

복합 비애(Complicated Grief)의 개념과 진단

장 현 아[†]

고려대학교 학생상담센터

복합 비애(Complicated Grief, 이하 CG)란 사별 후 나타나는 정상적이고 문화적으로 받아들여지는 애도 과정을 벗어나 지속적인 심리적·신체적 부적응을 야기하는 비애 반응을 말한다. 지금까지는 비애 반응이 주로 우울장애나 외상후 스트레스 장애와 같은 기존의 진단체계 내에서 이해되곤 하였으나, 여러 연구결과들을 통해 기존의 진단으로는 CG에서 나타나는 독특한 증상을 반영하지 못한다는 지적이 계속되어 왔다. 이에, 본 연구에서는 CG라는 새로운 개념, CG를 기존의 진단 체계로 분류하려고 할 때의 제한점, CG가 PTSD 진단만으로 부족한 이유, 독립적인 CG 진단의 필요성 및 경험적 근거들, 잠정적으로 합의된 진단 기준과 CG 진단이 치료적으로 어떤 중요한 의미를 갖는지를 개관하여 소개함으로써 아직까지 우리나라에서는 본격적으로 논의된 바가 없는 CG에 대한 관심을 고취하고자 한다.

주요어 : 복합비애, 연장된 비애 장애, 사별, 애도

[†] 교신저자: 장현아, 고려대학교 학생상담센터 연구교수, 서울시 성북구 안암동
E-mail : 9893169@korea.ac.kr

사랑하는 사람이나 대상을 상실한 후에 슬픔을 느끼는 것은 매우 자연스럽게 보편적인 경험이다. 사랑했던 사람이 더 이상 이 세상에 존재하지 않는다는 충격적인 사실을 인정하고 슬픔을 극복하는 데는 시간이 필요하고, 이 기간에 겪는 고통은 대부분 정상적이라고 받아들여진다. 따라서 사별 후 일시적으로 우울감이나 외상과 관련된 증상들이 나타난다고 해도 사별을 겪은 모든 사람들이 반드시 심리 상담이나 치료적 개입을 필요로 하는 것은 아니다(Stroebe, Hansson, Stroebe, & Schut, 2001). 심지어, 사별 후 너무 이른 치료적 개입은 오히려 해를 끼친다는 연구 결과들도 있다(Brom, Kleber, & Defares, 1989; Sireling, Cohen, & Marks, 1988). 사별 후 정상적인 애도 과정을 겪고 있는 사람에게 심리 치료적 개입을 하여 오히려 해를 끼치는 경우가 발생하는 이유는 비애 치료에 대한 정보가 부족하기 때문이기도 하고, 비정상적인 비애 반응에 대한 개념이 명확하지 않으며, 정상적 애도 과정과 비정상적 애도 과정의 구별 또한 뚜렷하지 않기 때문이다.

사별 후의 깊은 슬픔은 시간이 지나면서 저절로 치유되기도 하지만, 어떤 경우에는 사별 후의 슬픔이나 고통감이 일정 시간이 지나도 경감되지 않고 지속적인 정신적, 신체적인 손상을 가져오기도 한다. 어떤 사람에게는 사별 후의 애도 과정이 훨씬 더 복잡하고 고통스럽게 진행되며 오랫동안 지속된다. 이에 연구자들은 소위 비정상적인 비애 반응에 관심을 갖기 시작하였다. 그러나 공식적인 정신장애 진단 및 통계편람 진단체계, 즉 DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 1994)와 국제질병분류체계(ICD-10; World Health Classification of Disease-10)는 아직

정상적인 비애와 구분되는 비정상적 비애를 독립적인 진단 범주에 포함하고 있지 않다. 이와 더불어 정상적인 비애 반응의 궤도에서 벗어난 사례들이 어떻게 정상적인 비애 반응과 구분되고 어떤 증상이 특징적인지를 구분하려는 시도들도 그동안 별로 이루어지지 않았고, 정상적 비애 반응을 벗어나는 경우를 일컫는 용어조차 통일되어있지 않았다. 지금까지 ‘만성적’, ‘병리적’, ‘부적응적’, ‘신경증적’, ‘역기능적’, ‘억압된’, ‘비전형적’ 비애 등 다양한 용어로 불려 오다가 최근의 연구들에서는 복합 비애(Complicated Grief, 이하 CG) 혹은 연장된 비애 장애(Prolonged Grief Disorder, 이하 PGD) 라는 용어가 사용되고 있다(Smith, Kalus, Russell, & Skinner, 2009). ‘외상적 비애’라는 명칭도 여러 문헌에서 사용된 바 있지만 사별의 원인이 외상적 사건으로 인한 죽음에 한정된다고 생각할 수 있고 외상후 스트레스 장애와 혼동을 일으킬 소지가 있다. 이에 본 연구에서는 앞으로 “비정상적”, 또는 “외상적” 비애 반응 등의 용어 대신 CG 라는 명칭을 사용하고자 하며, CG의 개념이 무엇인지, CG를 기존의 진단 체계로 분류하려고 할 때의 제한점이 무엇인지, 독립적인 CG 진단의 필요성 및 경험적 근거들이 무엇인지, CG 진단이 치료적으로는 어떤 중요한 의미를 갖는지를 개관하여 소개하고자 한다.

CG 진단의 필요성

CG는 아직 공식적인 정신장애진단 및 통계편람 진단체계, 즉 DSM-IV(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 1994)에 수록되어 있지 않다가 최근에 와서야 독립적인 진단의 필요성이 제기되었다(Lichtenthal, Gruess,

& Prigerson, 2004; Prigerson et al., 2009; Smith, Kalus, Russell, & Skinner, 2009). 그러나, 아직까지는 CG에 대해 최종적인 하나의 정의나 기술(descriptions)이 합의되지 않은 상태이다. CG를 독립적인 진단으로 구분하는 것을 어렵게 하는 이유 중 하나는 외상후 스트레스 장애(Posttraumatic Stress Disorder; PTSD)를 촉발시키는 외상적 사건은 정상적인 인간 경험의 범주를 넘어서는 것이라고 간주되는 반면, CG를 촉발시키는 사건인 사별은 보편적인 경험이라고 받아들여지기 때문이다(Horowitz, Bonanno, & Holen, 1993). 그런데, 사별 자체가 보편적인 경험이라고 해도 사별 후에 나타날 수 있는 증상, 증상의 심각도와 지속기간은 보편적이지 않을 수 있다. CG를 독립적인 정신장애로 진단하려면 CG의 증상이 사랑하는 사람의 죽음 후에 뒤따를 것이라고 예상되고 문화적으로도 받아들여질 만한 반응들과는 구별되는 심한 불편감이나 어려움들을 포함한다는 것을 입증하여야 한다. 즉, CG는 비애 증상의 기간이나 강도가 정상적이고 문화적으로 받아들여질 만한 범주를 넘어서는 것을 말한다(Stroebe, Schut, & Finkenauer, 2001).

CG는 우울증이나 외상 후 스트레스 장애, 불안 장애 등에서 나타나는 것과 유사한 증상들을 보이기도 하지만, CG의 독특한 증상들은 다른 정신장애의 증상 범주에 딱 들어맞지 않는다다가 장기간에 걸쳐 정신적, 신체적 병적 상태를 유지시킨다. Prigerson과 동료들(1995) 배우자를 사별한 사람들을 대상으로 한 연구에서 이들에게 우울이나 불안과는 구별되는 뚜렷한 다른 증상들이 나타난다는 것을 발견하였다. 신경질적이고 초조함, 침착하지 못함은 불안한 사람들에게 나타나는 뚜렷한 증상이고, 슬픈 기분, 무감동, 죄책감은 우울한 사

람들에게 가장 대표적으로 나타나는 증상인 반면, 비애와 관련된 독특한 증상들에는 망자에 대한 생각에 집착하고 망자를 그리워하고 갈망하는 것, 울음, 죽음에 압도되는 느낌, 죽음을 현실로 받아들이지 않음 등이 포함되었다. 특히, 망자의 죽음의 이유가 자살이나 살인 사건 등과 같은 외상적이고 갑작스러운 죽음일 경우에는 사별한 사람들이 경험하는 정서적 고통이 매우 심각하며, 이들은 사회적 접촉을 회피하고 고립되기 쉽다(Jordan, 2001). 지금까지의 경험적 연구들에 묘사된 CG 증상에는 죄책감, 자기 비난, 불안 및 우울 관련 증상, PTSD 증상, 신체적 건강 문제 등이 포함된다(Boelen, van den Hout, & van den Bout, 2006; Schut, de Keijser, van den Bout, & Dijkhuis, 1991; Zisook, Schneider, & Shuchter, 1990).

CG의 진단체계 확립이 필요한 중요한 이유 중 하나는 만일 CG의 진단 범주가 없다면 비정상적 비애 반응으로 인해 심리치료가 필요한 경우에 이들이 적절한 치료에 접근하기가 어려워진다는 것이다. 위에서 언급한 Prigerson 등(1995)의 연구에 참여한 사람들은 항우울제를 처방받고 치료를 받았는데 우울과 불안 관련된 증상들은 유의미하게 감소하였지만, 비애와 관련된 증상들에는 통계적으로 유의미한 변화를 가져오지 못했다. 이런 결과는 비애관련 진단기준과 비애에 특정한 치료가 필요하다는 것을 입증해주고 있다. 또한, Silverman과 동료들(2000)은 CG 진단을 충족하는 미망인의 37.5%는 PTSD나 주요 우울장애 진단 기준을 충족하지 않는다는 것을 발견하였는데, 이는 CG가 개별적 진단으로 간주되지 않을 때 정신건강 전문가들의 관심에서 간과될 수 있다는 것을 말해준다. 비애의 특정 증상들은 치

료하지 않고 방치할 때 지속될 수 있고, 장기적인 기능 손상을 가져올 수 있다는 점에서 이에 대한 적절한 진단과 치료적 개입의 필요성은 더욱 커진다.

기존 진단 체계에서 바라보는 CG

DSM에서는 비애(grief)를 잠재적 병리 현상으로 인식하고 있다(Stroebe et al., 2000). DSM-IV에 따르면 사별한 사람이 사별 후 최소한 두 달 이상 뚜렷한 기능 손상, 자살 사고, 정신증적 증상이나 정신운동 지체와 같은 증상들을 보이는 경우에는 주요 우울장애로 진단 받을 수 있다. CG와 주요 우울장애는 사별 후에 함께 나타날 수 있기 때문에 이 둘의 구분은 쉽지 않지만 선행 연구들은 이 둘의 증상이 구분됨을 밝혀왔다(Enright & Marwit, 2002; Prigerson et al., 1995). DSM-IV는 주요 우울장애와 비애 반응을 다음과 같이 구분한다;

“비록 우울 증상의 기간과 수가 주요 우울 삽화의 기준을 충족시킨다 하더라도, 증상이 두 달 이상 지속되지 않거나 심각한 기능손상, 무가치감에 대한 병적 집착, 자살 사고, 정신병적 증상, 정신운동 지체를 포함하지 않는다면, 사랑하는 사람의 상실 이후에 나타나는 증상들은 주요 우울 삽화보다는 사별에 귀인 해야 한다”(American Psychiatric Association, 1994).

이것은 곧 사별 후 비애의 지속기간이 두 달 이상이라면 주요 우울장애로 진단될 수 있다는 것으로 해석되지만, 많은 학자들은 사별한 많은 사람들에게서 비애 반응이 이 기간 이상 지속된다는 것에 동의해왔다. 따라서

DSM에서 위와 같은 내용의 비애 반응을 포함시킨 이유는 사별 후 두 달이 지난 후에도 주요 우울장애 삽화에 해당하는 증상들을 보인다면 임상적 개입이 필요하다는 것을 지적하려는 의도로 생각해볼 수 있다. 즉, 비록 DSM이 독립적인 진단으로 비애 반응을 포함시키고 있지는 않지만, 사별 후 2개월 정도까지는 주요 우울장애가 진단될 수 있을 만큼 사별 반응에 대한 초기 개입이 필요하다는 것을 부분적으로 언급했다고 볼 수 있다. 사별 후 두 달 내에는, 이런 증상들이 주요 우울장애보다는 강렬한 비애 반응을 반영하는 것이다.

비애 반응은 적응장애에서도 언급된다. 그러나 CG를 적응장애로 진단할 수 없는 가장 명백한 이유 중 하나는 적응장애의 진단 기준 Criterion D에서 ‘증상이 비애 반응으로 나타나는 것이 아니다’고 명시하고 있기 때문이다. DSM-IV에 따르면 “비애 반응은 사랑하던 사람의 죽음에 대해 예상되는 일반적인 반응일 경우 적응장애 대신 진단 내려진다. 적응장애의 진단은 반응이 예상되는 것보다 심각하거나 기간이 더 길어질 때 내려진다”(American Psychiatric Association, 1994). 더구나, 적응장애는 스트레스 시작 후 3개월 이내에 발생되어야 진단내릴 수 있는데 CG는 사별 후 3개월 이상 지난 후에 시작되기도 하므로, 만일 적응장애가 유일한 대안적 진단이라면 많은 내담자들은 진단에서 누락되게 된다.

비애 반응은 DSM-IV의 V-코드 또는 “임상적 관심의 초점이 될 수 있는 기타 상태”로 분류되기도 하며 사별 반응이라는 명칭이 사용된다. 이 장의 이름은 원래 DSM-III-R에서는 “정신장애에 귀착시킬 수 있는 상태들”이었는데, DSM-III-R에서는 합병증이 없는 사별 반응이라고 불리다가, DSM-IV에서는 사별 경험이

유의한 장애 혹은 합병증을 야기할 수도 있기 때문에 사별 반응이라고 명칭이 바뀌었다. 그러나 여전히 DSM-IV에서는 정상적인 사별 반응은 언급되지만, 보다 복잡하고 병리적인 형태의 사별 후 반응에 대해서는 자세히 언급되지 않고 있다. DSM-IV의 “임상적 관심의 초점이 될 수 있는 부가적 상태”에 포함된 사별 반응(V62.82)의 내용은 다음과 같다(American Psychiatric Association, 1994).

“어떤 개인들의 상실에 대한 반응은 주요 우울증 삽화에 특징적인 증상을 나타낸다(예, 슬픈 감정의 증상으로서 불면증이나 식욕감퇴, 체중감소). 사별을 당한 사람은 자신의 불면증이나 식욕부진과 같은 부수적 증상을 치료하기 위해 전문의를 찾아오지만 자신의 우울 기분을 정상이라고 간주하는 것이 보통이다. “정상” 사별 반응의 기간과 표현은 문화에 따라 매우 다양하다. 일반적으로 상실이 있은지 2개월 이후에 증상이 좋아졌다면 주요 우울장애의 진단은 내릴 수 없다. 그러나 “정상” 사별 반응의 특징이 아닌 증상들이 나타났다면 이러한 증상이 “정상” 사별반응과 주요 우울증 삽화를 감별하는데 도움이 될 것이다. 정상 사별 반응의 특징이 아닌 증상들은 다음과 같다.

- 1) 사랑하는 사람의 죽음의 시기에 살아 있는 자가 취했던 행동과는 관계없는 죄책감,
- 2) 자신이 죽는 것이 오히려 나았다는가 죽은 사람과 함께 세상을 떠났더라면 좋았을 것이라는 등, 심한 죽음에 대한 생각,
- 3) 무가치감에 병적으로 집착하는 것,
- 4) 심한 정신운동성 지체, 5) 장기화되는

심한 기능장애, 6) 죽은 이의 음성을 듣거나 모습을 일시적으로 본다는 생각을 넘어서는 환각 경험.

마지막으로, CG와 유사한 증상들을 포함하는 정신장애로는 외상후 스트레스 장애(PTSD)를 들 수 있다. DSM-IV에서는 PTSD를 유발하는 외상적 스트레스 요인 중 하나로 사랑하는 사람의 죽음을 포함하고 있으며 현재까지의 기존 진단 체계 내에서 CG는 PTSD로 진단되는 경우가 가장 많다. 그렇다면 CG는 기존의 PTSD 진단으로는 충분하지 않은 것인가?

CG가 PTSD 진단으로 충분하지 않은 이유

DSM-IV에서는 PTSD 범주에서 비애 반응을 제외시키보다는 문제를 일으키는 증상군의 발달 원인으로 가족이나 친지의 예기치 못한 폭력적인 죽음이나 심각한 상해 및 이들이 경험한 상해에의 위협을 알게 되는 것, 또는 죽음에 대한 위협을 포함하고 있다(American Psychiatric Association, 1994). CG에서 나타나는 외상적 고통은 마치 PTSD에서 나타나는 증상처럼 보이기도 한다. 즉, 망자에 대한 침입적인 생각으로 인한 재경험, 망자의 부재를 생각나게 하는 자극들에 대한 회피, 사별 이후의 정서적 무감각 등이 나타난다. 또한, PTSD에서와 마찬가지로 CG의 증상들 역시 SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors)에 효과적으로 반응한다는 보고가 있다(Zigmont et al., 1998). 그러나 PTSD와 CG가 공통적으로 보이는 특성 외에 병인, 경과, 예후와 치료 등의 요소들을 다각도에서 고려하여 둘 간을 구분하는 연구들도 축적되어 왔다.

PTSD의 세 가지 증상 범주인 재경험, 회피,

증가된 각성상태는 CG의 증상들과도 유사한 것 같이 보이지만, 이 두 장애의 증상 내용을 자세히 살펴보면 차이점을 발견할 수 있다. 첫째, PTSD에서 나타나는 침입적 사고 내용은 외상적 사건에 대한 기억을 포함하지만, CG에서 나타나는 침입적 사고는 대개 망자에 대한 이미지들이다(Raphael & Martinek, 1997). PTSD에서는 침입적 사고가 부정적이고 고통스러웠던 외상사건을 활성화시키는 기억들이 통제할 수 없이 떠오르는 것이라면, CG에서 나타나는 침입적으로 떠오르는 기억들은 긍정적이고 안심시켜주는 것들이다(Burnett, Middleton, Raphael, & Martinek, 1997; Horowitz, Bonanno, & Holen, 1993). 이런 위로와 위안을 주는 기억들은 사랑하는 사람이 부재하는 냉혹한 현실과 대비되어 쓰라린 고통을 가져온다. CG에서는 망자에 대한 기억들을 소중히 여기고 기억들이 계속 남아있기를 바라는 경향이 있고, 그러한 경향이 부적응적일 정도에 이른다는 점에서 PTSD와는 매우 다르다고 할 수 있다(Horowitz et al., 1993). 외상 환자들이 외상 사건을 떠올리게 하는 것들을 회피하는 반면, CG 환자들은 오히려 망자를 기억나게 하는 자극들을 추구하고, 심지어 망자가 더 이상 이 세상에 없다는 것을 부인하면서 망자의 부재를 일깨우는 자극들은 회피하고자 한다(Prigerson & Jacobs, 2001). 즉 이들은 사랑하는 사람을 떠올리게 하는 자극은 지나치게 추구하고, 망자가 더 이상 이 세상에 없다는 사실을 직면하는 것은 회피하려고 한다(Boelen, van den Hout, & van den Bout, 2006). 둘째, PTSD에서의 두드러진 정서는 외상 경험과 관련된 두려움인 반면, CG에서는 사랑하는 사람의 부재와 관련된 그리움이다. PTSD 환자와 비교할 때 사별한 사람에게는 불안의 역할이

더 작고, 애타는 그리움은 사별한 사람들에게만 독특하게 나타나는 현상이다. Stroebe와 동료들의 연구(2001)에 의하면, PTSD로 진단되는 외상 환자들은 전형적으로 외상 경험과 관련된 위협에 대해 매우 불안해하는 반면, 사별한 사람들은 분리 불안을 경험하는 것으로 나타났다. 셋째, PTSD에서는 안전감에 대한 위협감 때문에 전반적인 과잉경계상태를 보이는 반면, CG에서는 망자에 대한 기억을 찾으려고 할 때만 과잉경계(hypervigilance)를 나타낸다. 요약하면, PTSD에서 회피가 전형적으로 나타나는 증상인 것과 달리, CG에서는 회피가 기본적인 증상이 아니고, 위협적인 사건에 대한 공포가 아닌 분리에 대한 고통으로 인한 증상들이 CG와 PTSD를 구분해주는 중요한 점들이라고 할 수 있다.

병인론과 위험요인을 고려해 보면, PTSD에서의 외상은 사랑하는 대상의 상실보다는 개인적 안전감을 상실하는 것과 관계가 있다. 따라서, PTSD의 치료 목표는 안전감을 재확립하는 것이다. 반면 CG의 치료 목표는 사랑하는 대상의 상실 이후에 그 대상이 없는 상황에서 자신의 삶을 재구성하도록 돕는 것이다. 강간이나 환경적 재난 등을 겪었다 하더라도 중요한 대인관계망은 여전히 남아있는 경우가 대부분이지만, 남편이나 부인, 자식, 절친한 친구 등을 사별한 사람들은 자신을 지탱해주던 기본적 관계망 중 일부가 상실되는 경험을 하게 된다(Marwit, 1996). 한 연구에 의하면(Silverman, Johnson, & Prigerson, 2001) 교내 총기 난사 사건을 경험한 아동들을 대상으로 비애 반응 검사(Grief Reaction Inventory)를 실시하였을 때, 높은 비애수준은 사망한 아동과 얼마나 가까운 사이였는지와 관련이 되는 반면, PTSD 증상 수준은 생존 아동이 당시 겪었던

위협의 심각도와 관련이 있었다. 또한, 아동기 때 부모의 상실을 경험했던 미망인들은 CG를 발달시킬 위험률이 높은 반면, 성인기에 외상적 경험을 한 경우에는 PTSD로 발전될 확률이 높은 것으로 나타났다. 즉, 아동기에 부모의 상실을 경험한 사람들은 성인기에 이르러 외상경험을 하고 다른 고통스러운 삶의 문제는 가지고 있지 않은 사람들에 비해 사별에 직면했을 때 PTSD보다 CG로 발전하는 경향이 높아진다.

평가와 개입에 대한 반응의 차이로도 PTSD와 CG를 비교해 볼 수 있다. Silverman과 동료들은(2001) 배우자를 사별한 85명을 대상으로 한 연구에서 주요 우울 장애, 외상후 스트레스 장애, CG 진단 중 CG에 해당하는 비율이 가장 높다는(18%)것과 주요우울 장애나 외상후 스트레스 장애와 비교할 때 CG의 공병율이 가장 낮다는 것을 밝혔다. 만일 PTSD 진단 기준만을 가지고 평가했다면, 이들 중 대다수는 CG 진단을 받지 못했을 것이고, 적절한 치료적 개입도 이루어지기 어려웠을 것이다. 치료적 개입에 대해서 CG와 PTSD는 다르게 반응함을 알 수 있는데, CG의 치료는 애착 문제의 해결이 중요한 문제인 반면, PTSD의 치료는 두려운 자극에 습관화 되도록 하는 것이 중요하다. Shear와 동료들은(2001) CG의 증상을 경감시키기 위해서 지속적인 노출이 효과적이긴 하지만 내담자들이 그 고통을 감내하는 것은 너무도 어려운 일이라고 밝혔으며, 상실의 의미에 초점을 두거나 보다 통합적인 심리치료적 접근이 더 효과적이라고 하였다.

이상에서 PTSD를 비롯하여 기존의 진단 체계 내의 다른 정신장애와는 독립적인 CG 진단 체계의 확립이 필요한 근거를 경험적 연구 결과들을 토대로 살펴보았다. 그러나 여전히

범주의 구분이나 중첩이 불명확한 채로 남아 있다. CG를 하나의 독립적인 진단으로 확립해야 한다고 주장하고 이미 진단기준을 만들어가고 있는 학자들도 있지만, 이런 학자들 사이에서도 아직 CG에 대한 정의가 합의된 것이 아니며 과연 CG가 진단 체계 안에서 어떤 위치에 놓여야 하는지에 대해서도 계속 논의되고 있는 중이다. 그렇다면 CG의 진단 체계를 확립하기 위한 노력은 어디까지 이루어져 왔는가?

CG에 대한 최근의 진단적 접근

최근에 CG에 대한 새로운 진단적 접근이 두 가지 제안되었는데, 그 중 하나가 Horowitz의 스트레스 반응모델이다. Horowitz(Horowitz et al, 1997)는 ‘복합 비애 장애(complicated grief disorder)’라는 명칭을 사용하였고, CG를 스트레스에 대한 반응으로 일어나는 증상이라고 개념화하였다. Horowitz와 동료들(1997)은 CG의 증상이라고 잠정적으로 생각되는 30개의 증상을 평가하기 위해 사별한 배우자들을 대상으로 구조화된 진단적 면담 도구를 개발하여 실시하였고 그 결과 30개의 증상들이 다시 회피, 침입(intrusion), 적응 실패의 세 가지의 범주로 나누는 것을 확인하였다. Horowitz의 스트레스 반응 모델에 의하면 CG와 PTSD는 몇 가지 면에서 매우 유사한데, 즉 두 장애의 증상 모두 스트레스 사건을 겪게 된 결과로 나타나는 것이며 침입과 회피, 부적응적 행동들이 핵심적인 증상이다. 또 다른 모델은 Prigerson이 제안한 것이다. Prigerson(Prigerson et al., 1995; Prigerson & Jacobs, 2001)은 ‘외상적 비애 장애(traumatic grief disorder)’라는 명칭을 사용하였는데, 이는 상실과 관련된 외상적 특징을 갖

는 분리불안장애의 성인 유형이며 외상적 비애의 핵심은 분리불안이라고 하였다. 이들은 우울이나 불안 증상과는 질적으로 다른 비애 관련 증상들을 경험적으로 밝히고자 노력하였다. 연구 결과 Prigerson은 망자에 대한 생각에 사로잡힘, 망자에 대한 그리움과 갈망, 사별 이후의 외로움, 사별을 받아들이지 못함, 분노, 충격 등이 비애 장애 증상에 포함된다고 하였고 이런 증상들이 최소한 두 달 이상 지속될 때 외상적 비애 장애로 진단될 수 있다고 하였다(Prigerson & Jacobs, 2001). Prigerson과 동료들(Prigerson, Maciejewski et al., 1995)은 CG 증상을 평가하기 위한 진단 도구(Inventory of complicated grief: ICG)를 개발하여 경험적으로 타당성을 입증하기도 하였다. Horowitz와 Prigerson의 모델은 여러 가지 면에서 유사점을 가지고 있으면서도 강조점이 다소 다르다. 즉, 다양한 침입적, 부정적 과정의 역할을 언급한다는 점에서는 공통적이지만 Prigerson의 모델은 회피를 포함하지 않는다는 것이 두 모델의 가장 큰 차이이다(Boelen, van den Bout, & van den Hout, 2003, Lichtenthal, Cruess, & Prigerson, 2004). 두 모델에 대한 보다 자세한 내용은 부록에 제시하였다.

1997년에는 CG 진단체계의 확립에 있어 중요한 모임이 이루어졌다. 사별 및 외상 분야의 전문가, 정신과 질병 분류학의 전문가들이 모여서 CG 진단 체계를 확립하기 위한 시도를 한 것이다(Prigerson et al., 1999). 전문가 패널은 진단 기준을 확립하기 위해 먼저 경험적 연구들을 검토하면서 CG가 독립적인 진단으로 확립되어야 하는 증거들을 확인하였다. 즉, 상실로 인한 우울이나 불안과는 뚜렷이 구별되는 비애 증상이 있다는 것, 이런 증상들이 어떤 사람들에게는 몇 년간이나 지속된다는

것, 이런 증상들이 일반 심리치료만으로 혹은 항우울증 약물과 결합한 심리치료를 통해서도 잘 호전되지 않는다는 점 등이 그것이다. 이들은 CG 진단을 내리기 위해서는 최소한 두 달간 증상이 나타나야 한다는 것에 합의했는데, 이는 DSM-IV에서 사별 후 두 달이 지나도 증상이 지속될 때 주요 우울 에피소드로 진단 내린다는 기준에 준하여 결정된 것이다. 전문가 패널은 과연 어떤 증상들이 진단에 포함되어야 하는지를 논의하였고, 결과적으로 다음과 같은 진단 기준을 합의하였다(Prigerson et al., 1999).

잠정적으로 제안된 CG의 진단기준

Criterion A

1. 의미 있는 사람의 죽음을 경험하여야 한다.
2. 망자에 대한 침입적이고 고통스러운 물두를 포함하는 반응(예, 망자에 대한 갈망, 그리움, 찾아다님)을 포함한다.

Criterion B

죽음에 대한 반응으로 다음과 같은 증상들이 두드러지고 지속적이다.

1. 망자의 부재를 기억나게 하는 것들을 회피하려는 잦은 노력(예, 생각, 활동, 사람과 장소)
2. 미래에 대한 허무감 또는 목적을 잃음
3. 주관적인 무감각, 분리감, 또는 정서적 민감성의 상실
4. 충격 받고 멍한 느낌
5. 죽음을 인정하기 어려움
6. 인생이 공허하고 무의미하다는 느낌

7. 망자 없는 보람 있는 삶을 상상하기 어려움
8. 자신의 일부분이 죽었다는 느낌
9. 손상된 세계관(예, 안전감, 신뢰, 통제감의 상실)
10. 망자와 관련된 혹은 망자에 대한 해로운 행동이나 증상
11. 망자와 관련된 지나친 과민함, 비통함, 또는 분노

Criterion C

위에 기술된 증상들이 최소한 두 달 지속된다.

Criterion D

이러한 장애가 사회적, 직업적, 또는 다른 중요한 기능 영역에서 임상적으로 유의미한 손상을 야기한다.

이상에서 살펴본 것을 정리하면 CG는 크게 두 가지 범주의 증상, 즉 분리 고통과 외상적 고통을 포함하고 있음을 알 수 있다. 분리 고통은 CG의 핵심 증상으로 그리움, 망자에 대한 기억에 몰두함, 외로움 등을 포함하는 것이고, 외상적 고통은 상실로 인해 외상화되는 것을 말한다. 외상적 고통에 해당하는 증상들로는 상실을 상기시키는 자극들에 대한 회피, 미래에 대한 목적을 잃음, 무감각, 망연자실, 상실로 인한 충격, 죽음을 받아들이지 못함, 인생의 공허함, 망자 없는 인생의 의미를 찾지 못함, 상실에 대한 분노 등이 있다. Boelen, van den Hout와 van den Bout(2006)는 이 두 가지 범주의 증상을 모두 통합하여 CG에 대한 인지 행동적 개념화를 시도하였다. 이들은 인지 행동적 개념화에서 세 가지 핵심 과정이

CG의 발달과 유지에 중요하다고 하였는데, 기존 인생 경험들 속에 상실을 통합하지 못하는 것, 비애 반응에 대한 오해석과 자신, 세상, 미래에 대한 부정적인 전반적 믿음, 불안하고 우울한 회피 전략이 그것이다. 즉, 상실을 현재의 경험으로 잘 통합하지 못할수록 망자에 대한 기억은 강한 그리움과 정서적 고통을 야기하며 상실에 압도되고 충격을 받은 상태를 유지시키게 된다. 또한, 상실 후에 강렬한 슬픔을 느끼는 것은 자연스러운 일이지만 슬픔을 느끼는 것을 통제를 잃어버리는 것으로 생각하거나 상실 후의 무감각을 우울증으로 간주하는 것과 같은 재앙적 오해석이 CG를 발전시키게 된다. 자신이 가치 없고, 인생이 무의미하고, 미래에 희망이 없다는 부정적 믿음은 CG 환자로 하여금 현재와 미래를 바라보기보다는 자신이 잃어버린 것, 상실에 초점을 맞추게 함으로써 비애를 지속시킨다(Boelen, van den Bout & van den Hout, 2003). 세 번째 과정은 불안 회피 전략인데, 이것은 죽음을 사실로 받아들이게 되면 통제감을 상실하게 되거나 미쳐 버리거나 견딜 수 없을 것이라고 믿는 경우에 발생한다. 이들은 망자가 자주 갔던 장소에 가지 않으려 하고 망자에 대해 물어보는 사람을 만나지 않는 등 상실에 대한 기억과 감정을 일으키는 모든 것들을 회피한다. 동시에 망자와의 강한 연결성을 지속하면서 망자를 추억하는 자극들을 지나치게 추구하는데, 마치 망자가 살아있는 것처럼 망자와 마음속으로 대화를 하고 망자와 관련된 물건들을 소중히 간직한다. 망자가 영구적이 아니라 일시적으로 부재하는 것 같이 간주하면서 애절한 그리움을 나타낸다. 이상의 세 가지 핵심 과정 외에 Boelen, van den Hout와 van den Bout(2006)는 CG에 영향을 미치는 배경 변

인들로 개인적 취약 요인, 상실 경험의 특징, 상실 이후 사건의 특징을 제시하여 보다 전체적이고 체계적으로 CG의 발생과 유지 과정을 이해할 수 있도록 하였다.

CG에 대한 연구가 축적되면서 보다 최근에는 연장된 비애 장애(PGD)라는 용어가 등장하였고 DSM-V에 새로운 진단으로 포함될 것인지에 대한 논의도 활발히 진행되고 있다 (Smith, Kalus, Russell, & Skinner, 2009; Prigerson et al., 2009). PGD는 6개월 혹은 그 이상 지속되는 만성적인 비애 상태를 말하는 것으로, 강렬한 분리 고통, 망자에 대한 침입적 사고, 무의미감, 상실을 받아들이지 못함, 일상 및 사회생활에서의 기능손상 등을 특징으로 한다 (Holland, Neimeyer, Boelen & Prigerson, 2009). PGD와 CG에서 나타나는 증상들은 많은 유사점을 가지고 있지만, 가장 큰 차이는 증상의 지속기간을 CG에서는 2개월 이상으로 잠정 합의하였던 것에 비해 PGD에서는 6개월 혹은 그 이상으로 제한한 것이다.

CG 진단 기준 확립이 심리치료에 미치는 영향

CG 진단 체계가 확립되면 CG를 경험하고 있는 개인들에 대한 심리치료 발달이 촉진될 것은 자명하다. 정상적 비애 반응과 CG를 구분해주는 정확한 진단 체계가 없다는 것은 비애 관련 치료 연구에 매우 치명적일 수 있는데, 정상적 비애와 관련된 증상들은 시간이 지나면 경감되는 경향이 있기 때문이다. 즉, 비애 관련 치료 연구에서 치료 효과값을 작게 만들 수 있다는 것이다. Fortner와 Neimeyer (1999)의 연구 결과를 보면, 23개의 비애 치료 결과에 대한 메타 분석에서는 .13의 작은 효과값만 나타났으나, CG로 발전될 위험에 있거

나 CG로 보이는 개인들만 대상으로 한 5개의 연구결과에 초점을 맞춰 메타 분석했을 때는 효과값이 .39로 증가하였다. 이러한 결과를 볼 때, 시간이 흐르면 자연스럽게 증상이 경감된 정상적 비애과정에 있는 개인과 CG에 해당하는 개인을 구분하고 각각 적절한 치료적 개입을 하는 것이 필요함을 확인할 수 있다. 잘못된 진단으로 정상적 비애과정에 있는 개인에게 심리치료적 개입을 했을 때는 오히려 해를 끼칠 잠재적 위험도 있다는 점에서 CG와 정상적 비애의 구분은 더욱 중요해지며, CG에 대한 진단이 확립됨으로써 어떤 증상이 치료의 목표가 되어야 하고 어떠한 치료적 개입이 효과적일지에 대한 연구가 더욱 활발해질 것이다.

결론

이상에서 CG 진단의 필요성과 이를 뒷받침해주는 경험적 연구 결과들을 살펴보았다. 비애 반응은 위에서 언급한 것과 같은 여러 범주에 걸친 다른 장애들에서 관심을 받아왔다는 것이 명백하며, DSM-III-R에서보다 DSM-IV에서는 비애 반응과 다른 관련 장애들 사이에 보다 명확한 차이점을 제시하고 있다는 점은 CG 진단체계의 확립이 미래의 DSM 발달 과정에서 고려해야할 이슈 중 하나일 가능성이 있다는 것을 반영해준다. CG가 독립적인 진단으로 확립되어야 하는 가장 큰 이유는 정확한 진단이 확립될 때 이에 적합한 치료적 개입도 효과적이고 신속하게 이루어질 수 있기 때문이다. CG 진단 기준의 부재는 부적응적이고 비정상적인 비애 증상으로 발전할 위험 요인을 추정하고 발견하는 것을 어렵게 한다. CG

의 독특한 현상을 측정하고 평가할 수 있는 표준화된 기준을 확립함으로써 필요한 치료적 개입에서 제외되는 내담자가 없도록 해야 할 것이다.

그러나, CG가 독립적인 정신 질환으로 분류되는데 있어 한계점도 제기되고 있다. 일단 정상적 비애와 병리적 비애는 연속선상에 있기 때문에 정상적인 비애 반응도 병리적으로 해석될 가능성이 있다는 것이다(Prigerson & Jacobs, 2001). 또한, 문화에 따라 비애 반응이 어떻게 받아들여지는지가 달라지므로 문화적인 차이가 반드시 고려되어야 한다. 이와 덧붙여, 지금까지 이루어진 대부분의 비애 관련 연구는 배우자를 사별한 중년 이상의 개인을 대상으로 하였기 때문에 앞으로 아동 및 청소년을 포함하는 다양한 연령대를 포함시켜 표집의 문제를 극복해야 할 것이다.

참고문헌

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed.*, Washington, DC: Author.
- Boelen, P. A., van den Bout, J., & van den Hout, M. A. (2003). The role of cognitive variables in psychological functioning after the death of a first degree relative. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 1123-1136.
- Boelen, P. A., van den Hout, M. A., & van den Bout, J. (2006). A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief. *Clinical psychology: Science and Practice, 13*, 109-128.
- Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2007). The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 257*, 444-452.
- Brom, D., Kleber, R. J., & Defares, P. B. (1989). Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 607-612.
- Burnett, P., Middleton, W., Raphael, B., & Martinek, N. (1997). Measuring core bereavement phenomena. *Psychological Medicine, 27*, 49-57.
- Enright, B. P., & Marwit, S. J. (2002). Diagnosing complicated grief: A closer look. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 747-757.
- Fortner, B., & Neimeyer, R. A. (1999). The effectiveness of grief counseling and therapy: A quantitative review. *Death Studies, 23*, 387-411.
- Holland, J. M., Neimeyer, R. A., Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2009). The underlying structure of grief: A taxometric investigation of prolonged and normal reaction to loss. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 31*, 190-201.
- Horowitz, M. J., Bonanno, G. A., & Holen, A. (1993). Pathological grief: Diagnosis and explanation. *Psychosomatic Medicine, 55*, 260-272.
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C., & Stinson, C.H. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry, 154*, 904-910.
- Jordan, J. R. (2001). Is suicide bereavement

- different? A reassessment of the literature. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 31, 91-102.
- Lichtenthal, W. G., Gruess, D. G., & Prigerson, H. G. (2004). A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical Psychology Review*, 24, 637-662.
- Marwit, S. J. (1996). Reliability of diagnosing complicated grief: A preliminary investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 563-568.
- Prigerson, H. G., Frank, E., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Anderson, B., Zubenko, G. S., Houck, P. R., George, C. J., & Kupfer, D. J. (1995). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation among in elderly bereaved spouses. *American Journal of Psychiatry*, 152, 22-30.
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S. J., Wortman, C., Neimeyer, R., Bonanno, G., Block, S. D., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B. T., Johnson, J. G., First, M. B., & Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, 6(8), 1-12.
- Prigerson, H. G., & Jacobs, S. C. (2001b). Caring for bereaved patients: "All the doctors just suddenly go". *Journal of the American Medical Association*, 286, 1369-1375.
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds, C. F., Maciejewski, P. K., Davidson, J. R., Rosenheck, R., Pflkonis, P. A., Wortman, C. B., Williams, J. B., Widiger, T. A., Frank, E., Kupfer, D. J., & Zisook, S. (1999). Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *British Journal of Psychiatry*, 174, 67-73.
- Raphael, B., & Martinek, N. (1997). Assessing traumatic bereavement and posttraumatic stress disorder. In J. P. Wilson, & T. M. Keane (Eds.), *Assessing Psychological trauma and PTSD*(pp.373-395). New York, NY: The Guilfords Press.
- Schut, H. A., de Keijser, J., van den Bout, J., & Dijkhuis, J. H. (1991). Post-traumatic stress symptoms in the first year of conjugal bereavement. *Anxiety Research*, 4, 225-234.
- Shear, M. K., Frank, E., Foa, E., Cherry, C., Reynolds, C. F., Vander Bilt, J., Masters, S. (2001). Traumatic grief treatment: A pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1506-1508.
- Silverman, G. K., Jacobs, S. C., Kasl, S. V., Shear, M. K., maciejewski, P. K., Noaghiul, F. S., (2000). Quality of life impairments associated with diagnostic criterai for traumatic grief. *Psychological Medicine*, 30, 857-862.
- Silverman, G. K., Johnson, J. G., & Prigerson, H. G. (2001). Preliminary explorations of the effects of prior trauma and loss on risk for psychiatric disorders in recently widowed people. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 38, 202-215.
- Sireling, L, Cohen, D., & Marks, I. (1988). Guided mourning for morbid grief: A controlled

- replication. *Behavior Therapy*, 19(2), 121-132.
- Smith, L., Kalus, C., Russell, P., & Skinner, T. C. (2009). Exploring current service provision for prolonged grief disorder and suggestions for future advances. *Mortality*, 14, 53-68.
- Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Stroebe, W., & Schut, H. (2001). (Eds.). *Handbook of bereavement research*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Stroebe, M., Schut, H., & Finkenauer, C. (2001). The traumatization of grief? A conceptual framework for understanding the trauma-bereavement interface. *Israel Journal of Psychiatry and Related Science*, 38, 185-201.
- Stroebe, M., van Son, M., Stroebe, W., Kleber, R., Schut, H., van den Bout, J. (2000). On the classification and diagnosis of pathological grief. *Clinical psychology review*, 20, 57-75.
- Zigmont, M., Prigerson, H. G., Houck, P. R., Miller, M. D., Shear, M. K., Jacobs, S., et al. (1998). A post hoc comparison of paroxetine and nortriptyline for symptoms of traumatic grief. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 241-245.
- Zisook, S., Schneider, D., & Shuchter, S. R. (1990). Anxiety and Bereavement. *Psychiatric medicine*, 8(2), 83-96.
- 1차원고접수 : 2009. 7. 21.
수정원고접수 : 2009. 8. 18.
최종게재결정 : 2009. 8. 19.

An Empirical Review of Complicated Grief

Hyun A Chang

Korea University, Student Counseling Center

Complicated grief is defined as a deviation from the normal symptoms of grief. CG has been subsumed under major depressive disorder or posttraumatic stress disorder. However, there has been a broad consensus that existing diagnoses are not sufficient for CG. A number of research groups have shown that how complicated grief is distinguished from those disorders and demonstrated that CG constitutes a distinct psychopathological diagnostic entity. The purpose of this study is to review current concepts of CG and empirical evidences of CG, and its related issues.

Key words : *Complicated grief, Prolonged grief disorder, Bereavement, Grief*

부 록

Prigerson과 Horowitz의 진단 기준 비교

Prigerson의 모델 (2001)	Horowitz의 모델 (1997)
<p>Criterion A (분리로 인한 어려움. 아래의 증상 4개 중 3개 이상에 해당)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 망자에 대한 침입적 생각 2. 망자에 대한 그리움 3. 망자의 흔적 찾기 4. 사별로 인한 외로움 	<p>아래의 7개 증상 중 3개 이상에 해당</p> <p>A. 침입적 증상</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 잃어버린 관계와 관련된 원치 않는 기억 또는 침입적 공상 2. 잃어버린 관계와 관련된 심각한 정서적 고통 3. 망자에 대한 괴로움 정도의 강한 그리움
<p>Criterion B (외상적 고통. 아래의 8개 증상 중 4개 이상에 해당)</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. 미래에 대한 허무감 또는 목적을 잃음 6. 정서적 무감각 7. 죽음을 받아들이는 것의 어려움 8. 인생이 공허하고 무의미하다는 느낌 9. 자신의 일부가 죽은 느낌 10. 인생관의 손상 (예: 안전감, 신뢰, 통제감의 상실) 11. 망자와 관련된 해로운 행동이나 증상 12. 망자와 관련된 지나친 초조감, 비애 또는 분노감 	<p>B. 회피 증상</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. 망자를 떠올리게 하는 사람, 장소, 또는 활동에 대한 과도한 회피 5. 부적응적일 정도로 직업 활동, 사회적 활동, 양육, 여가 활동들에 대한 흥미를 잃어버림 <p>C. 적응 실패</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. 지나치게 혼자라는 느낌 또는 개인적 공허감 7. 이상 수준의 수면 문제 <p>D. 사별 후 최소한 14개월이 지났을 때 진단 내린다</p>
<p>Criterion C</p> <p>위에 기술된 장애의 기간이 최소한 두 달간 지속된다</p>	
<p>Criterion D</p> <p>장애는 사회적, 직업적, 또는 다른 중요한 기능 영역에서 임상적으로 유의미한 손상을 초래한다.</p>	