

# 1

## 진단과 평가

### 학습 목표

1. 진단과 평가의 목적을 기술할 수 있어야 한다.
2. 신뢰도와 타당도의 각 유형을 구분할 수 있어야 한다.
3. DSM의 기본 특징, 역사적 변화, 강점 및 약점을 파악해야 한다.
4. 평가 시 심리학적 접근과 신경생물학적 접근의 목표, 강점 및 약점을 기술할 수 있어야 한다.
5. 문화와 민족성이 진단과 평가에 영향을 미치는 방식에 대해 토론할 수 있어야 한다.

### 임상 사례 : 아론

멀리서 사이렌 소리가 들려오자 아론(Aaron)은 누군가가 경찰에 신고한 것이 틀림없다고 생각했다. 술집에서 자기 주변에 앉아 있는 그 남자와 신경전을 펼칠 생각은 없었지만, 주변 사람들이 자기 에 대해서 이야기하면서 CIA 비밀요원으로서의 특수한 신분을 깎아내리려고 음모를 꾸미고 있다는 것을 알고 있었다. 그는 그런 일이 또다시 일어나게 내버려둘 수 없었다. 지난번에는 사람들이 음모를 꾸며서 정신병원에 갇힌 적이 있었다. 그는 또다시 정신병원에 들어가서 병원의 모든 의사들이 털어놓아서는 안 될 비밀요원의 업무수행에 대해서 이것저것 물어보게 되는 일을 겪고 싶지 않았다. 그밖에도 의사들은 그가 무슨 목소리(환청)를 들었는지, 혹은 남들이 자기의 머릿속에 있던 생각을 꺼내간다고 믿는지 등의 이상한 질문들을 했다. 그는 자신이 그런 적이 있는지를 의사들이 어떻게 알게 되었는지 전혀 짐작할 수가 없어서, 그는 부모와 함께 살던 집의 자신의 방에 도청장치가 있을 것이라고 생각하게 되었다.

바로 어제 아론은 나쁜 놈들이 소형 카메라로 집에 있는 자신을 지켜보고 엿듣고 있다는 의심이 들기 시작했다. 그는 가장 안전한 조치는 부모에게 이 사실을 말하지 않는 것이라고 마음먹었다. 더욱이 그들은 약을 먹으라고 자기를 계속 쫓아다녔다. 그러나 약을 먹으면 눈앞이 흐릿해졌고 가만히 앉아 있기가 힘들어졌다. 그는 부모가 자신이 CIA 요원이 되지 못하게 막으려는 사람들 중 하나가 틀림없다고 생각했다. 약을 먹는다면, 그는 어느 곳에서도 테러리스트를 가려낼 수 있는 특별한 능력을 상실하게 될 것이고, 그러면 정보기관에서는 신문, 잡지 및 채널 2 상의 광고를 통해서 그와 교신하는 것을 그만할 것이다. 바로 얼마 전에 그는 휴지통에서 오래된 잡지책 하나를 발견했는데, 그는 이것이 새로운 임무가 곧 임박했음을 의미한다고 해석하였다. 그의 머릿속에 들리는 음성은 그에게 테러리스트의 활동에 대한 새로운 단서를 알려주고 있었다. 이 음성은 테러리스트임을 알려주는 신호인 보라색 옷을 입은 사람들을 주의 깊게 봐야 한다고 속삭이고 있었다. 부모님이 그의 CIA 요원으로서의 일을 방해할 경우, 그는 모든 비용을 집을 떠나는 데 쓸 필요가 있었다. 그것이 우선 그를 술집으로 이끌었던 것이다. 그의 옆에 있는 몇몇 사람이 문을 보고 웃거나 쳐다보지 않았으면 좋았을 것이다. 아론은 그들이 아론을 CIA 요원임을 노출시키려는 것임을 알았다. 그가 이들에게 그만하라고 소리를 지르지 않았다면 그의 정체는 탄로 났을 것이다.

진단과 평가는 정신병리학의 연구와 치료에서 결정적으로 중요한 ‘첫 단계’이다. 아론의 사례에서, 임상가는 아론이 기분장애, 조현병, 또는 아마도 물질 관련 장애의 진단 기준에 부합하는지를 결정하는 것으로 치료를 시작할 수도 있다. 진단은 질 좋은 임상치료에서 첫 번째 주요 단계가 될 수 있다. 진단(diagnosis)을 정확하게 내릴 수 있게 되면, 임상가는 아론과 그의 가족에 해당되는 기저발생률(base rate), 원인, 그리고 처치에 대해 잘 파악할 수 있게 되는데, 이 모든 것은 질이 좋은 임상치료의 중요한 구성요소가 된다. 보다 폭넓게 말하면, 의사가 당신에게 “당신에게 해당되는 진단은 없습니다.”라고 말했다고 상상해보자. 이와 같이 놀라게 해주는 시나리오에 비해서, 자신에게 해당하는 진단이 있다는 말을 듣는 것은 여러 가지 다양한 경로를 통해서 안도감을 안겨줄 수 있다. 종종, 진단 결과는 특정 증상이 왜 나타나는지를 이해하는 데 도움이 될 수 있는데, 이는 큰 안도감을 줄 수 있다. 우울증이나 불안 같은 많은 장애들은 아주 보편적이다. 즉 자신의 진단이 보편적이라는 것을 알게 되면 자신의 상태가 그다지 이상한 것이 아니라고 생각하는 데 도움을 줄 수 있다.

진단 덕분에 임상가와 과학자는 사례 또는 연구 결과에 대해 서로 정확하게 의사소통을 할 수 있게 된다. (어떤 진단의) 정의와 항목에 대해서 의견의 일치를 보지 못하면 우리 분야는 진짜 딜레마에 봉착하게 될 것인데, 왜냐하면 과학자와 임상가들이 서로를 이해할 수가 없게 될 것이기 때문이다.

진단은 원인과 치료에 관한 연구를 할 때 중요하다. 때때로 연구자들은 특정한 일단의 증상들과 연관된 특유의 원인과 처치법을 발견해내곤 했다. 예를 들어 자폐스펙트럼장애(autism spectrum disorder, ASD)는 1980년에 진단 및 통계 편람(Diagnostic and Statistical Manual) 속에서 그 존재가 인정되었을 뿐이다. 그 이후로, ASD의 원인과 처치에 관한 연구들이 기하급수적으로 급증하였다.

정확한 진단을 내리는 데 도움이 되도록 임상가와 연구자들은 다양한 평가 절차를 사용하며, 임상면접부터 시작한다. 포괄적으로 말하면, 모든 임상적 평가 절차(clinical assessment procedures)는 어떤 사람에게서 무엇이 잘못된 것인지, 무엇이 이런 문제를 가져왔는지, 그리고 이 사람의 상태를 호전시키려면 무엇을 할 수 있겠는지를 찾아내기 위한 다소간의 공식적인 방법이다. 평가 절차는 진단을 내리는 데 도움이 될 수 있으며, 또한 진단을 넘어서는 정보도 제공해줄 수 있다. 사실 진단은 출발점에 불과할 뿐이다. 예를 들어 아론의 사례에는 진단 이외에도 풀리지 않은 의문점이 많이 남아 있다. 왜 아론은 늘 그렇게 행동할까? 왜 그는 자기가 CIA에서 일한다고 믿고 있을까? 부모와의 갈등은 어떻게 해야 해결할 수 있을까? 그가 학업과 경력에서 자신의 지적 잠재능력을 최대한 발휘했을까? 그의 처치에 장애물이 되는 것은 어떤 것이 있을 수 있을까? 이런 질문들은 정신보건 전문요원들이 평가를 수행할 때 역점을 두는 유형의 질문이기도 하다.

이 장에서 우리는 많은 정신보건 전문요원들이 널리 사용하는 공식적 진단체계에 대해서뿐만 아니라, 이 체계의 강점과 약점에 대해서도 기술할 것이다. 그다음에는 가장 널리 사용되는 평가 기법을 살펴볼 것인데, 여기에는 면접법, 심리평가법, 그리고 신경생물학적 평가법이 들어 있다. 그런 뒤 이 장의 마무리로서 평가 시 때때로 소홀히 되는 부분인 문화적 편향의 역할에 대해서 살펴볼 것이다. 그러나 진단과 평가에 대해 자세히 소개하기에 앞서, 진단과 평가에서 핵심적 역할을 하는 두 가지 개념인 신뢰도와 타당도부터 우선 살펴보기로 한다.

## 진단 및 평가의 기초

신뢰도와 타당도라는 개념은 모든 진단 절차 또는 평가 절차에서 초석이 된다. 이것이 없다면 우리가 사용하려는 방법의 쓸모는 크게 제한된다. 사실상 이 두 개념은 아주 복잡하다. 여기에서는 일반적인 개요를 제시하겠다.

### 신뢰도

**신뢰도(reliability)**는 측정의 일관성(consistency)을 지칭한다. 신뢰할 수 있는 척도의 한 예로서 나무 자를 들 수 있을 것이다. 왜냐하면 나무 자는 어떤 물체의 길이를 잴 때마다 똑같은 값을 알려주기 때문이다. 반면에 신뢰할 수 없는 척도의 예를 들면, 사용할 때마다 크기가 변하는, 잘 휘어지고 고무 같은 자를 들 수 있을 것이다. 신뢰도에는 여러 가지 유형이 있지만, 여기서는 평가와 진단에서 가장 핵심적인 유형의 신뢰도를 살펴본다.

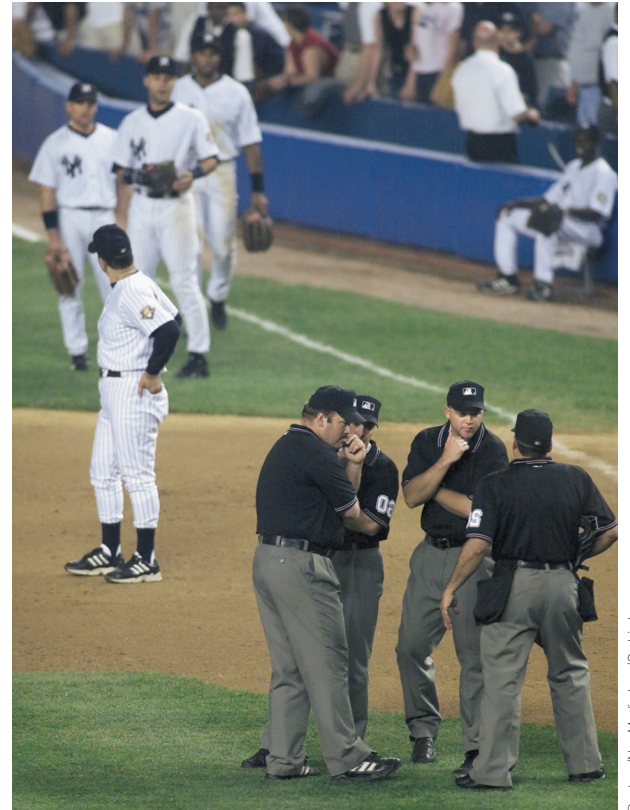
**평정자간 신뢰도(interrater reliability)**는 2명의 독자적인 관찰자가 그들이 관찰한 것에 대해서 서로 일치하는 정도를 말한다. 야구의 경우를 예로 들면, 2명의 심판이 그 공이 파울 볼인지 여부에 관해서 의견이 일치할 수도 있고 아닐 수도 있다.

**검사-재검사 신뢰도(test-retest reliability)**는 어떤 사람을 두 번 관찰하거나 동일한 검사를 두 번 받게 해서 점수가 얼마나 비슷하게 나오는지 그 정도를 재는 것이다. 두 번 측정하는 시간간격은 몇 주 또는 몇 달이 될 수 있다. 이런 종류의 신뢰도는 관찰대상이 되는 사람이 두 번 검사하는 사이에 재려고 하는 저변에 깔린 변수상에서 거의 변화하지 않을 것이라고 가정할 수 있을 때에만 의미가 있다. 이런 유형의 신뢰도가 통상 높은 수치로 나타나는 가장 좋은 예는 지능검사의 신뢰도에 대해서 평가할 때이다. 반면에, 사람의 기분을 평가할 때는 기저수준 때와 4주 뒤에 후속된 측정을 할 때가 같은 수준의 기분일 것이라고 기대할 수 없다. 따라서 기분척도의 검사-재검사 신뢰도는 낮기 쉽다.

때때로 심리학자들은 동일한 검사를 두 번 실시하기보다는 약간 다른 유형의 두 가지 검사를 사용하는데, 이는 아마도 수검자들이 처음 검사 시에 응답한 내용을 기억하고 두 번째 검사를 할 때도 일관되게 응답하려고 할 것이라고 염려될 때에 그럴 수 있다. 이런 접근방식은 검사자로 하여금 **동형 신뢰도(alternate-form reliability)**를 산출할 수 있게 해주는데, 이는 두 가지 유형의 검사에서 얻은 점수의 일관성을 말한다.

끝으로, **내부 일관성의 신뢰도(internal consistency reliability)**는 검사 문항들이 서로 관련되어 있는지 여부를 평가하는 것이다. 예를 들면, 상식적으로 생각할 때, 불안 설문지의 문항들이 진짜로 불안을 재는 것이라면, 설문지 상의 문항들이 서로 관련되어 있는, 즉 서로 상관관계가 있을 것이라고 예상할 수 있을 것이다. 어떤 사람이 위협적인 상황에서는 입이 마른다고 보고하는 경우에는 근육 긴장도 마찬가지로 높아질 것으로 예상할 수 있을 것이다. 왜냐하면 이 둘은 불안의 공통된 특징이기 때문이다.

신뢰도는 통상 0~1.0 사이의 척도로 측정된다. 이 숫자가 1.0에 가까울수록 신뢰도는 더 높은 것이다. 모든 종류의 신뢰도에 대해서 이 숫자가 높을수록 신뢰도가 더 좋은 것이다. 예를 들어



신뢰도는 모든 평가 절차의 필수조건이다. 신뢰도를 수립하기 위한 한 가지 방법은 서로 다른 판단자가 일치하느냐의 여부를 알아보는 것으로서, 야구 경기에서 2명의 심판이 동일한 사건을 목격했을 때 일어나는 경우와 같다.

내적 일관성의 신뢰도가 .65인 검사의 신뢰도는 단지 중간 정도로 신뢰성이 있을 뿐이다. 내적 일관성의 신뢰도가 .91인 다른 검사의 신뢰도는 대단히 높은 것이다.

## 타당도

**타당도(Validity)**는 복잡한 개념으로 일반적으로 어떤 척도가 재려고 의도한 바를 진짜로 재는지에 관련된 것이다. 예를 들면 어떤 설문지가 적대감을 재는 것으로 여겨진다고 하더라도, 이 설문지가 진짜로 그렇게 썰까? 타당도의 유형을 기술하기 전에 강조하고 싶은 것은 타당도가 신뢰도와 연결되어 있다는 점이다. 즉 신뢰도가 낮은 척도는 타당도가 좋을 수 없다. 왜냐하면 신뢰도가 낮은 척도는 일관된 결과를 가져다주지 못하기 때문에(앞에서 언급된 길이가 늘었다 줄었다 하는 자의 예를 떠올려보라), 신뢰도가 낮은 척도는 다른 척도와의 관련성이 클 수가 없다. 예를 들면, 대처능력을 잴다고 하지만 신뢰도가 낮은 척도는 어떤 사람이 스트레스를 가져다주는 생활 경험에 적응하는 방식과 잘 연결될 것으로 보이지 않는다. 그러나 신뢰도가 높다고 해서 타당도가 높게 되는 것은 아니다. 사람의 키는 신뢰도가 높게 썰 수 있지만, 이렇게 썰 키가 불안의 타당한 척도가 될 수는 없을 것이다.

**내용 타당도(Content Validity)**는 어떤 척도가 원래 의도한 영역을 적절하게 표집하는지를 지칭한다. 예를 들어 사회불안을 평가하고자 하는 검사라면 다양한 사회적 상황에서의 불안 감정을 묻는 문항들이 들어 있어야 한다. 사회불안(제3장 참조)과 관련된 모든 증상을 물어보는 질문이 들어 있으면 내용 타당도가 뛰어난 것이 된다. 물론 특정 용도를 위해서는 검사의 내용 타당도가 형편 없을 수도 있다. 이를테면 해당 검사 속에는 사회적이지 않은 상황에서의 불안을 묻는 설문들이 들어 있지 않은데, 우리가 높은 곳이나 뱀에 대한 특정 공포증을 평가하려고 한다면 이 검사는 그 내용 타당도가 형편없는 것이 될 것이다.

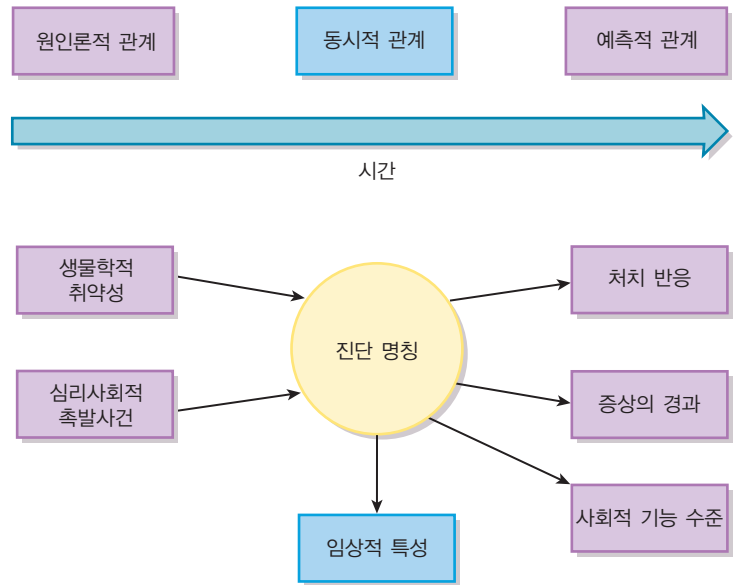
**준거 타당도(Criterion Validity)**는 어떤 척도가 다른 척도(준거)와 예상되는 방식대로 관련되어 있는지를 조사해서 가능하게 된다. 두 변수가 시간상으로 같은 시점에서 측정되었다면, 이렇게 해서 산출된 타당도는 **동시 타당도(Concurrent Validity)**라고 지칭된다. 예를 들면, 뒷부분에서 우리는 우울증에서 중요한 역할을 한다고 여겨지는 지나치게 부정적인 사고를 재는 한 척도에 대해서 소개할 것이다. 이와 같이 부정적 사고를 재는 척도의 준거 타당도를 확립하려면, 우울증이 있는 사람들이 우울증이 없는 사람들에 비해서 이 검사의 점수가 더 높다는 것을 보여주면 될 것이다. 이 예에서 준거는 우울증의 진단이다. 동시 타당도를 보여주는 또 다른 방법은 부정적인 생각의 측정치가 우울증 증상의 측정치와 상관관계가 있음을 보여주는 것이다.

또 다른 방식으로 준거 타당도를 해당 척도가 미래의 어느 시점에서 측정된 다른 변수를 예측하는 정도를 평가해서 가능할 수도 있는데, 이는 종종 **예측 타당도(Predictive Validity)**라고 불린다. 예를 들면, IQ검사는 원래 장차의 학업수행도를 예측하기 위해 개발된 것이다. 마찬가지로, 부정적 사고를 재는 척도는 장차 우울증에 걸릴 것인지 여부를 예측하는 데 사용될 수 있겠다. 요약하면, 동시 타당도와 예측 타당도는 준거 타당도의 두 가지 유형에 해당된다.

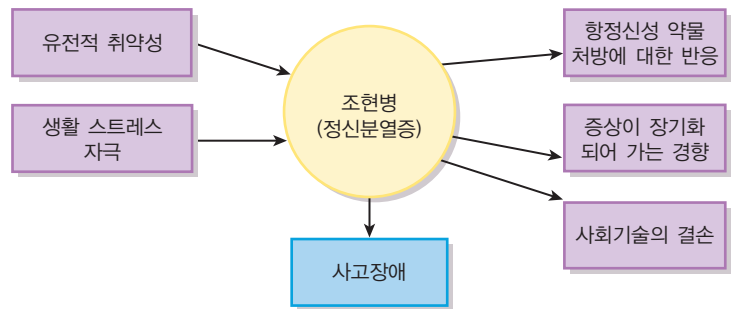
**구성 타당도(Construct Validity)**는 좀 더 복잡한 개념이다. 이는 어떤 검사가 단순히 또는 겉으로 관찰되지 않는 어떤 특징 또는 구성개념을 재는 것으로 해석하고자 할 때 관련된다(Cronbach & Meehl, 1955; Hyman, 2002). 구성개념이란 추론된 속성으로서, 불안 또는 인지왜곡 같은 것이다. 예를 들어 불안 성향을 재는 설문지를 생각해보자. 이 설문지가 구성 타당도를 갖추고 있다면, 이 설문지 검사 점수가 각기 다른 사람들은 불안성향의 정도가 달라야 한다. 설문지의 문항이 불안해지는 경향에 대한 것으로 보인다고 해서(문항의 예: “나는 많은 상황에서 불안해지는 것을 알고 있다.”), 이 검사가 불안성향이라는 구성개념에 대한 타당한 척도인지는 확신할 수 없다.

그림 1.1에 제시된 것처럼, 구성 타당도를 확인하려면 여러 가지 자료출처에서 다양한 자료를 얻어서 검토한다(이런 방식은 준거 타당도의 경우와 비교된다. 준거 타당도의 경우에는 통상 한 가지 자료와 대조해서 평가된다). 예를 들면, 불안장애가 있는 것으로 진단된 사람들과 그런 장애가 없는 사람들을 대상으로 불안성향에 대한 자기보고식 척도의 점수를 비교해볼 수 있을 것이다. 불안장애가 있는 사람들이 불안장애가 없는 사람들보다 자기보고식 척도상의 점수가 높다면, 이 자기보고식 척도는 어느 정도 구성 타당도가 있다고 할 수 있을 것이다. 구성 타당도가 좀 더 높은 것으로 확인되려면, 자기보고식 척도가 불안을 반영한다고 여겨지는 다른 측정치—이를테면 안절부절 못하고 몸을 떠는 모습이 관찰되거나, 심박수가 높아지고 호흡이 거칠어지는 것과 같은 생리적 반응지표—와 관련이 있다는 것이 입증될 필요가 있다. 자기보고식 척도가 이처럼 다양한 측정치(진단명, 관찰된 행동지표, 생리적 반응지표)와의 연결성이 입증될 때, 그 척도의 구성 타당도는 높아진다.

좀 더 포괄적으로 말하면, 구성 타당도는 이론과 관련된 개념이다. 예를 들면, 우리는 불안에 취약한 것이 부분적으로는 불안의 가족력(family history)에 기인한다고 가정할 수 있을 것이다. 그다음에는 우리는 불안 설문지가 불안의 가족력과 관련되어 있다는 것을 보여줌으로써 이 설문지의 구성 타당도에 대한 증거를 추가로 확보할 수 있을 것이다. 그와 동시에, 우리는 불안성향에 관한 이론을 뒷받침하는 자료도 얻게 되는 셈이다. 이와 같이, 구성 타당도의 확립은 이론을 검증하는 과정에서 중요한 부분이다.



(a)



(b)

그림 1.1 구성 타당도. 진단에 관한 정보 제공 형태를 예측하는 데 도움이 된다.

## 분류와 진단

### 미국정신의학협회의 진단 체계 : DSM-5

이 절에서 우리는 정신보건 분야의 많은 전문가들이 사용하는 진단체계인 정신질환의 진단 및 통계 편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM)에 초점을 둔다. 1952년에 미국정신의학협회에서는 DSM 초판을 출간하였다. DSM의 출간은 그 이전의 분류체계에서 예고된 바 있으며(초점 1.1 참조), 1952년 이후로 5번 개정되었다. DSM의 제5판은 DSM-5로 지칭되는데, 2013년에 출간되었다(www.dsm5.org). 이 장에서 우리는 DSM-5의 주요 특징을 살펴본 다음, DSM의 몇 가지 강점과 비판뿐만 아니라 진단 전반에 걸친 내용도 개괄적으로 살펴볼 것이다. DSM-5는 새로운 것이기 때문에, 우리는 이 책 전반에 걸쳐서 DSM-IV-TR과 DSM-5 사이의 주요한 차이점도 언급할 것이다.

DSM의 각 판에는 향상된 내용이 들어 있었다. 제3판이 개정된 이래 오늘날까지 계속해서 보다 더 신뢰할 수 있고 타당한 진단 항목들을 만들어내기 위한 노력이 기울여졌다. DSM-III에서 도입

## 임상 사례 : 록산느

**록**산느(Roxanne)는 중년의 여성으로, 경찰이 해당 지역의 정신과 응급실로 데리고 왔다. 경찰에 의하면 그녀가 혼잡한 길거리에서 큰 소리로 웃으면서 사람들을 헤집고 달리고 있었다고 했다. 그녀의 웃음 더럽고 찢어져 있었다. 경찰이 그녀를 심문했더니, 그녀의 말이 빨라서 그녀의 생각을 따라잡기가 어려웠다. 응급실에서, 그녀는 몸부림을 쳐서 경찰의 손에서 벗어나더니 병원의 통로를 뛰어 내려가기 시작했다. 그녀는 달아나면서 2명의 직원을 넘어뜨렸고, 다음과 같이 목청껏 소리를 질렀다. “나는 부활했어요! 나를 따라와요!” 경찰은 그녀를 다시 검사실로 데리고 갔고, 응급실 진료진은 (위와 같이 행동한 이유에 대해서) 가설을 세우기 시작했다. 분명히 그녀는 에너지가 가득 차 있었다. 그녀가 무언가 외상을 겪은 것일까? 그녀는 자신이 특별한 종교적인 힘을 가지고 있다고 믿고 있었는데, 이것이 망상은 아닐까? 불행하게도, 의료진은 그녀의 말이 빠

르고 조리가 없어서 면담을 통해 많은 정보를 얻어낼 수가 없었다. 록산느는 안절부절못한 상태로 앉아 있었고, 가끔씩 웃고 소리를 질러댔다. 그녀의 이상한 행동에 대한 이유를 이해하지 않고서는 처치를 취할 수가 없었다. 록산느를 진정시키려는 노력이 실패하자, 경찰은 의료진이 가족들과 연락을 취하도록 도와주었으며, 가족들은 록산느가 안전하다는 말을 듣고 안도하였다.

그녀는 그 전날에 집에서 사라졌었다. 가족들은 그녀가 양극성장애(이전에는 조울증으로 알려짐)를 오랫동안 앓아왔다고 말했으며, 록산느가 양극성장애와 고혈압에 대한 약물의 복용을 중단했기 때문에 지난 2주간 걱정하고 있었다고 말했다. 록산느가 오랫동안 지속되었던 양극성장애의 일환으로 새로운 조증 일화를 겪고 있는 것이라는 이해를 기반으로 처치가 진행될 수 있었다.

된 다음의 두 가지 주요한 혁신적 변화는 그후에도 계속 유지되고 있다.

1. 특정한 진단 기준—주어진 진단에 대한 증상—이 명료하게 규정되었고, 임상 증상이 용어집에 정의되어 수록되었다. 표 1.1에는 DSM-II의 조증 삽화에 대한 기술과 DSM-5에서의 해당 기술을 비교 제시해 놓았다. DSM-5가 얼마나 더 자세하고 구체적인지에 주목해보라.
2. 각 진단의 특징은 DSM-II에 비해 DSM-5에서 훨씬 더 광범위하게 기술되었다. 각 장애에 대해서 진단 특징뿐만 아니라 연관된 특징—이를테면 실험실 결과 같은 것(예: 조현병에서 뇌실의 확장), 그리고 신체검사의 결과(예: 섭식장애를 갖고 있는 사람들에서의 전해질 불균형)—을 기술해 놓았다. 다음으로, 연구문헌을 요약 정리해 놓아서 발병 나이, 경과, 유행률, 위험 및 예후 관련 요인, 문화적 및 성별 요인, 그리고 감별진단(비슷한 장애를 구분해 내는 방법)에 대한 정보를 제공하였다.

### DSM-5에서의 변화

DSM-5에는 가장 최근의 개정판인 DSM-IV-TR에 들어 있던 많은 변화가 그대로 들어 있다. 실제로 출간 횟수를 명명하는 관행조차 바뀌어서, 판 수를 알리는 의미로 쓰던 로마 숫자(예: DSM-IV)도 전자 출판을 용이하게 하기 위해 아라비아 숫자(예: DSM-5)로 대체되었다. 우리는 이 책 전반에 걸쳐서 각 장애에서 특정한 장애에 대해 고찰할 때 어떤 변화가 있었는지 소개할 것이다. 따라서 여기에서는 주요한 논쟁거리의 일부와 각 진단에 대해 함축성을 띠는 변화 부분에 대해 소개한다.

**다축체계의 폐지** 그림 1.2에 제시된 것처럼, 다축체계는 1980년에 DSM-III에서 처음으로 개발되어 수록된 것인데 DSM-5에서는 없어졌다. 첫 3개의 축 대신에, 임상가들은 정신과 및 의학적 진단을 기록하기만 하면 된다. 심리사회 및 환경 축에 대한 코드는 세계보건기구(WHO)의 ICD 속에 있는 국제단체에서 쓰이는 것들과 좀 더 비슷한 것으로 바뀌었다. 다섯 번째 축은 DSM-5에서는 제거되었고, 그 대신에 WHO의 능력부전 평가표(World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS)가 DSM-5에서 좀 더 연구할 필요가 있는 평가척도를 싣고 있는

### 초점 1.1 분류 및 진단의 역사

19세기 말 무렵 서양에서는 의사들이 질환이 다르면 처치법도 그에 맞게 하는 것이 장점이 있음을 이해하기 시작하면서 의학적 진단 절차가 발전되고 있었다. 같은 시기에 식물학이나 화학과 같은 다른 과학분야에서의 발전도 분류체계가 개발된 후에 이루어졌다. 다른 과학분야의 이와 같은 성공적 발전에 강한 인상을 받고, 심리장애의 연구자들도 분류방식을 개발하려고 추진하였다. 그러나 불행하게도 심리장애 분류에서의 발전은 쉽게 이루어지지 않았다.

#### 심리장애의 분류를 향한 초기의 노력

Emil Kraepelin(1856-1926)은 1883년에 첫 출간된 그의 정신의학 교과서에서 자신이 만든 영향력 있는 초기의 분류체계를 소개하였다. 그의 분류체계에서는 심리장애(psychological disorders)의 생물학적 속성을 명확하게 설정하려고 시도했다. Kraepelin은 특정한 증상(symptom)들이 하나의 증후군(syndrome)으로 결집되어 있다는 점에 주목했다. 그는 일단의 증상에 명칭을 붙였고 각각이 고유한 생물학적 원인, 경과, 그리고 결과를 나타낸다고 가정했다. 효과가 있는 치료법이 아직 알려져 있지 않다고 하더라도, 적어도 그 질병의 경과는 예측할 수 있을 것이라고 생각했다.

Kraepelin은 심각한 심리장애의 두 가지 주요한 집단, 즉 조발성 치매(dementia praecox, 조현병의 초기 용어)와 조울 정신병(manic-depressive psychosis, 양극성 장애의 초기 용어)을 제안했다. 그는 조발성 치매의 원인으로서는 화학적 불균형을, 조울 정신병의 원인으로서는 불규칙적인 신진대사를 제시하였다. 발병원인에 대한 그의 이론이 아주 정확하지는 못하지만, 그럼에도 불구하고 Kraepelin의 분류체계는 현대의 진단 항목에 영향을 끼쳤다.

#### WHO 체계와 DSM 체계의 발전

1939년에 세계보건기구(World Health Organization, WHO)는 사망 원인에 대한 국제적 목록(International List of Causes of Death, ICD)에 심리장애를 추가했다. 1948년에 이 목록은 확장되어서 이상행동의 분류를 포함하여 모든 질병을 포괄적으로

로 수록한 **질병, 상해 및 사망 원인에 대한 국제적 통계분류(International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death, ICD)**로 발전되었다. 불행하게도, 심리장애에 관한 절(節)은 널리 받아들여지지 않았다. 미국의 정신과 의사들이 세계보건기구(WHO)의 분류작업에서 주도적인 역할을 담당했음에도 불구하고, 미국정신의학회에서는 1952년에 독자적인 **진단 및 통계 편람(Diagnostic and Statistical Manual, DSM)**을 출간하였다.

1969년에 세계보건기구에서는 새로운 분류체계를 출간했다. 이제는 **국제질병 분류(International Classification of Disease, ICD)**라고 지칭되는데, 이 신판은 그 이전 판에 비해서 널리 받아들여졌다. 영국에서는 세계보건기구의 진단체계와 함께 사용하기 위한 용어해설집이 출간되기도 했다(General Register Office, 1968). 미국 정신의학협회의 DSM의 두 번째 출간본인 DSM-II(1968)도 WHO의 새로운 분류체계와 유사했다. 그러나 세계보건기구와 DSM 체계 간에 진정한 의견일치가 이루어진 것은 아니었다. DSM-II와 영국판 정신장애용어집에서는 진단과 관련된 몇몇 증상에 대해서 상세하게 수록해 놓기는 했지만, 이 두 체계에서는 특정 장애에 대하여 서로 다른 증상으로 정의해 놓고 있었다! 따라서 실제 진단 과정은 서로 많이 달랐다. ICD의 신판인 제9판은 1975년에 출간되었다. DSM의 후속판에서는, 현존 판에서부터 ICD와 일치하는 부분을 높여려고 노력하였다. 이때의 ICD는 현재 제10판이다(제11판은 2017년에 출간될 것으로 예상된다).

1980년에 미국정신의학회에서는 광범위하게 개정된 진단 편람인 DSM-III를 출간하였고, 뒤이어서 1987년에는 이를 약간 수정한 DSM-III-R을 출간하였다. DSM-III에서의 큰 변화 중 하나로서 처음 도입된 이래 33년간 제자리를 지켜온 것은 다축 체계(multiaxial system)였다. 즉 진단의 각 내용이 별도의 차원, 즉 축(axis)에 표기되었다. 그림 1.2에 제시되어 있듯이, DSM의 이전 판에는 다섯 가지 축이 들어 있었다. 이와 같은 다축 분류체계는 다섯 가지 축 각각에 대해서 판단을 내려야 하기 때문에, 진단 전문가로 하여금 광범위한 정보를 감안하지 않을 수 없게 하였다. DSM-5에서는 더 이상 이와 같은 별개의 축을 사용하지 않는다.

1988년에 미국정신의학회에서는 DSM-IV에 대한 작업을 시작하였고, 이를

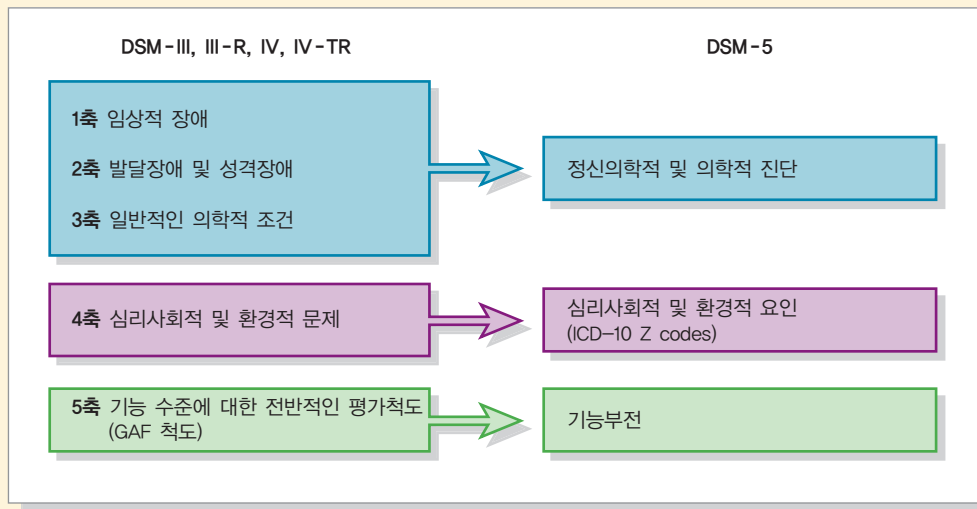


그림 1.2 DSM-5에서는 DSM-IV-TR의 다섯 가지 축을 더 이상 사용하지 않는다.

1994년에 발간하였다. 많은 심리학자들이 포함된 13개의 연구집단이 구성되어, DSM-III-R에 대해서 세부적으로 평가하고, 관련 문헌을 개관하며, 이전에 수집된 자료를 분석하고, 그리고 새로운 자료를 수집하였다. 각 연구집단에서는 각 장애군(cluster of disorders)을 다시 검토하였다. 이들 위원회에서는 중요하고 새로운 접근방식을 채택하였는데, 즉 진단 기준을 바꾸려면 그 이유가 명백하게 진술되어야 하고 자료로도 뒷받침되어야만 했다. 이전의 DSM판에서는 진단상의 변화에 대한 이유가 항상 명백하게 밝혀진 것은 아니었다. 실제의 진단 기준이 개정된 것은 아니고, DSM-IV를 뒷받침하는 교재에 대한 개정판이 2000년에 출간되고 DSM-IV-TR로 명명되었다. 여기에서 'TR'은 text revision을 뜻한다.

그림 1.3에 제시되었듯이, DSM-5의 개발은 1999년에 시작되었다. DSM-IV의 개발 과정과 마찬가지로, 개발팀에서는 각 진단군에 대해서 다시 검토하였다. 또한 일단의 연구집단이 구성되어 진단 항목들에 공통되게 관련된 문제점을 고찰하였다. 이런 문제점에는 생애 전반에 걸친 발달적 접근방식, 성별(gender) 및 횡문화적 쟁점(cross-cultural issues), 보편적인 의학적 쟁점, 손상(impairment) 및 기능부전(disability), 진단평가 도구가 들어 있었다. 이들 연구집단에서는 문헌 개관을 수행하고 분석한 다음에 개발팀에게 특정 진단과 관련된 쟁점에 대해서 피드백을 제

공하였다. DSM-IV에 대해서 했던 것과 마찬가지로, 현장에서의 시행(field trials)이 DSM-5의 새로운 진단 기준에 대해서 이루어졌는데, 이는 새로운 기준이 정신보건 장면에서 제대로 작용하는지를 평가하기 위한 것이다. 이런 자료를 기반으로 추가적인 개정이 이루어졌다.

모든 변화가 연구 자료를 기반으로 한 것이기는 하지만, 개발책임자들은 가장 최우선을 DSM-5가 임상가에게 유용하도록 하는 데 두었음을 강조했다. DSM-5 개발의 최종 단계에서, 개발책임자들은 개발팀의 자료 및 제안사항과 꼭 들어맞지 않는 변화도 도입하였다(이 문제의 두드러진 예는 이 책 제8장 성격장애를 참조). 상업적 이익으로부터의 영향을 막기 위해서, 모든 개발팀의 구성원들은 이익과 무관하다는 서약서에 서명했는데, 이 서약서에는 제약 및 기술회사, 그리고 유사한 산업체로부터 그들이 받는 돈을 매년 10,000달러 또는 그 이하로 제한한다는 내용이 들어 있었다. DSM-5의 제작자들은 새로운 연구 증거가 출현할 때마다 그에 따라서 바뀌는 살아있는 문서를 만들어내는 것을 목표로 하였다. 따라서 DSM-5가 출현했어도, 새로운 개정판이 이미 지평선 위에 나타나 있으며, DSM-5 웹사이트(www.dsm5.org)에는 이와 같은 새로운 변화가 계속 게시되고 있다.

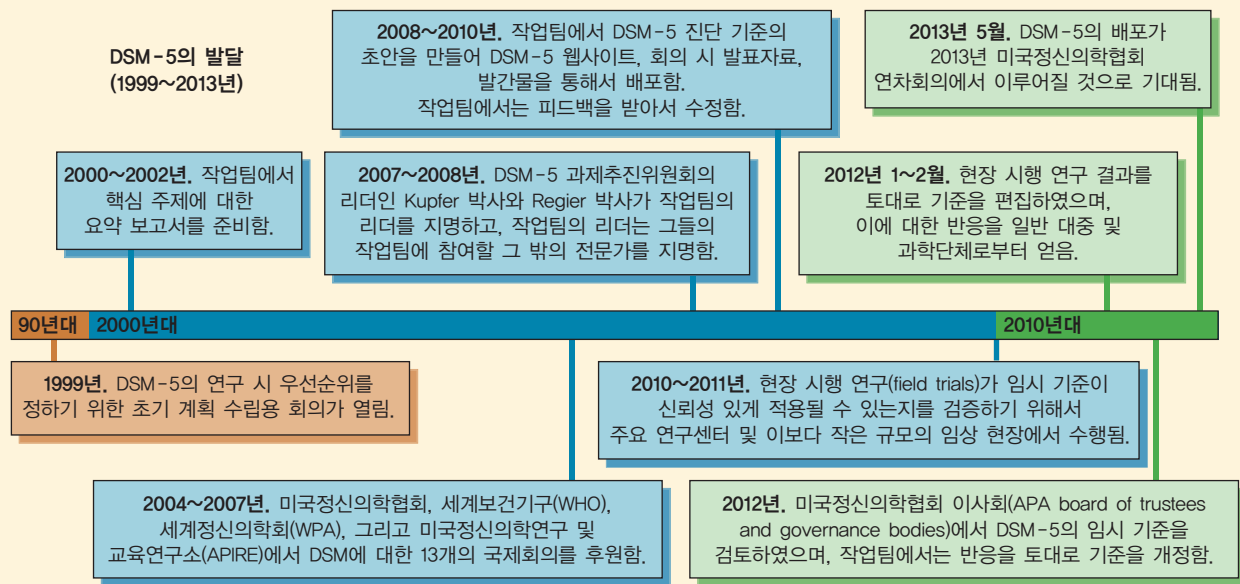


그림 1.3 DSM-5 발달 과정 흐름도

부록에 포함되었다.

**원인에 기반을 두고 진단을 조직화하기** DSM-5에서는 증상을 토대로 진단에 대한 정의를 내린다. 어떤 학자들은 원인론(etiology, 즉 원인(causes))에 대한 우리의 이해가 높아져야 이런 접근이 도움이 될 수 있다고 주장하였다. 예를 들어 조현병과 분열성 성격장애는 유전적 원인상으로 겹치는 부분이 많다. 이런 중복 부분이 진단체계에 반영될 수나 있을까? 다른 학자들은 신경전도체 활동(neurotransmitter activity), 기질(temperament), 정서조절부전(emotion dysregulation), 또는 사회적 촉발 요인상의 공통점을 기반으로 해서 진단을 조직화할 것을 제안하기도 했다. DSM-5를 개발하면서 개관작업을 많이 하고 나자, 우리의 지식 기반이 원인론을 중심으로 진단을 조직

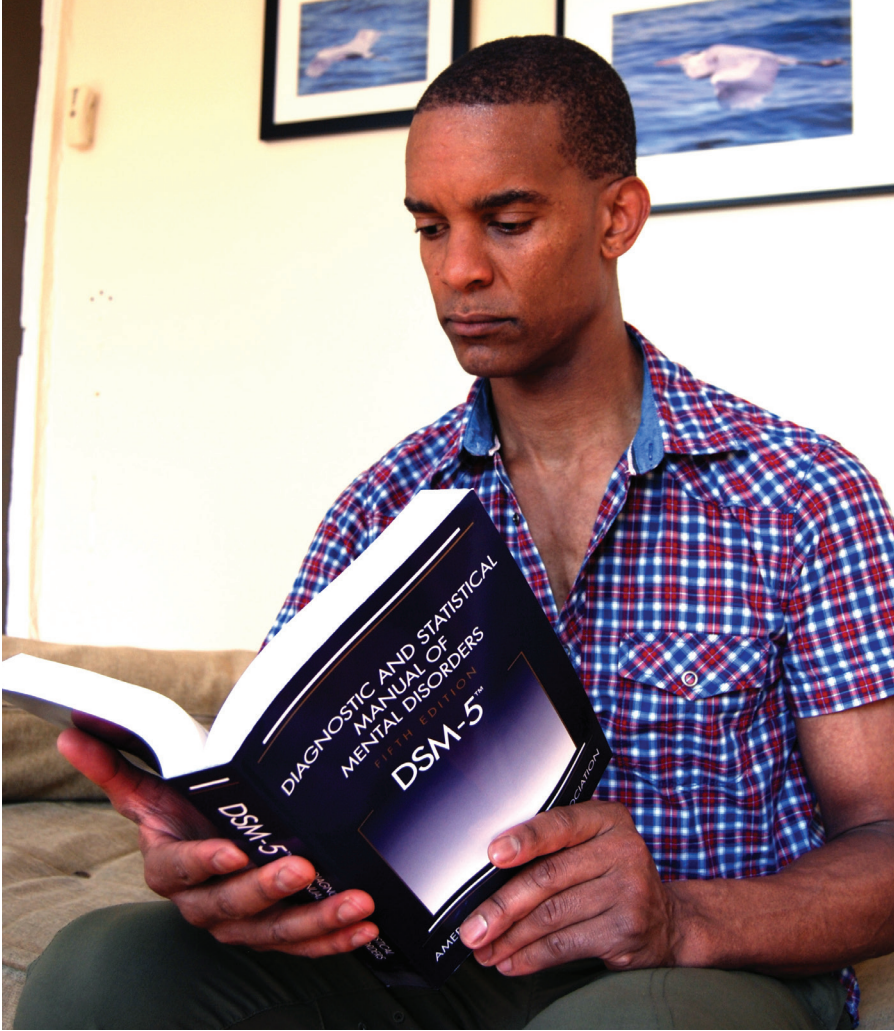


| 표 1.1 DSM-II 대 DSM-5에서의 조증 |  |
|----------------------------|--|
| DSM-II(1968년)              | DSM-II에서 조증은 짧은 문단으로 기술되었다. 이 문단에서는 조증의 다섯 가지 증상[기분의 고양(elation), 성마른 기분(irritable mood), 질주하는 듯한 사고(racing thoughts), 말하는 것과 움직임이 빠른 것)을 기술하였다. 조증 일화의 기준에 부합하려면 몇 개의 증상이 있어야 하는지에 대해서는 언급이 없다.   |
| DSM-5(2013년)               | DSM-5는 각 증상에 대해 자세한 목록을 제공한다. 증상에 대한 묘사는 네 부분으로 이루어져 있는데 여기에 간단히 요약하겠다. 실제 DSM-5는 더 자세하게 묘사되어 있다. <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 조증의 에너지 증상과 기분에 대해 묘사한다. 목표 지향적이고 에너지에 지나치게 크고 부적절한 기분과 고양된 정서를 보여주어야 한다. 기분과 에너지 증상은 적어도 일주일 이상 지속되어야 한다.</li> <li>2. 또한 기분과 에너지 증상 네 가지 중 적어도 세 가지 이상의 증상을 가지고 있어야 하는데 사고 비약, 말이 빠르고 잠을 거의 안 자며, 자기고양, 자아 팽창, 주의집중 곤란 문제를 일으킬 수 있는 행동하기(과소비하기, 성욕 증가) 등이다.</li> <li>3. 이와 같은 모든 증상들 때문에 일하거나 건강한 사회적 관계를 유지하기가 어렵고 다른 사람들이나 자신을 보호하기 위해 병원에 입원할 필요가 있는 사람들을 말한다.</li> <li>4. 마지막 부분에서의 다른 장애와 마찬가지로 마약에 의한 효과가 아니어야 한다.</li> </ol> |

화하기에는 아직 충분히 강력하지 못하다는 것이 분명해졌다(Hyman, 2010). 지적장애(기능부진)[intellectual disability, 이전에는 정신지체(mental retardation)로 알려짐]의 진단에 도움이 되는 지능 IQ검사나 수면장애에 대한 수면다원검사(polysomnography)를 제외하고는, 우리는 진단을 내리는 데 사용할 실험실 검사, 신경생물학적 지표(neurobiological markers), 또는 유전 지표도 없는 실정이다. DSM-5에서는 여전히 증상들을 기반으로 해서 진단을 내리게 될 것이다.

또 다른 한편에서는 원인론에 대한 지식이 증가함에 따라 이를 반영하기 위한 변화가 이루어졌다. DSM-IV-TR에서의 진단은 증상의 유사성에 기반을 두고 해당되는 장 속으로 분류, 배치되었으나, DSM-5에서는 각 장을 동반이환(공존질환)(comorbidity) 및 공유된 원인론의 패턴을 반영하도록 재조직하였다(그림 1.4 참조). 예를 들면, DSM-IV-TR에서는 강박장애가 불안장애의 장 속에 포함되었는데 왜냐하면 강박장애 안에 불안 증상이 포함되어 있기 때문이다. 물론 이 장애의 원인론에는 다른 불안장애에 비해서 별개의 유전적 및 신경계 영향이 들어 있는 것으로 보이며, 이에 대해서는 우리가 제4장에서 살펴본다. 이런 점을 반영하기 위해, DSM-5에서는 강박장애 및 그밖의 관련 장애들을 새로운 장에서 소개하였다. 이 새로운 장에는 함께 공병하는 경우가 많고 일부의 위험 요인들이 공통되는 장애들이 들어갔는데, 여기에는 강박장애, 수집광(수집장애), 그리고 신체이형

Teri Stratford/Six-Cats Research Inc.



DSM-5는 현재 미국정신의학협회에서 쓰이고 있는 진단체계다. 이는 2013년에 발간되었다.

(기형)장애(body dysmorphic disorder)가 포함된다.

**정신병리학의 발달적 속성에 대한 민감도의 증진** DSM-IV-TR에서는 아동기 진단이 별개의 장에서 다루어졌다. 이와 같은 진단의 대부분은 이제는 DSM-5에서 아동기 장애와 성인기 장애 사이의 연속성을 부각시키기 위해서 다른 관련된 장 속으로 옮겨졌다. 예를 들면, 분리불안을 겪은 적이 있는 아동은 어른이 되었을 때 불안장애를 발달시킬 위험성이 더 클 수 있다. DSM-5에서는 분리불안장애가 불안장애의 장으로 옮겨졌다. 진단 전반에 걸쳐서, 나이가 어린 계층에서의 증상 표현방식에 대해서 좀 더 자세히 기술되었다.

**새로운 진단** 몇 가지 새로운 진단이 DSM-5에서 추가되었다. 예를 들면, 파괴적 기분조절부전장애(disruptive mood dysregulation disorder)가 추가되었는데, 이는 극심한 기분 변화와 자극과민성(irritability)뿐만 아니라 조증 증상의 일부를 나타내서 임상가들이 보게 되는 아동 및 청소년의 수요가 증가하는 것을 반영하기 위한 것이다. 이런 청소년 중 상당수는 조증의 기준을 모두(양극성장애를 정의해주는 특징을) 충족하지는 못하지만 양극성장애로 부정확하게 진단되는 경우가 종종 있는데 그 이유는 이들의 증상에 부합하는 진단 항목이 달리 없기 때문이다. 이 진단을 새로이 포함시킴으로써, 아동 및 청소년에서의 양극성장애의 과잉진단이 줄어들 것으로 예상된다. 그밖의 새로운 진단에는 수집광(hoarding disorder), 폭식장애(binge eating disorder), 월경전불쾌감장애(premenstrual dysphoric disorder), 그리고 도박장애(gambling disorder)가 있다.

**복합적인 진단** DSM-IV-TR에서의 진단의 일부는 결합되었는데, 그 이유는 원인론, 경과, 또는 처치에서 별개의 진단 항목이라는 것을 정당화해줄 만한 차별적인 증거가 충분하지 못하기 때문이었다. 예를 들면, DSM-IV-TR에서의 물질남용 및 의존의 진단은 DSM-5에서는 물질사용장애로 대체되었다. DSM-IV-TR에서의 성욕감퇴장애(hypoactive sexual desire disorder)와 여성 성욕 흥분 장애(female sexual arousal disorder)는 DSM-5에서는 여성 성적 관심/흥분장애(female sexual interest/arousal disorder)의 진단으로 대체되었다. DSM-IV-TR에서의 자폐증 및 아스퍼저장애(autism and Asperger's disorder)는 DSM-5에서의 자폐스펙트럼장애(autism spectrum disorder)의 진단으로 대체되었다.

**진단에서 인종적·문화적 고려사항** 심리장애는 전 세계 보편적이다. 심리장애로부터 자유로운 사람이 속한 문화권은 하나도 없다. 그러나 심리장애에 대한 위험 요인(예: 사회적 유대감, 가난, 남용할 약물에의 접근성, 스트레스), 겪는 증상의 유형, 도움을 구하려고 하는 자발적 의지의 정도, 그리고 가용한 처치법에 대한 문화의 영향력이 너무나도 다르다. 때때로 이와 같은 문화권에 따른 차이는 깊다. 예를 들면, 미국에서는 정신보건 관련 제반 지원을 널리 받을 수 있지만, 아프리카의 사하라 이남 지역에서는 인구 200만 명당 단 1명의 정신과 의사가 있을 뿐인 것으로 추정되고 있다(WHO, 2001).

문화적인 차이가 항상 우리가 예상할 수 있는 방향으로 영향을 나타내는

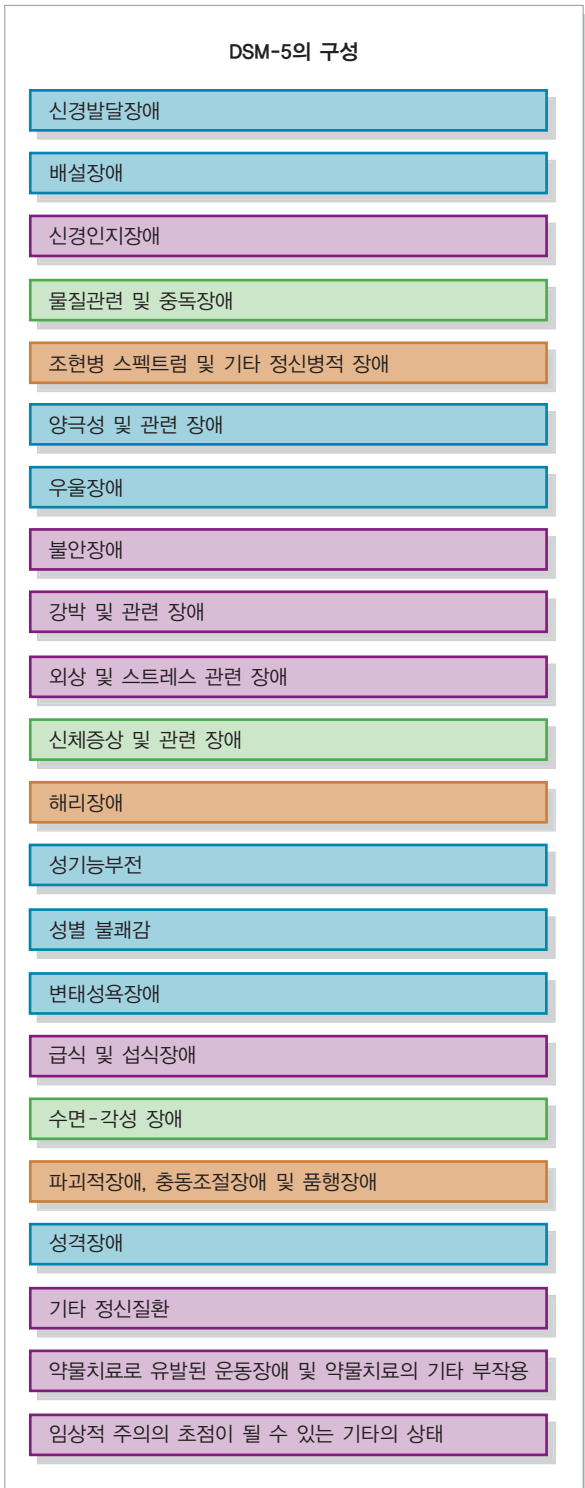


그림 1.4 DSM-5 구성 장

표 1.2 국가별로 가장 흔한 DSM-IV-TR 진단의 12개월 동안의 유병률

| 국가        | 불안장애 | 기분장애 | 물질장애 | 심리장애는 아무거나 해당됨 |
|-----------|------|------|------|----------------|
| 아메리카 대륙   |      |      |      |                |
| 콜롬비아      | 10.0 | 6.8  | 2.8  | 17.8           |
| 멕시코       | 6.8  | 4.8  | 2.5  | 12.2           |
| 미국        | 18.2 | 9.6  | 3.8  | 26.4           |
| 유럽        |      |      |      |                |
| 벨기에       | 6.9  | 6.2  | 1.2  | 12.0           |
| 프랑스       | 12.0 | 8.5  | 0.7  | 18.4           |
| 독일        | 6.2  | 3.6  | 1.1  | 9.1            |
| 이탈리아      | 5.8  | 3.8  | 0.1  | 8.2            |
| 네덜란드      | 8.8  | 6.9  | 3.0  | 14.9           |
| 스페인       | 5.9  | 4.9  | 0.3  | 9.2            |
| 중동 및 아프리카 |      |      |      |                |
| 레바논       | 11.2 | 6.6  | 1.3  | 16.9           |
| 나이지리아     | 3.3  | 0.8  | 0.8  | 4.7            |
| 아시아       |      |      |      |                |
| 일본        | 5.3  | 3.1  | 1.7  | 8.8            |
| 중국        | 3.2  | 2.5  | 2.6  | 9.1            |

출처 : The WHO World Mental Health Survey Consortium(2004).

불안장애에는 광장공포증, 범불안장애(일반화된 불안장애), 강박장애, 공황장애, 외상후 스트레스장애, 사회공포증, 그리고 특정 공포증이 포함됨. 기분장애에는 제I형 양극성장애와 제II형 양극성장애, 기분부전증, 그리고 주요우울장애가 포함됨. 물질장애에는 알코올이나 약물의 남용이나 의존이 포함됨. 진단은 조립식 국제진단면접(Composite International Diagnostic Interview)을 사용하여 내려짐. 표 속의 수치는 퍼센트임.

주 : 유럽 국가에서는 양극성장애, 알코올과 관련되지 않은 물질사용장애는 평가 대상이 되지 않음. 아시아 국가에서는 강박장애는 평가 대상이 되지 않음.

것은 아니다. 예를 들면, 미국에서 의료 지원을 받을 수 있다고 하더라도, 주요한 연구 결과에 의하면 조현병에 대한 처치 효과는 미국을 위시한 보다 산업화된 국가들보다 나이지리아, 인도 및 콜롬비아에서 더 나은 것으로 밝혀졌다(Sartorius, 1986). 멕시코에서 미국으로 이민 온 사람들은 미국에서 태어난 사람들에 비해 심리장애의 기준에 부합하는 확률이 처음에는 절반 정도였지만, 시간이 흐르면서 그들 및 그들의 자녀가 물질남용 같은 특정 장애에서 증가하기 시작하여, 장애가 나타날 위험성이 미국에서 태어난 사람들의 위험성에 근접하기 시작하였다(Alegria, Canino, Shrout et al., 2008). 표 1.2에 제시되었듯이, 심리장애의 비율은 다른 많은 나라에 비해서 미국이 더 높은 경향이 있다. 문화가 위험성, 증상 표현, 그리고 처치 성과에 어떻게 영향을 미치는지를 우리가 이해하고자 한다면, 우리는 다양한 나라와 문화권에 신뢰할 수 있고 타당하게 적용할 수 있는 진단체계가 필요하다. DSM-5에는 DSM 진단과 질병 및 관련 건강문제에 대한 국제 질병통계분류(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD)를 서로 연관지어 놓은 목록이 들어 있다.

이전 판 DSM에서는 정신병리에서의 문화 및 인종에 따른 차이에 주의를 기울이지 않았다는 비판을 받았다. DSM-5에서는 문화에 따른 차이를 반영하기 위하여 거의 모든 장애에 대해서 문화와 관련된 진단상의 쟁점에 관한 절을 추가하였으며 부록에 문화 관련 정보가 포함된 사례개념화를 개발하여 포함시켰다. 이 부록에는 문화를 기반으로 사례를 개념화하는 면담이 포함되어 있는데, 면담은 16개의 질문으로 구성되어 있으며, 이 질문은 임상가들이 어떻게 해서 문화가 임상 양



Richard Nowitz/Photo Researchers

우울증의 핵심 증상은 횡문화적으로 비슷하게 나타난다.

상의 모양을 만들어내는 데 관여할 수 있는지를 이해하기 위해 사용할 수 있다. 또한 다른 절에서는 고통에 대한 문화적 개념을 소개하고 있는데, 여기에서는 특정 문화권에서 나타나는 증후군, 고통을 표현하는 문화 특유의 방식, 그리고 증상, 질환, 고통의 원인에 대한 문화 기반의 설명을 돋보여주고 있다.

문화에 기반을 둔 개념화에서는, 임상가는 당사자가 소속 문화권 내에서 동떨어진 유형이고 문제가 있는 경우가 아니라면 당사자의 증상에 대해서 진단을 내리지 않도록 유의해야 한다. 사람은 자신의 문화 또는 출신 인종에 대해서 동일시하는 정도가 다르다. 어떤 사람들은 주류 문화권에 동화되는 것을 가치 있게 여기는 반면에 또 다른 사람들은 자신의 문화적 배경에 밀접한 연결끈을 유지하고 싶어 한다. 일반적으로 임상가는 문화와 인종이 진단 및 처치에 어떻게 영향을 미치는지를 항상 유념하도록 권고된다.

이제는 문화가 특정한 장애의 증상 및 표현양상의 틀을 어떻게 잡아줄 수 있는지에 대해서 관심이 기울여지고 있다. 예를 들면, 조현병의 증상(예: 망상과 환각)과 우울증의 증상(예: 우울한 기분 그리고 활동에 대한 흥미나 즐거움의 상실)이 모두 횡문화적으로(cross-culturally) 비슷하다(Draguns, 1989). 그러나, 제3장에서 살펴보겠지만, 불안의 핵심이 남에게 피해를 줄까 두려워하는 데 있는 경우는 미국보다 일본에서 더 발견되기 쉽다(Kirmayer, 2001). 증상을 평가할 때, 임상가는 문화에 따라서 심리적 고통을 기술하는 데 사용되는 언어가 달라질 수 있음도 알고 있어야 한다. 예를 들면, 많은 문화권에서 슬픔이나 불안을 기술할 때 심리적인 용어보다는 신체적인 용어—“나는 가슴(heart)이 아프다” 또는 “나의 심장(heart)이 무겁다”—로 하는 것이 보편적이다.

## 임상 사례 : 로라 - 진단의 예

**로**라(Lola, 17세)는 고교 2학년생이다. 그녀는 14세 때 부모 및 오빠와 함께 멕시코에서 미국으로 이주했다. 미국에 온 지 몇 달 후, 로라의 아버지는 형제의 장례식에 참석하기 위해 멕시코로 되돌아갔다. 아버지는 비자 문제로 인해 미국으로 재입국하는 것이 거부당했다. 그래서 아버지는 거의 3년간 가족과 만날 수가 없었다. 로라의 어머니는 경리직원으로 일했지만 그 봉급만으로는 가족의 생계를 유지하기가 어려웠다. 그래서 1년 전에는 가족 전부가 폭력이 횡행하는 지역으로 이사하지 않을 수 없게 되었다. 처음 미국에 왔을 당시에 로라의 영어실력은 꽤 괜찮아서 영어에서의 미묘한 말뜻도 대부분 잘 알아차렸다. 지난 2년간 학교에서 남자친구도 사귀었다. 이들의 교제는 잘 지속되어왔고 그녀는 남자친구에 대해서 자기가 속상할 때 하소연할 수 있는 유일한 사람이라고 말했다. 그녀의 어머니가 볼 때 마음에 걸리는 것이 하나 있다면, 이는 딸이 남자친구에게 너무 의지하는 것처럼 보인다는 것이다. 그녀는 크거나 작거나 어떤 결정을 내리려면 남자친구의 조언을 필요로 했고, 남자친구의 뜻에 완전히 따르는 것으로 보였으며, 남자친구가 주변에 없으면 남들과 어울리는 사교활동이 거의 없는 것으로 보였다. 그녀의 어머니는 다음과 같이 진술했다. “딸은 혼자서 생각하고 판단하는 것을 두려워하는 것 같아요.” 로라의 어머니는 딸이 다소 수줍어했으며, 어릴 적부터 의사 결정을 할 때나 사회적 지지가 필요할 때 오빠에게 많이 의지하는 편이었다고 언급했다.

갑자기 그녀의 남자친구가 결별을 선언했다. 로라는 이런 변화로 인해 극도의 정신적 고통에 빠지게 된 나머지, 이 일이 있자마자 곧바로 잠도 안 오고 밥도 못 먹게 되었다고 보고했다. 그녀는 체중이 급격히 줄어들었고, 학교공부에도 집중하기가 어렵게 되었다. 그녀의 친구들은 그녀가 더 이상 점심시간에 또는 전화로 대화하려고 하지 않는다고 불평했다.

기분이 계속 좋지 않은 상태가 2주간 지속된 후에, 로라는 유서를 남겨 놓고 사라졌다. 그다음 날 경찰은 한 폐가에서 약병을 들고 있는 그녀를 발견했다. 그녀는 밤새 거기에 앉아서 삶을 끝낼 생각을 하고 있었다고 말했다. 로라의 어머니는 그녀가 그렇게 고통스러워하는 모습을 본 적이 없었지만 다른 가족들 몇 명도 슬픔으로 인해 힘들었다고 보고했다. 한편, 그녀의 가족들은 멕시코에 있는 동안에는 자살을 기도한 적도 없었고 공식적인 치료를 받은 적도 없었다고 했다. 그 대신에, 이 가족은 이렇게 힘들어하는 식구들에게 스스로 치유하도록 (정서적) 뒷받침과 시간을 제공해주는 것을 배웠다. 경찰이 로라를 발견하고 나서, 그녀는 집중적인 치료를 위해 병원에 입원조치되었다.

### DSM-5 진단

진단 : 주요우울장애, 의존성 성격장애

중요한 심리사회적/상황적 요인 : 수입이 낮은 것(ICD-10 Z59.6)

DSM-5에는 특정 지역에서 나타나기 쉬운 증후군을 기술하기 위하여 고통의 문화적 개념에 관한 용어집에 고통의 문화적 개념 아홉 가지가 수록되어 있다. 다음은 이 DSM-5 용어집에 수록된 증후군 중 몇 가지 예이다.

- 닛트 증후군(Dhat Syndrome): 인도에서 (정액의) 사정에 관한 극심한 불안을 지칭하는 용어다.
- 신경쇠약(Shenjing shuairuo, neurasthenia): 중국에서 흔한 진단으로 피로, 현기증, 두통, 통증, 주의력 저하, 수면 문제, 및 기억력 감퇴를 특징으로 하는 증후군이다.
- 대인공포증(對人恐怖症, taijin kyofusho): 다른 사람과 부적절하게 눈 맞춤을 했거나, 얼굴이 붉어졌거나, 자신의 몸매가 바뀌었다고 느껴지거나, 또는 몸에서 악취가 나서 상대방의 마음을 상하게 했을까 봐 두려워하는 것을 말한다. 이 장애는 일본에서 가장 흔하지만 미국에서도 사례가 보고된 적이 있다. 일본의 문화규범은 사회적 적절성(social appropriateness)과 위계질서에 좀 더 신경을 쓰도록 지시하는 것으로 보이며, 아마도 이 때문에 이런 증상이 많이 나타나게 되는 것으로 보인다(Fabrega, 2002).
- 신경질 나는 것(ataque de nervios, attack of nerves): 통제불가능할 정도로 소리를 지르고 외치는 것에 대한 강렬한 불안과 두려움을 말하며, 라틴 문화권에서 온 사람들에게서 발견된다(예 : Lewis-Fernandez, Gorritz, Raggio et al., 2010).



치료자는 사람들이 자신의 문제를 기술하는 방식에서 문화적 차이가 있음을 유념해야 한다.

DSM-5 용어집에는 수록되지 않았지만, 그밖의 문화와 관련된 증후군도 연구의 초점이었다. 이들의 예를 들면 다음과 같다.

- 광란(Amok): 해리성 일화를 말하는데, 일정 기간 곰곰이 생각에 잠겼다가 폭력을 휘둘러서 때로는 살인까지도 저지른다. 이 일화는 모욕감을 느꼈을 때 촉발되는 경향이 있으며 주로 남성들에게서 발견된다. 피해망상이 종종 동반되기도 한다. 이 용어는 말레이시아어로, 사전에는 ‘살인광(murderous frenzy)’이라는 뜻으로 정의되어 있다. 미국에서는 ‘미쳐 날뛰다(run amok)’는 관용표현이 사용된다.
- 귀신병(ghost sickness): 죽음과 죽은 사람에 대한 생각에 빠져 있는 것을 말한다. 아메리칸 인디언에게서 발견된다.
- 히키코모리(Hikikomori(withdrawal), 은둔형 외톨이): 일본, 대만, 한국에서 관찰되는 증후군이다. 청년이나 젊은 남자가 6개월 이상 방(예 : 침실)에 처박혀서 문 밖의 누구와도 교류하지 않는 것을 말한다.

어떤 학자들은 문화권에 걸쳐서 그 존재가 확인될 수 있는 다양한 증상에 대해 파악하려고 노력해야 한다고 주장한다. 또한 이러한 관점에서, 이 학자들은 문화적 특성이 갖든 고통을 다른 진단 증후군과 구별하는 것을 반대했다(Lopez-Ibor, 2003). 이런 입장을 뒷받침하기 위하여, 이 학자들은 문화 관련 고통의 다수가 DSM의 주요 진단범주와 그리 다르지 않음을 지적한다. 예를 들면, Kleinman(1986)은 신경쇠약으로 진단된 100명의 중국인을 대상으로 면접을 실시했고, 그들의 87%가 주요우울장애의 기준에 부합하는 것을 발견했다. 이 중국인들의 상당수는 항우울제를 복용해서 효과를 보았다. Suzuki와 동료들(2003)은 대인공포증의 증상이 사회불안장애(사회적 상호작용과 평가에 대한 지나친 두려움 및 신체이형장애(자신의 몸이 잘못 변형되었거나 보기 흉하다고 잘못 믿는 것)의 증상과 중복된다는 것을 지적했다. 후자의 두 장애는 미국에서는 더 흔하게

진단되는 것이다. 다른 증후군도 불안과 정신적 고통이라는 보편적 관심사를 반영하는 것으로서, 그 내용이 생활환경과 가치관에 따라서 결정되는 것일 수 있다(Lopez-Ibor, 2003). 따라서 어떤 연구자들은 문화권에 걸쳐서 공통된 요소를 찾는 것이 중요하다고 믿는다.

반면에, 다른 연구자들은 고통과 관련된 문화적 개념이 핵심이라고 믿는데, 그 이유는 (증후군의 저변에 깔린) 지역별로 다를 수 있는 의미와 개인적 차원의 의미가 심리장애를 이해하는 데 핵심요소이기 때문이다(Gaw, 2001). 또한 다른 학자들은 DSM 체계 속 진단 항목 중 상당수가 전 세계로 ‘수출’되었는데, 문화적 특성이 증상의 발현 양상, 원인, 그리고 치료의 결정에 미치는 영향을 거의 감안하지도 않은 채 이루어지는 경우가 종종 있다고 주장해 왔다(Watters, 2010). 진단에 대한 횡문화적 또는 문화에 특정한 접근을 선호하든 간에, 모든 정신건강 전문가들은 최소한 진단 관련 실무관행에 영향을 미칠 수 있고 또 미치고 있는 문화적 영향력을 알고 있어야만 한다(Sue, Yan Cheng, Saad et al., 2012).

### 임상사례로 되돌아가기 : 진단의 두 번째 예

**앞**에서 우리는 경찰이 정신과 응급실로 데리고 온 록산느의 사례를 **표** 기술한 바 있다. 록산느에 대한 DSM-5와 DSM-IV-TR의 진단은 다음과 같은 모습일 것이다.

#### DSM-5 진단

진단 : 제1형 양극성장애, 현재 또는 가장 최근의 조증 일화, 고혈압  
 심리사회적/상황적 요인 : 주거와 관련된 문제(노숙, ICD-10 Z 59.0)

## 중간 요약

진단이 증상의 원인에 대해 생각할 때 첫 단계가 될 수 있기 때문에, 이는 치료를 계획할 때 첫 단계가 되는 경우가 종종 있다. 정신병리학은 증상을 기반으로 그 진단이 내려지기 때문에, 임상면접은 진단을 내리기 위해 쓰이는 것이다.

모든 평가의 경우에, 신뢰도(측정의 일관성)와 타당도(평가가 측정하려고 의도했던 것을 측정하는지 여부)가 평가되어야 한다. 신뢰도는 평정자들이 얼마나 잘 일치하는지, 검사 점수가 시간의 흐름에 따라 얼마나 일관성이 있는지, 특정 검사의 동형 검사(alternate forms)가 얼마

나 비슷한지, 또는 검사 문항이 서로 상관관계가 잘 되고 있는지를 조사해서 추정할 수 있다. 타당도에는 다른 유형이 많이 있는데, 여기에는 내용 타당도, 준거 타당도, 구성 타당도가 있다.

심리장애에 대한 진단체계는 지난 100년 동안 많이 바뀌었다. 연구 증거에 근거하여, DSM-5에서는 원인에 관한 현대의 지식을 반영하여 각 장의 순서를 재구성하였다. 어떤 장애들은 추가되었고 어떤 장애들은 삭제되었으며, 어떤 장애들은 합쳐졌다. DSM-5에서는 문화적으로 민감한 사례 공식화를 계속 강조하고 있다.

## 복습문제 1.1(정답은 이 장의 끝에 있음)

다음 질문에 답하라.

1. DSM-5에서의 주요 변화에 해당되는 것은 무엇인가? (해당되는 것을 모두 체크하라.)

- a. 다축체계의 삭제
- b. 장(chapters)의 재구성
- c. 작은 진단이 많아짐

- d. 위에서 해당되는 것이 하나도 없음
2. 다음 절차는 어떤 유형의 신뢰도 혹은 타당도를 검증하기 위한 것인가?
- \_\_\_\_\_ 일단의 고교생에게 동일한 IQ검사를 2년 사이에 반복해서 실시한다.
- \_\_\_\_\_ 일단의 고교생에게 IQ검사를 실시한 다음, 그 점수를 전년도에 그들이 받은 다른 종류의 IQ검사와 상관관계를 지어본다.
- \_\_\_\_\_ 자책을 하는 경향성을 재는 척도는 개발한 후에, 연구자들이 이 척도가 우울증을 예측해 주는지, 아동기 학대와 관련이 있

는지, 그리고 직장에서 자기주장을 못하는 것과 관련이 있는지를 검증한다.

- \_\_\_\_\_ 사람들을 2명의 의사가 각기 따로 면접을 실시하게 한다. 연구자는 의사들이 진단에 대해 의견이 일치하는지 여부를 조사한다.
- a. 평정자간 신뢰도
  - b. 검사-재검사 신뢰도
  - c. 준거 타당도
  - d. 구성 타당도

### DSM에 대한 세부적 비판

DSM에 대해서는 몇 가지 특정한 의문점과 염려사항이 제기되어 왔다. 다음 절에서 이런 염려사항 몇 가지를 살펴보겠다.

**진단이 너무 많지 않은가?** DSM-5에는 300개 이상의 다른 진단이 들어 있다. 어떤 사람들은 진단 항목의 수효가 급속히 많아지는 것을 비판했다(표 1.3 참조). 한 예를 들면, DSM-5에는 극심한 외상을 겪고 나서 첫 한 달 이내에 나타나는 증상을 기술하기 위해서 급성 스트레스장애(acute stress disorder)라는 항목이 이전부터 계속 수록되어 있다. 이와 같이 외상을 받으면 비교적 흔히 나타나는 반응을 하나의 심리장애로 진단을 내려서 병리화(pathologize)해야 하는가(Harvey & Bryant, 2002)? 도박장애는 DSM-5에서 물질관련 장애 및 그밖의 중독장애의 장 밑에 추가되었다. 이와 같이 DSM의 범위를 넓힌 결과, DSM 제작자들은 그렇게 하는 데 대한 적당한 당위성도 없이 너무나 많은 문제를 심리장애로 만들어 놓은 것으로 보인다.

다른 학자들은 DSM 체계가 증상에서의 조그만 차이를 토대로 너무나 미세한 진단을 많이 구분해 놓았다고 주장한다. 진단항목이 너무 많은 것으로 인한 한 가지 부작용은 **동반이환**(공존질환)(comorbidity)이라고 불리는 현상인데, 이는 두 번째 진단이 별개로 존재함을 뜻하는 것이다. 동반이환의 존재는 예외라기보다는 통상적인 일이 되어 버렸다. DSM-IV-TR의 정신과 진단 중에서 최소한 하나의 기준이라도 부합되는 사람들 중에서, 45%가 최소한 1개 이상의 다른 정신과 진단에도 부합되는 것으로 나타났다(Kessler, Berglund, Demler et al., 2005). 어떤 학자들은 이와 같은 진단상의 중복이 증상을 너무 잘게 나눈 결과라고 주장한다(Hyman, 2010).

진단의 수효가 너무 많은 것에 대한 좀 더 미묘한 쟁점은 많은 위험 요인이 하나 이상의 장애를 촉발하는 것으로 보인다는 것이다. 예를 들면, 특정 유전 인자들이 외현화장애(제10장 참조) 전반과 관련된 위험을 증가시키는 것과 관련된다(Kendler et al., 2003). 어린 시절의 외상, 스트레스 호르몬의 조절부전(dysregulation), 자기에 대한 부정적 정보에 주의를 기울이고 기억하는 경향성, 그리고 신경증 성향(neuroticism) 모두는 많은 불안장애뿐만 아니라 기분장애에 걸릴 위험을 높여주는 것으로 보인다(Harvey, Watkins, Mansell et al., 2004). 또한 불안장애와 기분장애는 유전적 위험(Kendler, Jacobson, Prescott et al., 2003), 전전두엽(prefrontal cortex)으로 불리는 두뇌 영역의 기능 저하(Hyman, 2010), 그리고 세로토닌 기능의 저하(Carver, Johnson, & Joormann, 2008) 면에서 중복되는 부분이 있는 것으로 보인다. 마찬가지로, 프로작(Prozac)과 같은 선택적 세로토닌 재흡수 억제제(selective serotonin reuptake inhibitors, SSRIs)는 불안 증상뿐만 아니라 우울 증상

표 1.3 DSM의 출간 횟수에 따른 진단항목의 수효

| DSM 출간 횟수 | 항목의 수효 |
|-----------|--------|
| DSM I     | 106    |
| DSM-II    | 182    |
| DSM-III   | 265    |
| DSM-III-R | 292    |
| DSM-IV-TR | 297    |
| DSM-5     | 347    |