국 인구 10만 명 당 살해 후 자살사망률 0.19명(Logan et al., 2008)보다 다소 낮은 수치인데, 이 외국의 수치들은 실제 공식적인 통계치나 기간 내 발생한 살해 후 자살사망자 전체를 포괄하지 못했다는 단점이 있어 정확한 비교에는 어려움이 있다. 유일하게 살해 후 자살 전수 데이터를 이용하여 현황을 파악한 네덜란드와 비교했을 때는 네덜란드 인구 10만 명 당 평균 살해 후 자살사망률 0.05명으로(Liem et al., 2009), 우리나라의 살해 후 자살사망률이 꽤 높은 편이라고 볼 수 있다. 살해 후 자살사망자가 많이 발생하는 지역은 경기(64명)와 서울(38명)이나, 전체 자살사망자 수 대비 살해 후 자살사망자 수의 비율이 높은 곳은 강원(0.59%), 충북(0.53%)이었다. 이러한 지역 구분은 살해 후 자살사망자의 주민등록 주소지나 거주지가 아닌, 살인을 저지른 후 자살하여 발견된 장소를 기준으로 하였다는 점을 유의하여 해석해야 한다.

둘째, 살해 후 자살의 유형별 인구통계학적 특성의 차이를 확인해본 결과, 다른 유형들은 남성이 압도적으로 많았지만, 자녀 살해 후 자살유형은 여성에서 유의하게 많았다. 이는 여러 선행연구와 일치하는 결과로, 특히, 우리나라에서 자녀 살해 후 자살이 아버지보다는 어머니에 의해 행해졌다는 연구 결과들이 있었지만 모두 언론에 보도된 기사를 바탕으로 수행된 연구라는 점이 한계점이었는데(김유리, 2016; 김정진, 1998; 김형수, 황춘규, 2006; 안동현, 1997; 이미숙, 2007; 이현정, 2012; 정도윤, 2012; 정승민, 2005), 실제 발생한 사례 전수를 통해 확인했을 때에도 동일하게 자녀 살해 후 자살은 아버지보다 어머니에 의해 더 많이 행해짐이 밝혀졌다. 살해 후 자살사망자의 연령대를 살펴보았을 때, 동반자 살해 후 자살사망자는 높은 연령대에서, 자녀 살해 후 자살사망자는 상대적으로 낮은 연령대에서 유의하게 많았다. Felthousand와 Hempel(1995)은 동반자 살해 후 자살유형에 해당하는 남성은 나이가 들수록 증가하는 정신질환, 예를 들어 우울증이나 편집증적 장애와 관련이 있을 수 있다고 언급한 바 있다. 이들은 나이가 든 만큼 오랫동안 동반자와의 의존, 혼란, 불안정성을 경험했을 것이라 주장한 것이다. 다만 본 연구결과에서는 동반자 유형에서 오히려 정신건강문제 있음의 비율이 다른 유형보다 낮게 나타나 대안적 설명이 필요해 보인다. 예를 들어, 고연령이 될수록 배우자나 애인과의 관계에서 자기주장의 충돌이나 갈등 양상이 깊어지고 격화되어 남성의 여성에 대한 치명적 공격행동이 나타날 가능성이 높아질 수 있다. 이러한 가설에 대한 객관적인 추후 검증이 필요하다. 자녀 살해 후 자살유형이 낮은 연령대에서 많았던 이유로는 부모와 자녀가 함께 사망하여 발견된 경우, 이미 성년이 된 자녀는 명백하게 자살 의지를 표현했을 경우 동반자살로 간주하지만, 미성년인 자녀는 부모에 의한 살해로 간주하기 때문일 수 있다. 또한, 자녀를 살해한 후 자살하는 부모는 자신이 죽고 나면 더는 이 아이를 돌보아줄 사람이 없을 것이라고 믿는 경향이 있는 것으로도 해석해볼 수 있다(Marleau et al., 1999; Messing & Heeren, 2004; Milroy, 1995; Somander & Rammer, 1991). 국내 연구에서는 이러한 현상이 자녀가 부모와 운명을 함께 해야 한다는 가족주의적 사고가 관여하고 있다고 보기도 한다(이현정, 2012). 살해 후 자살유형별 고용상태의 차이를 확인했을 때, 모든 유형에서 사망 당시 직업

이 있었던 경우(피고용인과 자영업자)와 직업이 없었던 경우(무직자, 즉 실업자와 비경제활동인)가 비슷하게 많았는데, 다른 유형에 비해 자녀 살해 후 자살유형에서 기타 고용상태가 많았고, 이들은 모두 사망 당시 전업주부 상태였다. 이는 자녀 살해 후 자살유형에서 여성의 비율이 높은 것과 일맥상통한다.

셋째, 살해 후 자살의 유형별 자살 관련 특성의 차이를 확인한 결과, 발견장소와 자살방법, 자살의 주원인 모두 유형별로 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 동반자, 자녀, 가족 유형은 자택에서의 발견 비율이 가장 높았던 반면, 가족외 유형은 공공장소에서의 발견이 자택을 앞서고 그다음으로 자택과 기타가 많았는데, 살해 피해자와의 관계 특성상 살해 및 자살 행동이 자택이 아닌 외부 또는 자택이 아닌 공간에서 이루어졌을 가능성이 높다. 또한, 동반자, 가족, 가족외 유형은 목맴의 방법이 가장 많았던 반면, 자녀 유형은 가스중독의 방법이 목맴을 앞섰는데, 해외에서처럼 부모가 자녀를 총기와 같은 무기를 이용하거나 독살 또는 교살하여 살해하기 보다는(Byard et al., 1999; Milroy, 1993) 가스중독으로 동시에 자살을 시도하여 사망하는 형태를 띠었다. 살해 후 자살유형별 주원인을 살펴보았을 때는 모든 유형에서 관계문제가 두드러졌으나, 동반자 유형에서 관계문제가 특히 두드러졌고, 자녀 유형은 정신건강문제, 가족 유형은 경제문제가 관계문제 다음으로 두드러졌다는 점을 주목할 만하다. 이들의 사망 당시 스트레스 경험 종류를 함께 살펴보면, 동반자 유형은 주로 배우자 및 애인과의 관계문제를, 자녀 유형은 정신건강문제 중에서도 우울 및 수면문제를 가지고 있으면서 이에 대한 치료력이 있었던 경우가 많았고, 가족 유형은 경제문제 중에서도 부채 및 파산의 문제를 지닌 경우가 많았다. 즉, 동반자 살해 후 자살유형은 사망 당시 살해 대상자인 배우자나 애인과의 관계문제가 살해 및 자살의 주요 스트레스 요인이자 자살의 주원인이었다면, 자녀 살해 후 자살유형은 이전부터 지속되어 온 우울 및 수면문제가 주된 스트레스 요인이었다고 볼 수 있다. 가족 살해 후 자살유형에는 한 명의 살해자가 일가족을 모두 죽음에 이르게 한 뒤 자살을 하는 사례가 포함되어 있는데, 일가족 자살은 주로 생계형 자살이 많고 과거 IMF로 인해 국가 전체가 경제적 위기에 있을 때 아버지에 의한 일가족 자살이 증가했다는 과거 선행연구 결과와도 일치한다(김정진, 1998; 정승민 2005).

넷째, 자녀 유형의 경우 유서를 남기는 경우가 더 많고 유서를 남길 때 주변인에 대한 개인적 메시지와 더불어 자살 이유도 언급하는 경우가 많은 것으로 볼 때, 자녀 유형은 다른 유형에 비해 살해 후 자살을 미리 계획하고 여러 심려 끝에 행위를 수행한 것임을 유추해볼 수 있다. 동반자 유형의 경우 유서를 남기는 경우보다 남기지 않는 경우가 더 많았는데, 이들은 다른 유형에 비해 우발적이고 충동적으로 이러한 행위를 저지를 가능성이 높은 유형인 것으로 추정된다.

더불어 살해 후 자살사망자는 2019년 전체 자살사망자와 비교했을 때(한국생명존중희망재단, 2021), 전체 자살자에 비해 남성과 40~50대가 차지하는 비율이 높았고, 자살방법에서 목맴의 비율이 낮은 반면, 투신과 상해의 비율이 높았다. 주원인 역시 우리나라 전체 자살자는 정신건강문제의 비율이 가장 높은 반면, 살해 후 자살사망자는 관계문제가 가장 두드러지는 특징을 보였다. 또한, 본 연

구에서 도출한 살해 후 자살자 통계는 2019년 전체 살인 범죄자와 비교했을 때에도 차이가 있었는데(대검찰청, 2020), 전체 살인 범죄자에 비해 여성의 비율이 더 높았고, 30대 이하의 연령대가 차지하는 비율이 낮은 반면 60대 이상 연령대의 비율이 높았다. 이와 같이 전체 자살사망자, 전체 살인 범죄자 비교했을 때 보이는 살해 후 자살사망자의 특징은 이들이 가지는 독특한 특징과 예방 방안에 대해 생각하게 해준다. 전체 자살사망자에 비해 목맴의 비율이 낮은 대신 투신 및 상해의 비율이 높은 것은 살해 후 자살사망자가 일반적인 자살사망자에 비해 혼자 은둔하고 있기보다 사망 당시 밖으로 드러나 있어 자살 전 행위를 막을 가능성이 높다고 볼 수 있다. 또한, 자살 주원인에서 관계문제가 높다는 것 역시 살해 및 자살이 발생하기 전 개인에게 주요한 정신건강문제가 있지 않더라도 전문가의 도움이 필요할 수 있음을 시사한다. 아울러, 살해 후 자살사망자가 전체 살인 범죄자에 비해 보이는 높은 여성의 비율과 높은 연령대는 자녀 살해 후 자살 유형에서 발견되는 높은 여성의 비율, 동반자 살해 후 자살 유형에서 발견되는 높은 연령대의 영향일 것으로 보인다. 즉, 살해 후 자살자는 우리가 살해 범죄자는 흔히 중장년기 남성이라고 인식하고 있는 것과는 차이가 있다(대검찰청, 2020).

위 논의된 내용을 기반으로 본 연구 결과를 자살예방에 다음과 같이 활용할 수 있다. 먼저, 서울과 경기에 살해 후 자살의 발생 건이 많았고, 살해 후 자살률은 강원과 충북에서 높았기에 해당 지역의 자살예방 담당자, 정신건강전문요원의 역할이 중요하다. 우리나라 성인이 정신건강문제로 치료서비스를 이용하는 경우는 22.2%에 불과한 만큼(보건복지부, 2016), 정신건강문제에 대한 치료적 개입의 문턱을 낮추는 것이 중요하고, 이것이 현실적으로 가능하려면 이미 존재하는 정신건강복지센터와 자살예방센터의 전문요원의 인력 충원과 교육 강화 등의 광의적인 접근이 우선적으로 필요해 보인다. 이러한 상태에서 부부, 부모-자녀, 애인과의 관계에 어려움이 있을 경우 정신건강문제에 대한 진단이 없더라도 전문가의 도움을 받을 수 있도록 상담 기관을 홍보하고 진입장벽을 낮추는 것이 중요하다. 특히 살해 후 자살에서 가장 많은 수를 차지했던 동반자 유형의 경우 높은 연령의 남성이 대다수였는데, 이들을 정신건강서비스에 유입될 수 있도록 하기 위해서는 적극적인 전략이 필요하다. 여성에 비해 여러 공공서비스에 비참여적인 남성을 위해 호주를 시작으로 아일랜드, 영국, 뉴질랜드, 스코틀랜드 등에서는 중장기 남성의 사회적 고립을 방지하기 위한 프로그램을 실시하고 있고(Nurmi, Mackenzie, Reynolds, Roger, & Urquhart, 2018), 영국에서도 남성을 위한 자살예방 단체를 설립하여 전화와 채팅을 활용한 상담을 제공하고 있는데(CALM, 2020), 이러한 해외 사례를 참고할 수 있다. 자녀 유형은 상대적으로 여성의 비율이 높았고, 사망 당시 우울 및 수면문제가 있었을 뿐 아니라 사망 전 이에 대한 진단과 치료를 받고 있었던 경우가 많았다. 즉, 치료 장면에서 자살 위험성에 대한 스크리닝을 통해 자살 위험성이 높은 경우는 이에 대한 적극적인 치료적 개입이 주어질 필요가 있다. 또한, 가족 유형은 경제문제, 그 중에서도 사망 당시 부채 및 파산 상태에 있었던 수가 많았던 바, 경제적 어려움이 있는 가정에 대한 국가 및 지자체의 시스템 마련이 필요하다. 일본은 빚이 있는 사람에게 변호사 무료 상담과 중재를

해주는 협의회를 운영하고 있고, 2011년부터는 경제적인 고통을 사회적으로 해결하려는 정책을 수행하여 경제적 원인으로 자살하는 사람들이 18.5% 감소한 것으로 알려졌다(중앙심리부검센터, 2020). 단순 가족살인범죄의 경우에는 그 예방법으로 가정폭력 가해 위험성 감소를 제안하고 있으나(한국형사정책연구원, 2019), 살해 후 자살의 예방으로는 조금 더 포괄적인 접근을 필요로 한다.

본 연구의 한계점을 지적하면서 향후 연구 방향을 제안하면 다음과 같다. 첫째, 본 연구에 사용한 자료는 발견장소와 자살방법, 주원인이 모두 자살사망자의 관점에 초점이 맞추어져 있어 살해행위에 대한 정보는 미비했다. 예를 들어, 살해에 사용된 방법상의 차이가 있는지, 살해한 장소와 자살한 장소에 차이가 있는지, 정확한 살해의 동기는 무엇이고 자살의 동기와 차이가 있는지 등 명확한 정보의 확인과 비교가 어려웠다. 본 연구에서 분석에 이용한 자살사망자 전수조사 데이터의 원자료는 경찰의 수사기록으로, 추후 원자료 확인과 데이터의 재가공이 가능하다면 위 내용에 대한 연구도 역시 가능할 것으로 기대한다. 둘째, 살해 후 자살의 시기가 13년부터 17년까지로 제한되어 있다는 점이다. 살해 후 자살사망률은 전반적인 자살사망률이나 살인율만큼 변동성이 크지 않고 비교적 안정적으로 유지된다는 연구 결과도 있지만(Felthous & Hempel, 1995), 사회의 주요한 변화나 위기에 따라 그 특성이 변화한다고 보는 견해도 있다(김정진, 1998; 이현정, 2012). 연구대상 연도를 더욱 확대하여 사회적 변화에 따른 살해 후 자살의 특성변화를 확인하고 최신의 경향 역시 확인할 필요가 있고, 더불어 연구에 포함된 연도 내에 일어난 사회환경적 변화가 살해 후 자살 특성 변화에 미친 영향도 확인이 필요하다. 셋째, 본 연구는 대조군과의 비교가 이루어지지 않았다. 살해 후 자살사망자와 일반적인 단독 자살사망자와의 특성 비교를 통해 살해 후 자살사망자만의 특성을 더욱 확실히 확인할 필요가 있는데, 살해 후 자살사망자는 일반적인 자살사망자에 비해 정신건강서비스 기관을 이용한 이력이 훨씬 적고(Flynn et al., 2009), 연령층이 더 낮다는 연구 결과도 있었다(Liem & Nieuwberta, 2010). 또한, 동반자살과 살해 후 자살의 개념을 구분해야 한다는 의견이 우세한 만큼, 이 둘의 차이도 확인할 수 있어야 할 것이다.

본 연구는 그동안 국내에서 동반자살의 하위 항목으로 간주되어 진행된 살해 후 자살 연구가 대체로 언론에 보도된 자료를 이용할 수밖에 없었던 한계점에서 벗어나 일정 기간 내에 실제 발생한 살해 후 자살 사례 전수를 통해 분석할 수 있었다는 점에서 가장 큰 의의를 지닌다. 비록 본 연구는 인구통계학적 정보와 더불어 자살 주원인과 경고신호 및 유서정보만으로 자살사망자의 심리학적 해석을 하는 한계가 있으나, 정확한 현황 도출을 통해 살해 후 자살의 대책과 예방 방안을 논의할 수 있는 시작점이 될 수 있다. 또한, 동반자살과 살해 후 자살의 구분이 필요하다는 점이 과거부터 강조되었음에도 연구할 수 있는 자료의 미비로 명확히 구분하여 확인하기 어려웠던 점에서 탈피하여 살해 후 자살의 특성 연구에 집중할 수 있게 되었다는 점에서도 의의를 가진다. 특히, 본 연구 결과를 통해 살해 후 자살사망자와 피해자와의 관계 유형에 따라 살해 후 자살사망자의 특성이나 자살 관련 변인에 유의한 차이가 있는지를 확인할 수 있었기에 향후 대책 마련에 구체적인 시사점을

제시해줄 수 있을 것으로 기대한다.

참고문헌

김유리 (2016). 자녀살해 후 자살 사건에 대한 신문 기사 분석. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.

김정진 (2006). 동반자살과 예방정책 수립방안 모색. 정신보건과 사회사업, 24, 125-157.

김형수, 황춘규 (2006). 한국사회의 동반자살에 관한 연구: 신문기사를 중심으로. 지역개발연구, 38(1), 29-50.

대검찰청 (2020). 2019년 주요 범죄 유형별 특성. Retrieved from https://www.spo.go.kr/site/spo/crimeAnalysis.do. Accessed:2021.08.02.

보건복지부 (2016). 2016년도 정신질환 실태조사. Retrieved from http://library.mohw.go.kr/Users/bogun/PdfViewer.aspx?mastid=85804&pdf_url=MS043718.pdf. Accessed: 2021.08.22.

보건복지부 (2018). 정부, 자살 문제 해결을 위한 행동계획 마련·추진. Retrieved from https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=343649. Accessed: 2021.03.28.

안동현 (1997). 부모-자녀 동반자살. 아동권리연구, 1(2), 83-94.

이미숙 (2007). 가족동반자살에 대한 사회심리학적 탐색 연구. 보건과 사회과학, 20, 153-175.

이상현 (2007). 우리나라 가족 내 자녀살인을 동반한 자살사건 분석. 경북대학교 수사과학대학원 석사학위논문.

이현정 (2012). '부모-자녀 동반자살'을 통해 살펴본 동아시아 지역의 가족 관념: 한국, 중국, 일본 사회에 대한 비교문화적 접근. 한국학연구, 40, 187-227.

정도윤 (2012). 대구·경북지역의 가족 내 동반자살 분석. 경북대학교 수사과학대학원 석사학위논문.

정승민 (2004). 동반자살에 관한 연구: 신문기사를 통한 우리나라의 동반자살 실태 분석. 한국공안행정학회보, 18, 1-40.

중앙심리부검센터 (2019). 경찰 수사기록을 통한 자살사망자 조사 체크리스트 2.0 시행지침서. 서울: 중앙심리부검센터.

중앙심리부검센터 (2020). 2019 자살예방 사례 문헌집. 서울: 중앙심리부검센터.

중앙심리부검센터 (2020). 심리부검면담 결과보고서. 서울: 중앙심리부검센터.

통계청 (2020). 사망원인통계. Retrieved from http://kosis.kr/index/index.do.

한국생명존중희망재단 (2021). 2021 자살예방 백서. 서울: 한국생명존중희망재단.

홍영오, 김빛나, 손지선 (2019). 살인범죄의 실태와 유형별 특성: 가족살인범죄를 중심으로. 한국형사정책연구원 연구총서, 1-153.

Barber, C. W., Azrael, D., Hemenway, D., Olson, L. M., Nie, C., Schaechter, J., Walch, S. (2008). Suicides and suicide attempts following homicide: Victim-Suspect Relationship, Weapon Type, and Presence of Antidepressants. *Homicide Studies*, *12*(3), 285-297.

Barraclough, B. M., & Clare H. E. (2002). Suicide preceded by murder: The epidemiology of homicide-suicide in England and Wales 1988-92. *Psychological Medicine*, *32*(4), 577-584.

Belfrage, H., & Rying, M. (2004). Characteristics

of spousal homicide perpetrators: A study of all cases of spousal homicide in Sweden 1990-1999. *Criminal Behavior and Mental Health*, *14*(2), 121-133.

Berman, A. L. (1979). Dyadic death: Murder-suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *9*(1), 15-23.

Bossarte, R. M., Simon, T. R., & Barker, L. (2006). Characteristics of homicide followed by suicide incidents in multiple states, 2003-04. *Injury Prevention*, *12*(2), 33-38.

Bourget, D., Gagne, P., & Moamai, J. (2000). Spousal homicide and suicide in Quebec. *Journal of the American Academia for Psychiatry and Law*, *28*(2), 179-182.

Byard, R.. W., Knight, D., James, R. A., & Gilbert, J. (1999). Murder-suicides involving children: A 29-year study. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology, 20*(4), 323-327.

CALM (2020). CALM Impact Report 2019-20. Retrieved from https://www.thecalmzone.net/about-calm/what-is-calm/memorandum-articles-of-association. Accessed: 2021.08.22.

Campanelli, G., & Gilson, T. (2002). Murder-suicide in New Hampshire, 1995-2000. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology, 23*(3), 248-251.

Chan, C. Y., Beh, S. L., & Broadhurst, R. G. (2003). Homicide-suicide in Hong Kong 1989-1998. *Forensic Science International, 137* (2-3), 165-171.

Chan, C. Y. (2007). Hostility in Homicide-Suicide Events: A Typological Analysis with Data from a Chinese Society, Hong Kong, 1989-2003. *Asian Journal of Criminology, 2*(1), 1-18.

Carcach, C., & Grabosky, P. N. (1998). *Murder-suicide in Australia*. Report No. 82. Australian Institute of Criminology Trends and Issues in Crime and Criminal Justice.

Comstock, R. D., Mallonnee, S., Kruger, E., Rayno, K., Vance, A., & Jordan, F. (2005). Epidemiology of homicide-suicide events: Oklahoma, 1994-2001. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology, 26*(3), 229-235.

Cooper, M., & Eaves, D. (1996). Suicide following homicide in the family. *Violence and Victims, 11*(2), 99-112.

Dettling, A., Althaus, L., & Haffner, H. T. (2003). Criteria for homicide and suicide on victims of extended suicide due to sharp force injury. *Forensic Science International, 134*(2-3), 142-146.

Dutton, D. G., & Kerry, G. (1999). Modus operandi and personality disorder in incarcerated spousal killers. *International Journal of Law and Psychiatry, 22*(3-4), 287-299.

Ewing, C. P. (1997). *Fatal families: The Dynamics of Intrafamilial Homicide*. London: Sage.

Felthous, A. R., & Hempel, A. G. (1995). Combined homicide-suicides: A review. *Journal of Forensic Sciences, 40*(5), 846-857.

Flynn, S., Swinson, N., While, D., Hunt, I. M., Roscoe, A., Rodway, C., ... & Shaw, J. (2009). Homicide followed by suicide: A cross-sectional study. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, 20*(2), 306-321.

Hannah, S. G., Turf, E. E., & Fierro, M. F. (1998). Murder-suicide in central Virginia: A descriptive epidemiologic study and empiric validation of the Hanzlick-Koponen typology. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology, 19*(3), 275-283.

Hanzlick, R., & Koponen, M. (1994). Murder-suicide in Fulton County, Georgia, 1988-1991: Comparison with a recent report and proposed typology. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology, 15*(2), 168-173.

Harper, D. W., & Voigt, L. (2007). Homicide followed by suicide: An integrated theoretical perspective. *Homicide Studies, 11*(4), 295-318.

Hata, N., Komanito, Y., Shimada, I., Takizawa, H., Fujikura, T., Morita, M., ... & Sato, Y. (2001). Regional differences in homicide patterns in five areas of Japan. *Legal Medicine, 3*(1), 44-55.

Hatters F. S., Holden, C. E., Hrouda, D. R., & Resnick, P. J. (2008). Maternal filicide and Its intersection with suicide. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 8*(3), 283-291.

Leary, M. R., Kowalski, R. M., Smith, L., & Philips, S. (2003). Teasing, rejection, and violence: Case studies of the school shootings. *Aggressive Behavior, 29*(3), 202-214.

Leveillee, S., Marleau, J. D., & Dube, M. (2007). Filicide: A comparison by sex and presence or absence of self-destructive behavior. *Journal of Family Violence, 22*(5), 287-295.

Lewis, C. F., & Bunce, S. C. (2003). Filicidal mothers and the impact of psychosis on maternal filicide. *Journal of the American Academia for Psychiatry and Law, 31*(4), 459-470.

Liem, M. (2010). Homicide followed by suicide: A review. *Aggression and Violent Behavior, 15*(3), 153-161.

Liem, M. (2012). *Familial homicide-suicide*. Oxford Handbooks Online.

Liem, M., Hengeveld, M., & Koenraadt, F. (2009). Domestic homicide followed by parasuicide: A comparison with homicide and parasuicide. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 53*(5), 497-516.

Liem, M., & Nieuwbeerta, P. (2010). Homicide followed by suicide: A comparison with homicide and suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 40*(2), 133-145.

Liem, M., Postulart, M., & Nieuwbeerta, P. (2009). Homicide-suicide in the Netherlands: An epidemiology. *Homicide Studies, 13*, 99-123.

Liem, M., & Roberts, D. (2009). Intimate partner homicide by presence or absence of a self-destructive act. *Homicide Studies, 13*(2), 99-123.

Logan, J., Hill, H. A., Lynberg B. M., Crosby, A. E., Karcg, D. L., Barnes, J. D., Lubell, K. M. (2008). Characteristics of perpetrators in homicide - followed-by-suicide incidents: National violent death reporting system-17 US States, 2003-2005. *American Journal of Epidemiology, 168*(9), 1056-1064.

Lund, L. E., & Smorodinsky, S. (2001). Violent death among intimate partners: A comparison of homicide and homicide followed by suicide in California. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *31*(4), 451-459.

Marleau, J. D., Poulin, B., Webanck, T., Roy, R., & Laporte, L. (1999). Paternal filicide: A

study of 10 men. *Canadian Journal of Psychiatry, 44*(1), 57-63.

Malphurs, J. E., & Cohen, D. (2002). A newspaper surveillance study of homicide-suicide in the United States. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology, 23*(2), 142-148.

Marzuk, P. M., Tardiff, K., & Hirsch, C. S. (1992). The epidemiology of murder-suicide. *The Journal of the American Medical Association, 267*(23), 3179-3183.

Meloy, J. R., Hempel, A. G., Gray, B. T., Mohandie, K., Shiva, A., & Richards, T. C. (2004). A comparative analysis of North American adolescent and adult mass murderers. *Behavioral Sciences & the Law, 22*(3), 291-309.

Messing, J. T., & Heeren, J. W. (2004). Another side of multiple murder: Women killer in the domestic context. *Homicide Studies, 8*(2), 123-158.

Milroy, C. M. (1993). Homicide followed by suicide (dyadic death) in Yorkshire and Humberside. *Medicine, Science and the Law, 33*(2), 167-171.

Milroy, C. M. (1995). Reasons for homicide and suicide in episodes of dyadic death in Yorkshire and Humberside. *Medicine, Science and the Law, 35*(3), 213-217.

Milroy, C. M., Drastas, M., & Ranson, D. (1997). Homicide-suicide in Victoria, Australia. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology, 18*(4), 369-373.

Nurmi, M. A., Mackenzie, C. S., Reynolds, K., Roger, K., & Urquhart, J. (2018). Older men's perceptions of the need for and access to male-focused community programmes such as Men's Sheds. *Ageing and Society*, 38(4), 794-816.

OECD. (2019). OECD Data. Retrieved from https://data.oecd.org/healthstat/suicide-rates.htm. Accessed: 2021.04.05.

Palermo, G. B., Smith, M. B., Jenzten, J. M., Henry, T. E., Konicek, P. J., Peterson, G. F., ... Witeck, M. J. (1997). Murder-suicide of the jealous paranoia type: A multicenter statistical pilot study. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology, 18*(4), 374-383.

Polk, K. (1994). *When men kill: Scenarios of masculine violence*. Cambridge: Cambridge University Press.

Rohde, A., Raic, D., Varchmin-Schultheiß, K., & Marneros, A. (1998). Infanticide: Sociobiological background and motivational aspects. *Archives of Women's Mental Health, 1*(3), 125-130.

Rosenbaum, M. (1990). The role of depression in couples involved in murder-suicide and homicide. *American Journal of Psychiatry, 147*(8), 1036-1039.

Saint-Martin, P., Bouyssy, M., & O'Byrne, P. (2007). Homicide-suicide in Tours, France (2000-2005) - description of 10 cases and a review of the literature. *Journal of Forensic and Legal Medicine, 15*(2), 104-109.

Schlesinger, L. B. (2000). Familicide, depression and catathymic process. *Journal of Forensic Sciences, 45*(1), 200-203.

Somander, L. K. H., & Rammer, L. M. (1991). Intra-and extrafamilial child homicide in

Sweden 1971-1980. *Child Abuse* and *Neglect, 15*(1-2), 45-55.

Stack, S. (1997). Homicide followed by suicide: An analysis of Chicago data. *Criminology, 35*(3), 435-453.

Wallace, A. (1986). *Homicide the social reality*. Sydney: New South Wales Bureau of Crime Statistics and Research.

Walsh, S., & Hemenway, D. (2005). Intimate partner violence: Homicides followed by suicides in Kentucky. *The Journal of the Kentucky Medical Association, 103*(1), 10-13.

원고접수일 : 2021. 05. 30.
수정원고접수일 : 2021. 08. 24.
게재결정일 : 2021. 09. 25.

한국심리학회지 : 임상심리 연구와 실제
Clinical Psychology in Korea: Research and Practice
2022, Vol. 8, No. 1, 67-91

Current Status and Characteristics of Homicide-Suicide in Korea

Jin-Hwa Choi Kee-Hwan Park†

Department of Psychology, The Catholic University of Korea, Bucheon, Korea

This study aimed to identify the current status and suicide-related characteristics of homicide-suicides in Korea. Homicide-suicide has not been accurately studied due to the lack of official statistics, despite the seriousness of violence in the incidents, the degree of shock around it, high interest in the media, and the possibility of its spread. The data for this study were based on 'The Korean National Investigations of Suicide Victims Through Police Records from 2013 to 2017' which were performed by the Korea Foundation For Suicide Prevention, an affiliate of the Korea Ministry of Health and Welfare. According to Marzuk, Tardiff and Hirsch(1992), homicide-suicide can be classified into four types-spousal homicide-suicide, filicide-suicide, familicide-suicide, and extrafamilial homicide-suicides. According to the analysis, 0.44% of the total number of suicide deaths in Korea over the past five years corresponds to homicide-suicides, and the average suicide rate per 100,000 people was 0.11. The spousal homicide-suicide perpetrators included a higher proportion of men and individuals with higher age; the primary cause being relationship problems. The filicide-suicide perpetrators included a higher proportion of women, lower age, having mental health problems such as depression and sleep problems, and writing reasons for suicide in their suicide notes as compared to other types of homicide-suicides. The Familicide-suicide perpetrators included a higher proportion of economic problems. Finally, we discussed the implications, limitations, and directions for future research.

Key words : suicide, homicide-suicide, psychological autopsy, the national investigation of suicide victims, suicide prevention

† Corresponding Author : Kee-Hwan Park / Department of Psychology, The Catholic University of Korea / 43 Jibong-ro, Bucheon, Korea / E-mail : psyclinic@catholic.ac.kr