

한국심리학회지: 건강  
The Korean Journal of Health Psychology  
2009. Vol. 14, No. 1, 1 - 26

## 도박중독 문제의 본질에 충실한 평가/진단 및 비율 산정<sup>†</sup>

이 순 목<sup>‡</sup>

성균관대학교 심리학과/인재개발학과

김 중 남

서울여자대학교 교육심리학과

본 연구는 도박중독문제를 어떻게 정의하고 접근해야 최선일 것인가에 대한 근본적인 질문에서 시작되었다. 이에 도박중독문제의 본질을 규정하고, 도박중독 발생과 유지에 영향을 미치는 다양한 요인들을 포괄하여 도박문제를 이해하고자 하였다. 이러한 작업이 선행된 후에야 도박의 문제를 정확하게 진단, 분류, 평가하고 나아가 유병률이나 발병률의 균형잡힌 산정도 가능할 것이기 때문이다. 우선 도박중독 개념과 관련하여서는 전문가 간에 상이한 견해를 보이고 있으므로 도박중독에 대한 광의의 정의와 협의의 정의 등으로 세분하는 것이 의사소통에 혼란을 방지할 수 있을 것으로 생각된다. 또한 도박행동을 중독인가 아닌가, 병적인가 아닌가 등 이분법적으로 구분하기보다 연속선상에 존재하는 것으로서 바라보아야 할 것이다. 이와 함께 최근 등장하고 있는 도박행동에 대한 다원적 및 다층적 관점을 소개하였는데, 이러한 관점의 장점은 도박문제를 개인의 책임으로만 떠넘기는 것이 아니라 도박문제와 관련된 다양한 주체들이 책임을 나누고 문제해결을 위해 공동대처하도록 촉진한다는 점이다. 또한 현재 국내에서 사용되고 있는 도박중독 평가척도들의 제한점을 극복한 척도의 제작이 필요한 바, 새로운 척도 개발 시 필요한 유의사항을 밝혔다. 마지막으로 도박관련 정책 추진시 유병률과 발병률의 산정이 중요한 이슈로 부각되는바, 도박중독문제의 본질에 충실한 유병률과 발병률 추정을 위한 방안을 제시하였다.

주요어: 도박문제, 행동중독, 도박평가척도, 유병률, 발병률

<sup>†</sup> 이 논문은 2008년 11월 7일 대전에서, 한국심리학회 중독심리전문가 위원회와 충남대학교 중독행동연구소에서 공동주최한 “한국사회의 도박중독 문제: 어떻게 풀어나가?”의 심포지엄에서 발표된 내용을 기초로 수정·보완한 것임.

<sup>‡</sup> 교신저자(Corresponding author) : 이순목, (110-745) 서울특별시 종로구 명륜동 3가 성균관대학교 심리학과/인재개발학과, Tel: 02-760-0492, E-mail: smlyhl@chol.com

도박중독이란 도박행동이라는 연속선상에서 극단에 있는 행동을 말한다. 그러나 중독문제의 분류는 도박행동의 발달과정에서 개입하는 다원적인 개입주체의 입장에 따라서 다르게 정의될 것이다. 예로서, 치료적 관점에서는 질병이 있다/없다 또는 중독이다/아니다의 이분적 관점에서 정의하겠으나, 예방을 담당하는 주체의 관점에서는 중독 이전의 단계들이 보다 의미가 있을 것이다. 사업체의 관점에서는 도박자가 과도한 행동으로 진입하는 것을 예방하면서 오락성·사교성 도박의 인구를 위축시키지 않는 것이 필요하므로 중독과 그 반대 방향 모두를 균형 있게 이해하는 가운데 중독의 문제를 다루게 될 것이다. 도박행동을 연구하는 학술적 주체라면 도박행동에 대한 정보의 손실이 없는 연속변수로서의 도박행동에 관심이 있으며 극단점수로 표현되는 중독에만 관심을 집중하지는 않을 것이다.

하나의 개입주체가 특정의 관점에서 도박행동 및 중독의 문제를 조명할 때 문제의 발달과 조절/통제의 과정을 온전히 이해하기 위해서는 다층적 조명만으로 부족하다. 예로서, 도박중독을 개인의 문제만으로 본다면 가족내 사회학습, 사업체의 영업노력, 사회의 건전화 조성 미흡, 국가기관의 환경규제 부족 등 또 다른 층(level)에서의 영향요인이 간과될 수 있다. 즉, 다층적 접근에 의해서만 이 중독문제를 온전히 조명할 수 있다. 이 글에서는 도박중독문제에 대하여 연속선상의 개념, 다원적 개입주체, 다층적 조명의 관점에서 본질을 논의하고 본질에 충실한 평가/진단 및 비율산정을 강조한다.

## 도박중독문제의 본질

### 도박의 개념

도박은 인간의 본성이라고 할 수 있을 정도로 인류사회에 오래되고 보편화된 행동이다. 국어사전을 참조하면 도박은, 명사로서 ‘요행수를 바라고 위험한 일이나 가능성이 없는 일에 손을 대는 일’, ‘돈이나 재물을 걸고 서로 따먹기를 다투는 짓’(이희승, 1982)이며 동사로서는 그런 행위를 하는 것을 가리킨다. 영미권의 사전에서는 명사로서 ‘Any matter or thing involving risk or hazardous uncertainty’ 또는 ‘a venture in a game of chance for stakes, especially for high stakes’이며, 동사로서는 ‘to play at any game of chance [risk, uncertainty] for stakes’ 또는 ‘to stake or risk money or anything of value, on the outcome something involving chance’(Yerkes, 1989)라고 개념을 정의하고 있다.

두 사전의 지혜를 종합하면, ‘요행수로 자신에게 유리한 결과를 기대하며 재화를 내걸고 따먹기하는 행위’가 된다. 요행수를 통계용어로 바꾸면 위험(risk: 1과 0이 아닌 발생확률값이 알려져 있음)과 불확실(확률값이 알려져 있지 않음)이 되며, 재화는 동산인 돈과 부동산 및 기타의 재물이 된다. 그렇다면 도박행동에 대하여 아래와 같은 기본적인 정의를 제시할 수 있다: 위험한/불확실한 사건의 미래 결과에 대한 기대를 가지고, 결과에 따라 금전 또는 유형가치의 이전을 내기하는 자발적 참여 행위. 여기에 ‘여가맥락’을 전제로 하는 견해도 있으며(예: 김교현, 2008), ‘가치증식이 포함되지 않음’을 전제로 한다는 견해도 있다(예: 이

태원, 2008). 즉, 좁게 보면 즐거움의 목적에서 참여하며, 일반적으로 결과가 단기간에 알려지는 경우를 협의의 정의로 볼 수 있다.

그러나 도박을 넓게 보면, 처음부터 여가매락을 벗어나 비여가매락에서 위험도가 높은 행동에 탐닉하는 경우까지를 포함하는 광의의 정의를 생각할 수 있다. 캐나다의 CPGI(Ferris & Wynne, 2001)에서는 물품 내걸기(commodity market)와 주식을 도박("gambling")에 포함하여 설문하고 있다. 한성렬, 허태균, 이흥표(2008)의 보고서에서도 주식을 도박의 한 범주로 기술하고 있다. 즉, 상거래 가운데 원래의 목적(예: 부가가치 추구, 경제이윤 추구)을 상실하고 행위자체에 탐닉하는 경우들이 포함될 수 있다.

도박에는 순기능과 역기능이 있다(김교현, 2003). 순기능은 개인과 가족에게 일상을 벗어난 스틸과 유쾌함을 주고 지역사회나 국가에 재정수입과 경제활력을 제공하는 것이다. 역기능은 개인과 가족에게 건강저해, 경제파탄, 가족해체 등을 초래하고 지역사회에 범죄를 가져오며, 국가적으로는 국민의 건전한 근로의식 저해를 가져올 수 있다.

이러한 득과 실 가운데 득을 높이고 실을 낮추는 방향으로 개인/사회/국가에 의한 도박관리가 있어야 할 것이다. 그런데 도박으로 인해 개인/가족/사회/국가에 누를 끼치고 부정적 파급효과가 발생할 때 도박은 자칫 문제의 근원으로 보일 수 있다. 그러나 도박을 인류가 즐기는 많은 오락 중 하나로 본다면, 도박에 의한 문제는 도박 자체보다는 도박자, 도박발생의 맥락, 사회문화적 규범, 법 제도 등이 문제를 매개하며 책임을 공유하고 있다고 보아야 할 것이다. 만일에 도박 자체를 규

탄한다면 인류가 발명/발견한 많은 이기의 오남용 때문에, 이기 자체를 폐기해야 한다는 주장과 다름이 없을 것이다.

### 도박중독에 대한 관점

오락으로 시작한 도박행동이 문제행동으로 바뀌면서 부각되는 측면이 도박중독이다. 가치중립적인 도박이 문제시되는 도박으로 발전하기까지 많은 과정과 관련변수의 개입이 있으므로 도박중독에 대한 관점 역시 단순할 수가 없다. 도박중독은 전통적으로 질병으로 간주되었고, 이러한 관점은 도박자와 가족에게 불합리한 죄의식을 덜어주는 한편, 개인 또는 가족이 담당해야 할 책임의식을 강조하지 않는다는 지적이 있어왔다. 따라서 도박으로 인한 문제발생을 "본인의 자유의지나 노력 및 사회문화적 규범과 관련 없는 질병으로 바라보는 것이 타당하거나 효율적일 것인가에 대한 많은 논란이 있을 수 있다"(김교현, 2003, p.488). 김교현(2003)은 도박중독에 대한 전통적인 생물적/의학적 관점은 실용성과 다양한 관점, 즉 심리/사회/도덕의 관점이 기여할 수 있는 여지를 상실한다고 지적하고 있다. 이렇게 보면 앞서 제시된, 도박의 사전적 정의도 단순히 개인행동으로서의 관점에 불과하다.

그러면 도박중독을 도박행동이라는 전체적인 조망 속에서 매우 극단으로 진행된 행동으로 보고, 그림 1과 같은 모형을 제시하고자 한다. 도박행동은 개인이 주체가 되는 행동인데, 행동은 도박사고(gambling thought)에 의해서 촉발이 되고 도박사고가 활성화되기 위해서는 개인의 인지/정서/심리사회적 상황요인(예: 우울, 스트레스 요인

회피), 성격/선호/가치 등의 특질요인(예: 경쟁 즐기는 성격, 전략/도전을 선호), 그리고 신경생리적 요인과 같은 생화학적/유전적인 요인 등이 작용할 수 있다. 한편 도박에 대한 생각이 실제 도박행동으로 나타나기까지에는 도박 자체가 주는 유인(재미), 도박산업의 영업노력(예: 도박의 상품화, 도박자에 대한 사회적 보상), 조세환경이 빚어내는 합법 도박장 개설 및 사행홍보 등 많은 요소들이 조절변수로 존재한다. 도박행동이 절제되도록 규제기관은 환경을 조절할 수가 있고, 사회일반은 사회건강 측면에서 필요한 요구를 할 수가 있다.

즉, 도박행동이 심해져서 빈도증가/금액초과/집착/행동이상을 보이게 되면 국가기관이나 가족/사회일반의 우려와 규제가 개입되고, 이때 도박행위에 대한 통제가 유지되는 경우 책임도박(조절도박)으로, 통제를 상실하는 경우 문제성 도박으로 진행하게 된다. 따라서 많은 요소가 복합되어 도박행위 및 통제유지 또는 상실로 이어지므로, 도박을 단순히 개인행위로 보는 관점에서 벗어나 도박에 대한 개념화를 보다 폭넓게 하여 이해의 정확도를 높일 필요가 있다. 그래야 통제상실의 경우에 대한 예방과 대응을 보다 시의적절하고

책무성있게 할 수 있을 것이다. 그런 목표에서 도박문제의 본질을 이해하는데 다음 세가지 방향을 제시한다: 연속선상의 개념화, 다원적 관점, 다층적 관점.

### 도박행동 연속선상에서의 중독

무엇을 과도하게 사용하면 중독이라고 한다. 또는 중독은, 구체적으로 “금단, 내성, 통제력 상실, 일상생활의 기능 손상” 등을 의미한다(이홍표, 2008). 단계로 본다면 오락과 사교에서 시작한 도박이 문제성을 띄면서 궁극적으로 병적인 도박에 이르면 중독이라고 한다. 현재 DSM-IV(APA, 1994)의 병적 도박 분류는 충동조절장애의 하위범주로 되어 있고, 10개 기준 중 5개는 물질의존장애에 기초하고 있다. Petry(2006)는 현재 충동조절장애의 하위범주로 있는 병적 도박을 물질중독의 범주로 옮겨서 “중독장애”란 범주로 새로운 명칭을 붙이는 것을 생각해 볼 것을 제시하고 있다. DSM-IV에서의 분류와 달리 임상장면에서는 ‘중독’의 범주에 넣는 것을 적절한 것으로 보고 있다(예: 신영철, 2008). 그 이유로서는 우선 공병성이 높고, 생리적·유전적 측면이 서로 공유되고 있다

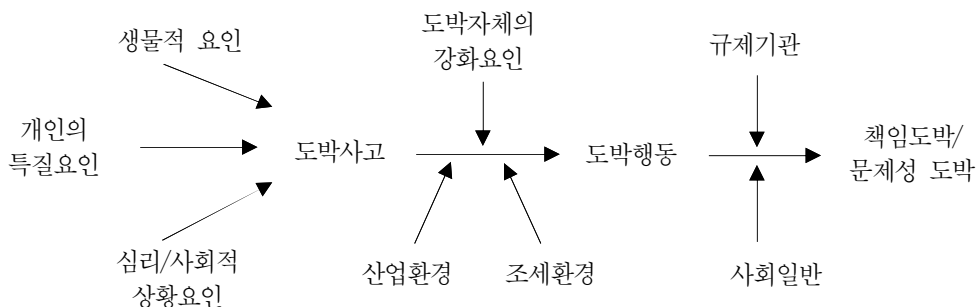


그림 1. 도박행동에 대한 개념도

는 것이다. Potenza, Fiellin, Heninger, Rounsaville, 및 Mazure(2002)는 병적 도박은 물질관련은 아니지만, 부정 결과에도 불구하고 지속적인 관여행동(예: 내성, 금단, 조절력 상실 등)을 보인다는 중독의 핵심적 특성을 가지고 있으므로 중독으로 간주될 수 있다고 주장한다(p.722 참조).

그러나 도박은 물질과 달리 중독이 되면 개인에게 장기적(특히, 금전적으로) 영향을 미치며, 도박중독에서 매우 흔한 추적(chasing)에 대응하는 부분이 물질중독에는 없고, 도박중독이 가져오는 금전관련 문제가 물질중독에서는 그렇게 두드러지는 부분이 아니라는 점이 크게 다르다. 따라서 중독을 물질중독(알코올, 마약, 카페인, 니코틴, 기타 약물)과 행동중독(도박, 쇼핑, 성, 일, 인터넷활동)으로 나눈다면, 도박중독은 행동중독으로 이해되어야 할 것이다(이홍표, 이상규, 이재갑, 김한우, 김태우, 2007). 행동중독으로서의 도박중독을 이해하자면, 다양한 도박행동의 연속선상에서 과도한 행동(경제, 폐해, 통제곤란 등의 측면)이 도박중독으로 범주화될 수 있을 것이다.

이제 도박중독을 왜 연속선상에서 보는 것이 필요한가를 논의하고자 한다. 인간행동의 연구가 계량과학으로서 시작한지는 1860년 Fechner가 “정신물리학의 기초”를 저술한 시점으로 거슬러간다. 그 이래로 인간행동은 연속선상에서 수량적 측정이 가능한 대상으로 간주되었고 이미 150년 가까운 역사를 가지고 있다. 그렇다면 행동중독으로서의 도박중독 역시 행동측정의 혜택을 물리칠 수 없는 과학적 접근의 영역이다.

그러나 현재 도박중독에 대한 견해는 연속선의 개념에서 보는 관점과 ‘질병이 있다/없다’ 또는 ‘질병이다/아니다’ 식의 이분법적으로 보는 관점이

경쟁하고 있다. 치료적 의사결정을 위해서는 이분법적 관점이 실용적이다. 한편 Potenza 등(2002)은 1990년대에 미국과 세계 각 곳에서 합법적 도박의 접근이 급격히 증가하고 인구적 구성 또한 다양하고 이질적인 방향으로 가고 있음을 지적하였다. 이러한 증가가 가지는 의미는 도박참여자들의 개인건강에 대하여 질병 수준의 도박이 발생하기 전에 선별하여 처치하는 측면이 필요함을 시사하는 것이다. DSM-IV에서는 가장 심각한 수준인 병적 도박을 다루고 있으나, 그보다 덜 심각하면서 과도한 도박으로 인해 병적 도박과의 경계를 넘나드는 문제도박(problem gambling)도 있다(Potenza et al., 2002, p.721 참조). 그렇다면 사교성 도박자 가운데도 좀 더 과도한 방향으로 진행된 상태와의 경계를 넘나드는 경우가 가능하다. 이것은 특히 일반의나 1차의료담당자는 물론 도박중독과 관련하여 전문적 개입을 제공하는 각 분야의 전문가 및 정책 담당자들에게 시사하는 바가 크다. 단계별 예방, 재활 및 사회공중건강 차원에서의 정책을 위해서는 연속적인 개념이 적절할 것이다. 즉, 질병이 ‘있다/없다’의 차원이 아닌 또 다른 차원에서 중독현상의 이해와 접근의 현실화를 촉구하는 것이다. 이분법에서의 중독은 ‘질병 있음’을 의미하지만, 다분법으로 갈 때 다양한 분류가 가능하며 그 중에서도 어느 수준까지를 중독으로 볼 것인가는 논쟁의 대상이 된다.

최근 서구에서 개발된 도박행동의 유형분류가 4분법 내지 5분법으로 제시되는 것은 이분법적 관점을 넘어, 연속선상에서의 범주화로 관점이 확대됨을 의미한다. 이 때 심각한 극단에 위치한 문제가 DSM-IV에서 다루는 병적 도박(pathological gambling)이 될 것이다(김교현, 2003; NGISC,

1999). 미국에서 DSM-IV에 기초하여 개발된 NODS(NGISC, 1999)에서는 비도박자/저위험 도박자/위험 도박자/문제 도박자/병적 도박자로 분류하고 있고, 일반인 대상으로 개발된 캐나다의 CPGI(Ferris & Wynne, 2001)에서는 사람 아닌 행동을 중심으로 비도박/비문제 도박/저위험 도박/중위험 도박/문제도박으로 분류하고 있다. 120개의 독립적 연구를 계량적으로 통합한 Shaffer, Hall, 및 Vander Bilt(1997)의 상위분석(meta-analysis)에서는 1수준을 비도박 및 비문제 도박자, 2수준을 '준임상적(sub-clinical)' 도박자, 3수준을 병적 도박자로 분류한다. CPGI 분류에서의 '문제 도박' 행동은 Shaffer 등(1997)의 3수준, 즉 병적 도박자의 도박행동을 가리킨다(Ferris & Wynne, 2001, p.18 참조). 미국의 국립연구위원회(National Research Council, 2003)에서는 도박과 관련하여 다양한 용어를 소개하고 있는데, 그 중에도 연속선상의 수량적 표시를 하는 경우가 포함되어 있다. 즉 전혀 도박을 하지 않는 0수준 도박, 사교성 또는 오락성 도박으로 유해한 효과가 없는 1수준 도박, Potenza등(2002)의 문제 도박(problem gambling)과 동의어인 2수준 도박, DSM-IV에서 정의된 병적 도박과 동의어로 쓰이는 3수준 도박과 같은 분류도 사용되고 있다.

비문제 도박과 병적 도박 사이의 수준에 대해 다양한 명칭(위험 도박, 문제 도박, 준임상적 도박 등)이 있으나 이 글에서는 “위험성(at risk)” 도박이라고 부르기로 한다. CPGI에서는 병적 도박과 같은 의미로 ‘문제 도박’을 사용하고 있고, “준임상적”이라고 할 때 일반적으로는 생소한 느낌이 있어서 문제 도박과 준임상적 도박이란 용어를 피하게 되었다. 연속선을 다분하는 관점에서 위험

성 도박을 중독에 포함하느냐 아니냐는 논쟁의 대상이 된다. 전통적인 정신의학 입장에서는 포함될 수 없을 것이고, 예방의학/1차의료담당자/사회공중건강관계자 등의 입장에서는 포함시키고자 할 수도 있다. 위험성 도박을 중독에 포함시킬 경우, 기존에 사용된 ‘중독’이 전통적으로 ‘질병 있음’을 의미해 왔으므로(이홍표, 2008), 새로운 용어(예: 도박문제, 습관성 도박 등)가 필요할 것이다. 한국 문화에서 도박중독이란 용어에는 이미 ‘질병 있음’을 넘어 도덕적 문제, 낙인효과 등이 언급될 정도로(이경희, 2008; 이홍표, 2008) 부정적 이미지를 가지고 있다.

앞으로 도박중독에 대한 정의나 서비스의 범위에 대해서 합의나 공감대가 필요하다(이경희, 2008; 전영민, 2008). 그러나 이미 도박에 대한 정의조차 광의의 정의와 협의의 정의가 있으므로 도박중독의 정의 역시 중독문제에 대한 이해관계 집단 내지 개입주체의 관점에 따라 다를 수 있다. 따라서 다원적 관점을 수용할 때만이 의사소통이 가능하고 사회전반에 유익한 결과를 가져올 것이다.

### 도박중독의 다원적(多元的) 관점

이제 도박중독의 다원적 관점에 대해 소개하고자 한다. 그림 2는 도박행동이 문제성 수준으로 진입함에 따라 도박의 긍정적 효과성이 감소되고 개입의 필요 증대 및 개입주체의 다변화를 나타낸 것으로, 도박중독에 대한 다원적 관점을 보여 주고 있다. 조절도박을 유지하는 범위에서는 오락과 사교라는 특이 있으나, 개인이 자신의 행동 결과에 대해 잘 알고 자율적으로 선택할 수 있도록 하는 정보 제공 및 예방적 개입이 필요하다. 통제

를 상실하면서부터는 문제성 도박의 범위에 속하게 되고 상담 또는 치료적 개입이 필요하게 된다. 점차 문제가 심각해질수록 더 많은 개입이 필요하며, 중독에 이르면 다양한 주체들에 의한 다원적 개입이 요구되는 것이다.

다원적 관점은 도박문제와 관련하여, 어느 한 개체만이 도박중독의 문제를 해결하겠다고 해서 그 문제가 해결될 수 있는 일이 아니라는 관점이다. 관련된 개체들을 크게 이원적으로 보면 학술적/실용적으로 나눌 수 있겠으나, 실용적 측면의 관련 개체나 집단이 훨씬 다양하다. 이들은 이해관계나 문제해결의 관점에서 개입을 하고자 한다. 이미 병적 도박의 치료를 중심으로 치료자가 있으나, 동시에 단도박 모임이 있어서 개인의 노력도 강조되고 있다. 그러나 도박인구가 확대되고 다양한 인구가 다양한 방식으로 문제를 경험함에 따라 도박자를 둘러싼 다원적 개입 및 책임이누기가 힘을 얻고 있다. 김교헌, 이흥표, 권선중(2005)은 병적 도박 유병률을 낮추는 것은 정부나 지자체의 일차 책임이며, 발병률(incidence rate)의 감소는 사행산업체의 일차 책임이고, 병적 도박과

관련된 문제의 치료, 재활, 및 상담은 전문가(심리학자/의사)의 책임이라고 제시하고 있다. 사회의 책임 역시 간과할 수 없다. 우리 사회는 문화규범상 도박에 대해서 이중적 태도를 가지고 있다. 일면 접근성이 높은 환경을 가지고 있고 도박참여에 허용적이면서, 일단 중독이 되면 낙인을 찍고 비난한다. 권장해 놓고, 어느 정도의 선을 넘으면 외면하는 우리 사회도 도박중독의 발생과 치유에 책임이 있다(신영철, 2008).

이렇듯 다원적인 주체들이 도박중독에 관여하고 있어서, 중독의 의미나 범위도 주체별로 달리 하는 것이 실용적이라 할 수 있다. 예로서, 치료전문가 관점에서는 치료적 개입의 필요를 기준으로 병적 도박자들의 도박수준을 ‘중독’으로 정의하고자 할 것이다. 여기에 합법/불법의 구분이나, 도박의 종류 등은 큰 관심이 되지 않는다. 이와 대비하여 법률적 체계 속에서 규정된 개입을 실시하고자 하는 정부기관은 그 규정에 충실한 범주화를 하고자 할 것이다(예: 사행산업감독위원회의 “사행산업체” 중심 관점). 상담자, 1차 의료담당자, 예방중심기관의 관점에서는 병적 도박은 물론 그

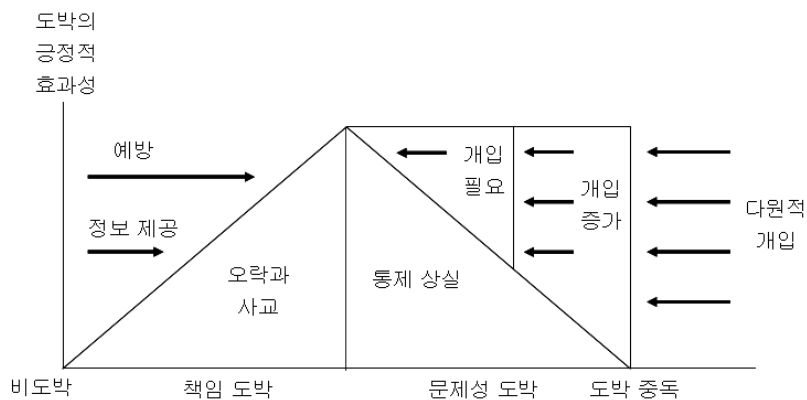


그림 2 도박중독과 다원적 개입

이전 수준의 도박까지도 모두 ‘중독’으로 간주할 수가 있다. 이런 다양한 주체의 관점에 따라서 도박중독이 가지는 의미가 다를 수 있으므로, 각 주체에서 중심적으로 다루는 과도한 도박행동에 대하여 적절한, 낙인효과를 불러 일으키지 않는 용어가 사용될 것이다(예: 마사회 유켄센터에서는 “습관성 도박”이란 용어 사용).

### 다층적 접근의 필요성

도박중독을 보는 연속선적인 관점과 다원적 관점에 추가하여 다층적 접근을 제시하고자 한다. 다양한 변수간의 관계를 단층적 현상으로 보지 않고 주변을 둘러싼 상이한 시스템들이 영향을 미쳐서 발생하는 것으로 보는 관점인 다층적 접근이 사회과학(교육학, 심리학, 경영학, 행정학 등)에 도입된지 20년이 훌쩍 넘었다. 개념적으로는 1980년대 초부터 논의되어 왔고 방법론으로는 상용화된 소프트웨어 HLM(Raudenbush, Bryk, Cheong, & Congdon, 2000)과 SAS의 Proc Mixed(Littell, Milliken, Stroup, & Wolfinger, 1996) 등으로 인하여 보편화되어 가고 있다. 도박중독에 대한 다층적 접근은 중독발생에 개인, 가

족, 사업체, 사회, 국가라는 다층적 요소가 작용하고 있음을 강조한다(그림 3 참조).

여기서는 다양한 개인요인, 가족요인, 사회적요인을 중심으로 살펴보기로 한다.

### 개인요인

먼저 생물/생화학적/유전적 요인을 들 수 있다. 병적 도박자에게 있어 생물학적 요인의 역할을 밝힌 연구들은 병적 도박을 유발하는 생리적 조건이 있음을 시사한다. 생물학적 요인에 대한 연구는 다양한 분야에서 이루어지고 있는데, 두뇌반구와 관련된 연구에서는 반구 편측성(혹은 반구 특수성)의 성숙 부족이 병적 도박자의 충동조절문제와 관련이 있을 수 있음을 시사한다(Hare & McPherson, 1984). 생화학적 불균형으로서는, 세로토닌, 노어아드레날린, 도파민 시스템에서의 문제가 병적 도박과 관련된 것으로 보고되고 있다(Bergh, Eklund, Soedersten, & Nordin, 1997; Blanco, Orensanz-Munoz, Blanco-Jerez, & Saiz-Ruiz, 1996; Sunderwirth & Milkman, 1991). 분자유전학 연구에서는 병적 도박자들에게는 공유된 유전인자가 있다는 강력한 증거가 제시되었



그림 3. 도박중독에 대한 다층적 관점



다(Comings et al., 1996). 즉 병적 도박자 중 51%가 D2A1 유전인자를 가지고 있었는데, 이는 통제 집단에 비해 2배 가까이 높은 수치였다.

이런 생물학적 관점의 연구자들은 도박문제를 질병으로 보지 않는다(Ferris, Wynne, & Single, 1999). 그러나 생물학적 요인이 병적 도박의 중요한 원인이라고 여기기 때문에 의학모형처럼 도박 중독자 본인이나 가족이 가질 수 있는 불합리한 죄의식을 견어줄 수 있다. 이러한 관점은 적어도 생물학적 불균형을 사전에 발견하고 예방이나 치료를 제공한다면 병적 도박자의 발생을 줄이는데 의미가 있을 것이다.

둘째, 인지(왜곡된 사고) 요인이 있다. 통제력의 착각, 해석의 오류, 미신적 신념과 같은 비합리적 사고가 병적 도박의 발달과 유지에 중요한 역할을 한다는 것은 이미 여러 연구에서 밝혀진 사실이다(Ladouceur & Walker, 1996; Toneatto, 1999). Raylu와 Oei(2002)는 도박자들이 보이는 대표적인 두 가지 유형의 왜곡된 사고가 있는데, 첫째는 자신이 게임의 결과에 직간접적으로 영향을 주고 통제할 수 있다는 믿음이고, 둘째는 정확하게 결과를 예측할 수 있다는 믿음이라고 하였다. 이흥표(2003)는 비합리적 도박신념은 문제성 도박자, 특히 병적 도박자들의 지속적이고 굳은 인지적 특성이라고 밝혔다.

셋째, 개인의 동기 요인을 고려해야 할 것이다. 이흥표(2002b)는 도박동기를 사고동기, 유희동기, 금전동기, 흥분동기, 회피동기 등 5가지로 구분하고, 이 중 금전동기가 도박문제의 심각성을 유발하는 가장 중요하고 직접적인 변인이라고 밝혔다. Raylu와 Oei(2002)에 의하면, 도박동기를 자기결정적 동기(SDMP: self-determined motivational profile)와 비자기결정적 동기(nSDMP: non-self-

determined motivational profile)로 나눌 수 있다. 여기서 자기결정적 동기는 내재적 동기(흥분, 성취감, 지식을 넓힐 기회를 위해 도박함)와 관련되어 있는데, 이런 사람은 기술 게임에 더 많이 참여하며 대체로 이들이 더 많이 도박에 참여하고 더 오래 지속한다. 비자기결정적 동기는 외적 조절(돈을 따는 것과 같은 외적 보상을 얻기 위해 도박함)과 관련되어 있으며 이런 사람들은 운과 관련된 게임에 더 많이 참여한다.

넷째, 성격 요인을 들 수 있다. 도박행동에 영향을 미치는 성격 변인으로 가장 많이 논의되는 것이 충동성과 감각추구성향이다. 여러 연구에서 이러한 충동성과 도박문제와의 관련성이 지지되고 있으며, 충동성이 병적 도박의 심각도와 비례하는 것으로 보고되기도 하였다(Steel & Blaszczynski, 1998). 실제 병적 도박자의 치료에서 만족을 지연시킬 수 없음, 행동의 장기적 결과에 집중할 수 없음과 같은 충동적인 측면이 자주 보고되는 주제였다고 한다(McCormick, Taber, Kruegelbach, & Russo, 1987). 감각추구성향과 관련하여서는 흥분이나 각성을 얻기 위해 도박을 한다는 연구도 있으나(Anderson & Brown, 1984), 오히려 각성을 피하고(Cocco, Sharpe, & Blaszczynski, 1995) 부정적 정서 상태를 회피하거나 감소시키기 위해 도박을 한다는 증거도 있다(Blaszczynski, Wilson, & McConaghy, 1986). 이렇듯 도박과 감각추구의 관련성에 대해서는 한 방향으로 결론을 내리기 어려운 것으로 생각된다. 그 외에도 신경증성, 정신병성, 외향성과 같은 성격특성과 병적 도박과의 관련성에 대해서도 연구가 이루어지고 있다(Blaszczynski, Wilson, & McConaghy, 1986; Gray, 1981).

## 가족요인

가족 요인으로 사회학습 요인을 고려해야 한다. 가족 중 도박중독자가 있는 경우, 관찰학습, 대리 학습, 모방학습을 통해 다른 가족들도 도박중독에 빠지기 쉽다. Jacobs 등(1989)의 연구에서 부모가 도박문제 있는 경우, 그들 자녀 중 29%가 도박관련 문제를 보여, 부모에게 도박문제가 없는 학생의 경우(14%)와 대조를 보였다. 특히 물질남용으로 치료를 받고 있는 병적 도박자들의 경우, 그들 가족 중 병적 도박자의 비율이 상당히 높은 것으로 나타났다(Lesieur & Heineman, 1988). 또한 도박행동의 정도가 심각할수록 전체 분산(variance) 중 가족변인이 설명하는 양이 증가되는 것으로 나타났는데, 병적 도박 진단을 받은 경우 가족변인이 그러한 증상의 62%나 설명하는 것으로 나타났다(Eisen et al, 1998).

또한 가족은 대인적(social) 지지집단으로서 역할을 한다. 도박자를 심적으로 지지해 주는 가족이 있어서 도박중독이 지속되기도 하고, 거기서 벗어날 수도 있다. 가족이 냉정을 유지하여 일정한 거리를 가지고 지지해 준다면, 도박자도 홀로 설 수 있는 자원을 동원하여 도박문제에서 벗어나고자 노력을 지속할 수 있을 것이다. 그런 의미에서 가족이란 시스템이 지니는 역할은 경우에 따라 중독의 지속요인이 되기도 하고, 중독탈피요인이 되기도 한다.

## 사회적 요인

먼저 사회학적 관점은, 개인이 더 큰 사회에 대처하지 못해서 생긴 반응이 병적 도박일 수 있다

고 가정한다(Raylu & Oei, 2002). 또한 도박 환경 내의 사회적 구조가 도박을 더욱 촉진할 수 있는데, 도박장에서의 사회적 상호작용, 감각적 자극, 경제적 이득, 의사결정의 기회 등 여러 가지 보상(Rosecrance, 1986, 1988)과, 도박장면에서 종업원과 도박자 간의 폐쇄적인 환경(Hayano, 1982)이 병적 도박의 발달 및 유지에 기여하는 것으로 알려져 있다. 이흥표(2002a)는 도박행동에 영향을 미치는 사회적 요인으로 도박에 대한 사회적 태도(도박에 대해 얼마나 긍정적인가 혹은 부정적인가), 사회적 통제(도박을 얼마나 허용하고 규제하는가), 접근가능성(얼마나 도박에 쉽게 접근할 수 있는가) 등이 있다고 하며, 도박행동을 보이는데 있어 개인의 선택과 결정도 중요하지만 사회적 환경의 일차적 책임을 강조하였다(p. 98 참조). 그 밖에 나이, 성, 결혼상태, 수입, 교육, 고용여부, 사회적 지위 등이 도박패턴에 영향을 줄 수 있다.

그 다음으로 사회일반의 사회정의 요구가 있다. 사회일반은 국민대중, 여론단체, 각종 대량 의사소통 수단 등을 의미한다. 사회일반은 사회구성원들이 사회정의를 지킬 것을 요구하는데 국민대중에게 도박을 권하는 도박산업체 및 정부에 도박환경의 절제화 및 규제를 요구하는 것도 그러한 요구의 일환이다. 도박행동의 순기능을 손상시키지 않는 범위에서 그러한 요구가 실현된다면 바람직한 균형을 이룰 것이지만, 일반적으로는 실현이 미흡한 실정이다. 실현이 미흡한 만큼 도박문제는 방치될 수 있고 사회적 비용이 발생한다. 사회일반의 요구와 바램이 실현되지 않는 현실은 도박문제를 사회의 책임으로 돌리는 소지가 되기도 한다.

이상에서 본 연속선상의 관점, 다원적 관점, 다

층적 관점은 도박중독에 대한 학제적, 협동적, 시스템적 접근을 촉구한다(김교헌, 2008). 이러한 접근이 가능할 때 사행산업의 발달과 유병률의 저하가 동시에 실현되는 현상(예: 미국 오레곤주)을 볼 수 있을 것이다. 이러한 결과를 얻기 위해서는 현재의 문제에 대한 치료, 재활 뿐만 아니라 예방, 기초연구 등 앞을 내다보는 노력에도 많은 지원과 투입이 있어야 할 것이다(이태경, 2008).

### 도박중독-어떻게 평가할 것인가

이제껏 도박중독의 본질을 다원적·다층적이고 연속적 개념으로 볼 것을 촉구하였다. 한편 평가는 일단 주어진 장면에서의 학술적·실용적 목적에 따라 이루어질 것이다. 그러나 관련 장면에서의 이분법적이고 단층적인 평가가 아니라 연속선상에서의 다분법적이고 다층적인 평가모형이 있어야 나무만 보고 숲을 놓치는 실수를 범하지 않을 것이다. 현재의 평가는 이분법적이고 단층적인 평가에서조차 오늘날 측정 및 통계의 발달한 기법을 충분히 활용하지 못하고 있다. 여기서는 우선 도박자 일반에게 적용가능한 다분법 내지 연속선상에서의 평가에 대하여 논의하고자 한다. 이것이 아직은 단층적 노력에 지나지 않겠지만, 우선 단층 수준에서라도 정확하고 타당한 평가가 있어야 실용적 측면에서의 다층적 평가로 확대될 것이다. 이를 위해 척도간 연결, 진단용 평가에서의 기준점수 설정, 그리고 국내의 척도에 대한 평가, 끝으로 척도제작시 주의사항에 대해 논의할 것이다.

### 척도 간 연결

교육장면의 능력측정 척도에서는 척도간 연결이 일상적인 작업이 되고 있다. 예로서, 국어능력을 측정하는 어휘척도 A, B가 있을 때 A에서 얻은 점수와 B에서 얻은 점수 가운데 의미가 같은 점수쌍을 설정해야 둘 중 하나를 기준으로 다른 하나를 표시할 수가 있고 상이한 척도에 응답한 상이한 응답자들의 점수를 동일한 척도에 응답한 것 같이 해석할 수 있다. 그런데 이런 기법이 아직 임상장면에서는 도입되지 않고 있다. 이것은 임상장면에서의 척도가 가지는 질적 자료 해석의 측면이 많아서 그렇다고 볼 수도 있으나, 한편으로는 경쟁적인 척도들이 많지 않아서 굳이 연결의 필요를 느끼지 못하였기 때문일 수도 있다. 그러나 도박문제를 측정하는 척도들이 계속 새로이 제작되고 있는 실정을 고려할 때, 기존척도를 사용해 온 사용자들에게 새로운 척도의 잣대에서 기존척도의 점수를 제시하는 방식(또는 거꾸로의 제시도 가능)이 유용할 것이다. 이러한 척도연결이 안되고 있어서 각 척도별로 상이한 유병률이 나오는 현실이다(예: 김교헌 등, 2005; 한성렬 등, 2008).

국내에는 도박중독 평가를 위해 널리 쓰이는 여러 척도들이 학술지에 보고되고 있다: 미국의 전국도박영향평가위원회(NGISC: National Gambling Impact Study Commission, 1999)의 척도에 기초한 KNODS(김교헌, 2003), Shaffer, Labrie, Scanlan, 및 Cummings(1994)의 척도에 기초한 KMAGS(이홍표, 2002b), Leisieur와 Blume(1987)의 척도에 기초한 KSOGS(최완철, 김경빈, 오동열, 이태경, 2001) 등. 이 중 KNODS(L형과 P형, 각 17

문항)는 최종적으로 KMAGS와 동일한 10개의 진단기준에 의거하여 도박중독을 판별한다(김교현, 2003). KNODS와 KMAGS, 모두 점수의 범위가 0점에서 10점이다. KSOGS는 점수의 범위가 0점에서 최대 20점까지 주어진다.

이 세 척도를 사용한 비교연구가 있다(김교현, 이흥표, 권선중, 2005). 이 때 모두 사교성 도박자에서 위험성 도박자로 넘어가는 기준점수가 1점, 문제(problem) 도박자로 분류되는 기준점수가 3점, 병적 도박자로 분류되는 기준점수는 5점이었다. 그런데 자료분석 결과에서 다른 척도보다 KSOGS의 평균점수가 높은 것은 점수폭(0-20점)도 크고 DSM-III에 기준하였으므로, 허위긍정이 많아서 그럴 수가 있다. 또한 KNODS가 KMAGS에 비해 평균점수가 높게 나온 것은 중복면접문항으로 인해서 허위부정(false negative)을 줄이는 면이 있었기 때문이다(김교현 등, 2005). 그럼에도 이 세 척도 간 비교적 높은 상관성이 보고되고 있는데, 이는 세 척도가 적어도 도박의 정도를 측정하는 목적을 어느 정도는 공유하고 있음을 의미한다:  $r(\text{KNODS}, \text{KMAGS})=.83$ ,  $r(\text{KSOGS}, \text{KNODS})=.62$ ,  $r(\text{KSOGS}, \text{KMAGS})=.57$ . 이들 간에 관찰점수 아닌 진점수(true score) 간 상관성이 1.0이 되는 척도가 있으면 동인(congeneric) 척도가 되므로 동일한 의미를 가지는 점수 짝을 구하는 것이 의미 있다. 앞으로 그러한 노력이 기울여진다면 척도 간에 일관성 있는 해석이 가능해질 것이다.

또 하나의 척도로서 이흥표(2002b)가 경험에 의거하여 독자적으로 개발하여 박사학위 논문과 학술지에 발표한 도박심각도 척도(이흥표, 2003)가 있다. 이흥표는 이 척도(29문항)가 전반적으로는 1

요인으로 기능하나, 영역별로 본다면 상관성이 높은(범위: .48 ~ .83, 평균: .68) 4개 요인으로 해석될 수 있음을 보이고 있다: 생활손상, 법적 위기, 자제력 손상, 심리적 상해/부채. 이들은 DSM-IV의 10가지 기준 중 일부에 해당될 수 있다. 이 척도는 개별요인이 KSOGS 및 KMAGS와 .48~.82 사이의 상관성을 나타내고 있으며 4개 요인을 결합해서 KSOGS 및 KMAGS와 상관을 낸다면 0.80은 넘을 것으로 예상된다. 즉, 기존의 검사들과 상당부분 공유하는 면이 있는 것으로 보인다. 그러나 부적 결과(예: 법적 위기, 부채)가 보다 많이 반영된 점에서 독자적 기여를 하는 면도 있다. 이상에서 알 수 있듯이 국내에서 개발된 척도 간에 관계는 높으나 아직은 척도간 연결이 시도되지 않았다.

이제부터 척도 간 연결 방식에 대해 소개하고자 한다. 실제로 같은 속성을 재기 위해 두 개 이상의 척도가 제작되는 경우는 흔히 있다. 같은 목적으로 다수의 척도가 개발될 경우, 하나의 척도에서의 원점수(raw score)가 다른 척도에서도 정확히 같은 의미를 가질 것을 보장할 수는 없다. 그러므로 두 척도에서 얻은 원점수를 그대로 비교할 경우 어떤 척도에 응답하느냐에 따라 동일한 사람이 다른 범주에 분류될 수가 있다. 문항들이 어떤 척도에선 동의하기 쉽고 다른 척도에선 동의하기 어렵게 되어 있을 수가 있기 때문이다. 따라서 동일한 구성개념 측정을 목적으로 타당화가 된 상이한 또는 유사한 두 척도 간에 동등한 의미를 가지는 점수들끼리의 짝을 찾아 내는 것이 중요한 과제이다. 같은 개념을 재는 두 척도에 응답한 동일한 응답자가 척도A에서 20점이 나왔고 척도B에서 25점이 나왔다면 그 두 점수의 의

미는 동등하다. 그렇다면 비교의 편리를 위해서 척도간에 의미가 같은 점수 쌍을 구하는 것이 가능함을 시사한다. 척도A를 기준으로 할 때 동등한 의미를 지니는 척도B의 점수를 찾을 수가 있다. 이것이 일반화되면 상이한 두 척도에 응답한 상이한 사람 간에도 마치 그 두 사람이 같은 척도에 응답했듯이 해석이 가능하다. 이러한 해석이 가능하도록 하는 과정을 ‘척도의 동등화’라고 부른다(Holland & Rubin, 1982).

척도의 동등화가 가능하려면, 척도 간에 내용과 형식을 가급적 동일하게 유지하여야 한다. 따라서 동등화되는 척도들은 구조, 허용시간, 문항의 형태, 검사되는 내용에 있어서 평행한 척도이어야 할 것이고, 단지 동의하는데 있어서 “상대적인 난이도”에서만 변화가 있는 경우가 바람직하다. 동등화할 때는 척도간에 이러한 난이도의 변화를 감안해서, 각 척도에서 얻어지는 점수들에 통계적 조정을 꾀한다. 쉽게 말하면, 점수가 잘 안나오는 척도에서의 점수에는 조금 더 비중을 주고, 점수가 높게 나오는 척도에서의 점수는 조금 덜 비중을 두는 것이다. 그렇게 함으로써 난이도가 다른 두 척도에서 얻은 점수들 사이에 동등한 의미를 가지는 점수의 짝들을 찾을 수 있게 된다.

#### 진단용 평가에서 기준점수 설정의 논리

평가의 해석 및 사용목적은 상대평가를 목적으로 하는 경우(규준참조평가)와 절대평가를 하기 위한 경우(영역참조평가)로 분류된다(이순목, 2005). 규준참조평가(norm-referenced testing)는 평가를 적용받는 대상자 집단의 점수분포에 비추어 해석함으로써, 개별점수가 집단에서 차지하는

상대적 위치를 알려준다. 이에 반해서 영역참조평가(domain-referenced testing)는 측정하고자 하는 행동의 영역(domain)에서 그 행동을 평가하는 척도가 있다고 할 때, 개별점수가 그 척도 상 어디에 위치하는가를 알려주는 기능을 한다(Anastasi & Urbina, 1997). 영역참조평가(준거참조평가라고도 함)에서 개인을 연속선상에 놓고 측정하는 경우도 있으나, 많은 경우 영역참조평가는 몇 개의 유한한 범주에 분류하거나, 등급화 또는 진단을 하는 경우에 사용된다. 도박중독을 판별하기 위한 국내/외의 척도들은 영역참조평가 도구이다. 이러한 도구 사용에서 판단의 범주는 통상적으로 2개일 수도 있고(예: 질병이 있다/없다), 다수일 수도 있다. 이러한 영역참조평가에서는 평가받는 개체들 간에 비교되는 것은 의미가 없고, 영역의 척도에 비추어 각 개체의 위치를 절대평가 하는 것이 의미 있다.

따라서 영역 척도에서 몇 개의 구간을 정하고 각 구간을 나누는 기준점수를 설정한 다음, 개인의 점수를 그 기준에 비교함으로써 개인에 대한 위치를 알려준다. 도박행동이라는 영역에서 대상을 몇 개로 구분하느냐(2분, 3분, 4분,...)에 따라서, 기준 점수는 1개일 수도 있고 복수일 수도 있다.

기준 점수 설정에서 일반적으로는 척도내용 중심의 Angoff(1971) 방법이 널리 쓰인다. 면허시험, 자격시험, 또는 임상적 진단검사와 같은 경우 검사내용에 기초해서 수검자를 분류해야지, 응답자 간의 상대적 위치에 기초해서 분류하는 것은 의미가 없기 때문이다. 평가도구의 내용에 기초하여 기준점수를 설정한다면 수검자 집단의 특성에 무관하게 안정된 기준점수가 된다. 원래 Angoff의 방법은 검사점수에 기초한 이분결정(합격/불합격,

입원여부, 치료여부 등)을 위해 개발된 것이다. 그러나 분류용 범주가 2개를 초과할 경우에도 Angoff의 방법을 응용하여 범주 간 경계선에 기준점을 설정할 수 있다(예: 이순목, 반재천, 이형초, 최윤경, 이순영, 2005, 2007). 그런데 국내/외에서 개발된 도박중독 진단용 척도들에서 기준점 수 설정의 논리에 대한 적절성을 판단가능하도록 분명하게 제시된 것은 아직 없는 실정이다.

### 국내 척도에 대한 평가

앞에서도 언급하였듯이 현재 국내에서 공인된 학술지에 보고된 도박중독 판별척도에는 네 가지가 있다: KNODS(김교현, 2003), KMAGS(이홍표, 2002b), KSOGS(최완철 등, 2001), 도박심각도 척도(이홍표, 2002b). 이들 척도에서 문항개발을 위해서 참조한 준거는 모두 미국정신의학회계의 ‘정신장애의 진단 및 통계 편람’(APA, 1994), 즉 DSM-IV라고 할 수 있다. 물론 국내판으로 번안하는 가운데 한국문화와 행동에 대한 참조가 있었으나 이론적·실제적 측면에서 제한이 있다.

도박심각도 척도를 제외한 3개 척도는 이론적으로 DSM-IV의 “충동조절장애-병적 도박”을 중심적 근거로 하고 있어 도박문제에 대한 이해들이 의학모형을 중심으로 하고 있다. 중독문제의 다원적 접근에서 보면 3개 척도 모두가 하나의 관점에서 평가를 하고 있는 것이다. 의학모형은 환자에 대한 진단과 서비스에 기여하는 장점이 있으나, 사회문제 관점에서의 예방이나 관리에는 기여를 하지 못한다. 즉, 도박자를 둘러싼 주변인사, 가족, 사회와의 관계 속에서 부각되는 시스템 관리 및 재발방지에는 크게 주목하지 못하는 한

계를 가지고 있다. 그러나 치료/상담 주체에 기여하는 목적을 지니고 개발된 척도들이므로 앞으로 그러한 관점의 범위에서 평가 내지 개선점을 논의하겠다.

첫째, 기존의 세 가지 척도가 실제적 측면에서 가지고 있는 문제는 이미 실행된 김교현, 권선중, 김세진, 및 송승훈(2004)의 보고서에서 잘 지적되어 있다. 우선 세 척도 간에 도박중독에 대한 개념이 일치하지 않고 있다. 표 1은 국내의 공인된 학술지에 보고된 네 가지 도박문제 척도들의 구성개념에 대해서 제시하고 있는데, 척도 간에 구성개념이 공유되는 면이 있으나 일치하지 않는 면도 있다. 특히 요인분석 결과, KSOGS는 5가지 요인으로 되어 있고 KNODS와 KMAGS은 단일 요인을 나타내는 것으로 보고되었다(김교현 등, 2004, p.29 참조). 총점을 가지고 일반인 집단에서 도박중독 유병률을 추정하는데 있어서, 세 척도 간에 유사한 분류체계를 사용함에도 불구하고 일관되지 않는 비율을 제시하고 있다(김교현, 이홍표, 권선중, 2005). 최근에 캐나다에서 개발된 CPGI 역시 단일요인을 보이고 있다. 또한 이 CPGI의 번역본을 가지고 문화관광 정책연구원(2006)과 한성렬 등(2008)이 유병률을 조사한 바 있으나, 이들 연구 역시 상이한 유병률을 보고하고 있다.

척도간 구성개념이 일치하지 않으면 척도 실시 결과를 어떻게 해석하느냐에 갈등이 발생하며, 나아가 유병률의 의미도 불분명하게 되어 척도사용에 많은 주의와 제한이 따르게 된다. 그런데 척도를 만들 때 목표로 하는 구성개념이 유사할 경우 기존척도와 전혀 상관없는 척도를 만들지는 않는다. 기존척도에서 이루어진 학술적 발전을 도외시

하지는 않는 것이다. CPGI의 개발보고서(Ferris & Wynne, 2001, p.3)에 의하면, 평가용 9개 문항 가운데 4개 문항은 기존의 SOGS(Lesieur & Blume, 1987)을 참조하였고 2개 문항은 DSM-IV를 참조했다고 한다. 이럴 경우 기존척도와 중복되는 문항을 가교로 하여 두 척도의 점수체계를 동등화하거나 연결할 수가 있다. 그러면 물리적인 척도는 달라도 심리측정적으로는 하나의 잣대를

사용해서 점수를 표현할 수가 있다. 국내의 척도들 역시 척도 간 연결에 대한 가능성은 있으나 시도된 바는 없다. 연결이 되면 척도가 달라도 일관성 있는 해석이 가능할 것이며, 각 척도의 장단점에 의거하여 용도에 맞는 사용을 제안할 수 있는 가능성도 열릴 것이다.

둘째, 번안척도일 경우 번역타당도의 문제가 중요하게 부각된다. 무엇보다 척도를 번안하는 경우

표 1. 국내에서 학술지에 보고된 네 척도의 비교

| 연구자             | 김교현(2003)                                | 이홍표(2002b, 2003)                |                                | 최완철 등(2001)                                 |
|-----------------|--|---------------------------------|--------------------------------|---|
|                 | KNODS                                    | KMAGS                           | 도박 심각도                         | KSOGS                                       |
| 채점되는 문항수/연구 대상자 | 17문항/ 총 1806명<br>(일반인 1164명, 도박관련자 642명) | 10문항 <sup>a</sup> /<br>도박자 140명 | 29문항(개발)/<br>도박자 140명          | 20문항/ 총 180명<br>(단도박 36명, 일반인 + 알콜중독자 144명) |
| 개<br>념          | 도박에 몰두                                   | 도박에 몰두                          |                                |   |
|                 | 내성                                       | 내성                              |                                |   |
|                 | 조절실패                                     | 조절실패                            | 자제력 손상                         | 통제 상실                                       |
|                 | 금단증상                                     | 금단증상                            |                                |   |
|                 | 도피                                       | 도피                              |                                |   |
|                 | 본전회복<br>(추적도박)                           | 본전회복<br>(추적도박)                  |                                | 본전회복<br>(추적도박)                              |
|                 | 거짓말                                      | 거짓말                             |                                | 거짓말   |
|                 | 탈법행위                                     | 탈법행위                            | 법적 위기                          |   |
|                 | 중요관계 손상                                  | 중요관계 손상                         | 생활손상<br>(가족, 직업,<br>대인관계의 역기능) | 생활손상<br>(가족갈등, 업무<br>불성실, 타인의 비난)           |
|                 | 구조요청<br>(금전적 문제)                         | 구조요청<br>(금전적 문제)                | (경제부채) <sup>b</sup>            | 도움요청<br>(배우자, 친지,<br>사채 증권 현금화)             |
|                 |  |                                 | 심리적 상해 (몰두,<br>금단, 성격변화)       | 채무 불이행<br>심리적 상해<br>(죄책감)                   |
|                 |  |                                 |                                | 도박문제 인식                                     |

주. <sup>a</sup> 원본에서는 12문항(10점 만점)이었음.

<sup>b</sup> 부채가 있음에 대한 문항들인데 명시적으로 구조요청의 문항들은 아니고, '심리적 상해'와 동일요인에 포함해서 제시되었음.

척도 간 동등성(equivalence)을 확립해야 한다(손원숙, 2003). 즉 원검사와 번역된 검사문항들이 동일한 의미를 가지며 동일한 문항특성을 지니고 있는지 등에 대한 동등성 문제를 반드시 경험적으로 평가해야 한다. 손원숙(2003)은 척도를 번안할 때 직역보다는 대상집단의 문화적 차이를 충분히 고려하고, 여러 전문가로 구성된 팀 접근을 하며, 검사에서 사용되는 단어들의 난이도 수준, 읽기 쉬운 정도, 문법, 쓰기 양식, 구두법 등에서 집단들 간 동등해야 한다고 하였다. 또한 원척도와 번안된 척도 간 동등성(문화독립적인, 보편적인 구성개념타당도)을 통계적으로 확인할 수 있어야 하는데, 이를 위해서는 구조방정식모형의 다집단분석이 유용한 방법론이다.

번역타당도 문제와 관련하여 볼 때, KNODS(김교헌, 2003)와 KMAGS(이흥표, 2002b, 2003)에서는 번역과정에 대한 자세한 설명이 없다. KSOGS(최완철 등, 2001)는 원본(Lesieur & Blume, 1987)의 20개 문항을 각각 2가지로 해석 가능한 문항으로 선번역하고(4명의 전문가), 각 문항 당 2개 번역 가운데 연구팀이 산출한 Spearman 상관계수가 높은 문항을 선정하였다. 그런데, 무엇과 무엇의 상관인지 언급이 없으며 원본검사의 구조와의 동등성에 대한 연구가 실시되지 않았다. 이렇듯 국내에서 번안된 척도를 사용하면서 엄밀하고 정확한 번역타당도 검증을 위한 노력이 있었는지는 분명치 않으며 다소 회의적이다.

### 척도제작 시 주의사항

척도 제작 시에는 여러 가지 주의사항이 있다.

한 때 미국에서 도박중독의 판별에 황금의 준거라고 불리던 SOGS(Lesieur & Blume, 1987)가 현재는 비평을 받고 있다. 국내에서 척도 제작시 SOGS의 경우를 타산지석으로 삼아야 할 것이다. 먼저 시카고대학교의 전국여론조사센터 보고서(NORC, 1999)에 의하면, SOGS와 관련하여 제작 후 얼마되지 않아 1990년대 초에 세 가지의 방법론적인 의문이 제기되었다. 첫째로 조사연구에서 일반적인 이슈는, 반응자가 부인(denial)하는 경향과 응답을 거부하는 비율이 높아가고 있었다는 것이고, 둘째는 신뢰도와 타당도에 대한 유보(reservation)가 있었다. 끝으로 SOGS가 기반을 두고 있는 도박문제의 본질에 대한 가정들에 대한 도전이 있었다. SOGS는 DSM-III에 기반을 두고 있는데, 1994년에 DSM-IV가 나오면서 도박중독 진단기준이 변화되었기 때문이다.

따라서, 척도 제작시 응답자들이 자신의 문제를 부인하지 않고 솔직하게 답할 수 있게 하는 방법, 신뢰도와 타당도에 대한 보다 엄밀한 검증, 도박문제에 대한 명료한 정의와 가정을 확보해야 한다. 특히 도박중독자 선별과정에서 오류부정(false negative)이나 오류긍정(false positive)의 확률을 낮추기 위한 절차나 확인과정이 필요하다. 예로서, 우리 문화에서 도박이 가지는 도덕적 낙인효과가 있어(신영철, 2008; 이경희, 2008), 방어나 부인의 가능성이 높음을 감안하여 조사시에 “도박”이란 용어를 신중하게 써야 할 것이고, 배팅금액의 많고 적음은 경제수준이나 개인적 기준에 따라 주관적 해석의 여지가 크므로 보다 중립적이고 객관적인 문항개발이 필요하다. 도박자의 자기보고에만 의존해서는 초기도박을 간과할 수 있으므로, 타인이 도박자의 행동지표를 점검하여 평가하는



타인평가도 필요하다(이경희, 2008; 이홍표, 2008).

또한 SOGS는 1990년대 이후 합법적 도박자들이 급속하게 증가하는 상황에 적응하지 못했다. 도박문제로 도움을 구하는 이들의 구성이 이질적이게 되었는데, SOGS는 이를 반영하지 못하였다. 즉, 점점 더 많은 젊은 성인이나 중년 여성, 중산층이 도박문제를 가지게 되었으나, SOGS의 문항들 가운데는 이들의 도박행동에 맞지 않는 문항들이 있다.

국내에서도 척도제작시 국내 도박자들의 다양한 구성을 파악하여, 그들의 행동특성을 대표하는 것은 물론 특정집단에 대해 차별기능을 하지 않는 문항구성이 필요하다. 특히 SOGS에 대한 비평을 참조할 때 연령/성별/경제수준에 따른 차별기능이 없는 문항들을 사용하거나 각 인구집단별로 별도의 척도개발이 필요하다.

앞서 언급된 다원적 관점은 척도개발에도 시사점이 크다. 즉, 질병모형에서는 DSM-IV의 10가지 기준을 잘 반영하여 제작된 척도를 이분법적으로 사용함이 적절하겠으나, 사회공중건강모형에서는 일반인을 대상으로 보다 폭넓은 행동수준을 측정하는 척도를 제작하고 다분법적으로 사용함이 적절할 것이다. 이처럼 최근 들어 다양한 장면과 목적에 부합하는 도구에 대한 요구가 증가하고 있는데, SOGS는 이에 부응하지 못하였다. 캐나다의 경우 일반인을 대상으로 한 CPGI(Ferris & Wynne, 2001)가 표준화되어 다원적 요구에 부응하고 있다. 국내에서 새롭게 척도를 제작할 경우, 다원적 요구를 만족시키는 도구를 개발하는 것이 가능한지에 대해 검토하고, 목적을 분명히 하여 그에 맞는 방향으로 연구를 진행하는 것이 바람직하다.

## 유병률과 발병률 추정 문제

여러 국내연구에서 도박문제 판별척도를 사용하여 도박문제가 있는 사람들을 분류하고 그 비율을 확인하고자 하였다. 이러한 연구는 특정 지역이나 집단 내에서 도박중독자의 비율이나 심각도, 잠재적 치료 수요를 확인하는 데 유용하기 때문이다. 여기서는 유병률과 발병률에 대한 기존 연구에서의 제한점과 향후 연구방향을 중심으로 논의하고자 한다.

## 개 념

유병률(prevalence rate)은 “특정한 시점에서 어떤 집단 내에서 주어진 조건이 발생한 빈도”이고, 발병률(incidence rate)은 “특정한 기간 동안에 발생하는 특정한 조건의 새로운 사례수”로 정의한다(김은정, 김향구, 황순택, 2001, p.27). 유병률이나 발병률 개념이 목표로 하고 있는 것은 역학적 연구를 넘어 소비자 보호 및 사회건강유지의 관점도 포함한다. 도박자의 보호를 위해서는 “오락성 도박을 위축시키지 않으면서, 위험성 및 문제성 도박으로 인한 피해를 감소시키는 동시에 오락성 도박자가 위험/문제 도박으로 진입하는 것을 예방하는 것이 중요하다”(Dickson-Gillespie, Ruge, Rosenthal, & Fong, 2008, p. 41).

따라서 조사가 용이한 합법 사행산업 이용자만을 대상으로 하면 합법도박만을 대상으로 하는 것이며, 불법도박이 도박자 모집단에서 제외된다. 또한 일반인 가운데서도, 도박장을 찾지 않으면서도 도박문제를 가지고 있는 인구가 모집단에서 누락될 수가 있다. 도박에 대한 정의를 폭넓게 한

다면 도박시설 이용자는 물론 도박시설을 이용하지 않는 일반 성인도박자들이 모집단에 포함되어야 할 것이다. 즉, 유병률 조사의 분모개념은 이러한 모집단이 되어야 할 것이다. 물론 업체별 이용자들에 대한 도박행위 수준의 정도 파악은 모집단 연구의 일부로서 이루어질 수 있을 것이다.

### 기존 유병률 연구에서의 제한점

기존 유병률 연구에서의 제한점을 다음과 같이 정리하였다. 첫째, 기존의 연구마다 유병률이 다른 이유 중 하나는, 도박의 심각성이나 유형을 분류하는 데 있어 통일성이 결여되어 있기 때문으로 판단된다. 가장 과도한 단계에 있는 도박행동에 대하여 도박 중독, 강박적 도박, 병적 도박 등 여러 용어가 사용되고 있으며, 정확한 개념 정의 및 구분이 이루어지지 않은 상태에서 연구마다 다른 결과를 보고하는 것은 당연한 결과일 수 있다. 또한 각 연구에서 KSOGS, KMAGS, KNOGS, CPGI 등 다른 측정도구를 사용하고 있어서 척도 간 연결이 없는 연구결과를 직접 비교하는 것이 곤란하다. Stucki와 Rihs-Middel(2007)은 SOGS, CPGI, DSM-IV 등 조사 도구 간에 유병률 수치가 비교가능하며 상대적으로 안정적이라고 밝히긴 하였으나, 반복 연구가 필요한 것으로 생각된다. 이 척도 중에는 일반인을 대상으로 도박의 심각도를 측정하기 위해 개발된 도구가 있는가 하면, 임상 장면에서 사용하기 위한 것이 있으므로 연구에서 측정도구를 선택할 때에는 그 개발 목적에 따라 선택, 사용해야 해석의 혼란을 방지할 수 있을 것이다.

둘째, 일반인 가운데 유병률을 연구하고자 할

때, 모집단과 표집틀(sampling frame)을 규정하고, 모집단을 대표할 수 있는 표본을 추출하기 위해 많은 노력을 기울여야 한다. 그러나 많은 연구에서 이러한 모집단과 표집 틀에 대한 상세한 설명이 부재하다. 기존 연구들에서 밝힌 표집에 대한 설명으로는 얼마나 대표적인 표본을 수집하여 연구가 진행되었는지 알기 어려우며, 결과의 반복 가능성을 검토하기 위하여 반복연구를 할 수 있는 안내지침을 얻기 어려운 실정이다. 또한 표본 추출에 있어 신뢰수준, 표준오차, 유병률의 구간추정치에 대한 정보를 제시하지 않고 있어서 표집 및 유병률의 정확도를 알기 어렵다.

셋째, 유병률 연구에 사용된 척도와 관련된 문제로, 국내에서 사용되는 대부분의 도박중독 척도들은 외국 척도를 번안하여 사용하고 있는데 이때 번안과정의 타당성이나 원척도와 동등성이 검증되었는지의 문제가 분명하게 확인되지 않고 있다. 또한 외국 척도를 번안하는 과정에서 한국의 도박과 관련된 문화적 특성을 충분히 포함하지 못함으로써, 도박문제의 평가나 유병률 산정에 있어 오류가 발생할 소지를 배제하기 어려운 것으로 보인다.

### 향후 유병률 추정의 향상 방안

향후에 보다 정확한 유병률 추정을 위한 향상 방안은 다음과 같다. 첫째, 모집단의 정의를 명확히 하는 것이다. 모집단은 어떤 연구대상인 사람들의 전체이다. 학술적으로 정의하면, “연구자가 연구의 결과를 일반화하려는 전체 대상집단”이다(한국교육평가학회, 2004, p.126). 따라서 표집설계에서의 1차 작업은 조사대상이 되는 모집단을 정

의하면서 시작된다.

모집단 정의가 명시적으로 되지 않는 이유는, 도박의 정의에 대한 합의 부족이 원인으로 보인다. 조사 당시에는 시작되지 않은 도박종목이라서 누락되는 것이 있을 수 있으나, 복권/주식/불법적으로 행해지는 사행성게임 등은 조사기관이 가지고 있는 도박의 정의에 따라서 포함 또는 누락이 되는 것이다. 이시형, 이세용, 정현희, 최현숙(1999), 인코그룹(2002), 및 문화관광 정책연구원(2006)의 조사에서는 합법도박을 위주로 하고 있으나, 한성렬 등(2008)에서는 불법도박은 물론 이들 기존 조사에서 포함되지 않은 로또, 스포츠토, 복권, 주식, 불법사행성게임까지 포함하여 조사하였다. 도박정의에 합의가 미흡하면, 도박의 범주가 분명해질 수 없으며 그에 따라 조사될 모집단이 축소되거나 왜곡될 수가 있다.

둘째, 표집틀을 명시화하는 것이 필요하다. 유병률을 파악하기 위한 대상 모집단이 정의되면, 현실적으로 그 모집단에 접근하기 위한 단계로서의 표집틀이 정의·확보되어야 한다. 표집틀(sampling frame)은 연구대상인 모집단에 있는 모든 표집단위(sampling units)를 나타내는 목록 또는 일련의 명시적 정의이다. 따라서 하나의 표본을 선택할 때는 그 표집틀에서 뽑게 된다. 예로서, 전화면접의 경우라면 이름과 전화번호가 포함된 전화번호부가 표집틀이 될 것이고, 어떤 백화점 앞에서 구매자 조사를 하고자 한다면, ‘표집시간대에 그 백화점에 들어가는 모든 사람들’이 표집틀이 된다. 모집단 정의가 분명해지면 현실의 한계 내에서 표집틀의 정의, 확보가 이루어질 것이다. 이 표집틀을 후속 연구자들도 사용함으로써 다음 연도에서 산출되는 유병률이 기준연도와 동일한

인구집단을 근거로 하도록 하여야 비교 및 새로운 발병의 비율도 산출이 가능할 것이다.

셋째, 유병률의 정확도 판단을 위한 정보를 제공해야 한다. 비율산출에서의 신뢰수준과 표준오차, 나아가 비율의 점추정치 뿐아니라 구간추정치에 대한 정보를 제공해야 한다. 독립적인 연구들에서 제공되는 유병률의 점추정치만 가지고는 모두 다르게 나오지만, 구간추정치가 제시되면 서로 간에 중복되는 구간만큼은 상이한 연구를 통해서 확인되는 것으로 간주할 수 있어 해석의 정확성을 향상시킨다. 만일에 외국의 유병률과 비교하고자 할 때는 단순히 높다/낮다로 기술하는 것을 넘어서 외국의 유병률을 영가설에서의 값( $p_o$ )으로 지정하고 국내의 표본비율을 사용해서, 외국과의 유병률 차이가 단순히 표집의 오차로 볼 수 있는지 실질적인 차이로 볼 수 있는지를 이야기할 수 있어야 할 것이다. 나아가서 독립된 연구에서 제시된 비율들을 통계적으로 통합하여(예: Shaffer, Hall, & Vander Bilt, 1997) 보다 안정된 추정치를 제공하도록 노력해야 할 것이다.

넷째, 표집방식의 정교화가 필요하다. 표집방법 으로서는 ‘성, 연령대, 지역별 층화표집’이라고 제시하는 경우가 있는데 층화랜덤표집인지, 층화군집표집인지, 아니면 층화이면서 다단계표집인지에 대한 구체적 제시가 있어야 후속연구자가 절차의 반복 또는 개선을 시도할 수가 있다. 인구의 구성 및 정책적 목표로 인하여 유병률 조사시에 단순 랜덤표집보다는 복잡한 방식을 택하게 될 것이다. 적어도 층화랜덤표집이나 층화군집표집을 사용하는 것이 바람직한 것으로 판단된다.

다섯째, 유병률 산정에 사용되는 척도의 신뢰도와 타당도를 확보하기 위한 보다 엄밀한 노력이

필요하다. 신뢰도와 타당도 확보가 충분히 이루어져야 그 척도를 사용한 유병률 추정이 정확해질 것이다. 그러나 대부분의 연구에서 신뢰도와 관련하여 척도의 내적 일치도를 나타내는  $\alpha$  계수 정도만을 제시하고 있어, 검사 점수의 안정성을 보장하는 데는 증거가 부족한 실정이다. 단, KNODS(김교현 등, 2005)의 경우 4주 간격으로 실시한 검사-재검사 신뢰도가 평생형 .91, 1년형 .89로 확인되어 검사의 안정성을 보여주었다. 이와 함께 타당도를 검증하는 과정에서도 도박 행동에 영향을 미치는 사회문화적 변수, 다양한 관련변수들을 포함하여 구성개념타당도(수렴/변별), 준거타당도(공시/예측)를 통해 정교하게 타당화하는 작업이 필요하다.

여섯째, 응답의 신뢰도를 확보하기 위한 사전 조치가 마련되어야 한다. 도박자들이 자기보고형 검사에서 거짓으로 응답하는 경우가 많으나, 많은 도박관련 검사에서 이를 탐지하여 적절하게 해석할 수 있는 장치가 마련되어 있지 못하다. 따라서 도박자들의 주관적 경험이나 상태를 측정하는 자기보고형 검사에서는 응답자의 검사태도가 얼마나 솔직한가를 알려주는 지표 개발 내지 적어도 끼워넣기(filler) 문항을 통한 검사 결과의 신뢰성 여부를 결정할 수 있는 방안이 마련되어야 하겠다. 또한 자기보고형 척도뿐만 아니라 관찰가능한 행동적 지표를 중심으로 구성된 타인보고형 척도를 통해 다각적으로 도박문제를 평가하는 방안이 필요하다.

마지막으로 목적별 상이한 척도개발을 고려해볼 필요가 있다. 성인용과 청소년용, 남성용과 여성용 등 대상자별 도박중독 선별 척도를 개발할 필요가 검토되어야 한다. 대상자별 도박 행태의

특색성이 클수록 이러한 요구는 높아질 것이다. 일례로 SOGS의 경우, 청소년용(SOGS-RA)이 따로 개발되어 사용되고 있다(Welte, Barnes, Tidwell, & Hoffman, 2008).

### 발병률 추정의 문제

특정기간 동안에 비도박자나 오락성 도박자가 다음 단계인 장애도박(Shaffer et al., 1997)으로 진입한 것을 장애도박 발병률이라고 할 수 있다. 이것을 추정하기 위해서는 기준되는 시점(기준년도)에서의 유병률이 산출되어야 할 것이고, 일정기간이 지난 후의 유병률에서 그 기준년도 유병률을 빼면 그 기간의 발병률이 될 것이다. 그러나 사실상 장애도박 분야에서 발병률 연구를 찾아보기가 매우 어렵다. 그러한 이유로는 도박중독이 일반 신체질환처럼 정확히 진단을 내릴 수 있는 현상이 아니어서, 발병률을 적용하는데 어려움이 있기 때문일 것이다. 따라서 정확한 발병률을 추정하기 위해서는 정확한 유병률 산정이 선행되어야 한다. 정확한 유병률 산정을 위해서는 앞에서도 언급되었듯이, 유병률 산정에 위한 과학적인 표집방법은 물론 이용자가 보이는 도박의 정도를 신뢰도 있고 타당도 있게 측정하는 행동측정의 논리가 갖추어져 있어야 한다. 또한 그 논리를 시행하기 위해서 타당화된 척도가 있어야 한다. 그 척도에는 도박자 본인만이 알 수 있는 내적 행동(예: 몰두, 내성, 조절실패, 현실도피, 추격도박 등)을 자기보고 또는 면접을 통해서 평가하는 자기평가척도만이 아니라, 가족이나 가까운 주변사람이 보아도 평가할 수 있는 외적 행동(예: 부적 결과)을 평가하는 타인평가척도도 필요하다.

또한 발병률은 도박행동의 심각한 정도에 대한 전반적인 비율의 관점보다는, 특정 도박종류를 새로이 경험(여기에도 “경험”에 대한 구체적 정의 필요)한 사람들의 비율을 중심으로 하는 것이 의미 있을 것이다. 예로서, 특정 도박을 중심으로 영업을 하는 사업체에서의 발병률은 그 사업체의 환경을 점검하는 필요성을 자극할 것이고, 청소년을 대상으로 할 때의 발병률은 청소년 정책과 관련하여 시사점이 있을 것이다.

특히 유병률에서의 변화추세(trend)를 확인하는데 관심 있는 연구자들은 발병률 연구를 실시해야 한다(Shaffer et al, 1997). Shaffer 등은 장애 도박의 범위와 심각도를 변화시키는 요인과 환경을 진향적으로 탐색함으로써 장애 도박 연구 분야에서 진정한 발병률 연구를 수행하는 것이 필요하다고 주장하고 있다.

## 논 의

도박중독을 도박행동이라는 연속선상의 한 개념으로 보고, 다원적 개입과 다층적 관점에서의 본질을 논의하였다. 도박중독의 평가는 연속선상에서 다원적·다층적으로 실시되어야 하며 이러한 관점에서의 비율산정이 필요하다. 개입주체는 도박행동의 연속선상에서 관심을 가지는 영역을 중심으로 평가하게 될 것이며 그 평가는 도박자 개인에 대한 평가를 넘어서 도박자를 둘러싼 각종의 영향요인들이 어떻게 상호작용하면서 도박자에게 영향을 미치는가까지 포함해야 한다. 그러나 다원적 관점은 이제 시작되고 있다. 치료주체의 관점과 영업주체의 관점에 규제주체(정부기관), 사회건강주체(민간단체)의 관점이 도입되고 있다.

치료주체의 이분적 관점뿐 아니라 다원적 주체가 가지는 다분적/연속선적 관점이 도입되고 있다. 이러한 다원적 개입과 책임나누기는 소극적 움직임에서 보다 적극적인 방향으로 발전해 가고 있다. 예로서, 책임성 있는 도박을 강조하는 Reno 모형(Blaszynski, Ladouceur, & Shaffer, 2004)에서 소비자보호 및 위험관리를 위한 적극적 방향을 추구하는 Halifax 모형(Schellinck & Schraus, 2005)으로의 진행이 검토되고 있다(김교현 등, 2005).

다층적 관점은 이미 어느 정도 존재하고 있으나 전체적 조망의 틀 내에 통합되지 못하고 있다. 도박자를 중심으로 한 가족의 역할은 이미 치료 장면에서 많은 기여를 하고 있다. 사업체들은 고객의 수요증가를 환영하지만 중독된 도박자를 고객으로 수용할 수는 없다. Dickson-Gillespie 등(2008)은 예방과 소비자 보호를 위해서는 사업장 직원의 훈련, 도박자 본인이 책임성 있는 도박(responsible gambling)을 하도록 자기평가 및 절제훈련, 충동적 배팅이나 과도한 참여를 생략적으로 절제하게 만드는 환경 및 기구/시설 설계 등이 필요하다고 제시하고 있다. 민간단체는 사회공중건강을 위해 사업체와 정부기관에 발언수위를 높여가고 있다. 국가기관 역시 조세환경과 국민건강의 균형대 위에서 역할을 조율하고 있다. 이 모든 다층적 요인들이 도박중독을 이해, 예측, 예방하는데 어떤 과정으로 결합되어 효과를 나타내는지에 대한 연구는 아직 시작단계에 있다고 해야 할 것이다.

따라서 현재 시점에서 가능한 것은 우선 가장 활발한 개입주체인 치료/상담 주체에서 사용되고 있는 전통적인 평가의 방식에서 기준점수 설정의

논리가 보다 명확히 제시되어야 하고, 국내에서 통용되는 척도의 신뢰도와 타당도 등 측정이론적 정확도를 확보하며, 척도간 연결을 통해 해석의 일관성을 높이는 것이다. 새로이 개발되는 척도가 있다면, 개입주체의 목적에 충실하고, 다층적 효과까지 분석할 수 있는 수준이 되도록 함으로써 중독문제의 평가에 진일보를 가져올 것이다. 현재 국내에서 치료/상담적 주체의 목적을 중심으로 한 척도는 여럿 있으나, 국민일반을 대상으로 한 공중건강주체 또는 기타 상이한 개입주체의 목적에 부응하는 타당화된 척도는 아직 학술지에 소개된 바 없다.

끝으로 유병률과 발병률의 추정은 평가체계의 확보를 선결조건으로 한다. 즉, 양적 평가를 위한 신뢰도 있고 타당한 평가는 물론 질적인 평가가 보완된 내실 있는 평가체계가 정착되면 기준년도에서의 유병률이 정확하게 산출될 것이고, 일정기간이 지난 후 시점에서의 유병률에서 기준년도의 유병률을 빼다보면 발병률이 될 것이다. 이 발병률의 산출은 전국을 한 단위로 하는 것은 물론, 각 도박종류별(사업체별)로 산출함으로써 중독문제를 둘러싼 개별환경의 독특한 효과에 대한 연구를 하는 기초를 제공할 것이다.

## 참 고 문 헌

- 김교현 (2003). 병적 도박 선별을 위한 K-NODS의 신뢰도와 타당도. 한국심리학회지: 건강, 8(3), 487-509.
- 김교현 (2008). 도박중독문제의 책임과 대처. 2008년도 제2차 중독심리 공동교육 심포지엄 논문집, pp.61-72. 11월 7일. 대전: 충남대학교.
- 김교현, 권선중, 김세진, 송승훈 (2004). 도박중독 척도 개발 및 발병률 조사. 한국마사회 연구용역 보고서.
- 김교현, 이홍표, 권선중 (2005). 한국사회의 병적 도박 유병률에 대한 연구: KNODS, KMAGS 및 KSOGS의 추정치 비교. 한국심리학회지: 건강, 10(2), 227-242.
- 김은정, 김향구, 황순택 (2001). 이상심리학. 서울: 학지사. 원전: Saron, I. G. & Sarason, B. R. (1996). Abnormal Psychology, Prentice Hall, Inc.
- 문화관광 정책연구원 (2006). 사행산업 이용실태 조사분석연구. 문화관광부.
- 손원숙 (2003). 심리검사 변안에 대한 통합적 접근. 한국심리학회지: 일반, 22(2), 57-80.
- 신영철 (2008). 도박중독문제의 책임과 대처. 2008년도 제2차 중독심리 공동교육 심포지엄 논문집, pp.73-95. 11월 7일. 대전: 충남대학교.
- 이경희 (2008). 도박중독 문제의 진단과 평가(토론). 2008년도 제2차 중독심리 공동교육 심포지엄 논문집, pp.53-57. 11월 7일. 대전: 충남대학교.
- 이순목 (2005). 인사평가에서 상대평가와 절대평가의 논리. 박기찬(편집), 한국기업의 인사관리, pp.130-160. 서울: 박영사.
- 이순목, 반재천, 이형초, 최윤경, 이순영 (2005). 성인용 인터넷 중독척도 개발. 정보문화진흥원 연구용역 보고서.
- 이순목, 반재천, 이형초, 최윤경, 이순영 (2007). 인터넷 중독 진단방식의 전환: 기준참조 평가에서 영역참조평가로. 한국심리학회지: 임상, 26(1), 213-238.
- 이시형, 이세용, 정현희, 최현숙 (1999). 현대인의 사회적 부적응. 삼성생명공익재단 사회정신건강연구소 연구보고서, 99(1), 1-32.
- 이태경 (2008). 토론문: 도박중독문제의 책임과 대처. 2008년도 제2차 중독심리 공동교육 심포지엄 논문집, pp.105-107. 11월 7일. 대전: 충남대학교.
- 이태원 (2008). 개인적 견해. 도박의 정의와 범주화 위

- 크숍(11월 1일)에서 의견 발표.
- 이홍표 (2002a). 도박의 심리. 서울: 학지사.
- 이홍표 (2002b). 비합리적 도박신념, 도박동기 및 위험 감수 성향과 병적 도박의 관계. 고려대학교대 학원 박사학위 청구논문.
- 이홍표 (2003). 비합리적 도박신념이 병적 도박에 미치는 영향. 한국심리학회지: 임상, 22(2), 415-434.
- 이홍표 (2008). 도박중독진단에 대한 논의: 토론. 2008년 도 제2차 중독심리 공동교육 심포지엄 논문집, pp.45-52. 11월 7일. 대전: 충남대학교.
- 이홍표, 이상규, 이재갑, 김한우, 김태우 (2007). 습관성 도박의 이론과 실제. 서울: 학지사.
- 이희승 (1982). 국어대사전. 서울: 민중서림.
- 인코그룹 (2002). 병적 도박 실태조사 및 치료프로그램 연구용역 보고서. 한국마사회/국민체육진흥공단 공동 용역.
- 전영민 (2008). 도박중독문제의 책임과 대처. 2008년도 제2차 중독심리 공동교육 심포지엄 논문집, pp.97-104. 11월 7일. 대전: 충남대학교.
- 최완철, 김정민, 오동열, 이태경 (2001). 한국형 사우스 오크 병적 도박 검사 표준화에 대한 예비연구. Journal of Korean Academy of Addiction Psychiatry, 5(1), 46-52.
- 한국교육평가학회 (2004). 교육평가 용어사전. 서울: 학지사.
- 한성렬, 허태균, 이홍표 (2008). 도박이용실태 및 도박중독 유병률 조사. 한국마사회 연구용역보고서.
- American Psychiatric Association (APA, 1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. (DSM-IV). Washington, DC: Author.
- Anastasi, A. & Urbina, S. (1997). *Psychological Testing* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Anderson, G., & Brown, R. I. F. (1984). Real and laboratory gambling, sensation-seeking and arousal: towards a Pavlovian component in general theories of gambling and gambling addictions. *British Journal of Psychology*, 75, 401-411.
- Angoff, W. H. (1971). Scales, norms, and equivalent scores. In R. L. Thorndike (Ed.), *Educational Measurement* (2nd ed., pp.508-600). Washington, D.C.: American Council on Education.
- Bergh, C., Eklund, T., Soedersten, P., & Nordin, C. (1997). Altered dopamine function in pathological gambling. *Psychological Medicine*, 27(2), 473-475.
- Blanco, C., Orensanz-Munoz, L., J., Blanco-Jerez, C., & Saiz-Ruiz, J. (1996). Pathological gambling and platelet MAO activity: a psychobiological study. *American Journal of Psychiatry*, 153(1), 119-121.
- Blaszczynski, A., Ladouceur, R., & Shaffer, H. J. (2004). A Science-Based Framework for Responsible Gambling: The Reno Model. *Journal of Gambling Studies*, 20(3), 301-317.
- Blaszczynski, A., Wilson, A., & McConaghy, N. (1986). Sensation-seeking and pathological gambling. *British Journal of Addiction*, 81(1), 113-117.
- Cocco, N., Sharpe, L., & Blaszczynski, A. (1995). Differences in preferred level of arousal in two sub-groups of problem gamblers: a preliminary report. *Journal of Gambling Studies*, 11(2), 221-229.
- Comings, D. E., Rosenthal, R., Lesieur, H. R., Rugle, L., J., Muhleman, D., Chiu, C., Dietz, G., & Gade, R. (1996). A study of the dopamine D2 receptor gene in pathological gambling. *Pharmacogenetics*, 6(3), 223-234.
- Committee on the Social and Economic Impact of Pathological Gambling, Committee on Law and Justice, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education, & National

- Research Council. (Committees, 2003). *Pathological Gambling: A Critical Review*. pp. 20-21. Washington, D. C.: National Academy Press.
- Dickson-Gillespie, L., Rugle, L., Rosenthal, R., & Fong, T. (2008). Preventing the incidence and harm of gambling problems. *Journal of Primary Prevention, 29*, 37-55.
- Eisen, S. A., Lin, N., Lyons, M. J., Scherrer, J. F., Griffith, K., True, W. R., Goldberg, J., & Tsuang, M. T. (1998). Familial influences on gambling behavior: an analysis of 3359 twin pairs. *Addiction, 93*(9), 1375-1384.
- Ferris, J. & Wynne, H. (2001). *The Canadian Problem Gambling Index: User Manual*. Canada: Canadian Center on Substance Abuse.
- Ferris, J., Wynne, H., & Single, E. (1999). *Measuring problem gambling in Canada: Final Report-Phase I*. Canada: Inter-Provincial Task Force on Problem Gambling.
- Gray, J. (1981). A critique of Eysenck's theory of personality. In H. J. Eysenck (Ed.), *A model of personality*(pp. 246-276). Berlin: Springer.
- Hare, R. D., & McPherson, L. M. (1984). Psychopathy and perceptual asymmetry during verbal dichotic listening. *Journal of Abnormal Psychology, 93*(2), 141-149.
- Hayano, D. (1982). *Poker faces: the life and work of professional card players*. Berkeley: University of California Press.
- Holland, P. W. & Rubin, D. B. (1982). Introduction: Research on Test Equating Sponsored by Educational Testing Service, 1978-1980. In *Test Equating*. Edited by Paul W. Holland and Donald D. Rubin. New York: Academic Press. 1-8.
- Jacobs, D. F., Marston, A. R., Singer, R. D., Widaman, F., Todd, L., & Veizades, J. (1989). Children of problem gamblers. *Journal of Gambling Behavior, 5*(4), 261-268.
- Ladouceur, R., & Walker, R. (1996). A cognitive perspective on gambling. In PM Salkovskis(Ed.), *Trends in cognitive and behavioral Therapies*. NY: John Wiley & Sons Ltd.
- Lesieur & Blume(1987). The South Oaks Gambling Screen(SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry, 144*(9), 1184-1188.
- Lesieur, H. R., & Heineman, M. (1988). Pathological gambling among youthful multiple substance abusers in a therapeutic community. *British Journal of Addiction, 83*(7), 765-771.
- Littell, R. C., Milliken, G. A., Stroup, W. W., & Wolfinger, R. S. (1996). *SAS system for mixed models*. Cary, NC: SAS Institute Inc.
- McCormick, R. A., Taber, J. I., Kruegelbach, N., & Russo, A. M., (1987). Personality profiles of hospitalised pathological gamblers: the California Personality Inventory. *Journal of Clinical Psychology, 43*(5), 521-527.
- National Gambling Impact Study Commission (NGISC, 1999). *Pathological Gambling: A critical review*. Washington, DC: National Academy Press.
- National Opinion Research Center at the University of Chicago(NORC, 1999). *Gambling Impact and Behavior Study: Report to the National Gambling Impact Study Commission*.
- Petry, N. M. (2006). Should the scope of addictive behaviors be broadened to include pathological gambling? *Addiction, 101*, 152-160.
- Potenze, M. N., Fiellin, D. A., Henington, G. R.,



- Rounsaville, B. J., & Mazure, C. M. (2002). Gambling: An addictive behavior with health and primary care implications. *JGIM, 17*, 721-732.
- Raudenbush, S. W., Bryk, A. S., Cheong, Y. F., & Congdon, R. T. (2000). *HLM5: Hierarchical Linear and Nonlinear Modeling*. Scientific Software International, Inc.
- Raylu, N. & Oei, T. P. S. (2002). Pathological Gambling: A Comprehensive Review. *Clinical Psychology Review, 22*, 1009-1061.
- Rosecrance, J. (1986). Why regular gamblers don't quit: a sociological perspective. *Sociological Perspectives, 29*(3), 357-378.
- Rosecrance, J. (1988). *Gambling without guilt: the legitimisation of an American pastime*. California: Brooks/Cole.
- Schellinck, T. & Schrans, T. (2005). *Building on the framework for a global gambling strategy, responsible gambling, public policy and research* //gaming.uleth.ca/agri\_downloads/1482/schellinck.pdf.
- Shaffer, H. J., Hall, M. N., & Vander Bilt, J. (1997). *Estimating the Prevalence of Disordered Gambling Behavior in the United States and Canada: A Meta-Analysis*. Harvard Medical School, Division of Addition, December 10, 1997.
- Steel, Z., & Blaszczynski, A. (1998). Impulsivity, personality, and pathological gambling severity. *Addiction, 93*(6), 895-905.
- Stucki, S. & Rihs-Middel, M. (2007). Prevalence of Adult Problem and pathological Gambling between 2000 and 2005: An Update. *Journal of Gambling Studies, 23*, 245-257.
- Sunderwirth, S. G., & Milkman, H. (1991). Behavioral and neurochemical commonalities in addiction. *Contemporary Family Therapy: An International Journal, 13*(5), 421-433.
- Toneatto, T. (1999). Cognitive psychopathology of problem gambling. *Substance Use and Misuse, 34*(11), 1593-1604.
- Welte, J. W., Barnes, G. M., Tidwell, M. O., & Hoffman, J. H. (2008). The prevalence of problem gambling among U.S. adolescents and young adults: Results from national survey. *Journal of Gambling Studies, 24*, 119-133.
- Yerkes, D. (1989). *Webster's Encyclopedic Unabridged Dictionary*. NY: Portland House.

원고접수일: 2008년 11월 27일

게재결정일: 2009년 2월 16일

## Evaluation/Diagnosis and Related Rates Reflecting the Nature of Gambling Problems

Soon-Mook, Lee  
Sungkyunkwan University

Jong-Nam, Kim  
Seoul Women's University

This paper deals with fundamental questions how we should understand and approach the gambling addiction problems optimally. We attempted to define the nature of gambling behaviors first and to understand gambling addiction as an extreme class of behaviors on a behavioral continuum. This frame of reference would allow researchers to diagnose, classify, and evaluate gambling problems clearly, and to estimate prevalence rate and incidence rate more accurately from a perspective of behavioral sciences. Also, we emphasized to get out of a dichotomy in classifying gambling behaviors(i.e., either pathological or non-pathological). In addition, we introduced multi-agent and multi-level approaches to understanding gambling problems. With these approaches, each of the agents pertinent to the gambling problems can take its own responsibility and collaborate with other agents to solve the problems together. Also it is a proper time to develop a new scale overcoming the limitations of existing scales. So we presented several cautions in developing new scales for evaluating gambling problems. Lastly, in building a gambling policy, the estimation of prevalence and incidence rate is an important issue. So we suggested various ways for accurate estimation of prevalence and incidence rates reflecting the nature of gambling problems.

*Keywords:* gambling problem, behavioral addiction, gambling assessment scale, prevalence rate, incidence rate