

## DSM-5의 조현병 스펙트럼 장애 : 새로운 변화인가?

고려대학교 의과대학 정신건강의학교실

조 철 현 · 이 현 정

### Schizophrenia Spectrum Disorder in DSM-5 : Is this a New Change?

Chul-Hyun Cho, MD, PhD and Heon-Jeong Lee, MD, PhD

Department of Psychiatry, Korea University College of Medicine, Seoul, Korea

The American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth version (DSM-5) finally introduced in 2013. Psychiatrists and researchers of neuroscience were looking forward that DSM-5 will introduce a new paradigm of diagnostic criteria. However, they have criticized on DSM-5 about not including of neurobiological criteria after DSM-5 published. Since schizophrenia spectrum disorder is heterogeneous and hard to diagnose correctly, we can guess that there might be a big affliction in preparation of DSM-5. Diagnostic criteria of schizophrenia spectrum disorder in DSM-5 changed in several points including changes of Criteria A of schizophrenia. The most outstanding change is the elimination of subtypes of schizophrenia, and introducing of Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity for further division into homogenous subgroups depending on psychosis symptoms. Until now, the results of various neurobiological investigations are not consistent, so neurobiological criteria of schizophrenia spectrum disorder deserved no inclusion in DSM-5. Thinking comprehensively, DSM-5 might decide to choose stability rather than challenge. In the future, the diagnostic criteria of schizophrenia spectrum disorder in DSM will progress with inclusion of neurobiological criteria, and researches of schizophrenia spectrum disorder will make advance that match changes in progression of DSM. (Korean J Schizophr Res 2014;17:5-11)

**Key Words :** Schizophrenia spectrum disorder · DSM-5.

## 서 론

미국정신과학회(American Psychiatry Association : 이하 APA)에서 새롭게 발간한 정신장애의 진단 및 통계 편람, 제5판(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth version : 이하 DSM-5)은 지난 10여년간 정신과학 분야에 폭넓은 연구의 산물이라고 볼 수 있다.<sup>1)</sup> 조현병의 진단기준은 DSM의 발전과 함께 여러 차례 변화를 해 왔고, 2013년에 발간된 DSM-5에서 일부 개정이 되었다.

수 차례에 걸친 조현병의 진단기준의 변화에도 그 핵심개념은 큰 변화 없이 지속되어 왔다. 핵심개념의 첫 번째는 Kraepelin이 주장했던 무의욕증, 만성화, 불량한 예후 등이고,<sup>2)</sup> 두

번째는 Bleuler가 주장했던 통합의 어려움과 음성 증상 등이며,<sup>3)</sup> 세 번째는 Schneider가 주장했던 현실검증력 저하와 양성 증상 등이다.<sup>4)</sup> 하지만, 초기 DSM에서는 조현병의 진단기준이 다소 모호하고 개념의 정리가 어려워 동질적인 조현병 환자를 진단하기에는 어려움이 있었다. DSM-III에 이르러서야 증상의 만성화와 기능의 저하 그리고 슈나이더 1급 증상(Schneiderian first-rank symptom)의 강조를 통합적으로 정리한 진단기준이 확립되었고, 비로소 상대적으로 동질적인 조현병 진단을 내릴 수 있게 되었다. DSM-III-R, DSM-IV로 발전을 거듭하면서 음성증상의 진단기준 추가와 나이 제한이 없어지면서 보다 체계화된 조현병의 진단기준이 확립되었다.<sup>5)</sup> DSM-IV의 조현병 진단기준은 지금까지 전세계적으로 폭넓게 사용되어 왔고, 임상적으로 상당히 유용하며 신뢰성(reliability)이 높은 것으로 알려져 있다.<sup>6,7)</sup> DSM-IV 진단기준은 조현병의 생물학적 표지자 등에 대한 진단항목이 없기 때문에 비록 진단적 타당성(validity)은 부족하지만,<sup>8)</sup> DSM-IV 진단기준을 대상으로 시행한 가족 내의 발병률 증가, 환경적 위험 요인,

Received: March 8, 2014 / Revised: March 24, 2014

Accepted: March 25, 2014

Address for correspondence: Heon-Jeong Lee, Department of Psychiatry, Anam Hospital, Korea University College of Medicine, 73 Incheon-ro, Seongbuk-gu, Seoul 136-705, Korea

Tel: 02-920-6721, Fax: 02-929-7679

E-mail: leehjeong@korea.ac.kr

질환의 경과, 치료 반응 등에 대해서는 진단기준이 타당하다는 연구결과가 보고되었다.<sup>9,10)</sup> 일례로 처음 조현병으로 진단을 받은 환자를 1~10년 간 추적 관찰한 결과, 약 80~90%의 환자가 처음 진단과 동일한 조현병으로 진단받았다고 보고하고 있다.<sup>9,11)</sup> 이러한 진단적 안정성 때문인지, DSM-5의 조현병 진단기준은 DSM-IV의 그것과 눈에 띄는 차이가 없어 보이고, 일부분만 수정이 된 것으로 보인다. 10여년간의 연구 결과를 바탕으로 생물학적 진단기준이 포함될 것이라는 기대가 컸던 탓인지, 새롭게 소개된 DSM-5에 대한 아쉬움과 비판이 쏟아졌다. 그럼에도 불구하고 이미 DSM-5는 정신과학 임상진료와 연구에 없어서는 안될 필수불가결한 분류기준이 되어 버렸다. 따라서, DSM-5의 바뀐 부분, 장단점 등을 충분히 숙지하여 비판적 자세를 견지하면서 적절하게 사용하는 것이 올바른 전문가의 자세라고 생각한다.

저자는 DSM-5 Section II에서 조현병 스펙트럼 및 기타 정신병 장애(Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders)로 분류된 DSM-5 진단기준에 대해 어떤 부분이 없어지거나 추가되었고, 수정되었는지 살펴보고자 한다. 또한, DSM-5의 Section III에서 새롭게 소개하고 있는 조현병 스펙트럼 장애의 다차원적 증상 평가 방법에 대해 알아보고, 정식 진단에는 포함되지 않았지만 향후 추가 연구가 필요한 조현병 관련 장애가 무엇이 있는지 살펴보고자 한다. 아울러, ICD와 DSM과의 관계 속에서 조현병 스펙트럼 장애가 어떤 위치에 있는지 고찰해 보고자 한다. 새롭게 소개된 DSM-5의 조현병 스펙트럼 장애의 면면을 비판적 자세로 살펴보면, 조현병 스펙트럼 장애의 DSM-5 진단기준이 과연 새로운 변화인지 검토하고 진단 체계의 발전적 가능성에 대해 고찰해보고자 한다.

## 본 론

### Changes in section II : diagnostic criteria and codes

#### 조현병(Schizophrenia)

DSM-5의 조현병 진단기준 중, 진단기준 A에서 가장 눈에 띄는 변화는 '주의(note)' 항목이 사라졌다는 것이다. 즉, 망상이 기괴하거나, 환각이 계속적으로 행동이나 생각에 대해 간섭하는 목소리이거나, 둘 또는 그 이상이 서로 대화하는 목소리 일 경우에는 한 개 증상만 있어도 조현병으로 진단 가능하다는 기준이 빠졌다. 그리고 음성증상에 대한 기술이 수정되었고, 세 가지 증상(망상, 환각, 와해된 언어) 중 한 개 증상 이상

은 반드시 있어야 조현병으로 진단할 수 있게 되었다.<sup>1)</sup>

기괴한 망상이나 소위 슈나이더 1급 환각이라고 부를 수 있는 특정한 환청만으로 조현병으로 진단할 수 있는 기준이 DSM-5에서 빠진 것은, 역사적 흐름 상 이미 DSM-III에서 DSM-IV로 넘어오면서 진행되어 왔다고 볼 수 있다. DSM-III-R에서는 진단기준 A2에 기괴한 망상, A3에 슈나이더 1급 환각을 각각 독립적으로 조현병의 진단기준으로 정했다.<sup>12)</sup> DSM-IV로 넘어오면서 이 둘은 하나로 합쳐지면서 '주의' 항목으로 들어가게 되었다. 조금씩 그 입지가 좁아진 것이다. 조현병의 DSM-IV 진단기준에 대한 연구에서는 기괴한 망상 및 슈나이더 1급 환각이 과연 조현병의 핵심 진단기준이 될 수 있는가라는 질문에 회의적인 결과를 보고했다.<sup>13)</sup> 정신병적 증상 중 슈나이더 1급 환각 증상을 보이는 환자군이 독립적인 예후의 변화가 있거나 증상의 가족력을 보이지도 않았으며, 기괴하지 않은 망상과 기괴한 망상을 구별하는 것의 신뢰성에 대해서도 지속적으로 문제 제기가 있어왔다.<sup>13-17)</sup> 결국 DSM-5에서는 이 같은 내용이 들어간 '주의' 항목이 생략되었다. 연구에 따르면 DSM-IV 진단기준에서도 전체 조현병 환자 중 2% 이하만이 기괴한 망상 또는 슈나이더 1급 환각만으로 조현병 진단을 받았기 때문에,<sup>14,18-20)</sup> DSM-5에서 '주의' 항목이 생략으로 인한 임상적 파급력은 그리 크지 않을 것으로 예상할 수 있다.

망상, 환각, 와해된 언어는 핵심 양성증상이라고 볼 수 있다. 세 가지 증상(망상, 환각, 와해된 언어) 중 한 개 증상 이상은 반드시 있어야 조현병으로 진단할 수 있게 된 것은, 핵심 양성증상이 조현병 진단의 신뢰도를 높일 수 있음을 반영한다고 볼 수 있다.<sup>21,22)</sup> 연구에 따르면, 이미 DSM-IV에서 조현병 진단을 받은 환자의 대부분이 상기 핵심 양성증상을 보인다고 보고하고 있다.<sup>14,18,20)</sup>

DSM-IV에서는 음성증상을 정서적 둔마(affective flattening), 무논리증(alolia), 무욕증(avolition) 등을 예시로 들어 설명하고 있다. DSM-5에서는 무욕증(avolition)은 그대로 남아 있으나, 다른 예시는 삭제되었고 새롭게 감정 표현의 저하(diminished emotional expression)를 예시로 들고 있다. 즉, 감정의 둔마보다는 감정 표현의 저하라는 예시가 조현병 환자에서 보이는 감정의 이상을 더 명료하게 표현할 수 있다고 본 것이다.<sup>23-26)</sup> 이 같은 음성증상에 대한 설명의 변화는 진단적 평가를 보다 명료하게 하는데 도움은 줄 것이나, 이 또한 임상적으로 큰 영향이 있지는 않을 것으로 예상된다.<sup>5)</sup>

초기에 DSM-5을 준비할 때는 조현병 진단기준 A에 인지기능의 결손(cognitive deficits)을 포함시킬 것을 고려하였다.<sup>27,28)</sup> 임상에서 흔하게 접하듯이 조현병 환자의 인지기능의 결손은 결코 드문 양상은 아닌 것이 사실이다. 하지만, 인지기

능의 결손이 과연 타 정신장애와 조현병을 구별할 수 있도록 돕는 진단 기준이 될 수 있는가에 대한 질문에 대해서 명확한 답을 내리지 못한 상태다.<sup>29,30)</sup> 향후 이에 대한 보다 면밀한 연구가 진행되어 인지기능의 결손이 조현병의 진단기준에 포함시킬 수 있을지에 대한 재검토가 필요하다.

조현병 진단기준의 명시할 것(specifier)은 1) 경과와 세부 진단(course specifiers), 2) 긴장증 동반(with catatonia), 3) 중증도(current severity) 세 가지로 나뉜다. 1) 경과와 세부 진단(course specifiers)은 조현병 증상이 나타난 지 1년이 지난 뒤에 표기할 수 있는데, DSM-IV-TR의 단일 삽화(single episode) vs. 삽화성(episodic)의 비교에서 초발 삽화(first episode) vs. 다발 삽화(multiple episodes)로 분류를 개편하였고, 현재 나타내는 삽화 양상에 따라 급성 삽화(acute episode), 부분 관해 상태(partial remission), 완전 관해 상태(full remission)으로 세분화할 수 있게 하였다. 그리고 지속성(continuous)과 특기되지 않는(unspecified) 양상을 표기할 수 있게 하였다. 2) 긴장증 동반(with catatonia) 명시는 DSM-5에서 뚜렷하게 달라진 부분이다. 긴장증(catatonia)이라는 독립된 진단명을 조현병 스펙트럼 및 기타 정신병 장애(Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders) 분류 안에서 소개하고 있다. DSM-IV-TR에서는 조현병의 아형(subtype)으로 소개된 긴장증은, DSM-5로 넘어오면서 명시(specifier)로 표기할 수 있게 하여 다양한 정신질환에 걸쳐 긴장증을 통일된 방법으로 일관성 있게 표기할 수 있도록 하였다. 긴장증에 대해서는 이어지는 독립주제로 자세히 설명하도록 하겠다. 긴장증이 있다면 긴장증 동반(with catatonia) 명시(specifier)와 함께, 다른 정신 질환과 연관된 긴장증[catatonia associated with another mental disorder ; 293.89(F06.1)] 진단을 추가로 표기해야 한다. 3) 중증도(current severity) 또한 DSM-5에서 새롭게 소개

되는 부분인데, 다만 중증도에 대한 표기는 필수적인 것은 아니다. 중증도 평가는 DSM-5 section III의 Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity를 참고로 이루어진다.<sup>1)</sup> 이 또한 이어지는 독립주제로 자세히 설명하도록 하겠다.

긴장증 동반 명시에서 언급한 것처럼, 조현병의 DSM-5 진단기준에는 기존의 아형(subtypes) 분류가 완전히 사라졌다. DSM-IV-TR에서는 조현병의 이질성(heterogeneity)을 보다 세분화하여 잘 설명하기 위한 목적으로 편집형(paranoid), 해체형(disorganized), 긴장형(catatonic), 감별 불능형(undifferentiated), 잔류형(residual) 등의 아형으로 분류하였지만,<sup>31)</sup> DSM-IV-TR 당시에도 아형 분류가 불량한 신뢰도, 낮은 진단적 안정성, 아형별 예후의 차이 부재 등의 이유로 비판을 받아왔고, 다양한 연구들이 기존의 조현병 아형 분류가 적합하지 않음을 지지하는 결과를 내놓았다.<sup>32-35)</sup> 조현병 아형 분류가 조현병의 이질성을 잘 설명주지는커녕, 낮은 진단적 안정성을 보이며, 아형별로 치료 반응이나 장기 경과의 큰 차이가 없으며, 아형을 유전경향의 차이도 없다는 지적이 지속적으로 제기되어 온 것이다. 아울러, 조현병의 대부분 진단이 망상형과 감별불능형에 집중되어 있고 그 밖의 아형으로 진단받는 경우는 극히 드물었다.<sup>5)</sup> 결국 DSM-5에서는 조현병의 아형분류가 완전히 사라졌다. 대신 조현병의 이질성은 다양한 정신병리적 차원으로 설명할 수 있게 하였다. 표 1에서 DSM-IV와 DSM-5의 조현병 진단기준을 간단하게 비교하였다.

### 조현정동장애(Schizoaffective disorder)

조현정동장애는 정신병적 증상과 정동 증상을 동시에 또는 질환 이환 중 다른 시점에 특징적으로 보이는 환자를 설명할 때 사용되어 왔던 개념으로, DSM-III-R에서 자세한 진단기

**Table 1.** DSM-IV와 DSM-5에서 조현병 진단기준의 비교

조현병의 DSM-IV 진단기준	조현병의 DSM-5 진단기준
진단기준 A에서 “주의(note)” 항목 - 기괴한 망상 또는 슈나이더 1급 환각 중, 한 개 증상만 있어도 진단 가능	진단기준 A에서 “주의(note)” 항목 삭제
진단기준 A에서 망상, 환각, 와해된 언어, 심하게 와해된 행동이나 긴장증적 행동, 음성증상 중 2개 이상의 증상이 있어야 진단 가능	진단기준 A에서 망상, 환각, 와해된 언어의 3개 증상 중, 최소 1개 이상의 증상이 있고 전체 5개 증상 중 2개 이상의 증상이 있어야 진단 가능
아형 분류 - 편집형, 해체형, 긴장형, 감별 불능형, 잔류형	아형 분류 삭제
경과의 세부 진단(course specifiers) - 단일 삽화(single episode) vs. 삽화성(episodic) - 지속성(continuous), 부분 관해상태(partial remission), 완전 관해상태(full remission)	경과의 세부 진단(course specifiers) - 초발 삽화(first episode) vs. 다발 삽화(multiple episodes) - 지속성(continuous), 급성 삽화(acute episode), 부분 관해상태(partial remission), 완전 관해상태(full remission)
-	긴장증 동반 명시(with catatonia specifier) 추가
-	중증도 명시(current severity specifier) 추가 - Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity (Section III)



준이 소개되었고 DSM-IV-TR에까지 이르렀다.<sup>12,31)</sup> 하지만, 조현정동장애라는 진단은 불량한 신뢰도, 낮은 진단적 안정성, 미심쩍은 타당성 등의 이유로 비판을 받아왔다.<sup>36,37)</sup> DSM-5에서는 보다 구체적인 진단기준을 제시함으로써 진단의 신뢰도를 높이고자 하였다.<sup>38)</sup> 진단기준 A에서 크게 바뀐 부분은 없지만, DSM-IV-TR에서 주요우울삽화, 조증삽화, 혼재성삽화로 표기했던 기분증상을 주요기분삽화(major mood episode)로 표기하고 그 범주에 혼재성삽화는 배제하고 주요우울삽화와 조증삽화만 포함시켰다.<sup>1)</sup> 진단기준 C에서는 주요기분삽화가 조현정동장애 전체 기간 중 가장 많은(majority) 기간 동안 있어야 함을 진단기준으로 내세움으로, DSM-IV-TR에서 상당한(substantial) 기간이라고 표현했던 것에 비해 주요기분삽화 기간을 더욱 강조하고 있음을 알 수 있다.

조현정동장애의 DSM-IV-TR 진단기준에는 양극형(bipolar type)과 우울형(depressive type)으로 유형을 세분화하는 명시(specifier)만 있었다. 하지만, DSM-5에서는 유형 세분화와 함께 추가적인 명시에 있는데, 이는 조현병의 그것(경과의 세부 진단, 긴장증 동반, 중증도)과 일치한다. 더불어, 양극형에서 역시 혼재성삽화를 배제하고, 조증삽화 또는 조증삽화와 주요우울삽화를 양극형 세분화 기준으로 제시하였다. 이러한 일련의 변화를 통해 조현정동장애 진단기준을 보다 구체화하고 형적 평가보다 종적 평가를 하여 진단의 신뢰도를 높이고자 하는 노력의 흔적을 엿볼 수 있다.<sup>38)</sup>

### 망상장애(Delusional disorder)

DSM-IV-TR 진단기준에서는 망상장애와 강박장애 또는 신체변형장애에서 보이는 정신병적 증상이 경계가 모호한 경우들이 있었고, 이와 같은 양상이 동시에 나타나는 경우에는 두 가지 진단을 함께 표기하는 경우가 있었다. DSM-5에서는 진단 중복 문제를 피하기 위해 망상장애의 진단기준 E에서 강박장애 또는 신체변형장애와 같은 정신질환으로 증상을 설명할 수 없음을 명기하고 있다.<sup>39)</sup> 같은 맥락에서 강박장애와 신체변형장애의 진단기준에 병식이 전혀 없는 망상적 믿음 동반(with absent insight/delusional beliefs)이라는 명시이 새롭게 추가되었다.

망상장애의 유형은 바뀐 것이 없지만, 조현병 진단기준의 명시 중 경과의 세부진단 및 중증도가 추가되었다. 한가지 흥미로운 점은 기괴한 내용 동반(with bizarre content)이라는 명시이 추가되었는데, 이는 통상적으로 망상장애는 기괴한 내용을 보이지 않는다는 알려져 왔던 것과 배치되는 부분이다. 좀 더 자세히 들여다보면 이해가 되는데, DSM-5에서는 만약 망상의 내용이 믿기 어렵고, 이해할 수 없으며, 일상생활에서

파생된 내용이 아니라면 기괴한 것으로 간주될 수 있다고 설명하고 있다. 누군가 상처나 흔적을 전혀 남기지 않고 자신의 신체장기를 빼어내고 다른 이의 장기로 대체했다는 믿음과 같은 망상을 예로 들고 있다. DSM-5에서 망상장애는 더 이상 기괴하지 않은 내용의 망상만 국한하지 않게 되었다. 그러나, DSM-IV-TR과의 진단적 연속성을 유지하기 위해서 세부 명시 방법으로 기괴한 내용의 망상을 망상 장애의 진단 기준에 추가한 것으로 볼 수 있다.

### 긴장증(Catatonia)

앞서 언급했듯이 긴장증은 DSM-5 정신질환 전반에 걸쳐 통일되고 일관된 진단으로 표기할 수 있게 되었다. 더 나아가, 우울장애, 양극성장애, 조현병 스펙트럼 장애 등의 다양한 정신질환과 여타 다른 내과적 상태 등과 연관된 긴장증으로 일관된 기준과 방법으로 진단할 수 있다. DSM-IV-TR에서는 조현병 스펙트럼 장애에서 유일하게 조현병만 긴장증에 대해 기술할 수 있었고, 긴장증 아형으로 진단하도록 하였다. 하지만, 긴장증 아형으로 조현병을 진단하는 빈도가 매우 낮고 그 진단적 안정성도 부실하여 지속적으로 문제 제기가 있어왔다. 결국 DSM-5의 조현병 진단기준에서 긴장증을 포함한 아형 분류 체계가 모두 사라지고 세부 명시로 긴장증을 표기할 수 있도록 하였다. 다양한 정신질환과 연관된 긴장증으로 진단 시에는 처음에 해당되는 정신질환을 표기하고, 이어서 정신질환과 연관된 긴장증으로 표기할 수 있다[예 : 295.70(F25.1) schizoaffective disorder, depressive type ; 293.89(F06.1) catatonia associated with schizoaffective disorder] 이 같은 변화로 정신질환 전 영역에 걸친 긴장증의 일관된 발병을 파악하고 긴장증에 특성화된 치료를 발전시켜 나가는 데 중대한 기여를 할 것으로 기대한다.<sup>40)</sup>

### Changes in section III : emerging measures and models

DSM-5의 Section III에서는 각종 증상에 대한 평가 척도, 기존 Global Functioning Assessment의 대체척도로 제시하고 있는 Global Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0), 인격장애의 새로운 대안제시, 추가연구가 필요한 진단 등에 대한 내용을 포함하고 있다.<sup>1)</sup> 이 중, 조현병 스펙트럼 장애와 연관된 평가 척도의 하나인 Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity와 추가연구가 필요한 진단의 하나인 Attenuated Psychosis Syndrome에 대해 살펴보도록 하겠다.

### Clinician-rated dimensions of psychosis symptom severity

앞서 언급한 대로 DSM-5 진단기준에서 조현병의 아형분류가 모두 사라졌다. 대신 세부 명시에서 다양한 정신병적 증상의 종류와 중증도를 표기할 수 있도록 하였다. Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity에는 환각(Hallucinations), 망상(Delusions), 와해된 언어(Disorganized speech), 비정상적 정신운동 행동(Abnormal psychomotor behavior), 음성 증상(Negative symptoms) 등의 가장 기본적인 정신병적 증상들의 중증도를 평가할 수 있도록 하였다. 이에 더하여, 인지기능의 저하(Impaired cognition)와 우울증(Depression), 조증(Mania)의 기분증상을 평가하도록 하였다. 이렇게 총 8개의 측정 항목을 갖추었고, 각 항목 별로 0점에서 4점까지[0점=증상 없음(none) ; 1점=모호한 증상(equivocal) ; 2점=증상은 있지만, 경미함(present, but mild) ; 3점=중등도의 증상(present and moderate) ; 4점=중한 증상(present and severe)] 5단계의 평가를 할 수 있도록 제안하였다.<sup>1)</sup> DSM-5에서는 8개의 측정 항목을 기준으로 조현병 스펙트럼 장애 환자의 증상 양상과 중증도를 평가하도록 제안하고 있으며, 특히 높은 점수를 보인 양상에 대해 면밀한 치료와 예후 관리를 하도록 권유하고 있다. 기존 DSM-IV-TR까지 유지해오던 아형분류의 한계를 극복하고, 세부 증상 중심의 진단적 평가를 통해 보다 증상 중심의 치료를 할 수 있도록 돕고 있다.<sup>41)</sup> 이러한 분류체계의 변화는 임상 진료뿐만 아니라, 향후 연구를 진행함에 있어서도 도움이 될 것으로 기대한다.

### Attenuated psychosis syndrome

상당수의 조현병은 실제로 발병한 지 시간이 흐른 뒤에 병원에 내원하고 치료를 시작하게 된다. 조현병 증상이 이미 진행이 되었다는 것은 일정 수준의 손상을 이미 받았다는 것이기 때문에, 조현병의 늦은 진단과 치료적 개입이 조현병의 불충분한 치료효과와 원인이라고 보는 의견이 있다.<sup>42-44)</sup> DSM-5에서는 뚜렷한 정신병적 증상이 나타나기 전, 특징적인 양상을 띄는 전구증상을 보이는 시기를 attenuated psychosis syndrome으로 명명했다. DSM-5에 소개된 진단기준을 보면 진단기준 A에서 세 가지 증상에 대해서만 언급하고 있는데, 그것은 조현병 진단기준에서 핵심증상으로 꼽았던 망상, 환각, 그리고 와해된 언어이다. 하지만, 진단명의 뜻 그대로 뚜렷하지 않은 약한 정도의 증상이 하나 이상 있어야 한다고 강조하고 있으며, 동시에 현실 검증력은 잘 보존되어 있어야 한다고 명시하고 있다.<sup>1)</sup> Attenuated psychosis syndrome의 유병률에 대한 충분한 연구 보고는 없지만, 한 메타분석에 따르면

일반 인구 중 5%에서 진단기준 A에 속하는 증상을 보인다고 보고하고 있다.<sup>45)</sup> 또한, attenuated psychosis syndrome으로 진단받은 대상군에 대한 예후 추적 연구에서 6개월 후 18%, 1년 후 22%, 2년 후 29%, 3년 후에 36%에서 정신증(psychosis)을 보이는 것으로 보고하였다.<sup>46)</sup> 이렇게 정신증을 보이는 환자들 중, 73%는 조현병 스펙트럼 장애, 그리고 11%는 정신병적 증상을 동반한 기분장애로 이환된 것을 확인할 수 있었다.<sup>47)</sup> 하지만, 이 진단에 대한 충분한 연구가 이루어지지 않았고, 진단적 신뢰도가 충분히 확립되지 않았기 때문에 DSM-5에서는 추가적인 연구가 필요한 진단으로 분류하였다.<sup>48)</sup>

### DSM-5와 ICD-11의 관계

조현병 진단기준은 DSM과 ICD 사이에서 일정한 간극이 있어왔지만, ICD-8/DSM-II에서 ICD-10/DSM-IV로 개정되어 오면서 그 간극이 차츰 좁혀져 온 것은 사실이다. DSV-IV-TR과 ICD-10에서 조현병 진단기준의 가장 큰 차이는 증상의 최소 기간이 각각 6개월과 1개월로 다른 것이다. 두 진단기준은 공히 슈나이더의 1급 증상에 대해 중요시 하는 특징을 보였지만, ICD-10에서 보다 강조하는 모습을 보였다.<sup>49)</sup>

아직 ICD-11이 그 면모를 드러내지 않았지만, DSM-5에서 개정되었던 아형분류의 삭제, 다차원적 증상 평가, 진단기준 A에서 슈나이더 1급 환각만으로 확진 불가, 조현병 스펙트럼 장애를 통틀어 일관된 경과의 세부진단 명시 등의 변화들이 ICD-11의 진단기준에도 적용될 것으로 예상하고 있다.<sup>40,50)</sup> 단, 두 진단체계 사이에 꾸준히 존재했던 증상의 최소 기간의 차이는 그대로 유지될 것으로 보인다. DSM-5와 ICD-11 모두가 서로 다른 진단체계의 존재를 인식하고 있으며, 따라서 각자의 진단기준을 정립할 때 조화를 이루며 두 진단체계와의 상호 연계성을 고려할 것으로 기대한다.<sup>5)</sup>

### The research domain criteria project of national institute of mental health

DSM-5를 준비하면서 전세계에서는 많은 관심과 기대가 있었던 것이 사실이다. 특히 그간 괄목할만한 발전을 해왔던 유전학을 비롯한 다양한 정신생물학적 결과들이 DSM-5 진단기준에 반영이 되면서, 원인-병태생리학적 질병 분류가 확립될 것으로 기대를 하였다. 그래서 조현병 진단기준 개선을 위해, 유전적 위험 요인, 가족력, 환경적 위험 요인, 유전-환경 간 상호작용, 신경 물질, 생체지표, 기질, 그리고 인지 및 감정의 처리과정의 이상 등 다양한 영역에 걸친 연구 결과들을 검토하였다. 하지만 연구 결과의 신뢰도나 일관성 등을 고려했을 때, 정신생물학적 원인을 진단기준에 포함시키기에는 불충분

하였다. 결국, 정신생물학적 진단기준을 추가하지 않은 채 새롭게 소개된 DSM-5를 접한 많은 정신의학자들이 아쉬움을 표했고, 비판들을 쏟아냈다. 그 비판의 중심에는 미국 국립정신보건원(National Institute of Mental Health : 이하 NIMH)이 있었다. NIMH는 향후 보다 의미 있는 연구를 위해서라도 새로운 개념의 진단 분류를 해야 하며, 특히 정신생물학적 영역을 고려해야 한다고 주장하고 있다. 최근 NIMH에서 제시하는 연구 분야 기준 프로젝트(the Research Domain Criteria project : 이하 RDoC)에는 이 같은 내용이 포함되어 있다.<sup>51,52)</sup> RDoC에는 negative valence affect, positive valence affect, cognitive systems, systems for social processes, arousal/regulatory systems의 5개 영역이 있고, 이는 DSM-5의 Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity에서 소개했던 8개의 측정 항목과 다소 흡사하다. 각 영역 하에 세부적인 요소들이 구성되어 있으며, 각 요소들마다 유전자(Genes), 분자(Molecules), 세포(Cells), 회로(Circuits), 생리(Physiology), 행동(Behavior), 자가보고(Self-Reports), 패러다임(Paradigms) 등의 다양한 측면에서 분석할 수 있도록 한다. RDoC는 정신생물학적 병태생리를 정신질환의 진단기준에 포함시키고자 하는 보다 진전된 시도로, 향후 미래의 진단체계 상당한 기여를 할 것으로 기대한다. 하지만, RDoC는 DSM-5에 비해서 연구 중심으로 다소 치우쳐진 진단분류로서 보편성이 떨어지며 아직까지 임상에의 적용은 요원한 것이 사실이다.

## 결 론

조현병 스펙트럼 장애의 DSM-5 진단기준은 언뜻 보기에 큰 변화가 없다고 느껴질 수 있다. 특히, 생물학적 표지자, 유전적 요소 등과 같은 정신생물학적 진단기준이 추가될 것이라고 기대했던 것에 비하면 과연 새로운 변화인가라는 질문을 던질 수 밖에 없다. 하지만, 앞서 살펴본 것처럼 조현병 진단기준 A의 변화와 함께, 조현병의 아형 분류를 과감하게 없애고, 증상에 기반한 동질적인 성격을 가진 조현병으로 세분화할 것인가 고민한 흔적이 역력하다. 또한, 긴장증의 독립적인 진단이 가능해진 것과, 조현병동장애 및 망상장애에 걸친 변화들을 살펴보면 조현병 스펙트럼 장애의 DSM-5 진단기준에 상당한 변화가 있음을 확인할 수 있다. 특히, 다양한 정신병적 증상의 종류와 중증도를 기준으로 세분화하려고 한 Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity는 앞으로 임상 분야뿐만 아니라, 연구 분야에서도 적용 가능할 것으로 기대할 수 있다. 그렇지만 미국 국립정신보건

원에서 제시한 RDoC와 비교해 보면, 적어도 조현병 스펙트럼 장애에서 DSM-5 진단기준은 변화와 안정이라는 두 가지 방향 중 안정을 선택했다고 볼 수 있다. 이는 많은 조현병 연구자들에게 기대에 미치지 못하는 변화에 대한 비판을 받을 각오를 하고서라도, DSM 진단기준이 정신의학 분야에서 가지는 보편성의 가치를 중요시한 것으로 추측할 수 있다. 지금도 정신생물학적 연구결과들이 새롭게 소개되고 있지만, 그 결과의 신뢰도나 일관성은 부족한 것이 사실이다. DSM이라는 진단기준이 미치는 파급력은 정신의학 분야에서는 실로 지대하다. 따라서, 현재까지의 연구 결과들을 놓고 보았을 때 DSM-5가 소개한 조현병 스펙트럼 장애의 진단기준과 추가 연구할 진단 및 Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity 등은 새로운 변화와 진단적 안정성 사이에서 조화로운 균형을 이루었다고 평가할 수 있겠다. 아울러, 앞으로 개선될 새로운 DSM의 정신생물학적 진단 기준의 추가는 결국 정신의학자들의 몫이라는 점에서, 새롭게 소개된 DSM-5는 우리에게 단순히 진단체계의 변화를 넘어서 보다 신뢰도와 일관성이 보장되는 연구를 위한 화두를 제시한다고 볼 수 있겠다.

**중심 단어:** 조현병 스펙트럼 장애 · DSM-5.

## REFERENCES

- 1) Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM 5;2013.
- 2) Kraepelin E. Dementia praecox and paraphrenia. Livingstone;1919.
- 3) Bleuler E, Research AlfP. Dementia Praecox: Or the Group of Schizophrenias. American Institute for Psychological Research;1991.
- 4) Schneider K. Clinical Psychopathology. New York;1959.
- 5) Tandon R, Gaebel W, Barch DM, Bustillo J, Gur RE, Heckers S, *et al*. Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. Schizophr Res 2013;150:3-10.
- 6) Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS. Schizophrenia, "just the facts" 4. Clinical features and conceptualization. Schizophr Res 2009;110:1-23.
- 7) Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. Am J Psychiatry 2003;160:4-12.
- 8) Kapur S, Phillips AG, Insel TR. Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do about it? Mol Psychiatry 2012;17:1174-1179.
- 9) Bromet EJ, Kotov R, Fochtmann LJ, Carlson GA, Tanenberg-Karant M, Ruggero C, *et al*. Diagnostic shifts during the decade following first admission for psychosis. Am J Psychiatry 2011;168:1186-1194.
- 10) Korver-Nieberg N, Quee PJ, Boos HB, Simons CJ. The validity of the DSM-IV diagnostic classification system of non-affective psychoses. Aust N Z J Psychiatry 2011;45:1061-1068.
- 11) Haahr U, Friis S, Larsen TK, Melle I, Johannessen JO, Opjordsmoen S, *et al*. First-episode psychosis: diagnostic stability over one and two years. Psychopathology 2008;41:322-329.
- 12) Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III-R. American Psychiatric Association;1987.
- 13) Tanenberg-Karant M, Fennig S, Ram R, Krishna J, Jandorf L, Bromet EJ. Bizarre delusions and first-rank symptoms in a first-admis-



- sion sample: a preliminary analysis of prevalence and correlates. *Compr Psychiatry* 1995;36:428-434.
- 14) Peralta V, Cuesta MJ. Diagnostic significance of Schneider's first-rank symptoms in schizophrenia. Comparative study between schizophrenic and non-schizophrenic psychotic disorders. *Br J Psychiatry* 1999;174:243-248.
  - 15) Jansson LB, Parnas J. Competing definitions of schizophrenia: what can be learned from polydiagnostic studies? *Schizophr Bull* 2007;33:1178-1200.
  - 16) Nordgaard J, Arnfred SM, Handest P, Parnas J. The diagnostic status of first-rank symptoms. *Schizophr Bull* 2008;34:137-154.
  - 17) Ihara K, Morgan C, Fearon P, Dazzan P, Demjaha A, Lloyd T, *et al.* The prevalence, diagnostic significance and demographic characteristics of Schneiderian first-rank symptoms in an epidemiological sample of first-episode psychoses. *Psychopathology* 2009;42:81-91.
  - 18) Allardyce J, McCreadie RG, Morrison G, van Os J. Do symptom dimensions or categorical diagnoses best discriminate between known risk factors for psychosis? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007;42:429-437.
  - 19) Shinn AK, Heckers S, Ongur D. The special treatment of first rank auditory hallucinations and bizarre delusions in the diagnosis of schizophrenia. *Schizophr Res* 2013;146:17-21.
  - 20) Tandon R, Bruijnzel D, Rankupalli B. Does change in definition of psychotic symptoms in diagnosis of schizophrenia in DSM-5 affect caseness? *Asian J Psychiatr* 2013;6:330-332.
  - 21) Black DW, Boffelli TJ. Simple schizophrenia: revisited. *Compr Psychiatry* 1990;31:344-349.
  - 22) David AS, Appleby L. Diagnostic criteria in schizophrenia: accentuate the positive. *Schizophr Bull* 1992;18:551-557.
  - 23) Blanchard JJ, Cohen AS. The structure of negative symptoms within schizophrenia: implications for assessment. *Schizophr Bull* 2006;32:238-245.
  - 24) Kirkpatrick B, Fenton WS, Carpenter WT Jr, Marder SR. The NIMH-MATRICES consensus statement on negative symptoms. *Schizophr Bull* 2006;32:214-219.
  - 25) Messinger JW, Tremeau F, Antonius D, Mendelsohn E, Prudent V, Stanford AD, *et al.* Avolition and expressive deficits capture negative symptom phenomenology: implications for DSM-5 and schizophrenia research. *Clin Psychol Rev* 2011;31:161-168.
  - 26) Liemburg E, Castelein S, Stewart R, van der Gaag M, Aleman A, Knegtering H. Two subdomains of negative symptoms in psychotic disorders: established and confirmed in two large cohorts. *J Psychiatr Res* 2013;47:718-725.
  - 27) Keefe RS. Should cognitive impairment be included in the diagnostic criteria for schizophrenia? *World Psychiatry* 2008;7:22-28.
  - 28) Tandon R, Maj M. Nosological status and definition of schizophrenia: Some considerations for DSM-V and ICD-11. *Asian J Psychiatr* 2008;1:22-27.
  - 29) Depp CA, Moore DJ, Sitzer D, Palmer BW, Eyler LT, Roesch S, *et al.* Neurocognitive impairment in middle-aged and older adults with bipolar disorder: comparison to schizophrenia and normal comparison subjects. *J Affect Disord* 2007;101:201-209.
  - 30) Reichenberg A, Harvey PD, Bowie CR, Mojtabai R, Rabinowitz J, Heaton RK, *et al.* Neuropsychological function and dysfunction in schizophrenia and psychotic affective disorders. *Schizophr Bull* 2009;35:1022-1029.
  - 31) Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV-TR®. American Psychiatric Association;2000.
  - 32) McGlashan TH, Fenton WS. Classical subtypes for schizophrenia: literature review for DSM-IV. *Schizophr Bull* 1991;17:609-632.
  - 33) Linscott RJ, Allardyce J, van Os J. Seeking verisimilitude in a class: a systematic review of evidence that the criterial clinical symptoms of schizophrenia are taxonic. *Schizophr Bull* 2010;36:811-829.
  - 34) Peralta V, Cuesta MJ. The relationship between syndromes of the psychotic illness and familial liability to schizophrenia and major mood disorders. *Schizophr Res* 2007;91:200-209.
  - 35) Picardi A, Viroli C, Tarsitani L, Miglio R, de Girolamo G, Dell'Acqua G, *et al.* Heterogeneity and symptom structure of schizophrenia. *Psychiatry Res* 2012;198:386-394.
  - 36) Maj M, Pirozzi R, Formicola AM, Bartoli L, Bucci P. Reliability and validity of the DSM-IV diagnostic category of schizoaffective disorder: preliminary data. *J Affect Disord* 2000;57:95-98.
  - 37) Nurnberger JI Jr, Blehar MC, Kaufmann CA, York-Cooler C, Simpson SG, Harkavy-Friedman J, *et al.* Diagnostic interview for genetic studies. Rationale, unique features, and training. NIMH Genetics Initiative. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:849-859; discussion 863-844.
  - 38) Malaspina D, Owen MJ, Heckers S, Tandon R, Bustillo J, Schultz S, *et al.* Schizoaffective Disorder in the DSM-5. *Schizophr Res* 2013;150:21-25.
  - 39) Phillips KA, Wilhelm S, Koran LM, Didie ER, Fallon BA, Feusner J, *et al.* Body dysmorphic disorder: some key issues for DSM-V. *Depress Anxiety* 2010;27:573-591.
  - 40) Heckers S, Tandon R, Bustillo J. Catatonia in the DSM--shall we move or not? *Schizophr Bull* 2010;36:205-207.
  - 41) Barch DM, Bustillo J, Gaebel W, Gur R, Heckers S, Malaspina D, *et al.* Logic and justification for dimensional assessment of symptoms and related clinical phenomena in psychosis: relevance to DSM-5. *Schizophr Res* 2013;150:15-20.
  - 42) Carpenter WT. Anticipating DSM-V: should psychosis risk become a diagnostic class? *Schizophr Bull* 2009;35:841-843.
  - 43) Woods SW, Walsh BC, Saksa JR, McGlashan TH. The case for including Attenuated Psychotic Symptoms Syndrome in DSM-5 as a psychosis risk syndrome. *Schizophr Res* 2010;123:199-207.
  - 44) Boonstra N, Klaassen R, Sytema S, Marshall M, De Haan L, Wunderink L, *et al.* Duration of untreated psychosis and negative symptoms--a systematic review and meta-analysis of individual patient data. *Schizophr Res* 2012;142:12-19.
  - 45) Linscott RJ, van Os J. An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychol Med* 2013;43:1133-1149.
  - 46) Fusar-Poli P, Bonoldi I, Yung AR, Borgwardt S, Kempton MJ, Valmaggia L, *et al.* Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69:220-229.
  - 47) Fusar-Poli P, Bechdolf A, Taylor MJ, Bonoldi I, Carpenter WT, Yung AR, *et al.* At risk for schizophrenic or affective psychoses? A meta-analysis of DSM/ICD diagnostic outcomes in individuals at high clinical risk. *Schizophr Bull* 2013;39:923-932.
  - 48) Tsuang MT, Van Os J, Tandon R, Barch DM, Bustillo J, Gaebel W, *et al.* Attenuated psychosis syndrome in DSM-5. *Schizophr Res* 2013;150:31-35.
  - 49) Organization WH. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Royal College of Psychiatrists;1992.
  - 50) Gaebel W. Status of psychotic disorders in ICD-11. *Schizophr Bull* 2012;38:895-898.
  - 51) Cuthbert BN, Insel TR. Toward new approaches to psychotic disorders: the NIMH Research Domain Criteria project. *Schizophr Bull* 2010;36:1061-1062.
  - 52) Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry* 2014;13:28-35.