SPECIAL ARTICLE

현재 불안 장애의 분류 : 타당한가?

성균관대학교 의과대학 삼성서울병원 정신과학교실,[1] 영광기독신하병원[2]

유 범 희[1] · 이 인 수[2]

DSM-IV Diagnostic Criteria for Anxiety Disorder : Discriminant Validity

Bum-Hee Yu, MD, PhD[1] and Insoo Lee, MD[2]

Department of Psychiatry[1], Samsung Medical Center, Sungkyunkwan University School of Medicine, Seoul,
Department of Psychiatry[2], Yeonggwang Sin-Ha Christian Hospital, Yeonggwang, Korea

ABSTRACT

The Diagnostic and Statistical Manual 4th edition (DSM-IV) has been widely accepted and used for international classification of mental disorder. The DSM has been changed to improve diagnostic reliability and validity through descriptive and categorical approaches which was undertaken atheoretically. The authors reviewed current studies about the DSM-IV classification system and the diagnostic issues of representative categories of anxiety disorder. The authors concluded that the anxiety disorder classification system in DSM-IV has limitations such as a lack of empirical consideration for overlapping features of anxiety disorders and a lack of discriminant validity. To improve diagnostic validity and revise the current DSM-IV classification system, the authors suggested 1) more longitudinal studies for collecting empirical evidence, 2) decreasing the dependence upon operational criteria, 3) deceasing diagnostic boundary blurring, 4) developing disease specific biological diagnostic techniques and 5) continued collaboration between the DSM and International Classification of Diseases (ICD) systems. (Anxiety and Mood 2005;1(1):18-24)

KEY WORDS : DSM-IV · Anxiety disorder · Diagnostic classification · Discriminant validity.

서 론

분류(classification)는 모든 과학의 핵심적이고 기본적인 요소로서 연구자들 사이의 의사소통과 지식의 발전을 위해 반드시 필요하다. 특별히 정신의학 분야에서는 인간 행동(human behavior)의 개념화라는 어려움 때문에 분류에 대한 수많은 노력과 논쟁이 있어 왔으며, 논리적이고, 실용적인 분류를 위해 신뢰도와 타당도를 높이기 위한 진단 분류 체계가 구축되어 왔다. 본 논문에서는 현재 국제적으로 널리 사용되고 있는 정신장애의 진단 및 통계 편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : 이하 DSM)의 진단분류체계 중 불안장애에 대하여 최근까지의 변화 내용과 관련 연구들을 살펴보고, 현재의 불안장애에 대한 DSM-IV 분류 체계의 제한점을 분석하여 향후 연구 방향을 제시하고자 한다.

접수일자 : 2005년 8월 23일 / 심사완료 : 2005년 10월 5일

Address for correspondence
Bum-Hee Yu, M.D., Ph.D., Department of Psychiatry, Samsung Medical Center, Sungkyunkwan University School of Medicine, 50 Ilwon-dong, Gangnam-gu, Seoul 135-710, Korea
Tel : +82.2-3410-3583, Fax : +82.2-3410-0050
E-mail : bhyu@smc.samsung.co.kr

본 론

공포와 강박 충동, 그리고 불안에 의한 현상들은 아주 오래 전부터 관찰되어 기록된 반면, 이러한 문제들이 정의되고 질병 분류체계에 포함된 것은 최근에야 이루어졌다.[1] 예로, 1959년 여러 나라의 정신과 장애 분류체계 9개 중 3개만이 공포장애(phobic disorder)를 독립 진단으로 기록하였고,[2] 불안(anxiety)라는 용어조차 1955년 출간된 국제질병분류 제 7 판(ICD-7)에서야 나타났다. 임상적 유용성을 중요시한 최초의 공식적 정신장애 진단편람인 DSM-I[3]은 정신분석의 영향으로 불안장애를 방어기제로 인한 반응으로 생각하였고, DSM-II[4]는 진단명이 9개로 늘어났으나 원인론에 대한 정보가 부족하고 신뢰도나 타당도 문제들이 상대적으로 간과되었다.

이러한 문제들은 진단의 신뢰도를 개선하기 위해 분류상의 특정 진단기준 개발에 박차를 가한 DSM-Ⅲ[5]에 와서야 어느 정도 해소되었다. DSM-Ⅲ는 포함 및 배제 기준과 다축 체계를 도입하고, 경험적 증거들을 중요시하는 것뿐만 아니라, 처음으로 불안장애에 대한 세부적인 진단 준거들을 제시하였다. 이로써 신뢰도와 타당도 연구를 가능하게 하였을 뿐만 아니라, 특히 정신병리(psychopathology)와 치료결과(treatment outcome) 분야에서 연구자들 간에 보다 정확한 의사소통이 가능해졌다.[1]

이렇게 연구들이 축적됨에 따라 DSM-Ⅲ의 진단 체계의 여러 불일치점과 명백하지 않은 진단 기준들이 발견되었고, 이에 따라 현재의 DSM-Ⅳ[6]로 개정되었다. DSM-Ⅳ에서는 불안장애를 12개의 범주들로 분류하였고, 그 정의들도 많이 수정되었다. DSM-Ⅳ는 특정 학파의 원인론에 국한하지 않고, 오직 현상에 대한 기술에 근거하여 진단 기준을 만듦으로써 다양한 배경의 임상가와 연구자들에게 정신병리를 표현하는 공통의 언어로 인정되고, 이전에 비하여 쉽고 정확하게 진단을 내릴 수 있게 되었다.[7]

이러한 여러 강점에도 불구하고, DSM-Ⅳ[6]는 범주적 분류(categorical classification) 체계로서 갖는 한계가 있다. 범주적 분류 방식은 한 진단 내에 포함되는 모든 사례들이 동질적일 때, 진단들 사이에 명백한 경계가 있을 때, 다른 진단들이 서로 명백히 배타적일 때 가장 유용하게 사용될 수 있다. 순수하게 범주적 분류에 따른 DSM-Ⅳ에 따라 진단을 내릴 때 나타나는 진단의 불안정성은 증상 정의에 대한 불일치 때문이 아니라, 본질적으로 차원적 현상(dimensional phenomena)[8]에 대해 범주적 기준점(categorical cut-offs)을 인위적으로 적용하는 데에 기인한다. 이는 환자들을 하나의 진단에 밀어 넣어 현실적으로 임상적 현상들을 모두 표현하지 못하게 되는 문제가 있다.[9] 뿐만 아니라, 범주적 기준점에 대해 증상이 그 역치(threshold)를 넘는지 여부에 대해 평가자들 간에 측정 오류(measurement error)가 불가피하다.[10,11] 실제로 DSM-Ⅲ-R 광장공포증 세부진단인 mild, moderate, severe categorization에 대해서 평가자 간의 측정 오류로 심각한 신뢰도 문제가 발생하였고, 그 결과 DSM-Ⅳ에서는 이들 세부 진단이 삭제되었다.[12]

또한, 범주적 분류 체계에 근거한 연구 자료들도 역시 정신병리 현상의 차원적 특성을 반영하지 못 한다.[10,11] 특히, 이러한 문제들은 원인과 병리의 고려 없이 기술적 특징만으로 진단할 때 더욱 복잡해질 수 있다. 이러한 문제를 보완하기 위해 여러 연구자들은 분류에 차원적 요소(dimensional component)를 포함시키는 대안적 체계의 필요성을 제기하였다.[13]

DSM-Ⅳ에서 불안장애 분류의 가장 큰 제한점은 빈약한 판별 타당도(discriminant validity)이다. DSM-Ⅱ에서는 불안장애가 3가지 진단 범주로 분류되었으나,[4] DSM-Ⅳ에서는 12개로 그 숫자가 증가 하였다.[6] 이러한 분류의 세분화는 연구자들이 불안장애들 간의 공유된, 또는 중복된 특징들을 충분히 고려하지 못했을 위험이 있다. 또한, 현재의 진단분류 체계가 광범위한 증후군(broader syndrome)의 일부 증상이거나, 장애를 잘못 구분하여 진단 범주의 숫자가 증가되었을 가능성이 있다. 따라서 1) 진단의 신뢰도(reliability)가 낮아지고 2) 동반이환(comorbidity)은 높아지며 3) 약물 및 심리사회적 치료에 대해 비특이적 반응들이 나타나게 되고, 결과적으로 불안장애의 진단 범주에 대한 판별 타당도가 의심되었다.[14] 이에 대한 연구들을 요약하면 다음과 같다.

첫째, 신뢰도에 대한 연구를 살펴보면 DSM-Ⅲ-R 정의를 기준으로 조사한 3가지 대단위 연구들[12,15,16]에서 평정자간 일치도(신뢰도) 지표인 kappa를 분석한 결과 광장공포증이 있는 공황장애와 강박장애는 최소 2가지 연구 이상에서 양호하거나 우수한 일치도를 보인 반면, 범불안장애와 기분부전장애는 평이한 일치도(fair agreement) 이하로 평가되었다.

신뢰도가 낮아지는 요인에 대한 분석 결과,[15,17,18] 불일치의 가장 큰 이유는 정보 변인(information variance), 즉 환자가 두 면접자와의 면담에서 각기 다른 정보를 제공하는 경우 때문이었다. 그 외의 이유로는 면접자 오류(interviewer error), 또는 면접자간 불일치가 있었다. Mannuzza 등[15]의 연구에서는 면접자의 오류가 26%에 달하였고, Barlow[9]의 연구에서도 범불안장애 유무에 대한 면접자간 일치도(kappa)가 0.571로 낮았다. Di Nardo 등[12]과 Chorpita 등[17]은 진단 신뢰도가 낮아지는 이유로 1) 동반이환(comorbidity) 2) 장애의 심각도(severity) 3) 분명하고 특징적인 증상들의 유무 등 3가지 요인을 들었다. 즉, kappa 통계치는 진단이 하나 이상일 때, 임상 증상의 심각도가 낮을 때, 분명한 증상들이 없을 때 유의하게 낮아졌다. 특히, 임상 증상의 심각도는 신뢰도와 밀접한데, 환자의 불안이 장애라고 명명할 만큼 심한지에 대해 서로 다른 면접자들 간에 의견이 불일치하기 때문이다.[1]

둘째, 진단의 동반이환(comorbidity) 문제를 살펴보면, 불안장애와 기분장애 간에 동반이환율이 높다는 사실이 제시되면서 정서적 장애의 구별가능성(distinguishability)에 대한 회의론이 있어 왔다.[19,20] 불안장애와 기분장애의 동반이환율이 높은 이유로서 첫째는, 이들 정서 장애들이 중복된 정의 기준을 갖기 때문이다. 예로, 범불안장애는 주요우

울증 및 기분부전장애와 주요 특징(걱정, 부정적 정서, 긴장)들이 상당히 중복되어 있다. 이러한 제한점을 보완하기 위해 DSM-Ⅳ에서는 위계적 기준(hierarchy rule)을 만들어 이러한 증상들이 기분장애 기간 중에만 나타나는 경우 범불안장애를 진단하지 못하게 했다. 두 번째 이유는, 분류 체계가 광범위한 장애들을 지나치게 인위적으로 구분하기 때문이라는 설명이 있다.[20]

동반이환에 대한 연구들에 의하면 적어도 50% 이상의 불안장애 환자가 1개 이상의 부가적인 진단을 갖고 있다.[21,22] 대표적으로 범불안장애의 경우는 80% 이상에서 부가적인 진단을 가졌고,[22] 진단 신뢰도 역시 kappa가 0.27~0.56으로 낮은 편이어서[12,15,16] 계속 독자적인 진단으로 남을 수 있는지 논란의 여지가 있다.[23]

불안과 우울 사이의 관계에 대한 또 다른 연구로 Barlow 등[24]은 불안과 우울은 공통의 취약성을 갖는 것처럼 보이지만 중요한 증상 차원(dimensions)에서는 차이가 난다고 개념화하였다. 예를 들어, 우울증에서는 긍정적 정서(positive affect)가 낮은 것 같은 독특한 경향(unique diathesis)도 존재 한다.[25,26] 또한 범불안장애와 기분장애는 같은 유전적 요인들을 공유하고 있으나, 환경적 결정인자들은 대부분 구분 된다.[27]

한편 현재의 질병 분류학에서는 동반이환(comorbidity)에 대해 다소 수용적인 입장이다.[14] 즉 동일한 병인론적 근원(etiologic roots)에 의한 질환들은 어느 정도 함께 발생할 수 있고, 한 질환의 증상이 다른 질환의 위험 요인(risk factor)으로 작용한다는 것이다. 그러나 지나친 동반이환은 그 장애의 신뢰도와 타당도를 의심케 한다.

셋째, 치료 반응에 대한 연구들을 살펴보면 불안장애 질환들이 대체로 약물 또는 심리사회적 치료에서 호전되는 양상이 비슷한 것으로 나타났다.[28,29] Brown 등[29]은 126명의 공황장애 환자에 11회 심리사회적 치료를 시행하였는데, 치료 전 26%에 달했던 범불안장애 비율이 치료 후 7%로 감소하였고, 2년간 추적진료 시에도 9%에 머물렀다. 즉, 특정 불안장애에 대해 심리사회적 치료를 시행하면 치료하지 않은 다른 공존 불안장애나 기분장애 역시 호전될 가능성이 높음을 시사하였다. 이에 대해 treatment generalization (예 : 인지 재구조화와 같은 치료 인자가 범불안장애와 공황장애 증상을 모두 경감시키기에 충분했다는) 설명이 있었으나, 최근의 연구 결과[22]에서는 오히려 두 장애간의 독립성 부족, 진단의 신뢰도 문제, 치료 전 증상의 과도 보고와 치료 후 증상의 과소보고 등과 같은 요인이 더 설득력 있는 설명으로 받아들여졌다. 즉, 치료 반응의 비특이성은 진단 범주의 중복이나, 또는 공유된 병태생리학(pathophysiology)의 존재를 시사하였다.[30,31]

이상과 같은 연구 결과들을 종합하여 볼 때 현재의 DSM-Ⅳ 불안장애 진단 체계의 판별 타당도에 문제가 있으며, 정서 장애의 진단 범주들 간에 상당한 중복이 존재하고 있는 것으로 보인다. 다음으로는 불안장애 세부 질환별로 진단적 문제점들을 살펴보고자 한다.

범불안장애

범불안장애는 다른 불안장애보다는 기분장애와 감별 진단하는데 어려움이 있어 왔다.[23,32-35] 이는 불안장애와 우울장애가 공통적인 유전적, 생물학적, 심리학적 취약성을 갖기 때문으로 보인다. 이러한 공통된 취약성에 대한 연구 결과들을 살펴보면, 범불안장애에는 분명한 유전적 요인이 있고, 이를 주요우울장애와 완전히 공유하고 있는 것으로 나타났다.[27,36] 또한 이들 간에 생물학적 취약성도 공유하고 있다는 연구도 있었다.[37,38] Barlow 등[24]은 이러한 생물학적 취약성을 스트레스에 대한 신경생물학적 과잉 반응(overactive neurobiological response)으로 설명하였다. 또한, 불안과 우울 모두 부정적 정서 및 그 외 심리적 취약성들을 공유하는 것으로 나타났다.[24,39] 많은 연구자들은 범불안장애의 취약성인 부정적 정서 및 걱정은 우울증과 같은 다른 질환으로 가는 위험 인자가 되며, 범불안장애를 우울증의 전구 단계 중 하나의 변형(variant)으로 볼 수 있다고 생각한다.[1,40-42] 이상의 연구 결과들을 통해 범불안장애는 우울증의 한 아형으로 분류될 가능성, 혼재성 불안-우울 장애(mixed anxiety depressive disorder)와 같이 진단 분류될 가능성, 공황장애의 한 아형으로 분류될 가능성이 있다고 할 수 있다.

DSM-Ⅳ에서는 이전에 비해 '걱정'(worry)을 범불안장애 진단에 결정적인 요인으로 보고 강조한 반면 관련 증상은 대폭 단순화되었다. ICD-10 역시 걱정(worry)에 대한 강조를 포함시켰지만 관련 증상을 더 많이 세분화하였는데 일부에서는 ICD-10이 DSM-Ⅳ보다 범불안장애에 대해 더 정확한 진단 기준을 제시하고 있다고 생각한다.

공황장애

현재 DSM-Ⅳ에서는 광장공포증이 없는 공황장애와 광장공포증이 있는 공황장애, 공황장애의 과거력이 없는 광장공포증의 진단을 구별하고 있다. 공황장애는 광장공포증과 밀접한 연관이 있다.[43] 즉, 종종 예기치 못한 공황발작 후에 곧 공포적 회피(phobic avoidance)가 발생한다. 공황발작시 나타나는 이인증(depersonalization)을 위협적인 증상으로 지각하면 공포증적 회피 행동이 더욱 빠르게 발달하

는 것으로 나타났다. Goisman 등[44]의 연구에 의하면 공황장애 과거력이 없는 광장공포증이라도 상황적 유발요인과 관련된 공황발작(situational panic attack)이나 제한된 증상 발작(limited symptom attack)을 겪었고, 이는 회피 행동 이전이나 또는 동시에 나타났다. 즉 광장공포증은 공황발작으로 인해 2차적으로 발생하는 조건화된 회피 행동으로 보인다. 또한 이들 연구에 의하면 공황장애 과거력이 없는 광장공포증이 별개의 진단이라기보다는 순수 공황장애와 광장공포증이 있는 공황장애와의 연속선상에 있는 것으로 보인다.

공황 증상들은 1) cardiorespiratory distress 2) dizziness-related symptoms 3) cognitive psychological symptoms 등 3가지 요인으로 요약 된다.[45] 이렇게 이질적(heterogeneous condition)인 증상군들로 인해 공황장애의 하위 유형에 대한 연구가 이루어져 왔고, 그 중에 특히 respiratory type이 독특한 하위 유형으로 제안되고 있다.[46-50] Schmid 등[51]은 언어적-인지적, 그리고 생리학적 증상들을 묶거나 분리해서 3가지의 공황발작 하위 유형(예 : prototypic, cognitive, non-fearful panic)을 제시하기도 하였다. 한편 공황장애 환자들 중 제한된 증상 발작을 보이는 하위 집단과 공황장애와의 구분을 지지하는 연구가 있는가 하면,[52,53] 그러한 구분이 진단적 의미가 있는지에 대해 의문을 제기하는 연구도 있다.[54]

Craske와 Tsao[55]의 고찰에 의하면, 공황장애 환자들 가운데 41~71%가 적어도 한번 공황 상태일 때 잠에서 깨는 야간공황(nocturnal panic)을 경험했다고 보고할 정도로 공황장애에서 야간공황은 흔하다. 야간공황은 야경증(sleep terrors), 수면 무호흡증, 악몽, 꿈에 의한 각성(dream-induced arousals) 등과는 구별되는 비렘수면 현상(non-REM event)이다. 이전의 연구들과는 대조적으로 최근 연구들은 야간공황 환자들이 야간공황이 없는 환자들과 수면의 구조, 수면 생리학, 자기 보고에 의한 수면의 질, 공황 장애 심각도 등에서 차이가 없다고 하였다. 이전 연구들과 일부 최근 논문들은 여전히 야간공황이 더 심각한 공황장애를 보인다는 이 개념을 지지하고 있고, 어떤 연구들은 야간공황이 아마도 심각한 다른 병리현상과 관련됨을 시사하였다.[56] 그러나 몇몇 최근 논문과 Craske 등[57]의 보고에 의하면 야간공황이 있는 환자들이 야간공황이 없는 환자들보다 더 심한 정신 병리가 있다는 증거는 없었고, 다만 수면장애를 더 보인다는 증거가 약하게 나타났다. 대신, 야간공황 환자들은 광장공포증적 회피를 덜 보이는 등 상황적 요인보다는 수면 및 수면 유사 상태와 공포스럽게 연계되는 특징을 보이는 공황장애의 독특한 하위 유형일 수 있겠다고 결론 내렸다.

공황장애에 대한 보다 구체적인 치료 계획과 개입을 촉진하고 치료 성공률을 높이기 위해서는 이상에서 살펴본 바와 같은 공황장애의 독특한 하위 유형들에 대한 감별 진단이 중요하다.[48,58]

외상후 스트레스 장애(posttraumatic stress disorder : 이하 PTSD)

PTSD는 외상적 사건 자체 보다는 개인이 주관적으로 느끼는 강도와 심각도와 직접적인 연관이 있다.[9] 따라서 최근에는 개인의 주관적인 경험뿐만 아니라 사랑하는 사람에게 일어난 사건들까지 포함되면서 스트레스 인자(stressor)에 대한 기준이 넓어지고 작은 사건들로 인한 충격 가능성까지 포괄적으로 포함하고 있다.[59] 즉, 전쟁 뿐만 아니라 자동차 사고, 산업 재해, 자연 재해, 폭력 및 강간, 사랑하는 사람의 사망 등이 모두 PTSD를 일으킬 수 있다. Winfield 등[60]은 성폭력 경험이 없는 여성들에서 PTSD 발병률이 1%이하로 나온 것에 비해 성폭력을 당한 여성들 중의 PTSD 발병률은 3.7%로 나타나 성폭력이 PTSD를 비롯한 정신장애의 위험 요인이 된다고 보고하였다. 이처럼 과거에 비해 외상의 종류가 다양해지면서 PTSD로 진단되는 비율도 크게 증가되는 것으로 생각 된다.[61]

급성 스트레스 장애(acute stress disorder : 이하 ASD)는 만성적 PTSD를 예측하는 초기 외상 반응들을 기술하기 위해 도입되었으나, 후속연구들에 의하면 이 진단에 대한 합리적 정당성이 거의 없는 것으로 보고되었다.[62] ASD는 PTSD의 예측인자로서 그리 적절하지 않으며,[63,64] ASD의 핵심 증상인 해리 증상의 유용성 또한 의심되었다.[65-67] Brewin 등[68]의 연구에서는 ASD와 PTSD의 높은 중복 수준으로 인해 두 진단이 별개의 진단을 대표하는지에 대해 의문을 제기하였다.

한편 PTSD의 세부 진단인 지연성(with delayed onset)에 대한 연구들에서는 PTSD로 진단되기 전에 환자들이 subsyndromal 수준의 외상후 스트레스를 겪었음이 보고되었다. 이는 증상이 한동안 전혀 없다가 나중에 발병한다는 지연성 PTSD 개념과는 상치되는 결과이다.[69] 또한 지연성 PTSD가 늦게 도움을 청한 경우인지, 실제로 발병이 지연된 경우인지에 대한 해석 역시 어려운 것으로 보인다.[70,71]

강박장애

강박장애는 다른 불안장애보다 발병 연령이 더 어리고 남녀의 분포가 비슷하며[72] 전통적인 불안유발 물질인 CO_2, lactate, yohimbine, caffeine에 대한 불안 유발이 흔하지 않

고,[73] 항불안제와 세로토닌 재흡수 차단제에 대한 치료 반응이 다르다. 또한 강박장애는 신경생물학적으로도 다른 불안 장애들과 다른 특성을 가지고 있다. 첫째, 다른 불안장애와 기분장애가 amygdalofugal pathway와의 관련성이 높은 반면에,[73] 강박장애는 cortico-striato-thalamo-cortical(CSTC) circuitry와 관련된 것으로 알려졌다.[74,75] 둘째, 세로토닌뿐 아니라 도파민이 강박장애의 주요 신경전달물질로 알려져 있다.[76-78] 셋째, 강박장애와 만성 운동 틱 장애, 뚜렛장애 사이에 유전적 연관성이 있다.[73] 또한 특정 공포증, 사회 공포증, 병적 도박, 폭식(overeating), 약물 남용, 성욕과다증(hypersexuality), 강박성 인격장애, 강박정신병(obsessive-compulsive psychosis) 등과 유사한 증상을 공유하며, 감별 진단이 어렵다.

이와 같은 연구 결과들은 강박장애를 불안장애 안에 분류할지에 대한 논란을 불러 왔고, ICD-10에서는 OCD를 불안장애에 속한 질환으로 분류하지 않고 neurotic, stress-related, and somatoform disorders라는 큰 범주 안에 분류하였으며,[73] 향후 DSM-V에서는 강박장애가 불안장애에서 독립하여 강박장애 관련질환(OCD-related disorders)으로 분류될 가능성이 있다.

사회 공포증

DSM-V 진단 분류 체계에서는 광범위한 사회적 상황에 대한 불안과 행동 억제(inhibition)를 가진 질환을 일반형 사회 공포증과 회피성 인격장애라는 두 가지 진단 범주로 분류하였다. 여러 연구에서 이들 질환은 22%에서 89%에 이르는 높은 동반이환율[79-82]을 보였다. 이 질환은 공통적으로 수줍음(shyness)과 관련되어 있으며,[83-87] 증상의 심각도라는 양적(quantitative) 차이는 있지만,[84] 질적(qualitative)으로는 다르지 않다고 보고되었다.[88] 즉 이들의 관계에 대하여 수줍음이 하나의 기질적 특성(trait)이며, 이것이 더욱 심해서 심각한 장애를 초래하는 경우가 일반형 사회 공포증과 회피성 인격장애라고 보는 스펙트럼 모델로 개념화되었다. 하지만 현재까지도 수줍음과 사회 공포증, 사회 공포증과 회피성 인격장애 사이의 관계는 불명확하고, 여전히 이들 사이에 증상의 심각도라는 양적인 차이뿐만 아니라, 구별되는 진단을 내릴 수 있는 질적인 차이가 존재하는지에 대해 검증과 재분류가 필요할 것으로 보인다.

DSM-IV의 사회 공포증 진단기준에는 말더듬이와 파킨슨씨 병을 가진 경우 두려움은 이들 신체질환으로 인한 것이 아니어야 한다고 정의되어 있다. 실제 임상 상황에서 신체적 문제로 인해 2차적으로 발생하는 사회공포증의 증상에 대하여 신체 질환과 사회 공포증의 동반이환 가능성이 제기되었고,[89] 향후 이에 대한 유병률 연구가 필요하다. 또한 시험 불안을 사회 공포증으로 봐야 할 것인가의 문제에 대해서도 추가적인 연구가 필요할 것으로 보인다.

고 찰

본 논문은 연구 고찰을 통하여 현재의 불안장애에 대한 DSM-IV 분류 체계의 범주적 접근의 제한점과 진단 분류의 지나친 세분화로 인한 판별 타당도의 저하, 각 세부 진단에 대한 경험적 증거의 부족 등의 문제가 있음을 살펴보았고, 대표적인 불안장애 세부진단 별로 진단적 문제점을 살펴보았다. 특별히 범불안장애의 진단 문제에 대하여 우울증의 한 아형으로 분류될 가능성, 혼재성 불안-우울 장애(mixed anxiety depressive disorder)와 같이 진단 분류될 가능성, 공황장애의 한 아형으로 분류될 가능성이 있다. 강박장애의 경우, 현재의 불안장애 진단 분류에서 따로 강박장애 관련질환으로 독립될 가능성이 있다.

향후 불안장애 진단 분류에서는 이러한 문제점을 보완하고 수정하는 노력이 필요하다. 이를 위하여 진단 분류 시 종단 연구(longitudinal study)를 통한 더 많은 경험적 증거(empirical evidence)를 축적할 필요가 있고, 조작적 기준(operational criteria)에 대한 의존을 줄일 필요성이 있다. 또한, 진단적 경계가 모호한 경우에 대한 해결이 필요하며, 진단의 신뢰도를 높이기 위한 질병 특이적인 생물학적 진단 검사 방법의 개발이 시급하다. 또한 불안장애 연구에서 국제적인 연구 협력과 의사소통을 위한 공통의 진단 분류 체계를 구축하기 위하여 ICD 체계와 통합진단체계가 필요하다.

중심 단어 : DSM-IV · 불안장애 · 진단분류 · 판별 타당도

REFERENCES

1. Barlow DH. Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. New York, Guillford;1998.
2. Marks IM. Fears and phobias. London, Heinemann;1969.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1st Edition. Washington DC, American Psychiatric Association;1952.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2nd Edition. Washington DC, American Psychiatric Association;1968.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition. Washington DC, American Psychiatric Association;1987.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Washington DC, American Psychiatric Association;1994.
7. Reiger DA, First M, Marshall T, Narrow WE. The American Psychiatric Association (APA) classification of mental disorders: Strengths, limitations and future perspectives: Psychiatric Diagnostic and Classification. Wiley & Sons, Ltd;2002. p.47-77.

8. Vredenberg K, Flett GL, Kranmes L. Analogue versus clinical depression: a critical reappraisal. Psychol Bull 1993;113:327-344.
9. Barlow DH. The classification of anxiety disorders. Diagnostic and classification in psychiatry: A critical appraisal of DSM-III. Edited by Tishler GL. Cambridge, England, Cambridge University Press;1987.
10. Costello CG. Research on symptoms versus research on syndromes: arguments in favour of allocating more research time to the study of symptoms. Br J Psychiatry 1992;60:304-308.
11. Liversley WJ, Schroeder ML, Jackson DN, Jang GL. Categorical distinctions in the study of personality disorder: implications for classification. J Abnorm Psychol 1994;103:6-17.
12. Di Nardo PA, Moras K, Barlow DH, Rapee RM, Brown TA. Reliability of DSM-III-R anxiety disorder categories using the Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R). Arch Gen Psychiatry 1993;50: 251-256.
13. Frances A, Widiger T, Fyer MR. The influence of classification methods on comorbidity, in Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders. Washington DC, American Psychiatric Press;1990. p.41-59.
14. Brown TA. Textbook of anxiety disorders. Edited by Stein DJ. Hollander. American Psychiatric Association;2002. p.13-27.
15. Mannuzza S, Fyer AJ, Martin LY, Gallops MS, Endicott J, Gorman J, et al. Reliability of anxiety assessment, I: diagnostic agreement. Arch Gen Psychiatry 1989;46:1093-1101.
16. Williams JB, Gibbon M, First MB, Spitzer RL, Davies M, Borus J, et al. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID), II: multisite test-retest reliability. Arch Gen Psychiatry 1992;49:630-636.
17. Chorpita BF, Brown TA, Barlow DH. Patient and evaluator parameters affecting diagnostic reliability of the DSM-III-R anxiety disorders. Behav Modif 1998;22:307-320.
18. Di Nardo PA, Brown TA, Lawton JK. The Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV Lifetime Version: description and initial evidence for diagnostic reliability. Paper presented at the 29th annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Washington DC, November;1995.
19. Andrews G. Classification of neurotic disorders. J R Soc Med 1990; 83:606-607.
20. Tyer P. Classification of Neurosis. Chichester, England, Wiley;1989
21. Brawman-Mintzer O, Lydiard RB, Emmanuel N, Payeur R, Johnson M, Roberts J. et al. Psychiatric comorbidity in patients with generalized anxiety disorder. Am J Psychiatry 1993;150:1216-1218.
22. Brown TA, Barlow DH. Comorbidity among anxiety disorders: implications for treatment and DSM-IV. J Consult Clin Psycho 1992;60:835-844.
23. Brown TA, Barlow DH, Liebowitz MR. The empirical basis of generalized anxiety disorder. Am J Psychiatry 1994;151:1272-1280.
24. Barlow DH, Chorpita BF, Turovsky J. Fear, panic, anxiety, and disorders of emotion, in Perspectives on Anxiety, Panic, and Fear (Nebraska Symposium on Motivation, Vol 43). Lincoln, University of Nebraska Press;1996. p.251-328.
25. Brown TA, Chorpita BF, Barlow DH. Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. J Abnorm Psychl 1998;107:179-192.
26. Clark LA, Watson D, Mineka S. Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. J Abnorm Psychol 1994;103:103-116.
27. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. Major depression and generalized anxiety disorder: same genes, (partly) different environments? Arch Gen Psychiatry 1992;49:716-722.
28. Borkovec TD, Abel JL, Newman H. Effects of psychotherapy on comorbid conditions in generalized anxiety disorder. J Consult Clin Psycho 1995;63:479-483.
29. Brown TA, Antony MM, Barlow DH. Diagnostic comorbidity in panic disorder: effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. J Consult Clin Psychol 1995;63:408-418.
30. Hudson JI, Pope HG. Affective spectrum disorder: does antidepressant response identify a family of disorders with a common pathophysiology? Am J Psychiatry 1990;147:552-564.
31. Tyrer P, Seivewright N, Murphy S, Ferguson B, Kingdon D, Barczak P, et al. The Nottingham study of neurotic disorder: comparison of drug and psychological treatments. Lancet 1988;2:235-240.
32. Brown TA, Marten PA, Barlow DH. Diagnostic validity of the symptoms constituting the DSM-III-R and DSM-IV associated symptom criterion of generalized anxiety disorder. J Anxiety Disord 1995;9: 317-328.
33. Starcevic V. Pathological worry in major depression: a preliminary report. Behav Res Ther 1995;33:55-56.
34. Borkovec TD, Lyonfields JD, Wiser SL, Deihl L. The role of worrisome thinking in the suppression of cardiovascular response to phobic imagery. Behav Res Ther 1993;31:321-324.
35. Hoehn-Saric R, McLeod DR, Zimmer WD. Somatic manifestations in women with generalized anxiety disorder: psychophysiological responses to psychological stress. Arch Gen Psychiatry 1989;46:1113-1119.
36. Roy MA, Neale MC, Pedersen NL, Mathe AA, Kendler KSl. A twin study of generalized anxiety disorder an major depression. Psychol Med 1995;25:1037-1049.
37. Cowley DS, Roy-Byrne PP. The biology of generalized anxiety disorder and chronic anxiety, in Chronic Anxiety: Generalized Anxiety Disorder, and Mixed Anxeity Depression, New York: Guilford;1991. p.52-75.
38. Gray JS. Psychology of Fear and Stress, 2nd Ed. New York, Oxford University Press;1987.
39. Alloy LB, Kelly KA, Mineka S. Comorbidity of anxiety and depressive disorders: a helplessness-hopelessness perspective, in Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders. Edited by Maser, J. D. & Cloninger, C. R. Washington, D. C. American Psychiatric Press;1990. p.499-543.
40. Garvey MJ, Cook B, Noyes R. The occurrence of a prodrome of generalized anxiety in panic disorder. Compr Psychiatry 1988;29: 445-449.
41. Nisita C, Petracca A, Akistal HS, Galli L, Gepponi I, Cassano GB. Delimitation of generalized anxiety disorder: clinical comparisons with panic and major depressive disorders. Compr Psychiatry 1990;31: 409-415.
42. Sanderson WC, Wetzler S. Chronic anxiety and generalized anxiety disorder: issues in comorbidity, in Chronic Anxiety: Generalized Anxiety Disorder and Mixed Anxiety-Depression. New York, Guilford; 1991. p.119-135.
43. Katemdahl DA. Predictots of the development of phobic avoidance. J Clin Psychiatry 2000;61:618-623.
44. Goisman RM, Warshaw MG, Steketee GS, Fierman EJ, Rogers MP, Goldenberg I, et al. DSM-IV and the disappearance of agoraphobia without a history of panic disorder: new data on a controversial diagnosis. Am J Psychiatry 1995;152:1438-1443.
45. Cox BJ, Swinson RP, Endler NS, Norton GR. The symptom structure of panic attacks. Compr Psychiatry 1994;35:349-353.
46. Nardi AE, Valenca AM, Lopes FL, Nascimento I, Mezzasalma MA, Zin WA. Clinical features of panic patients sensitive to hyperventilation or breath-holding methods for inducing panic attacks. Braz J Med Biol Res 2004;37:251-257.
47. Valenca AM, Nardi AE, Nascimento I, Zin WA, Versiani M. Respiratory panic disorder subtype and sensitivity to the carbon dioxide challenge test. Braz J Med Biol Res 2002;35:783-788.
48. Moynihan JE, Gevirtz RN. Respiratory and cognitive subtypes of panic. Preliminary validation of Ley's model. Behav Modif 2001;25:555-583.
49. Biber B, Alkin T. Panic disorder subtypes: differential responses to CO2 challenge. Am J Psychiatry 1999;156:739-744.
50. Bouwer C, Stein DJ. Association of panic disorder with a history of traumatic suffocation. Am J Psychiatry 1997;154:1566-1570.
51. Schmid NB, Forsyth JP, Sntiago HT, Trakowski JH. Classification of panic attack subtypes in patients and normal controls in response to biological challenge: implications for assessment and treatment. J Anxiety Disord 2002;16:625-638.
52. Katerndahl DA, Realini JP. Associations with subshndromal panic and the validity of DSM-IV criteria. Depress Anxiety 1998;8:33-38.
53. Shioiri T, Someya T, Fujii K, Noguchi T, Takahashi S. Differences in symptom structure between panic attack and limited symptom panic attack: a study using cluster analysis. Psychiatry Clin Neurosci 1997; 51:47-51.
54. Krystal JH, Woods SW, Hill CL, Charney DS. Characteristics of panic attack subtypes: assessment of spontaneous panic, situational panic, sleep panic and limited symptom attacks. Compr Psychiatry 1991;32: 474-480.
55. Craske MG, Tsao JC. Assessement and treatment of nocturnalpanic

attacks. Sleep Med Rev 2005;9:173-184.
56. Merritt-Davis O, Balon R. Nocturnalpanic: biology, psychopathology, and its contribution to the expression of panic disorder. Depress Anxiety 2003;18:221-227.
57. Craske MG, Lang AJ, Mystkowski JL, Zucker BG, Bystrisky A, Yan-Go F. Does nocturnalpanic represent a more severe form of panic disorder? J Nerv Ment Dis 2002;190:611-618.
58. Valenca AM, Nardi AE, Mezzasalma MA, Nascimento I, Lopes FL, Zin WA, et al. Clonidine in respiratory panic disorder subtype. Arq Neuropsiquiatr 2004;62:96-98.
59. Moreau C, Zisook S. Rationale for a posttraumatic stress spectrum disorder. Psyciatr Clin North Am 2002;25:775-790.
60. Winfield I, Geroge LK, Swartz M, Blazer DG. Sexual assault and psychiatric disorders among a community sample of women. Am J Psychiatry 1990;147:335-341.
61. Kilpatrick DG, Best DL, Veronen LJ, Amick AE, Villeponteaux LA, Ruff GA. Mental health correlates of criminal victimization: A random community survey. J Consult Clin Psychology 1985;53:866-873.
62. Harvey AG, Bryant RA. Acute stress disorder: a synthesis and critique. Psychol Bull 2002;128:886-902.
63. Kangas M, Henry JL, Bryant RA. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following cancer. J Consult Clin Psychol 2005;73:360-364.
64. Fuglsang AK, Moergeli H, Schnyder U. Does acute stress disorder predict post-traumatic stress disorder in traffic accident victims? Analysis of a self-report inventory. Nord J Psychiatry 2004;58:223-229.
65. Meiser-Stedman R, Yule W, Smith P, Glucksman E, Dalgleish T. Acute stress disorder and posttraumatic stressdisorder in children and adolescents involved in assaults or motr vehicle accidents. Am J Psychiatry 2005;162:1381-1383.
66. Creamer M, O'Donnell ML, Pattison P. The relationship between acute stress disorder in severely injured trauma survivors. Behav Res Ther 2004;42:315-328.
67. Zoellner LA, Jaycox LH, Watlington CG, Foa EB. Are the dissociative criteria in ASD useful? Trauma Stress 2003;16:341-350.
68. Brewin CR, Andrews B, Rose S. Diagnostic overlap between acute stress disorder and PTSD in victims of violent crime. Am J Psychiatry 2003;160:783-785.
69. Bryant RA, Harvey AG. Delayed-onset posttraumatic stress disorder: a prospective evaluation. Aust NZJ Pshciatry 2002;36:205-209.
70. Solomon Z, Singer Y, Blumenfeld A. Clinical characteristics of delayed and immediate-onset combat-induced post-traumatic stress disorder. Mil Med 1995;160:425-430.
71. Pomerantz AS. Delayedonset of PTSD: delayed recognition or latent disorder? Am J Psychiatry 1991;148:1609.
72. Foa EB, Kozak MJ. DSM-IV field trial: obsessive compulsive disorder. Am J Psychiatry 1995;152:90-96.
73. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th ed. Vol 1. Baltimore, Lippincott Williams & Williams;2000.
74. Alexander GE, DeLong MR, Strick PL. Parallel organization of functionally segregated circuits linking basal ganglia and cortex. Annu Rev Neurosci 1986;9:357-381.
75. Alexander GE, Crutcher MD, DeLong MR. Basal ganglia-thalamocortical circuits: parallel substrates for motor, oculomotor, "prefrontal" and "limbic" functions. Prog Brain Res 1990;85:119-146.
76. Singer H, Hahn I, Moran T. Tourette's syndrome: abnormal dopamine uptake sites in postmortem striatum from patients with Tourette's syndrome. Ann Neurol 1991;30:558-562.
77. Malison RT, McDougle CJ, van Dyck CH, Scahill L, Baldwin RM, Seibyl JP, et al. I-123-beta-CIT SPECT imaging of striatal dopamine transporter binding in Tourette's disorder. Am J Psychiatry 1995;152:1359-1361.
78. Wolf SS, Jones DW, Knable MB, Gorey JG, Lee KS, Hyde TM, et al. Tourette syndrome: prediction of phenotypic variation in monozygotic twins by caudate nucleus D2 receptor binding. Science 1996;273:1225-1227.
79. Fahlen T. Personality traits in social phobia, I: comparisons with healthy controls. J Clin Psychiatry 1995;56:560-568.
80. Herbert JD, Hope DA, Bellack AS. Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorder. J Abnorm Psychol 1992;101:332-339.
81. Holt CS, Heimberg RG, Hope DA. Avoidant personality disorder and the generalized subtype of social phobia. Psychol 1992;101:318-325.
82. Schineier FR, Spitzer RL, Gibbon M. The relationship of social phobia subtypes and avoidant personality disorder. Compr Psychiatry 1991;32:496-502.
83. Henderson L, Zimbardo P. Synes, social anxiety, and social phobia, in From Social Anxiety to Social Phobia, 46-64. Boston, Allyn & Bacon;2001. p.46-64.
84. Turner SM, Beidel DC, Townsley RM. Social phobia: relationship to shyness. Behav Res Ther 1990;28:297-305.
85. Amies PL, Glender MG, Shaw PM. Social phobia: a comparative clinical study. Br J Psychiatry 1983;142:174-179.
86. Kagan J, Reznick JS, Snidman N. Biological bases of childhood shyness. Science 1988;240:167-171.
87. Ludwig R, Lazarus P. Relationship between shyness in children and constricted cognitive control as measured by the Stroop Color-Word Test. J Consult Clin Psycho 1983;51:386-389.
88. Rettew DC. Avoidant personality disorder, generalized social phobia, and shyness: putting the personality back into personality disorders. Harv Rev Psychiatry 2000;8:283-297.
89. George MS, Lydiard RB. Social phobia secondary to physical disability. A review of benign essential tremor (BET) and stuttering. Psychosomatics 1994;35:520-523.