

사행 산업체 중의 하나인 한국마사회는 고려대학교의 조사결과(2008)를 바탕으로 2007년 도박중독 유병률이 3%대라고 주장한다. 조사도구와 관련된 논란도 뜨겁다. KSOGS, KNODS 및 KCPGI를 사용하는 것의 장단점에 더해 각 도구의 심리측정적(psychometric)인 자격에 대한 시시비비와 한국 문화에 대한 적실성 논란도 일고 있다. 아울러 표집과 조사의 실행방법에 따른 결과의 차이와 그 의미에 대한 논란도 머지않은 장래의 도전과제로 보인다.

도박중독이 무엇이고, 이를 어떻게 과학적으로 추정할 수 있으며, 이 추정치를 어떻게 해석하고 공적으로 사용할 수 있는가에 대해 연구자와 정책 입안자 및 여러 이해관계 당사자들 사이의 논의와 합의 과정이 필요하게 되었다. 본 논문에서는 이 문제의 각 사안별 핵심쟁점을 추출해서 현 시점에서의 대책을 논의하는 방식으로 다루어 보려 했다.

도박중독이 무엇인가?

도박중독이라는 말은 일상에서 널리 사용되고 있지만 그 의미가 특정화된 전문 용어는 아니다. 알코올이나 암페타민 등의 물질이 중추신경계에 영향을 미쳐 일시적으로 뇌 기능의 손상을 초래한 상태를 의미하는 급성 중독(intoxication)과 만성적인 생활상의 역기능을 중심으로 하는 중독(addiction)은 구분되어야 하며, 도박중독은 후자의 경우에 해당한다.

현재 도박중독이라는 개념은 '일상적인 의미'와 '의학적 질병' 및 '피해나 폐해'의 세 가지 관점에서 접근할 수 있다. 일상에서 중독이나 도박중독

이라는 용어의 의미는 사용하는 사람에 따라 다양하게 달라진다. 과도하고 지나쳐서 생활의 균형이 깨어질 정도로 탐닉하고 반복하는 것에 대해 중독이라는 용어를 흔히 사용하고, 도박중독의 경우도 도박에 지나치게 빠져 있는 일반적인 상태를 지칭하는 듯하다. 어떤 경우는, 가족의 안위조차도 아랑곳하지 않고 도박에 빠져든 도덕적으로 타락한 행위나 사람을 지칭하기도 한다. 그러나 구체적으로 누구의 관점과 무엇을 기준으로 과도하거나 지나친 도박을 규정할 수 있는가에 대해서는 구체적 명세화가 없다.

의학적 질병으로서의 도박중독 개념은 미국정신의학회와 정신장애 진단통계편람 3판(DSM-III; American Psychiatric Association, 1980)에 '병적 도박' 범주가 '충동조절장애'의 하위범주로 포함되면서부터 본격적으로 사용되기 시작했다. Custer 등의 임상사례에 대한 연구를 바탕으로 도박 피해를 중심으로 출발한 병적 도박 개념은 DSM-III의 수정판인 DSM-III-R(APA, 1987)에서는 '물질(알코올) 의존'의 개념에 기초해서 수정되었으며, 물질에 의존되는 대신 도박 행동에 의존성을 발달시킨 것으로 개념화되었다. 금단 증상과 내성 및 갈망과 통제력 상실을 대표로 하는 의존성 준거들은 중독 개념의 핵심이 되었다. 같은 시기에 잠재적인 병적 도박자를 임상장면에서 선별하려는 목적으로 South Oaks Gambling Screen (SOGS; Lesieur & Blume, 1987)이 개발되었으며, 이후 이 도구는 일반인 모집단에서 병적 도박자의 비율을 추정하는 데도 세계적으로 널리 사용되게 되었다.

DSM-III-R(1987)의 병적 도박 기준은 이후 DSM-IV(1994)의 기준으로 바뀌면서 불분명한 표

현이 가다듬어지고(“안절부절못하거나 초초해 함”) DSM-III의 일부 기준(“도박하는 것을 숨김”; “다른 사람에게서 돈을 빌림”)과 도박의 기분변화 효과 문항이 추가되었다. 현재 도박중독의 병리 모형으로 널리 사용되고 있는 DSM-IV의 병적 도박 개념은 6개의 도박행동과 4개의 도박 피해 기술 문항으로 구성되어 있다. 시카고 대학의 국가어론연구센터에서 DSM-IV의 병적 도박 기준을 바탕으로 도박중독의 유병률을 추정하기 위한 도구로 ‘NODS(National Opinion Research Center NORS-DSM-IV Screen)’를 개발했다. 이 도구는 미국 외에도 영국과 중국 및 한국에서 일반 모집단의 도박중독 유병률을 추정하는 데 사용되었다.

피해나 폐해로서의 도박중독 개념은 도박행동 그 자체가 아닌 행동의 결과에 초점을 맞추는 것으로, 공중건강(public health) 접근에서 애용된다. 도박으로 인한 문제는 개인의 정신병리나 의존성의 발달에만 국한되지 않는다. 도박 피해는 과도한 도박 활동이 도박자 자신과 그의 가족 및 지역사회에 미치는 악영향 모두를 포함한다. 이 접근은 최근 미국, 캐나다, 영국, 호주 및 뉴질랜드 등의 많은 나라에서 널리 받아들여지고 있다. 피해로서의 도박중독 개념은 당사자에게 질병이나 도덕적 타락이라는 낙인을 찍는 병리 모형과 달리 이론적으로 중립적인 입장을 견지할 수 있으며, 정신병리를 발달시키지 않은 과도한 도박의 사회경제적 문제를 잘 다룰 수 있는 이점이 있다.

과도한 도박은 도박행동의 빈도나 시간 및 손실 금액 등의 객관적 기준으로만 결정되지 않고 도박자의 환경이나 자원에 의해 조절된다. 예를 들어, 백만장자는 100만 원을 잃고도 별 문제가 없을 수 있지만 당장의 저역거리를 걱정해야 하는 가난한

사람은 10만 원을 잃고도 자신과 가족에게 큰 피해를 초래할 수 있다. Neal, Delfabbro 및 O’Neil (2005)은 ‘문제 도박(problem gambling)’을 “도박에 소비하는 돈과 시간을 제한하는 데 어려움을 겪어서 도박자와 타인 혹은 지역사회에 나쁜 결과를 초래하는 것(p. 125)”으로 정의한다. 이런 정의에 따르면, 문제 도박은 도박으로 인해 야기된 문제의 수나 정도로 측정되어야 할 것이다.

도박중독을 개인에게만 적용할 수 있는 용어로 제한한다면 도박으로 인한 피해와 도박중독은 구분되어야 한다. 그러나 도박중독을 도박으로 인해 발생하는 피해까지 넓혀서 생각한다면 과도한 도박행동으로 인해 발생한 결과를 중심으로 도박중독을 정의하는 문제 도박 개념을 수용할 수 있다.

Ferris와 Wynne(2001)는 종전의 SOGS가 병리 모형의 개념에 기초하고 있으며, 시효가 지나버린 DSM-III-R(1987)의 병적 도박 기준을 사용하고, 임상장면에서만 사용할 수 있는 선별도구인데도 일반 모집단의 유병률 추정에 사용된 점 등을 비판하며 ‘캐나다 문제 도박 지수(Canadian Problem Gambling Index: CPGI)’를 개발했다. CPGI는 도박 관여, 문제 도박 및 도박 관련 성분들에 관한 31문항과 인구학적 물음으로 구성되어 있다. 이 중에서 문제 도박의 유병률 추정을 위해서는 9문항으로 구성된 ‘문제 도박 심각도 지수(Problem Gambling Severity Index: PGSI)’를 사용한다. CPGI는 캐나다를 비롯하여 호주와 영국, 노르웨이, 뉴질랜드 등지에서 최근 일반인 모집단에 대한 도박중독 유병률 추정도구로서의 사용이 확산되고 있는 추세다.

한편, 도박중독에 관한 연구와 정책에서 많은 혼란을 일으키고 있는 대표적 용어는 ‘문제 도박

(problem gambling)'과 '병적 도박(pathological gambling)'이다(Svetieva & Walker, 2008). 도박 행동을 건강한 도박에서 병적인 도박이라는 양 극단 사이에 위치시킬 수 있는 연속체로 간주하고 병리나 부적응의 가장 극단에 해당하는 범주를 '병적 도박'이라 칭하고 그 다음 극단에 해당하는 범주를 '문제 도박'으로 칭하는 예가 흔하다(예, 김교현, 2003; 김교현, 이흥표, 권선중, 2005; NGISC, 1999 등). 한편 이순목, 김종남, 최삼옥, 현명호 및 김수진(2009)의 연구에서는 문제성 도박에 '위험성 도박'과 '병적 도박'을 포함시켜 광의로 정의하고 있으나, 이 분류에서의 위험성 도박은 종전 분류 방식의 문제 도박에 해당한다. 그러나 문제 도박을 도박으로 인한 피해를 지칭하는 용어로 사용한다면, 이는 도박행동 자체가 아니라 그 행동으로 인한 결과를 의미하는 것이며 개인의 정신병리 정도를 의미하는 것이 아니다. 공중 건강 관점이나 CPGI에서는 이런 관점을 채택하고 있다(Svetieva & Walker, 2008).

도박중독이 무엇인가를 정의하고 난 다음 단계에서는 도박중독의 어떤 측면이나 지수를 평가할 것인가를 결정해야 한다. '유병률(prevalence rate)'은 "특정한 시점에서 모집단 내에서 특정한 문제(예, 도박중독)를 지닌 사례의 비율"을 의미한다. 유병률은 한 개인이 지금까지 일생을 살아오면서 특정한 문제를 보인 사례의 비율을 의미하는 '평생 유병률'과 지난 1년 동안 특정한 문제를 보인 '1년 유병률' 지수를 많이 사용한다. 이에 반해 '발병률(incidence rate)'은 "특정한 기간 동안에 특정한 문제를 새로 보이게 된 사례의 비율"을 의미하며, 보통 1년 동안 도박중독 문제를 새로 보이는 사례수를 평가해서 추정한다.

평생 유병률은 도박중독이 재발이 많은 매우 만성적인 병리라는 점에서 이를 관리하기 위해서 일차적으로 필요한 지수가 된다. 반면 지난 '1년 유병률' 등의 시점 유병률은 특정한 시점에서의 상태와 변화를 추정하는 지수로 유용하다. 발병률은 특정한 정책이나 제도의 효과를 보다 직접적으로 평가할 수 있는 지수로 활용할 수 있을 것이다. 최근 한국에서 사행산업 객장 출입자의 유병률이나 현재 주로 참여하고 있는 도박의 유형별 유병률(주 도박 유병률?) 등의 개념을 사용하고 있으나, 이런 지수들이 무엇을 의미하고 이를 어디에 활용할 수 있는지와 관련해서는 보다 심층적인 논의와 합의가 필요하다.

어떤 도구들이 사용되고 있는가?

현재 도박중독 유병률을 추정할 목적으로 범세계적으로 사용되고 있는 도구들로는 SOGS, DSM-IV 및 CPGI를 들 수 있다. 각 척도의 심리측정적 특성을 Neal 등(2005)의 문제 도박과 그 측정과 관련한 자료를 종합적으로 개관한 호주의 보고서로부터 인용하고, 한국판 척도의 특성에 대한 기술을 덧붙이기로 한다.

SOGs. Lesieur와 Blume(1987)가 DSM-III-R(1987)의 병적 도박 개념에 기초해서 뉴욕 정신병원에 입원하는 환자들의 선별도구로 개발하였다. 이후 SOGS는 임상 집단뿐만 아니라 일반인 모집단의 도박중독 유병률을 추정하는 도구로 세계적으로 널리 사용되어 왔다. SOGS는 임상 장면이나 지역사회 모두에서 사용하기 간편하고 신뢰도가 높으며 다양한 도박 관련 피해 지수

들과 정적 상관성이 높은 것으로 나타난다.

그러나 SOGS는 출발에서부터 일반인 모집단의 유병률 추정 도구로 설계되지 않았으며 이론적 근거에 기초하여 문항들을 선별하기보다는 정규적 도박과 관련되는 다양한 행동이나 심각한 도박문제의 분명한 지표로 간주되는 문항들을 포함시켰다. 그 결과 병리의 다양한 정도를 측정할 수 있게는 되었지만 문제의 심각성이 덜한 사례를 더 심각한 사례로 분류하는 ‘허위 긍정(false positive)’율이 높아지고 이론적 바탕이 취약하다는 문제를 지니게 되었다. 요인분석 결과는 흔히 ‘병적 도박행동’과 ‘도박의 결과’에 해당하는 2차원이나 그 이상의 차원으로 나타난다. 이밖에도 SOGS는 이제는 사용하지 않는 과거의 병적 도박 기준(DSM-III-R)에 기초하고 있다는 점이나, 새로 등장하고 있는 도박 유형들을 고려하지 못한 점 등도 척도의 제한점으로 지적된다.

한국에서는 최완철, 김경빈, 오동열, 이태경(2001)이 한국판 SOGS(KSOGS)를 만들었다. 한국판 척도는 신뢰도와 일부 타당도 자료가 보고되었으며, 절단점 연구에서 원판과 같은 5점이 병적 도박을 가장 잘 분류하는 점수로 나타났다. 이순목과 김종남(2009)은 KSOGS의 문제점으로 5요인의 복잡한 요인 구성을 보이며 원척도와 번안된 척도 사이의 동등성을 확보하지 못한 것을 지적하고 있다.

DSM-IV. 미국정신의학회의 DSM-IV(1994)의 병적 도박 기준은 병리 모형의 가장 최신판이다. 임상장면에서 심각한 도박 문제를 보이는 사람들을 평가하려는 목적으로 개발되었으며, 병리 혹은 행동중독 모형이라는 이론적 근거에 바탕을 두고

있다. 내적 합치도와 재검사 신뢰도가 매우 높으며, 단일한 요인구조나 병적 도박행동과 도박의 결과라는 2요인구조를 보인다. NODS(NGISC, 1999), DIGS(Diagnostic Interview for Gambling Schedule; Winters, Specker, & Stinchfield, 1997) 및 GAMTOMS(Gambling Treatment Outcome Monitoring System; Stinchfield & Winters, 1996) 등이 DSM-IV의 병적 도박기준을 평가하기 위해 개발된 도구들이다(Neal et al., 2005에서 재인용). SOGS에 비해 타당도 연구가 부족하지만 Stinchfield, Govoni 및 Frisch(2001)의 연구에 의하면, GAMTOMS의 일부 타당도 자료가 확인된다(Neal et al., 2005에서 재인용).

DSM-IV 기준은 병리 모형에 기초하고 임상장면에서 사용하는 도구로 일반인 모집단의 유병률 추정 도구로는 적합하지 않다는 평가도 있다(Ferris & Wynne, 2001; Neal et al., 2005). DSM-IV 기준은 SOGS에 비해 일반인 모집단에서 유병률을 낮게 추정하는 경향이 있다. 아울러 이 도구를 사용하기 위해서는 병적 도박의 기준을 면접할 수 있는 훈련된 임상가가 필요하다는 문제도 있다.

한국에서는 김교현(2003)이 NODS의 한국판(KNODS)을 만들었다. KNODS는 높은 내적 합치도와 재검사 신뢰도 및 단일의 요인구조를 보였으며, 다양한 도박 피해 지수들과 정적인 상관을 보였다. 이순목과 김종남(2009)은 KNODS의 문제점으로 원척도와 번안된 척도 사이의 동등성을 확보하지 못한 것을 지적하고 있다.

CPLI. SOGS나 DSM-IV 기준이 임상장면에서 병적 도박자를 선별하기 위한 도구라는 점을 비

관하며 피해 모형을 기반으로 하여 일반인 모집단에서의 유병률을 추정하기 위한 도구로 개발되었다. 사용하기가 간편하며 내적 합치도와 재검사 신뢰도가 높다. 공중건강 모형과 개념적으로 잘 합치된다고 주장하고 있다(Ferris & Wynne, 2001).

CPGI는 이론적 근거가 미흡하고 문항 내용이 주관적 해석의 여지가 많다고 비판받는다(Neal et al., 2005). Ladouceur, Jacques, Chevalier, Sevigny 및 Hamel(2005)의 연구에 따르면, CPGI는 임상 면접 결과를 근거로 했을 때 매우 높은 허위 긍정율을 보였으며 전체로 88%의 잘못된 분류를 하는 것으로 나타났다. 보다 근본적인 문제로, Svetieva와 Walker(2008)는 CPGI가 피해 모형을 주장하면서도 질병 모형에 기초한 SOGS와 DSM-IV 문항들을 많이 차용해 와서(PGSI의 9문항 중 7문항이 기존 두 척도에서 유래) 여전히 의학적 질병으로서의 중독 개념을 측정하고 있다고 지적하고 있다.

한국에서도 문화관광연구원(2006, 2008)이 CPGI의 번역판을 만들어 유병률 조사에 사용하고 있으나, 척도의 심리측정적 속성에 대해서는 아직 동료 전문가들의 평가를 거친 논문으로는 발간하지 않고 있는 상태다.

어떻게 조사해야 하나?

도박중독 유병률은 일반적으로 서베이를 통해 조사한다. 그런데 도박중독 유병률 조사는 다른 사회조사와 달리 거절률이 높다는 어려움이 있다. 한국의 도박중독률 조사 거절률이 어느 정도인지

는 집계된 바가 없어서 명확히 알 수 없다. 그러나 충남대 사회조사센터에서 도박유병률 설계안 개발과정에서 4명의 면접원이 2시간 동안 두 명을 면접하는데 성공하는 등 일반 조사에 비해 현저하게 낮은 응답성공률을 보였다¹⁾. 즉 대부분의 응답자가 ‘도박’이나 ‘도박중독’이라는 단어에 대해 과도한 거부반응을 보인 것으로 해석된다.

이처럼 도박과 도박중독에 대한 거부 반응 및 그로 인한 높은 응답 거부율은 그 자체로서도 조사결과의 신뢰성을 낮추는 요인이 된다. 즉 조사를 거부한 집단과 조사에 응한 집단 간에 체계적인 차이가 나타날 가능성이 높을 뿐만 아니라 만약에 도박에 대한 부정적 생각을 가진 사람들이 주로 거부하는 것이라면 실제 도박중독 유병률 조사는 대부분 도박 친화성이 높은 응답자를 대상으로 실시되고 있을 가능성도 있고, 이 경우 조사결과 나타나는 유병률 추정치는 실제보다 높은 수치일 가능성이 있다.

뿐만 아니라 높은 거절률은 면접원이 면접원칙을 위반하도록 조장하는 요인으로 작용하게 된다. 한국의 경우 대부분의 면접원 수당은 성공한 면접에 기반해서 지급된다. 따라서 면접원은 가능하면 효율적으로 면접을 진행하기를 원하게 되고, 거절 가능성이 높은 사람을 접근해서 조사하기보다는 그럴 가능성이 낮은 사람을 찾아서 조사하고자 하는 동기가 생긴다. 물론 실사과정에서 면접 중 준수해야 할 원칙들을 교육하고 점검하겠지만, 실제 진행과정이 모두 세밀하게 통제될 수 있는 것은 아니기 때문이다.

따라서 도박중독 유병률 조사는 다른 일반적 조사보다 조사원칙의 준수가 어렵고, 체계적인 편파

1) 설문 방식을 바꿈으로써 거부율을 일반 조사수준으로 낮추는데 성공하였다.

를 보일 가능성이 높다. 그런 반면, 도박중독 유병률 조사는 관련된 이해관계집단이 다양하고, 또한 반복해서 동일한 조사가 이루어지기 때문에 조사의 신뢰도와 타당도가 다른 그 어떤 조사에서보다도 더욱 중요하게 된다. 이런 점에서 조사절차의 과학성 여부가 특히 중요하게 된다고 본다.

지금까지의 조사방법

지금까지 한국의 도박중독 유병률 조사는 주로 면접원을 조사 대상자에게 보내서 직접 질문을 하는 면대면 면접방법을 사용하는 것으로 나타났다. 그리고 조사 대상자의 선정은 할당표집 방법을 사용하고 있다. 물론 일부 확률표집이라고 주장하는 경우도 하고 있지만, 최종단계의 응답자가 응답을 거부하거나 여러 가지 이유로 부재중이어서 접근이 어려운 경우, 다른 응답자로 대처하기 때문에 이런 경우는 확률표집이 아니라 비확률표집에 해당된다.

할당표집 방법은 경우에 따라 비교적 정확한 조사결과를 보이기도 한다.²⁾ 그러나 할당표집 방법은 비과학적 조사라는 점에서 그 정확도를 알 수 없을 뿐만 아니라 다양한 선거조사결과에서 나타났듯이 동일한 조사를 동일한 시기에 실시했을 경우에도 결과가 다르게 나타나는 경우가 많

다(조성겸, 김지연, 나윤정, 이명진, 2007). 특히 이러한 할당표집 방법의 문제는 전화조사보다도 면접원에 대한 통제가 어려운 즉 면접원의 선택 가능성이 더 큰 면대면 면접에서 더 크게 나타나게 된다. 이러한 점에서 정책적으로 또는 사회적으로 중요도가 높은 조사의 경우에는 면대면 할당표집 방법이 적합지 않다고 본다.

미국 등 선진국의 도박중독 유병률 조사의 경우에는 확률표집방법을 사용하고 있다. 미국과 캐나다의 경우 전화번호를 기존의 전화번호부 등재번호가 아니라 무작위 추출방법을 이용해서 추출하고³⁾, 각 번호에서 응답이 없을 경우 여러 차례 반복해서 접촉을 시도하였다(Gerstein et al., 1999; Williams & Robert, 2007). 미국의 경우 최대 50 회까지 그리고 캐나다는 36번까지 다시 전화를 하는 방법을 사용했다. 영국의 경우 표본에 추출된 각각의 주소에 대해 전화 등을 이용해 최대한 조사에 협조하도록 요청한 다음, 면접원이 방문을 하도록 하였고, 응답자는 온라인 혹은 설문지 중에서 선택해서 응할 수 있도록 하였다. 그리고 만약 응답자가 설문을 하지 않고 있는 경우 두 차례의 촉구 전화를 하였다(Wardle, Sproston, Orford, Erens, Griffiths, & Constantine, 2007). 또한 이들 연구에서는 무응답 또는 응답거절의 정도를 명확히 파악하고 있다.

- 2) 한국의 대통령 선거예측조사에서 이러한 할당표집 방법은 종종 예측력이 높은 것으로 나타났고, 이것이 할당표집방법의 타당에서 보여주는 것으로 제시되고 있다. 그러나 실제 전화를 이용한 예측조사를 분석한 결과는 이러한 일부 예측 성공사례가 할당표집 방법의 타당에서 보여주는 것이 아니라는 점서 보여준다(조성겸, 2009). 실제로 한국의 대통령 및 총선 예측조사에서 할당표집 방법 대신에 확률표집에 입각한 출구조사 방법에 대한 의존도가 높아지고 있다.
- 3) 한국의 경우 등재된 전화번호를 일반적으로 사용하는데 반해 미국에서는 전화번호부에 등재된 번호가 아니라 컴퓨터로 번호를 발생시켜서 사용하는 RDD 방법을 사용하고 있다. RDD는 등재되지 않은 번호가 표본에서 누락될 가능성을 막기 위해서 채택되는데 한국의 경우 홍성준, 박소형 및 김선웅(2009)의 연구에 따르면 전화번호부 등재비율이 65%정도일 것으로 추정된다. 이 두 방법의 비교에 대해서는 허명희와 김영원(2008) 연구를 참조하라.

이들 미국과 캐나다 등의 조사방법은 거절자 및 부재자를 다른 응답자로 대치하지 않고, 최대한 표본에 포함시키기 위해서 노력했다는 점에서 이러한 노력을 기울이지 않는 할당표집에 비해 훨씬 과학적이라고 할 수 있고 한국의 기존 연구와 다르다. 한국의 경우는 이러한 노력을 기울이지 않고 거절자나 부재자를 다른 응답자로 대치하는 방법을 사용하기 때문에 이 과정에서 조사 결과의 편향이 발생하게 된다(Cho & Cho, 2009). 그리고 이러한 이유에서 방법론 교과서에서는 할당표집 방법을 비확률적 표집 방법으로 분류하고 있다.

왜 과학적 조사방법을 사용해야 하는가?

과학적 조사방법을 한국에서 사용하지 않는 것은 두 가지 이유에서다. 하나는 비용의 문제다⁴⁾. 다음은 소요 시간이 많이 걸린다는 점이다. 시간의 문제는 도박중독 유행률 조사의 경우 큰 문제가 되지는 않는다. 시급히 조사결과를 필요로 하지 않는 않기 때문이다. 다만 비용의 문제는 고려가 될 수 있다.

한국에서 이처럼 높은 비용이 소요되는 것에는 확률조사를 위한 면접원 훈련, 소프트웨어 등 제반 여건이나 훈련이 이루어지지 않았기 때문일 가능성이 높다. 미국의 경우 대부분의 면접원이 통화가 이루어진 다음 응답자를 설득하는 일에 그리고 거절자를 설득하는 일에 상당한 정성을 기울이도록 요구받고 있고, 또 실제로 그런 교육 훈련을 많이 받는다. 그리고 조사 진행을 위한 소

프트웨어도 이러한 설득에 필요한 다양한 정보를 제공하기에 편리하도록 구비되어 있다. 예컨대, 응답자가 거절 이유로 밝힌 내용들이나 직접 밝히지 않았더라도 응답자의 대답 분위기 등이 그대로 기록되어 다음 면접자가 전화를 하기 전에 읽어보고 준비하도록 하는 시스템 등이 그 예다. 즉, 최대한 응답자에 대한 정보를 파악하고 활용함으로써 조사 응답률을 높이는 것이다. 앞으로 이러한 시스템이 갖추어지면 실제 조사비용은 지금 예상보다 낮아질 것이고 따라서 비용이 장기적으로는 큰 문제는 아니라고 본다.

그러나 과학적 조사는 지금보다 높은 비용을 요구한다. 그러면 왜 굳이 이러한 과학적 조사를 실시해야 하는가?

조사의 품질은 최종 생산물인 조사결과가 아니라 조사결과를 도출하는 데 사용한 절차에 의해서 평가된다. 따라서 조사의 품질을 높이기 위해서는 과학적 절차를 사용해야만 한다. 때로는 점쟁이가 사회변화를 과학적 여론조사보다 더 정확하게 맞추었다고 해서 점술의 예측 결과에 기반해서 정책을 수립할 수는 없는 것이다. 만약 유행률 조사를 단 한 번만 실시한다면 사실 어떤 조사방법을 사용하느냐가 큰 문제가 아닐 수 있다. 그 조사결과가 문제가 있다는 것을 누구도 알 수 없기 때문이다. 그러나 앞으로 이러한 조사가 반복적으로 그리고 다양하게 이루어질 경우, 각 조사가 과학적으로 이루어지지 않게 되면 이해할 수 없는 조사결과 차이가 나타나게 될 것이다. 따라서 이해관계 집단 간의 다양한 요구가 표출되는 가운데 합리적이고 수용되는 정책결정이 이루어

4) 현대리서치에서 확률표집 방법을 이용해 조사를 실시해 본 결과 할당표집 방법의 경우보다 약 4배 정도의 비용이 소요되었다고 한다.

어지기 위해서는 보다 좋은 품질의 조사결과를 생산하는 것이 매우 중요하다.

또한 한국의 조사결과를 해외에 발표하거나 또는 외국 조사결과와 비교하기 위해서라도 과학적으로 인정받는 확률표집을 사용할 필요가 있다. 미국의 여론조사학회(AAPOR)도 확률표집 방법을 권장하고 있다. 한국의 국제적 위상이 점차 높아진다는 면에서도 다른 사회적 수준에 맞게 도박중독 유병률 조사도 과학적 절차를 준수할 필요가 있다.

앞으로의 조사방법

한국학술진흥재단의 지원을 받아 이루어진 학술연구 중에서 조사방법을 이용한 224개 과제를 검토한 보고서(이광희, 2009)는 조사의 품질을 증진시키기 위한 방안으로 '확률적 표본 추출'과 '철저한 조사수행 과정의 관리' 및 '응답률 제고' 등을 제안하고 있다. 그만큼 조사에서 표본추출과 조사수행이 중요하다는 것이다.

그러나 이에 못지않게 도박중독 유병률 조사에서는 거절률을 낮추기 위한 설문방법의 개발이 중요하고 필요하다. 앞서 언급한 충남대 사회조사센터의 실험에서 설문을 묻는 방식에 따라 조사응답률이 20배까지 증가하기도 하였다. 그만큼 유병률 조사에서 설문 구성 방식이 중요하다는 것을 보여준다. 그동안 이루어진 유병률 조사는 이러한 면에서 미흡한 부분이 있다.

또한 조사 수행과정이 좀더 철저하게 관리될 필요가 있다. 사실 현재 한국에서 행해지는 많은 조사들은 면접원들의 성실성이나 정직성에 과도하게 의존하는 경향이 있다. 이러한 면에서 조사

수행과정에 대한 관리가 어려운 면접원 조사보다는 전화조사 방법이 과학적 조사를 수행하기에 용이하다고 본다.

과학적 조사를 위한 절차를 완전하게 준수한다는 것은 물론 이상이다. 현실적으로 가용한 시간과 자원의 제한 속에서 조사가 이루어지기 때문에 어느 정도의 타협이 필요하게 된다. 즉 부재중인 경우 과연 몇 회 재접촉이 이루어져야 하는가의 문제는 과학성과 현실성 타협의 한 예다. 따라서 앞으로의 과제는 주어진 제한 속에 최대한 과학적 원칙을 준수하는 방안을 찾는 것이라고 볼 수 있다. 이러한 면에서 설문에 대한 개선 노력, 조사과정에 대한 통제 그리고 표본 추출 및 거절률 감소를 위한 노력들이 균형 있게 이루어져야 한다. 그렇지만 아직 이러한 확률적 조사가 한국에서 이루어지는 경우가 드물다는 점에서 어느 정도 선에서 이러한 타협이 이루어져야 하는가에 대해서는 아직 아무런 기준이 없는 편이다. 따라서 유병률 조사의 사회적 중요성 그리고 조사의 현실적 여건 등을 고려해서 최소한 어느 정도의 품질 요건을 갖추어야 하는가에 대한 전문가들 사이에 합의된 지침이 제시될 필요가 있다고 본다.

쟁점들에 대해 어떻게 대처하나?

현재 한국사회에서 도박중독 유병률의 보다 정밀한 추정에 대한 긴박한 수요가 있다. 그러나 도박중독이 무엇이고, 유병률을 추정하기 위한 방법의 세부사항들은 어떠하며, 개별 방법들에서 얻어지는 추정치가 어떤 특성을 지니고 그 추정치를 어떻게 활용할 수 있는지와 관련해서는 축적된 지식이나 이해당사자들 사이의 논의와 의견수렴

이 부족한 상태다.

그러나 이러한 상황을 적절한 도전으로 잘 활용할 수 있다면 빠른 시간 내에 큰 발전을 이룰 수 있는 기회가 될 수도 있을 것이다. 현재 도박 중독 문제의 진단과 평가 및 대책과 관련해서 많은 불확실성과 혼란이 있지만, 이런 불확실성과 혼란을 개방적인 자세에서 인정하고 차분하고 효율적으로 이를 극복해 나가려는 자세가 문제해결을 위한 첫 단추가 될 것이다. 앞선 논의에서 제기될 수 있는 쟁점들과 이에 대한 현 시점에서의 대처방안에 대해 논의해 보기로 한다.

무엇을 도박중독이라고 할 것인가와 관련해서 현재 분명한 조작적 정의와 측정 기준을 제안할 수 있는 접근은 병리 모형과 피해 모형이다. 병리 모형에서는 도박중독은 질병으로 개념화할 수 있고, 유전적 취약성과 축진적인 환경 및 예후와 경과뿐만 아니라 장애가 발달해가거나 변화해 가는 과정이나 기제를 설명할 수 있다고 본다. 도박중독을 포함해서 물질중독 전반을 걸쳐 공통되는 기제가 있다고 주장하는 연구자들이 늘어나고 있고, 이 주장에 대한 실증적인 지지증거들도 빠른 속도로 축적되고 있는 것으로 판단된다.

현재 가장 많은 수렴적 지지를 받는 병리 모형은 '보상 및 반 보상 학습과 기억기제의 문제'로 중독을 조망하는 관점이다(김교헌, 2006a, b; 2007). 중독의 보상 및 반 보상 학습과 기억기제의 신경생리적인 병리를 제안하는 연구들(Hyman, 2005; Kalivas & Volkow, 2005; Koob & Le Moal, 2001; Nestler, 2005; Potenza, 2006)이 많다. 이런 관점으로 보면, 도박중독은 뇌의 변화라는 기질적 바탕이 있는 실체를 가진 질병의 하나다.

피해 모형에서는 도박행동과 그 행동을 기초하

고 있는 개인적 정신병리보다는 행동의 결과로 나타난 피해나 폐해에 초점을 맞춘다. 피해 모형은 도박으로 인해 발생한 피해에 초점을 맞춘다는 점에서 공중건강적 접근에 잘 맞고 도박에 대한 다원적인 관점을 잘 반영할 수 있다. Shaffer와 Korn(2002)이 지적하듯이, 정신병리적인 문제를 발달시킨 개인에게만 초점을 맞추는 병리 모형으로는 병리적인 문제는 없이 자신이나 가족 혹은 지역사회에 많은 피해를 초래하는 도박 문제를 제대로 다룰 수 없다. 캐나다를 비롯한 북미, 유럽 및 오세아니아 국가들에서 최근 피해 모형에 바탕을 둔 중독이나 도박문제의 관점을 채택해 가고 있는 추세다.

과도한 도박으로 인한 다양한 피해를 고려해 볼 수 있다. 도박자 자신의 경우 도박에 대한 신체 및 심리적 의존성을 발달시키는 외에도, 우울이나 근로 의욕 상실, 스트레스 경험 등을 피해 목록에 추가할 수 있을 것이다. 도박자 가족의 경우는, 가족 간 친밀감이나 신뢰의 상실, 가정 파탄, 재정 문제 및 자녀 양육 문제 등의 피해를 우선적으로 생각해 볼 수 있다. 지역사회의 입장에서 범죄율의 증가, 탈세, 생산성 하락 등의 피해를 우선적으로 고려할 수 있다.

그러면, 도박중독에 대한 병리 모형과 피해 모형은 서로 상반되는 도박중독의 측면을 대표하는가? 그렇지 않다. 병리 모형이 개인의 정신병리에 초점을 맞추어 도박중독의 범위를 좁힌 것이라면, 피해 모형의 경우는 개인과 가족 및 지역사회의 다양한 피해를 도박중독 혹은 도박 문제의 대상으로 삼겠다는 의도를 갖는다. 이런 의미에서 피해 모형은 그 부분으로 병리 모형을 포함하고 있다고 볼 수도 있다(물론 일부 차원에서는 도박 행

동과 그 결과는 독립적이다). 또 다른 면에서, 병리 모형에서 핵심 기제가 되는 자기 조절력이나 통제력의 상실도 피해의 개념이 없이는 성립하기 어렵다. 도박 행동으로 인한 피해가 이득보다 많아서 자신이 그 행동을 조절하려 함에도 불구하고 반복적으로 조절에 실패하는 것이 병리 모형의 핵심 기제가 된다는 점을 생각해 보면, 도박중독에 대한 두 모형은 상호보완적이라 할 수 있다.

이런 맥락에서 필자들은 도박중독의 병리 모형과 피해 모형을 함께 고려하는 ‘이중 모형(dual model)’ 혹은 ‘통합 모형(integration model)’이 필요하다고 제안한다. 개인적 질병으로서의 도박중독을 발달시킨 사람들을 찾아내고 이들을 치료해서 건강하고 독립적인 시민으로 복귀시키는 노력이 중요하다. 이와 함께 개인적 질병에 해당하는 도박중독은 아니지만 자신과 가족 및 지역사회에 피해를 초래하는 집단을 찾아내고 피해를 줄이며 질병으로 발달해 가지 않도록 예방 조치를 취하는 정책이나 서비스도 역시 시급하다. 특정한 유병률 연구에서는 이 두 가지 모형 중에서 어느 하나에만 초점을 맞출 수도 있겠지만, 국가적인 정책을 위한 자료에서는 양자가 모두 필요할 것이다.

이중 모형이나 통합 모형은 도박중독 연구나 정책에서 한국의 실정과 다른 국가의 실정을 비교해서 정책적 시사점을 찾기 위해서도 필요하다. 생물학적인 실체를 확보할 수 있는 질병으로서의 도박중독은 문화적인 맥락의 변화를 넘어서는 공통요소를 지니고 있다고 볼 수 있으며, 이는 국가 간 유병률 비교를 가능하게 한다. DSM-III 이후

발달시켜 온 DSM의 병적 도박 기준(병리 모형)과 이를 평가하려는 SOGS나 NODS 등의 도구는 이런 용도로 사용될 수 있다.

이에 반해, 피해 모형은 개인이나 가족 혹은 지역사회가 처해 있는 문화적 맥락에 따라 다양하게 달라지는 도박문제를 파악하는 데 활용할 수 있다. 공중건강이나 건강증진(health promotion) 및 피해저감(harm reduction), 사전 위험관리, 소비자 보호 등의 정책을 구현하는 데 피해 모형에 입각한 도박중독 개념이 긴요하게 활용될 수 있을 것이다. 비록 구성타당도가 의심되고 허위 긍정율이 높다는 비판이(Svetieva & Walker, 2008) 제기되고 있지만, CPGI는 피해 모형에 기초해 개발된 평가 도구라고 할 수 있다. 이미 연구를 시작한 한국형 도박중독 척도의 개발(이순목, 현명호, 최삼욱, 김종남, 김수진, 2008)의 후추 방향과 관련해서도, 병리 모형에 입각한 척도의 개발과 아울러 피해 모형에 입각한 척도의 독립적인 개발이 필요하다고 생각한다.

어떤 도구를 사용해서 어떻게 조사하나와 관련해서도 세밀한 사전 설계가 우선되어야 한다. 왜 특정한 도박중독 유병률 조사를 하는지, 목적을 분명히 하는 작업이 무엇보다 우선 되어야 한다. “정신병리적인 도박중독 문제를 보이는 사람들이 특정 모집단에서 얼마나 되고 이를 치료하기 위한 시설이나 비용이 얼마나 되는지를 평가하려 하는가?” “과도한 도박행동으로 인한 사회적 비용을 추정하려고 하는가?” “시민들에게 합법적 사행산업에 노출되는 기회를 증가시키는 것이 ‘풍선효과’를 방지해 주는가 아니면 ‘기관차 효과’⁵⁾를 초

5) 풍선효과와 기관차 효과는 현재 한국의 합법적 사행산업을 조장하거나 규제하는 정책 결정과 관련해서 널리 회자되는 용어다. 풍선효과는 합법적 사행산업을 제한하면 도박의 수요가 불법적이고 음성적인 사행산

래하는가?” 혹은 “특정한 방식의 전자카드 제도를 도입한 결과, 병적 도박자가 줄어들고 도박 피해가 감소하는가?” 등 무엇을 검증하려고 하는지의 연구 목적에 따라 어떤 모형에 기초한 도박중독 개념을 선택하고 어떤 도구를 사용해야 하며 어떤 유병률 지수를 이용해야 하는가가 달라져야 한다. 맹목적으로 남이 가는 장에 따라가는 식의 연구는 논란이 있는 쟁점을 해결해 주기보다는 새로운 논란과 갈등을 배태시키는 역기능을 할 수 있다.

조사도구의 선택과 관련해서는 도구의 심리측정적 특성을 고려하고, 성이나 사회경제적 지위 등의 인구학적 차이에 따라 차별적 기능을 하지 않는 공정한 도구를 사용하는 것이 중요하다(이순목 등, 2008; Young & Stevens, 2008). 그러나 아직 도박중독 유병률 추정을 위한 국내의 도구 개발이 미흡한 형편에서 선택할 수 있는 대안들은 제한적일 수밖에 없다. 아울러 조사도구의 선택이나 조정은 어떤 조사방법을 사용하느냐에 따라서도 달라져야 한다. 예를 들어, 전화조사를 사용한다면 많은 질문 문항을 포함시키기는 곤란할 것이다.

지금까지의 논의에서 분명하게 드러나듯이, 도박중독 유병률의 추정 및 그 결과의 활용과 관련해서는 상당한 논란과 불확실성과 현실적인 제한이 상존해 있다. 여기에 반해 정책적인 결정에서는 시기적인 적절성이 매우 중요하다. 이러한 도전을 어떻게 현명하게 극복하느냐가 관건이다.

첫 걸음은 사안의 복잡성과 불확실성을 개방적

으로 인정하는 데서 출발할 필요가 있다. 장기적 관점에서 보면, 복잡한 문제를 단순하게 호도해서 문제를 효율적으로 해결할 수는 없다. 다음으로 특정 연구나 정책에서 추구하려는 목표가 무엇인지 명세화하고 현 수준에서 그에 가장 잘 맞는 설계가 무엇인가를 이해관계 당사자들이 사전 논의해서 합의를 이루려고 노력해야 한다. 현실적으로 제한이 있는 특정한 결정을 했을 때 어떤 문제점이 내재해 있는지를 사전에 알고 연구나 정책을 시작해야 한다. 이해관계의 갈등이 있는 논의나 결정 과정에서 상생적인 합의를 도출하기 위해서는 연구의 중립성 보장과 경쟁적 연구를 보장하고 조장하는 것이 중요하다(김교헌, 2009). 과학적 논쟁을 피할 일이 아니다. 연구자들의 논쟁 결과가 축적되어 다음 논쟁에서는 한 걸음 더 나아가는 성과가 나타나도록 제도나 사회적 분위기를 만들어 주는 역할을 정부에서 할 필요가 있다. 이런 과정이 한국에서 도박중독의 폐해를 방지하거나 줄이기 위한 사회적 구성(social construction)임을 명시적으로 천명하고 논의를 진행해야 한다.

(도박)중독은 생물적 질병만도, 심리적인 부정응만도, 사회적인 병리나 영적인 타락만도 아니다. 이 모두가 함께 포함되고 어우러지는 전인적이고 상위 체계적인 자기조절의 이탈이다(김교헌, 2007, p. 689). 복잡계(complex system)적인 접근이 필요하다.

업으로 숨어들거나 해외로 유출된다고 주장하는 측의 상징적 용어인데 반해, 기관차 효과는 합법적 사행산업에 대한 접근성이 높아지면 이것이 불법을 비롯한 다른 사행산업의 추가적 수요를 선도해 나가게 된다고 주장하는 측의 아이콘이다. 그런데 현재 한국의 현실은 두 효과를 어떤 지수로 평가할 수 있으며 어떤 연구를 통해 이를 검증할 수 있는지에 대한 건설적인 논의가 매우 부족한 것으로 보인다.

참 고 문 헌

- 김교현 (2003). 병적 도박 선별을 위한 K-NODS의 신뢰도와 타당도. *한국심리학회지: 건강*, 8(3), 487-509.
- 김교현 (2006a). 중독과 자기조절: 인지신경과학적 접근. *한국심리학회지: 건강*, 11(1), 63-105.
- 김교현 (2006b). 도박행동의 자기조절 모형: 상식모형의 확장. *한국심리학회지: 건강*, 11(2), 243-274.
- 김교현 (2007). 중독, 그 미궁을 헤쳐 나가기. *한국심리학회지: 건강*, 12(4), 677-693.
- 김교현 (2009). 한국 도박중독 문제의 책임과 대처. *한국심리학회지: 건강*, 14(1), 27-39.
- 김교현, 이홍표, 권선중 (2005). 한국사회의 병적 도박 유병률에 대한 연구: KNODS, KMAGS 및 KSOGS의 추정치 비교. *한국심리학회지: 건강*, 10(2), 227-242.
- 이광희 (2009). 사회조사연구의 품질향상을 위한 과제관리 개선방안연구. *한국학술진흥재단연구보고서* (연구보고-2008-006-학술정책).
- 이순목, 김종남 (2009). 도박중독 문제의 본질에 충실한 평가/진단 및 비율의 산정. *한국심리학회지: 건강*, 14(1), 1-26.
- 이순목, 김종남, 최삼욱, 현명호, 김수진 (2009). 도박의 정의와 범주화에 대한 개념의 명확화. *한국심리학회지: 일반*, 28(1), 1-27.
- 이순목, 현명호, 최삼욱, 김종남, 김수진 (2008). 한국형 도박중독 변별척도 개발 연구. *사행산업통합감독위원회 연구용역 보고서*.
- 조성경 (2009). 전화여론조사의 예측정확도 분석. *조사연구*, 10(1), 57-72.
- 조성경, 김지연, 나윤정, 이명진 (2007). 선거여론조사의 문제점과 개선방향: 2006년 지방선거 전화조사를 중심으로. *조사연구*, 8(1), 31-54.
- 최완철, 김경빈, 오동열, 이태경 (2001). 한국형 사우스 오크 병적 도박 검사 표준화에 대한 예비연구. *중독정신의학*, 5(1), 46-52.
- 한국문화관광연구원 (2006). *사행산업 이용실태 조사 분석 연구*. 문화관광부.
- 한국문화관광연구원 (2008). *사행산업 이용실태 조사 분석 및 총량조정 연구*. 사행산업통합감독위원회 연구용역 보고서.
- 한성열, 허태균, 이홍표 (2008). *도박 이용실태 및 도박 중독 유병률 조사*. 고려대학교, 한국마사회 연구용역 보고서.
- 홍성준, 박소형, 김선웅 (2009). 국내유선 전화조사에서 표본추출틀의 포함율. *조사연구* 10(1), 33-56.
- 허명희, 김영원 (2008). RDD표본대 전화번호부 표본. 2007년 대통령 선거예측사례. 9(3), 55-70.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Cho, S. K., & Cho, E. H. (2009). How to obtain better survey results on life science issues? in J. R. Yoon (Ed), *ELSI Issues on Current Biotechnology*. (pp.176-180). Seoul: Marubol Publication.
- Ferris, J., & Wynne, H. (2001). *The Canadian Problem Gambling Index. Final Report*. Phase II final report to the Canadian Interprovincial Task Force on Problem Gambling.
- Gerstein, D., Murphy, S., Toce, M., Hoffmann, J., Palmer, A., Johnson, R., Larison, C., Chuchro, L., Buie, T., Engelman, L., and Hill, M.A. (1999). *Gambling Impact and Behavior Study*. Report to the National Gambling Impact Study Commission.
- Hyman, S. E. (2005). Addiction: A disease of learning and memory. *American Journal of*

- Psychiatry*, 162(8), 1414-1422.
- Kalivas, P. W., & Volkow, N. D. (2005). Neural basis of addiction: A pathology of motivation and choice. *American Journal of Psychiatry*, 162(8), 1403-1413.
- Koob, G. F., & Le Moal, M. (2001). Drug addiction, dysregulation of reward and allostasis. *Neuropsychopharmacology*, 22, 97-129.
- Ladouceur, R., Jacques, C., Chevalier, S., Sevigny, S., & Hamel, D. (2005). Prevalence of pathological gambling in Quebec in 2002. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(8), 451-456.
- Lesieur, H., & Blume, S. F. (1987). The South Oaks Gambling Screen(SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.
- Neal, P., Delfabbro, P., & O'Neil, M. (2005). *Problem Gambling and harm: A national definition*. Adelaide, Australia: South Australian Centre for Economic Studies.
- Nestler, E. J. (2005). Is there common molecular pathway to addiction? *Nature Neuroscience*, 8(11), 1445-1449.
- Potenza, M. N. (2006). Should addictive disorders include non-substance-related conditions? *Addiction*, 10(Suppl. 1), 142-151.
- Shaffer, H., & Korn, D. (2002). Gambling and related mental disorders: A public health analysis. *Annual Review of Public Health*, 23, 171-212.
- Svetieva, E., & Walker, M. (2008). Inconsistency between concept and measurement: The Canadian Problem Gambling Index(CPGI). *Journal of Gambling Issues: Issue 22, December*, 157-173.
- Young, M., & Stevens, M. (2008). SOGS and CPGI: Parallel comparison on a diverse population. *Journal of Gambling Studies*, 24, 337-356.
- Wardle, H., Sproston, K., Orford, J., Erens, B., Griffiths, M., & Constantine, R. (2007). *British Gambling Prevalence Survey 2007*. National Centre for Social Research.
- Williams, R. J., & Robert, T. W. (2007). The Proportion of Ontario Gambling Revenue Derived from Problem Gamblers. *Canadian Public Policy*, 33(3), pp. 367-387. University of Toronto Press on behalf of Canadian Public Policy <<http://www.jstor.org/stable/30032540>> Accessed 13 June 2009.

원고접수일: 2009년 8월 19일

게재결정일: 2009년 9월 11일

한국심리학회지: 건강
The Korean Journal of Health Psychology
2009, Vol. 14, No. 3, 481 - 495

Studying Gambling Addiction in Korea: The Proceedings of a Workshop on the Estimation of the Prevalence of Gambling Addicts in Korea

KyoHeon Kim

Department of Psychology
Chung Nam National University

SungKyum Cho

Department of Communication
Chung Nam National University

At a recent workshop, several South Korean scholars discussed the difficulties and importance of knowing the number of addicted gamblers in Korean order to address issues related to pathological gambling. First, it is important to agree on the definition of a gambling addict. Several perspectives were presented including that of the clinical definition of a pathological gambler and a definition that was dependent on the negative impact gambling had on a person's life, which could be financial, familial, business related, etc. Each of these perspectives required the use of a different measurement system, such as the CPGI or SOGS. It was decided that a standard definition and index was needed in order to standardize estimations, reduce confusion, and ease the burden placed on researchers. Survey sampling methods also affect estimations based on surveys. Koreans generally use a quota sampling method, but a random sampling method is more scientific and is the international standard. The phrasing of survey questions also affects whether or not people answer. A survey on "leisure activities" is more likely to be answered than one on "gambling." The workshop was successful in encouraging dialogue between Korean scholars in order to begin to address these issues.

Keywords: gambling addiction, prevalence, pathological gambling, problem gambling, pathologic model, harm model