

## DSM의 변천사와 시대적 의미의 고찰<sup>†</sup>

김 청 송<sup>‡</sup>  
경기대학교

DSM은 미국정신의학회(American Psychiatric Association; APA)에서 발간한 『정신장애의 진단 및 통계편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder; DSM)』 책자이다. 이 책자의 목적은 다양한 정신장애를 지닌 정신질환자들의 진단과 분류체계를 보다 효율적으로 적용하고, 연구자간의 합의된 의사소통은 물론 치료와 경과 및 예후를 보다 원활하게 수행할 수 있도록 하는 것에 있다. DSM은 1952년 DSM- I 이 처음 출간된 이후, 2013년에는 DSM-5가 출간되어 현재 까지 이르고 있다. 지난 64년간의 DSM 출간 변화는 인간의 정신장애에 대한 시대적 상황을 반영 하고, 보다 과학적인 분류체계를 위한 노력의 일환으로 볼 수 있다. 시대적 상황이 변화되면서 인 간의 정신적 문제도 복잡해지고 새로운 이상행동들이 발견되고 있기 때문에 DSM-5는 다양한 증 상들(예: 약화된 정신증 증후군, 지속성 복합 사별장애, 자살 행동장애, 자살의도가 없는 자해, 인 터넷 게임 장애)을 다음 개정판 때 공식적인 정신장애로 추가할 움직임을 예고하고 있다. 또한 DSM-IV에서는 없었던 파괴적 기분조절 곤란 장애, 저장 장애, 피부 벗기기 장애, 회피적/제한적 음식섭취 장애, 초조성 다리 증후군 등을 공식 진단명으로 추가 수록했고, 정신장애의 분류 범주 에도 큰 변화를 모색하였다. 이에 본 연구에서는 DSM의 여러 비판점들에도 불구하고, 오늘날 정 신의학계는 물론 사회 각 분야의 정신건강전문가들 사이에서 가장 권위 있는 지침서로 활용되고 있고, 정신의학 분야에서는 일종의 바이블처럼 사용되고 있는 DSM의 변천 과정과 주요 내용에 따른 시대적 의미의 변화 양상은 무엇인지를 알아보고자 하였다. 이와 함께 ICD와의 관련성은 무 엇이며, DSM-5의 비판적 내용들의 특징 및 이와 관련된 추후연구의 함의를 정신건강과 건강심리 학적 관점에서 알아보고자 하였다.

주요어 : DSM, ICD, 이상행동, 정신장애, 이상심리학, 분류체계, 진단, 추후연구 진단기준

<sup>†</sup> 본 연구는 “2014학년도 경기대학교 학술연구비(일반연구과제) 지원에 의하여 수행되었음”

<sup>‡</sup> 교신저자(Corresponding author) : 김청송, (433-760) 경기도 수원시 영통구 광고산로 154-42 경기대학교 사 회과학대학 청소년학과, Tel: 031-249-9367, E-mail: drcsk@kyonggi.ac.kr

DSM은 무엇인가? DSM은 미국정신의학회(American Psychiatric Association; APA)에서 발간한 『정신장애의 진단 및 통계편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder; DSM)』 책자이다. 과거에도 그랬지만 지금도 인간의 정신적 문제와 관련된 여러 가지 다양한 용어들이 사용되고 있다. 이상심리, 이상행동, 심리장애, 정신장애, 정신질환, 정신병리 등의 용어들은 이제 우리들에게 매우 친숙한 용어가 되었다. 이상행동(abnormal behavior)은 말 그대로 마음의 이치가 잘못되어 비정상적이고 부적응적인 행동을 나타내는 경우를 말한다. 정신장애(mental disorder)는 정신에 질환이 초래된 상태로 신체적 질환과 마찬가지로 정신질환도 의학적 모델에 따라 치료되어야 한다는 함축적 의미가 내포되어 있다. 이상행동은 심리학자들이 선호하는 용어이고, 정신장애는 정신의학자들이 선호하는 용어지만 그 의미는 크게 다르지 않다. 결국 정상에서 벗어난 비정상적인 행동패턴 또는 부적응적인 행동패턴을 이상행동 또는 정신장애로 규정하고, 그 실체를 규명하여 비정상적 행동을 정상행동으로 되돌리는 것에 있다.

인간의 정신적 문제는 어디서 오는가? 그것은 단일 요인이 아닌, 여러 요인들이 복합적으로 작용하여 나타난 결과다. 여러 요인들 중에서 단연 부정적 생활사건, 즉 본인이 감당할 수 없는 정신적 쇼크를 주는 스트레스가 가장 큰 비중을 차지한다. 정신적 쇼크를 초래하는 스트레스는 인간이 인간에게 주는 고통이 실상 가장 큰 물줄기다.

인간의 정신적 문제의 결말은 무엇인가? 그것은 결국 자신과 주변 사람들을 고통과 불행으로 몰고 가는 것에 있다. 대부분의 많은 사람들은 죽

을 때까지 시련과 고난을 겪기도 하면서 인생을 살아간다. 사람은 모든 정신적 문제로부터 결코 자유로울 수 없다. 살아 있는 한 신경을 써야 하고, 또 살기 위해서 신경을 써야 한다. 이러한 삶의 과정에서 어떤 부정적 스트레스 사건들을 만나 심리적 충격을 받게 되면 신경증(neurosis)이나 정신증(psychosis)이 초래된다. 물론 여기에는 선천적으로 타고난 유전적 취약성(특이소질)이 깔려 있고, 그것을 촉발시키는 환경적 압력과 그것을 받아들이는 심리적 기제가 작동된 결과다(김정송, 2016).

우리나라의 경우도 보건복지부(2012)의 ‘대한민국 2011년 정신질환실태 역학조사’ 결과를 보면, 2011년 1년 동안 대한민국 성인 6명중 1명이 정신건강문제로 고통과 불행을 겪은 것으로 나타났다(보건복지부, 2012). 특히, 18세 이상 성인 중 최근 1년간 1번 이상 정신질환을 경험한 사람이 전체 인구의 16.0%인 577만 명으로 추산되었고(알코올과 니코틴 사용장애 포함), 평생 1번 이상 심각한 정신질환을 경험한 사람은 전체인구의 27.6%로 성인 10명 중에 3명꼴로 나타났다(알코올과 니코틴 사용장애 포함). 그리고 평생 정신질환 경험자 중 나름대로 상담과 치료를 받은 사람은 15.3%에 불과하고, 나머지 85%는 그런 사실이 전혀 없는 것으로 나타나서 한국의 정신의료서비스 이용률은 선진국에 비해 매우 낮은 수준에 불과한 것으로 나타난 바 있다.

DSM은 임상가들이 쓰는 공통적인 언어이다. 연구자들을 위한 도구(예: 치료개발, 정신장애에 기저하는 기제 연구 등)이고, 임상과 연구를 연결하는 시스템이다(APA, 2000). 또 교육자들을 위한 정신병리 참고 서적이며 보험, 제약회사, 법정에서

의 의사결정 도구로 활용되고 있다(2013, 최기홍). 이러한 DSM의 발전이 확립되기까지는 이미 오래 전부터 분류체계에 대한 역사적 맥락이 함께 공존하여 왔다. 즉, 인류의 문화가 시작되면서 이상행동의 분류에 대한 관심이 짝트기 시작했다. ‘의학의 아버지’로 불리는 그리스의 의학자인 히포크라테스(Hippocrates, 460~377 B. C.)는 인간의 정신장애를 조증 · 우울증 · 광증의 3가지 유형으로 분류하고 그 원인을 혈액 · 흑담즙 · 황담즙 · 점액과 같은 체액으로 설명하고자 하였다. B. C. 2,600년경 이집트에서는 우울증과 히스테리의 증후에 대해 논쟁이 시작되었고, 히포크라테스는 의학에 정신적 질병의 개념을 도입하였다. 그는 정신적 질병을 급성 정신적 장애, 열을 수반하지 않는 만성 정신적 장애, 히스테리 및 스키티아병으로 분류했다. 스키티아병(scythian disease)은 오늘날 성도착증인 의상전환 장애를 의미한다. 프랑스의 의사인 삐넬(Philippe Pinel, 1745~1826)은 히포크라테스의 분류를 본받아 정신적 장애를 경조증 · 우울증 · 치매 · 백치의 4가지로 분류했고, 정신적 장애는 심인성 원인이 크게 작용한다는 점을 주장했다(이현수, 1993). 그리고 1795년 ‘치료적 수용’이라는 개념으로 쇠고랑에 묶여 있던 환자들을 풀고 치료적 공동체를 만들기 시작했다.

정신병(psychosis)이라는 개념은 원래 사회적 격리를 통해 정상인을 보호하려고 한데서 탄생했다. 중세시대의 의사들은 광인의 머릿속에 ‘광기의 돌’이 들어 있다고 믿었다. 20세기 전까지만 해도 공통적으로 인정된 정신병은 ‘광인 또는 정신병자’로만 지칭되었기 때문에 정신장애의 분류 대상은 매우 제한적이었다. 18세기 말까지 정신장애의 분류 작업에 많은 관심을 가졌던 사람은 정신과 의

사가 아니라 일반 의사나 철학자들이었다. 19세기 중엽에 와서야 정신병자를 수용하는 기관이 생기게 되었고, 일반 의사나 철학자들이 그들의 질병 경과를 계속적으로 관찰하게 되었다. 이와 같은 추세가 발달하여 정신장애를 전공하는 사람들이 정신의학(psychiatry)이라는 이름아래 뭉치게 되었다. 이들이 분류에 대한 관심을 가지게 되면서 그 당시 분류를 위한 조잡한 용어들이 등장하게 되었다(최보문, 2009).

19세기 의사들은 모든 정신병의 원인은 뇌병리에 있다고 보았다. 특히, 독일 베를린대학의 신경정신의학자인 그라이싱거(Wilhelm Griesinger, 1817~1868) 교수가 1865년 처음으로 정신병을 ‘뇌 질환’으로 규정하면서 1세대 생물정신의학의 창시자가 됐으며, 삐넬의 수용소 의학을 극복하고 근대적 정신의학의 교육모델을 만들어냈다. 이후 ‘광인’으로 뭉뚱그려져 있던 정신병과 기타 정신질환을 비슷한 증상군끼리 묶어 13가지의 범주로 나눠 객관적인 분류 기초를 닦은 사람이 ‘근대 정신의학의 아버지’로 불리는 독일의 정신의학자인 크레펠린(Emil Kraepelin, 1856~1926)이었다. 그는 환자의 증상을 있는 그대로 기록하고 분류하면서 진단총람을 만들었고, 현대의 ‘정신분열증’의 개념을 확립하며 ‘조발성 치매’라는 용어를 사용했다. 또한 조울정신병의 개념을 도입했고, 그것이 조증과 울증으로 구성되어 있다는 사실도 발견했다. 그는 현대분류학의 기반을 구축하였음은 물론 정신병리에 관한 최초의 교과서 『정신의학(Lehrbuch der Psychiatrie)』을 저술했다. 이 책은 1883년 제1판에 이어 1909년 제8판까지 오면서 정신질환을 주제로 다룬 장들이 수록되었고, 그 목차 자체가 곧 분류체계로서의 가치를 갖게 되

었다(최보문, 2009). 크레펠린이 사용했던 조발성 치매라는 말은 후에 스위스의 정신의학자인 블로 일러(Eugen Bleuler, 1857~1937)에 의해 정신분열증이라는 이름으로 바뀌어지게 되었다.

그러나 한편에서는 1895년 빈에서 프로이드(Sigmund Freud, 1856~1939)가 무의식의 세계를 알리며 정신분석(psychoanalysis)이라는 학문이자 치료법을 소개했다. 특히, 히틀러(Adolf Hitler, 1889~1945) 시대에 유대인 학살을 피해 유럽의 정신분석자들이 대거 미국으로 이주하여 주류 정신의학계를 접수하면서 1950~60년대 미국 정신의학계는 정신분석이 대세가 되었다. 이로 인해 정신병의 실체에 대한 명확한 정의와 분류가 사라지고, 의료의 영역은 불확실성과 애매함이 증가하는 일이 벌어지게 되었다. 즉, 정신분석의 등장으로 정신의학의 역사적 단절이 초래된 것이다. 한편, 사회적 관점도 정신의학에 영향을 미쳤다. 1960년대 비판사회이론의 영향으로 정신질환을 사회적 압력의 산물로 이해하고 정신병 환자가 만들어진다고 봤던 ‘반 정신의학 운동’도 정신병의 규명과 분류 노력을 진행하던 정신의학에 찬물을 끼얹었다(김청송, 2015).

이러한 여건 속에서 정신의학의 역사에서 결정적인 중요성이 마련된 것이 ‘항정신병 약물’의 등장이었다. 1952년 클로로프로마진이 개발된 이후 현대적 약물이 속속 등장하면서 정신병 환자들은 획기적인 증상 호전을 경험하게 되었고, 입원 환자 수는 급감하였다. 그 절정은 1980년대 ‘기적의 항우울제’로 불리는 프로작의 등장이었다. 당시 『타임지(Times)』는 표지에서 정신의학(psychiatry)의 P는 더 이상 정신분석이 아니라 프로작(prozac)을 가리킨다고 선언했다. 이에 힘입

어 제약 산업은 자신들이 만든 약이 ‘더 행복한 삶을 위한 묘약’임을 내세우며 미국정신의학회에 새로운 정신장애를 정의하게끔 압력을 넣었다. 예컨대, 부끄러움이라는 일상적 정서를 ‘사회불안장애’(사회공포증)라는 진단명을 만들어 항우울제를 복용하도록 만들었다(최보문, 2009). 실제 DSM-5는 무려 350개에 이르는 진단명을 제시하고 있는데, 역설적으로 보면 가능한 대답이 너무 많다는 것은 아직 잘 모른다는 의미가 내포되어 있다.

결론적으로 이상행동의 분류작업은 19세기 크레펠린에 의해서 체계적인 분류작업이 전기를 맞게 되었고 DSM의 탄생에 밑바탕이 되었다. DSM을 통해 여러 정신장애들이 분류되었고, 진단기준도 발전되었으며, 적용 가능한 여러 치료법도 강구되었다. 특히 DSM은 신뢰도, 타당도, 진단체계의 일관성 등에 비판을 받고 있지만 이상행동과 정신장애의 연구와 임상현장에서 가장 널리 사용되고 있다. 따라서 본 연구에서는 미국식 이상행동의 분류체계인 DSM의 변천과 주요 내용의 변화 양상 및 시대적 의미가 어떠한지를 고찰하고자 하였다. 또한 ICD와의 관련성은 무엇이며, DSM의 비판적 내용들의 특징과 그 의미 및 추후 연구의 방향을 알아보려고 하였다.

## 미국식 이상행동의 분류방법 : DSM

미국정신의학회에서 발행한 DSM은 1952년에 DSM-I 이 처음 출간되었고, 2013년에는 DSM-5가 출간되었다. 지금까지 있었던 DSM의 출간년도와 함께 변화된 몇 가지 특징들을 살펴보면 표 1과 같다.

표 1. DSM의 출간년도 및 주요 변화 특징

	출간년도	전체 페이지 수	분류범주의 수	진단범주 수효 (전체 진단개수)	축 체계
DSM- I	1952	132 p	총 8개	106개	축 없음
DSM- II	1968	134 p	총 10개	182개	축 없음
DSM- III	1980	494 p	총 16개	265개	다축체계
DSM- III-R	1987	567 p	총 17개	292개	다축체계
DSM- IV	1994	886 p	총 17개	297개	다축체계
DSM- IV-TR	2000	943 p	총 17개	297개	다축체계
DSM-5	2013	947 p	총 22개	350여개	다축패지

출처: American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, I-5: Washington, DC: American Psychiatric Association, 1952, 1968, 1980, 1987, 1994, 2000, 2013.

## DSM- I

초기의 미국의사들은 정신병을 단일 범주로 분류했고, 1840년에 이것을 바탕으로 통계조사에 착수하였다. 미국정신의학회는 1880년 정신적 장애를 크게 7개의 유목(경조증·우울증·편집증·매독성 진행성 마비·치매·음주광·간질)으로 분류했고, 1917년에는 독일의 정신의학자인 크레펠린(Emil Kraepelin, 1856~1926)의 분류체계를 모체로 하여 새로운 분류체계인 표준질병분류법(Standard Classified Nomenclature of Disease)을 만들어 1934년까지 활용하였다. 표준질병분류법에는 24개의 주요 범주가 나와 있는데, 그 가운데 19개의 범주는 크레펠린의 교과서에 이미 나왔던 것들이다. 그러나 제1차(1914~1918) 및 제2차 세계대전(1939~1945)을 겪으면서 상황은 크게 달라져 분류에 대한 필요성이 고조되기 시작했다. 특히, 제2차 세계대전 당시 전문가들에게는 정신질환자에 대한 진단과 분류체계가 절실히 필요하였다. 입원가료 중인 만성 정신병을 주 대상으로 했던 1934년의 분류체계는 수정이 불가피하였다. 왜

냐하면 당시의 분류체계에는 급성 장애, 성격장애, 정신신체적 장애와 같은 범주가 포함되어 있지 않아서 당시의 필요에 부응할 수 없었기 때문이었다. 이를 계기로 재향군인회가 생기고, 육군과 해군은 각기 자기들 나름대로 분류체계를 개발하기 시작했다. 미국정신의학회는 여기에서 파생되는 혼란을 방지할 목적으로 미국 표준분류체계를 만들기 위한 특별위원회를 구성하였다. 이들이 주동이 되어 1952년 처음으로 만들어 낸 것이 DSM- I 이다(이현수, 1993; Scotti & Morris, 2000). DSM- I 은 정신장애의 분류범주가 총 8개였고, 전체 진단개수는 106개이며, 의사소통을 원활하게 할 수 있다는 것이 가장 큰 장점으로 지적되었다. 재향군인회의 분류체계가 DSM- I 의 근간이 되었다. 표 2는 DSM- I 의 주요 특징을 요약한 것이다(APA, 1952).

## DSM- II

미국정신의학회는 세계보건기구(World Health Organization: WHO)가 1965년에 출간한 『국제질

표 2. DSM- I 의 주요 특징

DSM- I	분류범주의 수
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 출간년도 : 1952</li> <li>• 전체 페이지 수 : 132 P</li> <li>• 분류범주의 수 : 총 8개</li> <li>• 전체 진단개수 : 106개</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 급성 뇌증후군</li> <li>2. 만성 뇌증후군                         <ul style="list-style-type: none"> <li>-정신증적 반응이 있는 것</li> <li>-신경증적 반응이 있는 것</li> <li>-행동증적 반응이 있는 것</li> <li>-특정한 것으로 단정 지을 수 없는 것</li> </ul> </li> <li>3. 정신증적 장애</li> <li>4. 정신생리적 자율신경 및 내장 장애</li> <li>5. 정신신경증적 장애</li> <li>6. 성격장애</li> <li>7. 일시적인 상황적 성격장애</li> <li>8. 정신결함</li> </ol>

병분류법 8판(*International Classification of Disease, 8th Edition: ICD-8*)』을 기반으로 하여 1968년에 DSM- II를 내놓았다. 미국정신의학회는 연구자 간의 의사소통을 용이하게 할 수 있도록 하기 위해 가급적 ICD-8에 충실하려고 노력했다. DSM- II에는 정신장애가 총 10개의 범주로 분류되었다. 전체 진단개수의 수 또한 182개로 DSM- I에 비해서 76개가 더 추가되었다. 그러나 DSM- II는 진단범주의 신뢰도와 타당도가 낮다는 비판이 크게 제기되었고, DSM- II의 진단범주에 따라 진단하기란 어렵거나 거의 불가능한 것들이 너무 많다는 지적이 있었다. 또 DSM- II에 따라서 이상행동을 분류하면 장애의 진단과정을 확실하게 알 수가 없고, 통계적으로 정확한 예언이 거의 불가능하다는 문제가 지속적으로 제기되었다. 그러나 이와 같은 비판에도 불구하고 DSM- II는 1968년부터 1980년까지 10여 년간 미국뿐만 아니라 세계의 많은 나라에서 정신적 장애를 진단하고 분류하는데 널리 사용되었다. 표 3은 DSM- II의 주요 특징을 요약한 것이다(APA, 1968).

### DSM-III

정신의학적 진단의 신뢰도와 타당도가 모두 문제가 되자 이를 극복하기 위한 여러 가지 연구가 시작되었다. 미국정신의학회는 1974년 정신장애의 진단용어와 통계문제를 전문적으로 다룰 특별위원회를 구성했고, DSM-III의 출간을 위해 여러 자문위원회뿐만 아니라 전문가들에게 자문을 구하였다. 미국정신의학회 이사회, 미국정신의학회 총회 및 지방 분과회에서 보내오는 의견을 충분히 청취함은 물론 회원 개인 접촉도 병행하였다. 약 800명에 달하는 임상가들을 대상으로 현지답사까지 하게 하였고, 연방정부의 도움을 받아 2년간에 걸쳐 120개의 기관에 종사하는 의사뿐만 아니라 개인진료소에 종사하는 80여명을 대상으로 현지답사를 계속하여 최종적인 결정을 하는 과정을 진행하였다. 이를 바탕으로 1976~1980년 사이 DSM-III의 기틀을 잡게 되었고, 마침내 1980년 DSM-III를 출간하게 되었다.

DSM-III은 5개의 독립된 축(multiaxial)으로 구성되었다. 축의 활용은 DSM- I과 DSM- II에서

는 없었던 내용이다. 각 개인은 5개의 별개 차원, 즉 축 상에서 평정되도록 되어 있다. 축 I은 모든 정신의학적 장애, 축 II는 성격장애와 특정한 발달 장애, 축 III은 신체적 장애로서 축 I 및 축 II와 밀접한 관련이 있다. 임상가는 진단을 내릴 때 위의 세 축을 모두 활용하게 된다. 예컨대, 축 I에서는 우울증과 알코올의존, 축 II에서는 의존성 성격장애, 축 III에서는 알코올에 의한 간경화증과 같이 한 사람의 장애를 진단하는데 3개의 축이 모두 활용된다. 축 IV와 축 V는 DSM-III에만 있는 특유

한 차원으로 진단계획을 세우고 예후를 예언하는데 필요한 정보를 제공하는 기능을 가지고 있다. 축 IV는 심리사회적 스트레스의 강도를, 축 V는 지난해의 적응수준을 평가하는 것으로 되어 있으며 주로 사회관계, 직업생활 및 여가생활 등이 평가된다(이현수, 1993).

DSM-III의 진단범주는 DSM-I과 DSM-II에 비해 보다 많다. 전체 진단개수의 수를 보면 DSM-I에는 106개, DSM-II에는 182, DSM-III에는 265개가 있다. 그러므로 복잡한 정신장애를

표 3. DSM-II의 주요 특징

DSM-II	분류범주 수
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 출간년도 : 1968</li> <li>• 전체 페이지 수 : 134 P</li> <li>• 분류범주의 수 : 총 10개</li> <li>• 진단범주의 수효 : 182개</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 정신지체</li> <li>2. 기질적 대뇌증후군</li> <li>3. 기질적 정신병</li> <li>4. 신경증</li> <li>5. 성격장애</li> <li>6. 정신생리성 장애</li> <li>7. 특수증후군</li> <li>8. 일시적인 상황적 장애</li> <li>9. 아동기 및 청소년기의 행동장애</li> <li>10. 정신장애가 뚜렷하지 않은 특수상태와 비특정적 조건</li> </ol>

표 4. DSM-III의 주요 특징

DSM-III	분류범주 수
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 출간년도 : 1980</li> <li>• 전체 페이지 수 : 494 P</li> <li>• 분류범주의 수 : 총 16개</li> <li>• 진단범주의 수효 : 265개</li> <li>• 다축체계의 사용</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 유아기, 아동기, 청소년기에 흔히 처음으로 나타나는 장애</li> <li>2. 기질적 정신장애</li> <li>3. 물질 사용장애</li> <li>4. 정신분열장애</li> <li>5. 편집 장애</li> <li>6. 달리 분류되지 않은 정신증적 장애</li> <li>7. 정동장애</li> <li>8. 불안장애</li> <li>9. 신체형 장애</li> <li>10. 해리장애(또는 히스테리성 신경증, 해리형)</li> <li>11. 정신성욕장애</li> <li>12. 가성장애</li> <li>13. 중동조절장애</li> <li>14. 적응장애</li> <li>15. 신체 상태에 영향을 주는 심리적 요인들</li> <li>16. 성격장애</li> </ol>

보다 포괄적으로 다룰 수 있게 되었다. DSM-III 역시 분류체계의 신뢰도와 타당도 등 여러 가지 비판을 받게 되었지만, 20세기에 가장 권위 있는 공식적인 미국의 분류체계로서 세계 여러 나라에서 널리 활용되었다. 표 4는 DSM-III의 주요 특징을 요약한 것이다(APA 1980).

### DSM-III-R

미국정신의학회 1987년 DSM-III에 약간의 수정을 가한 진단요강을 발표하였는데, 이것이 DSM-III-R이다. DSM-III-R은 17개의 범주로 구성되어 있고 진단개수의 수가 292개로 DSM-III에 비해 27개가 증가하였다. DSM-III-R은 DSM-III와 같이 다섯 개의 축으로 구성되어 있다. 축 I은 임상정신의학적 증후로서 정신분열증, 양극성 정동장애 혹은 성격장애와 같이 이상행동의 유형을 진단하는데 사용된다. 축 II는 발달장애·성격장애로서 아동과 청소년의 학습기능장애는 물론, 성인

의 성격장애를 진단하는데 사용되었다. 축 III은 신체적 장애로서 환자를 이해하는데 필요한 신체적 특징을 기술하고 있다. 축 IV는 심리적, 사회적 스트레스 사건의 정도 및 정신적 장애에 직·간접적으로 영향을 주고 있는 심리사회적 스트레스의 정도를 평가하는데 사용된다. 축 V는 현재는 물론, 과거의 수준까지도 참고할 수 있도록 기능에 대한 전반적 평가를 위해 사용되었다. DSM-III-R에서는 지금까지 축 I에 수록되었던 정신지체를 축 II에 수록하였다. 표 5는 DSM-III-R의 주요 특징을 요약한 것이다(APA, 1987).

### DSM-IV

미국정신의학회는 『국제 질병 및 건강문제의 분류 제10판(International Classification of Diseases and Health Problem 10th Edition: ICD-10, 1992)』의 출간을 계기로 1991년부터 DSM-III-R을 수정 보완하여 1994년 DSM-IV를 출간하였다. DSM-

표 5. DSM-III-R의 주요 특징

DSM-III-R	분류범주 수
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 출간년도 : 1987</li> <li>• 전체 페이지 수 : 567 P</li> <li>• 분류범주의 수 : 총 17개</li> <li>• 진단범주의 수효 : 292개</li> <li>• 다축체계의 사용</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 유아기, 아동기, 청소년기에 흔히 처음으로 나타나는 장애</li> <li>2. 기질적 정신증후와 장애</li> <li>3. 정신활성 물질사용 장애</li> <li>4. 정신분열증</li> <li>5. 망상장애</li> <li>6. 달리 분류되지 않는 정신증적 장애</li> <li>7. 기분장애</li> <li>8. 불안장애</li> <li>9. 신체형 장애</li> <li>10. 해리장애</li> <li>11. 성 장애</li> <li>12. 수면장애</li> <li>13. 가성장애</li> <li>14. 달리 분류되지 않는 충동조절장애</li> <li>15. 적응장애</li> <li>16. 신체 상태에 영향을 주는 심리적 요인들</li> <li>17. 성격장애</li> </ol>



IV의 가장 중요한 특징 중의 하나는 진단의 신뢰도를 높이기 위한 진단기준의 마련에 초점을 둔 것에 있다. DSM-IV는 정신장애를 17개의 주요한 범주로 나누고, 진단개수는 297개를 두었다. DSM-IV도 다섯 개의 축을 사용하고 있다. 축 I은 임상적 장애 및 임상적 관심의 초점이 되는 기타 상태, 축II는 성격장애 및 정신지체, 축III는 일반의학적 상태, 축IV는 심리사회적 환경적 문제, 축V는 전반적인 기능을 평가하도록 되어 있다. 그러므로 축 I 과 축II는 모든 이상행동의 분류기준이 된다. 성격장애는 축II에 있는 진단유목이다. 축III, 축IV, 축V는 진단에는 직접 활용되지 않으나 한 개인의 의학적, 심리사회 및 환경적, 전반적 기능을 평가하는데 유익하게 활용되게끔 하였다. 축III은 문제가 되는 정신장애가 일반 의학적 상태와 어떤 관계가 있는가를 판단하는데 사용되었다. 축IV는 심리사회적 문제와 환경적 문제에 대한 정보를 얻는데 사용된다. 축V는 개인의 적응수준을 평가하는데 사용된다. 사회적 대인관계, 직무수행기능, 여가활동의 문제 등을 통합하게 된

다. 이런 평가 자료를 기초로 하여 치료의 필요 여부를 결정하게 된다. DSM-IV는 특정한 사람에 대해 보다 광범위한 정보를 얻을 수 있는 장점이 있다. 표 6은 DSM-IV의 주요 특징을 요약한 것이다(APA, 1994)

### DSM-IV-TR

미국정신의학회는 DSM-IV의 진단기준은 그대로 유지한 채 일부 본문내용을 개정하는 개정판을 2000년에 내놓게 되었는데, 이것이 DSM-IV-TR(text revision of DSM-IV)이다. DSM-IV-TR 역시 진단의 신뢰도와 타당도를 고려하면서 인간의 정신과 행동문제들을 부호화하려고 노력하였다(이현수, 이인혜, 최미례, 연미영, 김청송, 2012). 특히, 임상적인 연구 증거들을 토대로 본문 내용들이 다소 수정·보완된 것이 주요 특징이다. 그리고 1994년에 출간된 DSM-IV와 구별하기 위해 DSM-IV-TR로 명명하였다. 그러나 DSM-IV

표 6. DSM-IV의 주요 특징

DSM-IV	분류범주 수
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 출간년도 : 1994</li> <li>• 전체 페이지 수 : 886 P</li> <li>• 분류범주의 수 : 총 17개</li> <li>• 진단범주의 수효 : 297개</li> <li>• 다축체계의 사용</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 유아기, 아동기, 청소년기에 흔히 처음으로 진단되는 장애</li> <li>2. 섭망, 치매, 기억상실 및 기타 인지장애</li> <li>3. 다른 곳에 분류되지 않는 일반적인 의학적 상태로 인한 정신장애</li> <li>4. 물질 관련 장애</li> <li>5. 정신분열증과 기타 정신증적 장애</li> <li>6. 기분장애</li> <li>7. 불안장애</li> <li>8. 신체형 장애</li> <li>9. 가성장애</li> <li>10. 해리장애</li> <li>11. 성 및 성 정체감 장애</li> <li>12. 섭식장애</li> <li>13. 수면장애</li> <li>14. 중동조절장애</li> <li>15. 적응장애</li> <li>16. 성격장애</li> <li>17. 임상적 관심의 초점이 될 수 있는 기타 상태</li> </ol>

표 7. DSM-IV-R의 주요 특징

DSM-IV-TR	분류범주 수
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 출간년도 : 2000</li> <li>• 전체 페이지 수 : 943 P</li> <li>• 분류범주의 수 : 총 17개</li> <li>• 진단범주의 수효 : 297개</li> <li>• 다축체계의 사용</li> </ul>	DSM-IV와 동일

-TR의 내용이 바뀐 것은 최근의 연구 자료를 바탕으로 장애의 유병률과 경과 및 원인론, 문화적 고려와 같은 주제를 일부 추가하고 설명 문안을 다소 바꾼 것에 그치고 있다. 분류범주의 수 및 진단기준은 DSM-IV를 그대로 유지하였다. DSM-IV-TR은 DSM-IV와 마찬가지로 정신장애를 17개의 주요한 범주로 나누고, 297의 진단 개수를 그대로 사용하고 있다. DSM-IV-TR의 진단 기준 역시 임상가들이 진단을 내리고, 적절한 치료를 선택하고 의사소통을 원활하게 하는데 도움을 주고자 하였다(Scotti. & Morris, 2000). DSM-IV와 마찬가지로 다섯 개의 다축체계를 사용하고 있고, 축에 기재할 분류체계와 내용도 DSM-IV와 같다. 표 7은 DSM-IV-TR의 주요 특징을 요약한 것이다(APA, 2000).

### DSM-5의 주요 특징

마침내 2013년 5월에 출간된 DSM-5는 세계 39개국의 관계 전문가 1,500명 이상의 자문을 받는 등 매우 광범위한 전문가들의 의견을 모아 DSM-IV의 분류체계가 대폭적으로 개정된 것이었다. 주요하게 변화된 내용은 다음과 같다(APA, 2013). 첫째, DSM-III부터 DSM-IV-TR까지 사용되었던 다축체계가 폐지되었다. 이는 그동안 사용

했던 축을 구분하는 것이 별로 의미가 없다는 뜻이 반영된 것이다. 그러나 축III에 기재되었던 일반적인 의학적 상태 중 일부는 DSM-5에서 독립된 진단으로 구분되기도 했다.

둘째, 정신장애가 크게 22개의 범주로 새롭게 분류되었고, 세부장애의 소속과 진단기준도 상당 부분 개정되었다. 특히, 정신장애를 평가하는 범주모델의 한계를 극복하기 위해 차원모델을 일부 도입한 혼합모델(hybrid model)이 적용되었다. 혼합모델의 적용은 DSM-5 진단범주의 각 제목에서도 찾아볼 수 있다. 예컨대 ‘정신분열 스펙트럼 장애(Schizophrenia Spectrum Disorders)’라든지 또는 ‘신경발달장애(Neurodevelopmental Disorders)’의 한 하위유형인 자폐 스펙트럼 장애(Autism Spectrum Disorder) 등과 같이 ‘...스펙트럼’의 등장이 대표적이다. DSM-IV에 있었던 ‘유아기, 아동기, 청소년기에 흔히 처음으로 진단되는 장애’ 중의 하나인 아스퍼거 장애(Asperger’s disorder)는 DSM-5에서 자폐 스펙트럼 장애의 차원적 개념으로 묶이면서 이 진단명이 삭제되자 미국에서는 보험문제가 걸리게 되고 논쟁도 가열되고 있다. 또 양극성 및 관련 장애, 강박 및 관련 장애, 외상- 및 스트레스 사건-관련 장애, 신체증상 및 관련 장애 등과 같이 -관련(-related)의 방식으

로 명칭 자체가 개정된 것도 차원적 개념을 염두에 둔 진단명이다. 경우에 따라서는 진단기준에 심각도를 측정토록 한 것들도 있다. 예컨대, 알코올 사용장애 진단기준은 11개의 기준 중 2개 이상이면 알코올 사용장애로 진단되는데, 진단기준의 2~3개에 해당되면 경도(mild), 4~5개면 중등도(moderate), 6개 이상이면 중증도(severe)로 심각도를 세분화하도록 되어 있다(2013, 권석만). 이렇게 DSM-5는 범주적 진단체계의 한계를 보완하기 위해 차원적 평가를 도입한 혼합모형을 적용했고 환자의 주된 증상과 다양한 공병증상을 심각도 차원에서 평가하도록 되어 있는 장애들이 다수 도입되었다.

셋째, DSM-IV-TR까지는 개정판 숫자를 로마자(IV)로 표기했으나 DSM-5부터는 아라비아 숫자(5)로 표기하였다. 이는 급속하게 이루어지고 있는 임상연구의 진전에 따라 개정이 자주 계속될 것이라는 의미가 내포되어 있고, 또 아라비아 숫자로 개정판을 표기하는 것이 편리했기 때문이다. 예컨대, DSM-5.1, DSM-5.2와 같이 개정될 것을 전제한 것이다.

넷째, DSM-5는 제1부, 제2부, 제3부, 부록의 4개 부분으로 구성되어 있다(APA, 2013). 제1부는 DSM-5의 소개 및 편람 사용에 대한 기초 등을 나타냈고, 제2부는 각 정신장애의 진단기준과 코드를 나타내었다. 제3부는 측정과 평가, 문화적 형성, 대안적인 성격모델, 추후연구를 위한 조건 등이 제시되었다. 특히, 추후연구를 통해 다음 개정판 때 포함되어야 할 8개의 정신장애들이 제안되었는데, 이를 살펴보면 1) 약화된 정신증 증후군, 2) 단기간의 경조증을 수반한 우울 삽화, 3) 지속성 복합 사별장애, 4) 자살행동장애, 5) 비자살적

자해, 6) 카페인 사용장애, 7) 출생 전 알코올 노출로 인한 신경행동장애, 8) 인터넷 게임 장애이다. 특히, 인터넷 게임 장애는 다음 공식적인 정신장애로 채택되는 것과 관련하여 많은 논란과 함께 게임 산업 관련자들의 저항을 불러일으키고 있다. 이 8개 추후연구의 진단기준을 제시한 것은 현재 이 장애들의 연구에 관심이 있는 연구자들과 임상가들의 의사소통을 돕기 위한 것이다. 부록에서는 DSM-IV에서 DSM-5로 변화된 제2부, 즉 정신장애의 범주체계 22개가 어떻게 변화되었는지에 대한 특징을 간단하게 제시한 것 등이 수록되어 있다.

다섯째, DSM-5는 문화적 차이에 대한 영향도 비중 있게 다루고 있다(Barlow, 2014). 문화권이 서로 다른 나라에서 성장한 사람들은 같은 증상도 다르게 받아들이거나 증상의 표현도 다르게 나타날 수 있기 때문이다. 따라서 임상가는 반드시 환자의 문화와 인종, 민족, 종교, 지리적 기원 등의 맥락 정보를 파악해야 보다 정확한 진단과 효과적인 치료가 가능해짐을 밝히고 있다. 예컨대, 어떤 문화권에서는 공황발작의 증상이 참을 수 없는 울음과 두통으로 나타나지만 다른 문화권에서는 호흡곤란이 일차 증상으로 나타날 수도 있기 때문이다(권준수 외, 2015).

이외에도 DSM-5는 진단기준 자체에도 추가나 삭제, 통합, 재분류 등의 많은 변화가 있었다. 이 때문에 각종 정신질환 치료와 관련된 정부의 혜택과 의료보험의 수혜 여부 등도 당분간 진통과 수정이 불가피할 것으로 보인다. 다음 표 8은 DSM-5의 정신장애 범주특징을 간략하게 나타낸 것이다(APA, 2013).

표 8. DSM-5의 주요 특징

DSM-5	진단범주의 수
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 출간년도 : 2013</li> <li>• 전체 페이지 수 : 947 P</li> <li>• 분류범주의 수 : 총 22개</li> <li>• 진단범주의 수효 : 350여개</li> <li>• 다축체계의 폐지</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 신경발달장애</li> <li>2. 정신분열 스펙트럼 및 기타 정신병적 장애</li> <li>3. 양극성 및 관련 장애</li> <li>4. 우울장애</li> <li>5. 불안장애</li> <li>6. 강박 및 관련 장애</li> <li>7. 외상- 및 스트레스 사건-관련 장애</li> <li>8. 해리장애</li> <li>9. 신체증상 및 관련 장애</li> <li>10. 급식 및 섭식장애</li> <li>11. 배설장애</li> <li>12. 수면-각성장애</li> <li>13. 성 기능 장애</li> <li>14. 성불편증</li> <li>15. 파괴적, 충동-통제 및 품행장애</li> <li>16. 물질-관련 및 중독장애</li> <li>17. 신경인지장애</li> <li>18. 성격장애</li> <li>19. 성도착 장애</li> <li>20. 기타 정신장애</li> <li>21. 약물치료로 유발된 운동장애 및 약물치료의 기타 부작용</li> <li>22. 임상적 주의의 초점이 될 수 있는 기타 상태</li> </ol>

### DSM과 ICD와의 관계

현재 연구와 임상장면에서 가장 널리 사용되고 있는 정신장애의 분류체계는 DSM-5와 ICD-10이다. DSM은 미국정신의학회(American Psychiatric Association; APA)에서 제작한 책자이고, ICD는 세계보건기구(World Health Organization; WHO)에서 발간한 책자이다. ICD는 『국제 통계질병 및 관련 건강문제의 분류(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Edition)』을 줄인 말이고, 현재는

10판까지 출간되었다. 이 책자의 주요 목적은 ‘인간의 질병 및 사망원인에 관한 표준분류 규정’인데, 국제적으로 질병의 유병률과 역학, 건강문제와 관리, 일반 건강문제의 실태 파악 및 임상적 진단 표준의 기준 틀을 확립한 것에 있다(WHO, 1992). 간단히 ‘국제질병분류법’으로 줄여 부르기도 한다. ICD는 1900년 초판이 출간된 이후 현재 ICD-10 판까지 개정되었고, 이르면 2018년 ICD-11이 출간될 예정이다. ICD의 출간년도를 살펴보면 표 9와 같다.

한편, 한국도 ICD의 체계를 골격으로 『한국표준

표 9. ICD의 출간년도

ICD-1(1900) → ICD-2(1910) → ICD-3(1921) → ICD-4(1930) → ICD-5(1939) → ICD-6(1949) → ICD-7(1958) → ICD-8(1968) → ICD-9(1979) → ICD-10(1992) → ICD-11(2018 출간 예정)

질병·사인 분류(*Korean Standard Classification of Diseases; KCD*)』의 명칭으로 우리나라 실정에 맞게 국내 보건·의료 환경을 반영하고 국제 비교성을 제고하기 위해 계속 재정비되고 있다. KCD는 보건 관련 통계작성 등을 목적으로 1952년 제정된 이래, 현재 7차까지 개정되었다. 즉 KCD-7은 2015년 7월 1일 고시되었고, 2016년 1월 1일부터 시행되었다. 이번 7차 개정에서는 1) WHO가 권고한 국제질병분류(ICD-10) 업데이트 내용이 반영되었고, 2) 우리나라의 발생빈도가 높은 질병에 대한 세분화 분류가 정비되었으며, 3) 한의분류가 재정비되고, 4) 분류 가능한 회귀 질환이 반영되었으며, 5) 의학계의 의견을 반영하여 질병용어가 정비되는 등의 작업이 수행되었다(통계청, 2015). 세계보건기구의 ICD-11이 출간되면 한국도 KCD-8차 개정이 이루어질 것으로 보인다.

ICD의 출간 배경은 인간의 사망원인과 관련이 깊다(McCarthy, 2002). 1830~1847년에 몰아닥친 콜레라 때문에 유럽에서도 많은 수의 사람들이 사망하게 되자 인간의 사망원인을 보고하는 국제 보건모임(International Sanitary Conference)이 1851년에 프랑스 파리에서 처음 열리게 되었다. 그리고 이 모임을 모태로 하여 1892년에는 국제보건모임(1946년 이후부터는 세계보건기구)에 의해 질병통계 작성을 위한 국제질병분류모델의 채택이 건의되었고, 마침내 1900년에 ICD-1이 출간되었다. WHO는 1939년에 출간된 『사망원인에 대한 국제적 목록(*International List of Causes of Death; ICD-5*)』에 정신장애를 하나의 독립적인 장으로 추가하였다. 1948년 WHO는 ICD-6을 통해 기존의 목록을 확장시키고 이상행동을 포함하여 모든 질병에 대한 포괄적 분류목록인 『질병,

사망 원인에 대한 국제적 통계분류(*International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Cause of Death*)』로 발전시켰다. 이 분류법은 WHO 회의에서 만장일치로 채택되었지만 불행하게도 정신장애에 대한 장은 널리 받아들여지지 않았다. 미국의 정신과 의사들은 WHO의 분류작업에서 주도적 역할을 담당했음에도 불구하고, 미국정신의학회는 이와는 별개로 1952년 독자적인 DSM-I을 출간하였다(Wenar & Kerig, 2012).

미국정신의학회는 1968년 DSM-II를 출간하면서 WHO의 정신장애의 분류체계와 유사해질 수 있도록 노력하였다. 그러나 WHO와 DSM 간의 진정한 의견일치가 이루어지지 못했다. 이 두 책은 각 장애별로 소개된 증상이 서로 달랐고, 실제 진단체계의 방식에서도 서로 많은 차이가 있었다. 특히, 1987년 DSM-III가 나온 후 정신건강 분야에서 종사하는 많은 사람들은 1975년에 출간된 ICD-9와의 관계에서 갈등과 혼란을 겪게 되었다. 왜냐하면 ICD-9가 DSM-III보다는 DSM-II에 더 가깝고, 정신장애의 분류 및 진단체계가 서로 달랐기 때문이다. 이와 같은 혼란을 극복하고 분류 및 진단체계의 신뢰도와 타당도를 높이기 위하여 1992년에는 ICD-10, 1994년에는 DSM-IV가 출간되어 이 둘 간의 상호체계는 어느 정도 보완이 이루어지게 되었다. DSM-5는 2018년에 출간 예정인 ICD-11과의 균형을 맞추기 위해 많은 노력을 기울였다. 특히, DSM-5의 진단부호와 용어들은 ICD-11의 출간을 유념하여 이 두 책자 간의 혼란과 차이점을 줄이고 개선하는 방향에 역점을 두었다.

인간의 질병과 증상을 나타내는 ICD-10의 분

류체계는 총 1장부터 22장까지 구성되어 있다 (WHO, 1992). 이 중 ‘정신 및 행동장애’(코드번호 F00-F99)는 5장에 수록되어 있다. 따라서 DSM-5는 ICD-10의 5장인 정신 및 행동장애만을 자세하게 따로 만든 것으로 볼 수 있다. ICD-10은 ICD-9에서는 없었던 다축체계도 추가하였다. 아동기의 경우 축 I-정신의학적 증후군, 축II-특정한 심리적 발달장애, 축III-기능수준, 축IV-의학적 상태, 축V-관련된 비정상적인 심리사회 상황, 축VI-심리사회적 장애의 전반적 평가로 6개의 축을 두고 있다. 성인의 경우에는 축 I-정신의학적 증후군, 축II-심리사회적 기능평가, 축III-환경적/상황적 및 생활유형 평가를 두어 정신 및 행동장애의 임상적 기술과 진단지침을 마련하였다.

## 논 의

미국정신의학회는 DSM-I부터 DSM-5까지 출간하면서 DSM이 보다 과학적이고 정교한 진단 체계가 될 수 있도록 많은 노력을 기울여왔다(권준수 외, 2015). 진단기준의 신뢰도와 타당도를 높이고, 문화적 차이를 고려하고, 정신건강 분야에 종사하는 사람들 간의 원활한 의사소통을 돕기 위해 노력하였다. 그 결과 DSM-5에는 많은 변화가 있었고, 시대적 상황에 부합하기 위한 분류체계를 정착시키는데 큰 공헌을 하였다.

이와 같은 노력에도 불구하고 DSM-5의 변화를 회의적으로 보는 시각이 적지 않다(박원명 외, 2014; Frances, 2013). 첫째, DSM-5가 과연 최고의 진단 안내서인가를 고민하는 사람들이 많다는 점이다. 일부에서는 정신건강의학의 연구자 및 임상가를 위한 최고의 안내서가 될 것이라고 극찬하

는 사람들도 있으나, 다른 한편에서는 DSM-5를 사지도 말고 사용하지도 말라고 강도 높게 비판하는 사람들도 있다. 심지어 미국정신의학회의 내부에서도 DSM-5를 둘러싸고 의견의 차이를 나타내고 있다. 피츠버그대학교의 정신의학자로 이번 DSM-5 개정안을 진두지휘했던 APA의 특별전문위원회 위원장인 쿠퍼(David J. Kupfer) 박사는 DSM-5는 정신질환이 있는 환자가 보다 정확한 진단을 받고 그에 가장 적절한 치료를 받도록 하는데 목적이 있다고 밝힌 바 있다. 그러나 DSM-IV의 개정작업 때 APA의 특위전문위원장을 맡았던 프랜시스(Allen Frances) 박사는 일부 바뀐 정신장애의 진단기준들이 정상 상태와의 구분과 변별력이 없기 때문에 허위양성(false-positive) 진단율이 상당히 높아지고 불필요하고 해로운 약물처방이 크게 늘어날 것이라고 경고한 바 있다. 예컨대, 정신병 환자를 정상인으로 보는 경우보다는 정상인을 정신병 환자로 잘못 진단하는 경우가 많아진다는 것이다. 또 일각에서는 DSM-5는 정신장애의 진단범위가 넓어졌기 때문에 많은 사람들이 정신질환자로 잘못 진단되어 불필요한 치료를 받게 될 것이라고 비판하는 시각도 있다. 추후 연구 진단기준과 관련하여 인터넷 게임 장애(internet game disorder)의 경우 게임 업계는 이러한 정신장애의 추후 진단명을 강하게 반대하고 있다. 왜냐하면 인터넷 게임중독이 마약, 알코올, 도박과 같이 취급되면 게임 산업에 큰 타격을 받을 것으로 예상하기 때문이다. 또 지속성 복합 사별장애(persistent complex bereavement disorder)의 연구 진단기준의 경우 우울증 환자를 늘리려는 속셈인지 아니면, 뼈아픈 사별을 존중하게 된 것 인지를 의심하는 시각도 있다.

둘째, DSM-5가 정신장애의 원인보다는 질환의 증상과 증후들에 초점을 두으로써 피상적인 증상들에 매달려 있다는 점이다(Kerig & Ludlow, 2014). 증상의 원인적 또는 설명적 기반이 취약하기 때문에 정신장애의 병리생리학적 기반을 제대로 반영하지 못하고 있다. 단순히 통계적 또는 임상적 패턴을 기초로 하여 정신장애의 증상들을 수집한 것에 불과하므로 DSM-5의 진단기준 역시 피상적인 것에 불과하다는 것이다. 즉, DSM-5는 비현실적으로 높은 기대감과 영성한 방법론의 불행한 조합으로 인해 몸살을 겪고 있다는 것이다(Frances, 2013).

셋째, DSM-5의 분류체계는 정신건강에서 정상과 비정상의 기준점이 임의적이고, 그래서 장애들 간의 범주 구분이 불공정하다는 점이다. DSM-5의 진단기준은 신경생리학적 연구결과의 과도한 해석들에 의존하고 있기 때문에 심리사회적 변인들의 과학적 중요성을 놓치고 있고, 여기에는 문화적 편견이 내재되어 있다고 비판받고 있다. 진단지침 역시 유럽이나 미국 쪽의 시각에 기초하고 있기 때문에 다양한 문화적 배경이 반영되지 못하고 있다. 비교문화적 관점을 취하고 있는 정신의학자들은 이를 서구의 문화적 편향이라고 지적하고 있다. 실제 문화적 배경과 민족적 요소는 임상평가에서 매우 중요한 역할을 한다. 예컨대, 백인인구를 대상으로 한 연구에 기초해서 개발된 평가방법은 다른 민족이나 문화에 적용될 때 부정확해질 수 있다. 소수 민족을 평가할 때 환자의 정신병리적 질환이 축소되거나 과장되는 선입견이 뒤따를 수도 있다. DSM-5는 이러한 문제가 있어 자유롭지 못하다. 따라서 임상가는 임상평가에서 문화적 선입견을 가지는 부정적인 영향을

경계하는 여러 가지 방법을 활용해야 한다.

넷째, DSM의 분류체계와 진단숫자의 급속한 팽창은 정신과 의사들이나 제약회사들의 힘과 영향력을 증가시키는 빌미를 제공했고, 실제 지난 몇 십 년 동안 인간본성의 의료화 문제와 재정적 지출의 증가를 초래하였다. 특히, 제약회사들과 정신과 의사 및 정신의학자들 간의 연결고리가 DSM 진단기준에도 영향을 주었을 것이라는 비판이다. 그 결과 많은 사람들은 정신의학자들이 생물심리사회적 진단기준의 모델을 바이오-바이오-바이오 모델로 수용해 나가고 있음을 우려하고 있다. 전체 진단 개수의 범주도 크게 증가하면서 유사한 환자들의 군집화가 가능해졌고, 그 결과 DSM이 ‘가짜 진단범주’를 활용하여 정신과 의사가 돈을 더 잘 벌 수 있도록 도움을 주는 쪽으로 발전해왔다는 점이다. 동시에 미국정신의학회 역시 DSM의 거듭된 출판으로 많은 돈을 벌어들이고 있다.

이외에도 DSM-5에 의존한 진단이 환자에 대한 사회적 낙인을 초래하여 주변사람들의 편견을 불러올 수 있다는 점, 환자 자신도 어떤 정신장애의 진단명을 받게 되면서 자신에 대한 태도가 달라질 수 있다는 점, 한 개인에게 여러 개의 동반되는 정신질환들을 불일치하게 나열함으로써 과도한 정신병리를 초래하여 치료에 대한 회복모델(recovery model)을 찾기 어렵다는 점, 예후와 치료 지침 및 환자의 행동예언 등이 간과되었다는 점, 진단체계의 신빙도와 타당도를 여전히 믿을 수 없다는 점, 문화적 고려사항들이 적절하게 반영되지 못했다는 점, 그리고 지나치게 의학적 모델에 의존하고 있다는 점 등이 DSM-5의 문제점으로 지적되고 있다.

이와 같은 비판점에도 불구하고 DSM은 정신 의학계 및 관련 분야에서 여전히 강한 영향력을 발휘하고 있다. 인간의 정신장애를 이해하고, 판단하고, 치료하고, 경과과정을 살펴보고, 예후를 통계적으로 예측하기 위해서는 DSM에 의존할 수밖에 없다. 미국정신의학회는 앞으로도 DSM의 진보를 위해 더 많은 노력을 기울일 것이다. 그레야만 시대의 흐름에 따른 인간의 복잡한 정신적 문제들을 제대로 반영할 수 있기 때문이다. DSM은 또한 날이 갈수록 진단기준의 개수를 계속 늘려나갈 것이다. 이것은 그만큼 인간의 정신장애 또한 날이 갈수록 복잡해지고 더욱 다양하게 나타난다는 점을 예언하는 것으로 볼 수 있다. 그러나 정신장애에 대한 DSM의 어떤 분류도 결코 완벽할 수는 없다. 앞으로 정신장애에 대한 더욱 많은 지식이 증가되고 분류에 대한 경험이 축적되어야만, 미진한 부분들이 개선되고 보다 단순하고 정교한 분류화가 가능할 것이다.

끝으로 DSM이 계속 베스트셀러가 된다는 사실은, 과연 무엇을 의미하고 있는지를 생각해볼 필요가 있다. 사람이 평생을 살아가면서 올바른 정신건강을 유지하는 것은 쉽지 않다(Ingram & Price, 2010). 우리 한국도 경쟁적이며 척박하고 고단한 삶속에서 경제협력개발기구(OECD) 소속 30개국을 대상으로 2013년 아동·청소년 삶의 만족도 종합 실태 조사에서 행복지수가 최하위에 머문 것으로 나타났다. 유엔의 ‘세계행복지수 2016’ 보고서에 따르면, 한국인이 느끼는 행복지수는 10점 만점에 5.835점으로 조사 대상 157개국 중 한국은 세계 58위에 등록되었다. 미국인의 행복지수는 13위를 기록했다. 자살률도 OECD 회원국 중 한국이 10년째 1위인 것을 보면 그만큼 정

신건강은 갈수록 위협받고, 행복지수는 최하위에 머무는 양상을 나타내고 있다. 실제 우리나라는 성인의 15.6%가 평생 한 번 이상 심각하게 자살 사고를 경험했고, 3.3%가 자살계획, 3.2%가 자살을 시도한 것으로 나타났다. 지난 1년 간 자살시도자는 10만 8천여 명으로 추산된다.

경제협력개발기구(OECD)의 ‘건강통계 2015’(Health Data, 2015)를 보면, 우리나라도 ‘정신질환에 대한 편견’이 심하고 ‘비효율적인 정신과적 의료시스템’(예: 진료 환자의 추적 관리 체계성 부족, 예방 차원의 선제적 대응체계 미흡) 때문에 문제가 심각한 것으로 드러났다. 예컨대, OECD 34개 회원국 중 지난 20여 년간 정신질환으로 인한 입원이 가장 큰 폭으로 증가했던 나라는 한국이 유일하다. OECD는 인구 10만 명당 정신과 병상수를 기준으로 정신과 입원이 얼마나 많은지를 가늠하는데, 지난 20여 년간 한국은 20에서 91병상으로 크게 늘었다(OECD 평균은 72병상). 정신질환에 대한 편견 때문에 정신과 병원을 찾는 경우도 상당히 늦다. 정신질환 발병 후 영국은 평균 30주, 미국은 52주 만에 병원을 찾는 반면, 한국은 84주(1.61년)가 지난 후에야 병원을 찾게 된다. 정신질환으로 병원에 한 번 입원하면 머무는 기간도 가장 길다. 한국은 평균 116일로 OECD의 평균 27.5일에 비해 4배 이상 길다. 이는 우리나라의 경우 정신질환이 조기에 발견·치료되지 않아 환자의 상태가 악화되어 입원할 정도까지 치료를 미룬 탓에 있다(김청송, 2016).

정신질환은 조기에 치료하지 않으면 증상이 나빠지는 병으로 치료가 늦어질수록 환자와 사회의 부담이 모두 커질 수밖에 없다(Kring, Johnson, Davison, & Neal, 2010). 우리나라에서 정신질환



의 발생률이 늘어난다는 점은 우리의 삶이 그만큼 척박하고 고단함을 의미하는 것이기도 하다. 이러한 사실을 보면, 불행하지만 DSM의 인기는 앞으로 갈수록 상승할 것이다. 그러므로 평소 자신의 정신건강을 올바르게 유지하고 발전시키는 꾸준한 자기관리만이 정신질환을 겪지 않는 최선의 방법이 될 것이다. 또 이미 정신적 문제를 겪고 있는 환자라면 무엇보다도 더 이상 환자에게 해를 끼치지 않게 하는 건강심리학적 중재 서비스의 체계적 확립과 적용이 중요할 것이다.

## 참 고 문 헌

- 권석만 (2013). 현대 이상심리학 제2판. 서울: 학지사.
- 김청송 (2015). 사례중심의 이상심리학, 제1판. 수원: 도서출판 싸이박스.
- 김청송 (2016). 사례중심의 이상심리학, 제2판. 수원: 도서출판 싸이박스.
- 보건복지부 (2012). 2011년 정신질환 역학조사 요약보고서.
- 보건복지부 보건사회연구원 (2015). OECD Health Data 2015. 서울: 보건복지부 보건사회연구원.
- 이현수 (1993). 이상행동의 심리학, 제3판. 서울: 대왕사.
- 이현수 (1995). 이상행동의 심리학, 제4판. 서울: 대왕사.
- 이현수 (2002). 이상행동의 심리학, 제5판. 서울: 대왕사.
- 이현수, 이인혜, 최미례, 연미영, 김청송 (2012). 이상행동의 심리학 제6판. 서울: 대왕사.
- 최기홍 (2013). DSM-5의 이해와 적용. (사)한국정신보건전문요원협회 2013년 임시총회 추계교육 자료집.
- 통계청(2015). 제7차 한국표준 질병·사인 분류 개정고시(통계청 고시 제2015-159호).
- Allen Frances. (2014). 정신의학적 진단의 핵심. 서울: 시그마프레스. [Essentials of Psychiatric Diagnosis]. (박원면, 민경준, 전덕인, 윤보현, 김문두, 우영섭 역). 서울: 시그마프레스.(원전은 2013년에 출판).
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, 1th Edition(DSM- I). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, 4th Edition(DSM- II). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, 4th Edition(DSM-III). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, 4th Edition(DSM-III-R). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, 4th Edition(DSM-IV). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (4th ed., text re-vision; DSM-IV-TR). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, 5th Edition(DSM-5). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2015). 정신질환의 진단 및 통계편람 제5판[*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, 5th Edition]. (권준수의 공역). 서울: 학지사. (원전은 2013에 출간)
- Barlow, D. H. (2014). *Abnormal Psychology: An Integrative Approach-7th Edition*. International Edition: Cengage Learning.
- Frances, A. (2013). *Essentials of Psychiatric Diagnosis: Responding to the Challenge of DSM-5* New York: Guilford Publications, Inc.
- Ingram, R. E., & Price, J. M. (2010). Understanding psychopathology. The role of vulnerability. In R. E. Ingram & J. M. Price(Eds.), *Vulnerability to psychopathology. Risk across the lifespan*. New York: Guilford Press.
- Kerig, P. K., & Ludlow A. (2014). *Developmental*

- Psychopathology with Dsm-5 Update*. Columbus: McGraw-Hill Education UK Ltd.
- Kring, A. M., Johnson, S. L., Davison, G. C., & Neal, J. M. (2010). *Abnormal Psychology*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- McCarthy, M. M. (2002). A brief history of the World Health Organization. [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)11244-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)11244-X/fulltext).
- Scotti, J. R., & Morris, T. L. (2000). *The Development of the DSM*. [www.kadi.myweb.uga.edu](http://www.kadi.myweb.uga.edu).
- Shorter, E. (2009). 정신의학의 역사. [History of Psychiatry]. (최보문 역). 서울: 바다출판사.(원전은 2008년에 출판).
- Wenar, C., & Kerig, P. (2012). *Developmental Psychopathology*-6th Edition. New York: McGraw-Hill Companies.
- World Health Organization. (1992). *ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorder; Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. World Health Organization.

원고접수일: 2016년 5월 26일

논문심사일: 2016년 6월 6일

게재결정일: 2016년 6월 21일

# The Consideration of the Transition History and Periodic Meanings of DSM

Chung-Song Kim  
Kyonggi University

The present study, we reviewed the transition history and periodic meanings of DSM. DSM(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) is published by the American Psychiatric Association(APA) with the purpose of more efficiently applying the diagnosis and classification system of mental patients with various mental disorders, and facilitating research and communication between researchers, treatment, lapse process and prognosis. DSM- I was initially published in 1952 and the currently available DSM-5 in 2013. Such DSM to reflect the periodic conditions of humans' mental disorder, as well as develop a scientific classification system. Changes in the periodic conditions have led to identification of new abnormal behaviors such as attenuated psychosis syndrome, persistent complex bereavement disorder, suicidal behavior disorder, non-suicidal self-injury, neurobehavioral disorder associated with prenatal alcohol exposure, caffeine use disorder, and internet gaming disorder. As a result of further study, DSM-5 has included these disorders as official mental disorders to its revised edition. DSM-5 includes disruptive mood dysregulation disorder, hoarding disorder, excoriation or skin-picking disorder, avoidant/restrictive food intake disorder, and restless legs syndrome as official diagnoses previously absent in DSM-IV, it also attempted significant changes in the classification range of mental disorder. Although DSM, the US classification of abnormal behaviors, faces various criticisms, it is still used as the authoritative guide for mental health professionals in the psychiatric field and various other areas. This study aimed to examine the transition process, main contents, implications of further study, the change aspect of DSM, the relationship between DSM and ICD(International Classification of Diseases and Health Problem), and the characteristics and meanings of the critical contents of DSM.

*Keywords: DSM, ICD, abnormal behavior, mental disorder, abnormal psychology, classification system, diagnosis, proposed criteria conditions for further study*