

## 한국 정신 역동학실제의 현황 분석†

울산대학교 의과대학 서울중앙병원 정신과학교실  
서울중앙병원 간호부\*  
김 헌 수 · 김 현 실\* · 민 병 근

= Abstract =

### The Current Status of Psychodynamic Formulation in Korea

Kim Hun-Soo, Kim Hyun-Sil\*, Min Byung-Kun

Department of Psychiatry, University of Ulsan College of Medicine, Asan Medical Center

Department of Nursing, Asan Medical Center\*

This study was intended to get the base-line data of psychodynamic formulation for teaching the residents through the analysis of the current status of psychodynamic formulation in Korea.

Data were collected through the mailings-questionnaire survey. Subjects served for this study consisted of 1,034 psychiatrists including 259 residents and 775 psychiatric specialists in Korea, using census method.

Statistical method employed was percentage rate.

1. 267 respondents(25.8%) among 1,034 psychiatrists replied to our mailings questionnaire.
2. 83.5 percent of respondents perceived psychodynamic formulation to be very important, 46.8 percent of respondents felt formulation to be crucial for second year residents, while 37.8 percent of respondents stated that they referred to textbooks of psychiatry, others(25.1 percent) sent guidelines for the mental status examination and/or descriptions of the intake interview. 5.6 percent of respondents did not provide any materials for psychodynamic formulation. 2 percent of respondents did not answer this question. 55.4 percent of respondents recognized general psychiatry, psychopharmacology and biological psychiatry to be more important than the teaching of formulation. As a result, though the Korean psychiatrists recognized formulation to be very important, they did not sufficiently provide the materials about psychodynamic formulation.
3. The Korean psychiatrists preferred to psychoanalysis models, focal psychodynamic approaches and/or biopsychosocial approaches in case of formulating the psychiatric patients, while the American psychiatrists tended to adapt psychoanalysis and/or ego psychological models to their patients.

† 이 논문은 1991. 10. 11 대한신경정신의학회 추계학술대회에서 특강 연제로 발표되었음.

4. 72.7 percent of respondents indicated that they distinguished psychodynamic formulation and diagnostic assessment, while 20.9% of respondents emphasized that all patients require a diagnostic assessment. 48.7 percent of respondents viewed that psychodynamics tended to be overlooked and declined due to recent advanced biological psychiatry.

Key Words : Current status, Psychodynamic formulation, Korea.

## I. 서 론

최근 생물 및 사회정신의학은 괄목할 만큼 커나란 발전을 해왔다. 그러나 현대정신의학의 초석은 역시 정신 역동적 정신의학을 인정하지 않을 수 없다.

정신분석이론은 정신 역동적 사상의 기반으로, 인간의 행동과 경험을 총괄적이고 깊이있게 이해하는데 큰 몫을 해왔다. 더우기 정신 역동의 이론적 임상체계화 과정(psychodynamic formulation)은 정신 장애의 발병당시 환자의 행동을 설명해 줄뿐만 아니라 증상적 행동의 의미를 해석하는데 포괄적인 가설의 역할을 한다.<sup>1)</sup>

정신과 수련과정에서 정신과 의사들은 흔히 환자의 임상정보자료를 정신역동이론에 임상체계화 시키고자 시도한다. 그러나 정신역동의 이론적 임상체계화 과정의 본질에 관한 多義性(모호성) 때문에 체계화 과정에 혼돈을 초래하고 있다.

따라서 연구자는 수련병원, 종합병원 및 개인의원에 종사하는 전공의, 전문의 및 수련부 책임자들에게 설문조사를 통해 한국의 정신 역동학실제의 임상 현황을 파악하여 전공의의 정신역동의 이론적 임상체계화 과정의 교육 자료를 수집하는데 본 연구의 일차적 목적을 둔다.

## II. 연구대상 및 방법

한국의 수련병원 전공의 교육과정에서 정신역동의 이론적 임상체계화 과정을 설정하는 기법을 얼마나 중요시 하는지, 그렇다면 정신역동의 이론적 임상체계화 과정의 개념정의와 특정 지침서를 사용하는지 여부를 파악하는 것은 한국의 정신역동학의 발전에 매우 뜻있는 일이다.

이러한 목적을 위하여 한국 정신과 의사들 즉, 수련과정에 있는 전공의 259명, 전문의사(개원의, 중

합병원 전문의, 겸직의, 종합병원과 수련병원 교육 책임자) 775명으로 총 1,034명을 대상으로 우편설문 조사(부록 I 참조)를 1991년 9월 10일부터 1991년 9월 30일 기간동안 실시하여 자료 수집하였다. 총 1,034명에게 우편물을 보내서 이들중 267명이 응답을 하였다. 전공의 43명, 전문의 188명, 과장 36명이 응답을 하여 응답율은 25.8%였다.

통계방법은 백분율을 적용하였다. 직급별 응답율은 총응답자 267명중 전문의가 70.4%로 가장 높은 응답을 하였고 다음으로 전공의가 16.1%, 수련교육 책임자나 과장이 13.5%로 가장 낮았다(표 1참조).

표 1. 조사대상자 분포

	과 장	전 문 의 전문의	전공의	전 체
표 집 대 상 자	150	625	259	1,034
응 답 자	36	188	43	267
응 답 율 (%)	24.0	30.0	16.6	25.8
총응답율(%)	13.5	70.4	16.1	100.0

## III. 결 과

전공의 년차중 어느 년차에서 정신역동의 이론적 임상체계화 과정의 교육이 중요한가에 대한 응답을 보면 다음과 같다. 전체적으로 볼때 46.8%가 2년차 때, 27.0%가 1년차 때, 20.6%에서 3년차가 중요하다고 했다. 전공의 자신들은 2년차 때가 중요하다고 응답한 사람들이 67.5%였고, 다음으로 수련교육 책임자나 과장급에서는 50.2%, 전문의들은 41.5%가 2년차 때 정신역동의 이론적 임상체계화 과정교육의 중요성을 지적했다(표 2-1참조). 정신역동의 이론적 임상체계화 과정교육의 중요도에 대한 질문에 83.5%가 대단히 중요하다고 응답했고, 약간 중요하다고 응답한 사람들은 15.0%였다. 역시 수련책임자들은 88.9%가 정신역동의 이론적 임상체계화 과정의 교육이 대단히 중요하다고 했다. 다음으로 전문

의(85.1%), 전공의(72.0%)순이었다(표2-1참조). 이런 결과는 Friedman과 Lister<sup>2</sup>가 미국 정신과 전공의 프로그램의 전공의 교육 책임자 225명을 대상으로 정신역동의 이론적 임상체계화 과정교육의 연차별 중요성을 조사한 결과와 유사한 자료로서 전공의 과정중 정신역동 교육의 중요성을 시사하고 있다.

정신역동 교육에서 선택되는 이론적 배경은 정신분석이론에 바탕을 두는 경우가 37.8%로 가장 많았고, 다음으로 중심갈등에 초점을 둔 이론을 택했고(27.0%), 정신·생물·사회적 이론을 활용하는 경우는 24.7%였다. 수련책임자들은 52.8%가 정신분석에

바탕을 두고 정신역동의 이론적 임상체계화 과정을 교육하는 경향이 있었고, 그 다음은 전문의(36.5%)였다(표 2-1참조). 정신·생물·사회적 이론에 입각해서 정신역동의 이론적 임상체계화 과정교육을 하는 경우는 전문의가 27.7%로 가장 높았고, 다음 수련책임자나 과장급에서는 13.9%였다. 이런 결과에서 수련부 책임자들은 정신분석을, 젊은 전문의들은 정신·생물·사회이론을 선호하는 경향을 엿볼 수 있다. 아마도 그들의 교육배경과 최근 정신·생물·사회이론의 재도래에 의한 영향이 아닌가 생각된다. 의외로 전공의들이 중심 갈등이론에 흥미있는 반응을 보인 것은 재미있는 사실로 보인다.

표 2-1. 정신역동 문항별 응답율

변 인	내 용	과 장 N=36	전문의 N=188	전공의 N=43	전 체 N=267
역동교육 연차	1년차	6(16.7)	58(30.9)	8(18.6)	72(27.0)
	2년차	18(50.0)	78(41.5)	29(67.5)	125(46.8)
	3년차	8(22.2)	42(22.3)	5(11.6)	55(20.6)
	4년차	3( 8.3)	4( 2.1)	0( 0.0)	7( 2.6)
	전문의의 경력 2년내	1( 2.8)	4( 2.1)	0( 0.0)	5( 1.9)
	무 응 답	0( 0.0)	2( 1.1)	1( 2.3)	3( 1.1)
역동교육 중요도	모르겠다	0( 0.0)	1( 0.5)	0( 0.0)	1( 0.4)
	별로 중요치 않다	0( 0.0)	1( 0.5)	0( 0.0)	1( 0.4)
	약간 중요하다	4(11.1)	24(12.8)	12(28.0)	40(15.0)
	대단히 중요하다	32(88.9)	160(85.1)	31(72.0)	223(83.5)
	무 응 답	0( 0.0)	2( 1.1)	0( 0.0)	2( 0.7)
정신역동의 종류	정신 분석 이론에 입각해	19(52.8)	68(36.2)	14(32.6)	101(37.8)
	자아심리이론	1( 2.8)	12( 6.4)	4( 9.3)	17( 6.4)
	중심갈등에 초점둔 이론	10(27.8)	47(25.0)	15(34.9)	72(27.0)
	특이한 정신역동적 접근이론	1( 2.8)	8( 4.2)	1( 2.3)	10( 3.7)
	정신·생물·사회적 이론	5(13.9)	52(27.7)	9(20.9)	66(24.7)
	무 응 답	0( 0.0)	1( 0.5)	0( 0.0)	1( 0.4)
	전 체	36(100.0)	188(100.0)	43(100.0)	267(100.0)

반면 자아 심리 이론에 입각한 정신역동의 이론적 임상체계화 과정교육이나 임상적용은 6.4%로 매우 낮았고, 수련교육 책임자·과장·전문의·전공의에서 모두 관심 밖이었다. 정신역동교육이 중요치 않을경우 혹은 병행해서 활용되는 필요한 교육분야에 대한 반

응을 보면 일반정신의학 교육이 중요하다고 응답한 사람은 20.2%로 가장 많았고, 다음으로 약물정신의학(18.7%), 생물정신의학(16.5%)등의 순이었다.

이런점에서 전공의 교육에는 역시 임상실전에 요구되는 일반정신의학 및 약물정신의학의 중요성을

한국 정신 역동학실제의 현황 분석

반영해 준 결과로 생각된다(표 2-2참조).

한국에서는 정신분석이론, 중심갈등이론 및 정신·생물·사회적 이론을 배경으로 정신역동의 이론적 임상체계화 과정을 활용하는 경향이 있다. 그러나 미국에서는 정신분석이론과 자아심리이론이 주로 기본 모형으로 선택되는 경향이 있다.<sup>2</sup> 이런 점은 고전적

인 정신분석은 동·서양 모두에 그 중요성이 강조된 면을 보여준 점이라고 생각된다. 특히 한국 정신과 전공의 교육에서 중심갈등과 정신·생물·사회적 이론이 많이 선택되는 경향은 아마도 짧은 시간에 환자의 상태를 파악하여 경제적 치료를 하기 위한 일환으로 선택되는 것으로 추론된다.

표 2-2. 정신역동 문항별 응답율

변 인	내 용	과 장 N=36	전문의 N=188	전공의 N=43	전 체 N=267
<u>정신역동 이외의 분야</u>					
	생물정신의학	11(30.6)	24(12.8)	9(20.9)	44(16.5)
	약물정신의학	10(27.8)	36(19.1)	4( 9.3)	50(18.7)
	일반정신의학	6(16.7)	42(22.3)	6(13.9)	54(20.2)
	정신분석학	2( 5.6)	12( 6.4)	2( 4.7)	16( 6.0)
	기 타	7(19.4)	6( 3.2)	2( 4.7)	15( 5.6)
	무 용 답	0( 0.0)	68(36.2)	20(46.5)	88(33.0)
<u>교육자료 준비</u>					
	모르겠다	0( 0.0)	3( 1.6)	2( 4.7)	5( 1.9)
	준비된 것 없다	3( 8.3)	10( 5.3)	2( 4.7)	15( 5.6)
	정신과 교과서 정도다	14(38.9)	64(34.0)	23(53.4)	101(37.8)
	정신상태검사 및 intake interview	11(30.6)	45(24.0)	11(25.6)	67(25.1)
	충분한 교육자료를 모두 준비	8(22.2)	66(35.1)	5(11.6)	79(29.6)
<u>정신역동에 대한 소감</u>					
	시대에 뒤떨어진 것이다	0( 0.0)	2( 1.1)	1( 2.3)	3( 1.1)
	진단평가 과정으로 충분하다	10(27.8)	38(20.2)	8(18.6)	56(20.9)
	비역동적 치료법에는 필요치 않다	0( 0.0)	5( 2.7)	0( 0.0)	5( 1.9)
	생물정신의학의 발전으로 역동학이 낙후되는 것 같아 유감이다	20(55.6)	86(45.7)	24(55.8)	130(48.7)
	기 타	6(16.6)	55(29.2)	7(16.3)	68(25.5)
	무 용 답	0( 0.0)	2( 1.1)	3( 7.0)	5( 1.9)
<u>진단평가와 차이</u>					
	응 답	28(77.8)	136(72.4)	30(69.8)	194(72.7)
	무 용 답	8(22.2)	52(27.6)	13(30.2)	73(27.3)
	전 체	36(100.0)	188(100.0)	43(100.0)	267(100.0)

정신역동 교육을 위한 지침서, 문헌이나 정신역동의 이론적 임상체계화 과정의 개념설정에 도움이 되는 자료 준비는 얼마나 되었느냐는 질문에 「교과서 정도」가 37.8%로 가장 많았고, 다음으로 충분한 교육자료를 준비한 경우가 29.6%, 「정신상태 검사 및 초기면담(intake interview)정도」가 25.1%, 준비된 것이 없는 경우도 5.6%나 되었다. 더우기 과장

급에서는 정신과 교과서 정도가 38.9%, 정신상태 검사 및 초기면담 정도가 30.6%, 반면 전문의에서는 35.1%가 충분한 교육자료를 준비 하였다고 응답했다(표 2-2 참조). Friedman과 Lister<sup>2</sup>의 조사에서는 156명의 응답자 중 59%에서 교육자료 준비가 안되었었고 대부분 교과서에 의존한다고 응답했다. 따라서 본 조사 결과와 비슷한 결과를 보여 주었다.

여기에서 정신역동의 이론적 임상체계화 과정교육의 중요성에서 전체응답자의 83.5%가 대단히 중요하다고 응답한 반면 정신역동의 이론적 임상체계화 과정교육에 필요한 자료 준비는 다소 불충분하게 된점은 전공의 정신역동의 이론적 임상체계화 과정교육에 대한 재평가가 요구됨을 시사한 점이라고 생각된다.

정신역동의 이론적 임상체계화 과정에 대한 응답자들의 의견은 48.7%가 생물정신의학의 발전으로 역동학이 낙후 되는것 같아 유감이라고 반응했고, 25.5%에서 타분야가 발전해도 역동정신의학은 매우 중요하다고 기술했다. 20.9%에서 정신역동의 이론적 임상체계화 과정교육은 진단평가 과정만으로도 충분하다고 했다.

마지막으로 「정신역동의 이론적 임상체계화 과정과 진단평가 과정의 차이점이 무엇이나」라는 질문에 72.7%가 응답을 했고, 27.3%가 응답을 안하였다 (표 2-2참조). 응답자들중 약50%는 차이가 있다고 했고, 약50%는 차이가 없다고 했다.

#### IV. 고 찰

본 우편설문 조사에서 정신역동의 이론적 임상체계화 과정은 정신과 의사들의 필수적인 도구임이 밝혀졌다.

정신역동의 이론적 임상체계화 과정의 기초자료는 환자, 환자가족 및 친지와와의 면담에서 얻은 병력자료, 병원기록부, 면담과 정신상태 검사시 환자가 보여주는 행동관찰과 실시된 심리검사와 검사실 검사 소견에서 얻어진다.

그렇다면 「정신역동의 이론적 임상체계화 과정의 유용성은 무엇인가?」라는 문제제기를 할 수 있다. 정신의학에서 임상진단은 명백하고 한정된 유용성을 제공한다.

장황한 증상 기술 없이도 특정한 임상단위를 합리적으로 기술하여 전문가간에 임상진단(특정장애)에 대한 의사소통이 쉽게 된다.

예컨대 DSM-III-R에서 주요우울장애에 대한 정의와 증상목록은 정신과 의사들간에 의미있는 안면타당도를 가질 수 있다. 부가해서 임상진단은 임상연구조사, 교육, 의무기록 및 통계 분석등에 의해 과

학적 지식을 조성시켜주기도 한다. 그렇지만 정신과적 분류체계인 진단 범주에 이의를 제기하는 사람도 있다. 예를들면 지나치게 감상적이고 주의의 관심을 끄는 행동, 극적표현, 유혹적 행동등이 조기 성인기에 나타나면 연극성 인격이라고 진단을 내리는 경우이다. 이런 이의를 제기하는 사람들에 의하면 임상범주는 病理의 정도에 의해 서로 구별된다는 주장이다. 그렇다면 감정 부전장애, 우울형 양극성장애 및 정신증상을 수반한 주요 우울장애가 서로다른 질병 단위인지 아니면 질병 자체가 야기한 무력성의 정도차이는 있지만 같은 장애에 속하는지의 문제에 봉착한다. 내과학에서는 이런 정의상의 문제점은 거의 없다. 예컨대 폐결핵균에 의해 발병된 폐결핵은 폐염구균성 폐염으로 온 질병과는 분명히 다르고, 더 나아가 정확한 진단은 원인규명과 필요한 치료의 지표가 된다. 그러나 정신의학에서 진단적 표찰은 반드시 그렇게 되지는 않는다. 이러한 불완전한 점을 보충할 수 있는 것이 정신역동의 이론적 임상체계화 과정인것이다. 정신역동의 이론적 임상체계화 과정은 기능적 장애의 원인 및 病因的 要因을 더욱 상세히 나타내 줄 뿐 아니라 기질성 정신증후군에서도 어떤 기능상실에 대한 환자의 심리적 반응에 의해 病因的 要因을 명확히 해줌으로써 임상 진단(증상군)을 명백히 밝혀준다. 예컨대 기질성 기분장애와 기질성 인격장애의 2중진단을 내릴때 「왜 환자가 자신의 기질적 질환에 반응해서 망상 체계를 나타내는지», 「환자가 보통 사용하는 적응 및 방어기전이 무엇인지», 혹은 「최근 환경적 요인이 환자의 정서장애에 어떻게 작용했는지」 등의 실마리를 제공해주지 못한다. 반면 사회경제나 사회문화가 서로 다르고, 체질이나 재능도 다르며 전혀 다른 가정 배경에서 자란 사람들도 거의 같은 증상을 보여주고 거의 같은 진단이내려 질 수 있다. 이런 경우에 정신역동의 이론적 임상체계화 과정만이 유일하게 그들의 유사점과 차이점을 명백히 구분해 줄수 있는 것이다. 그 외에 정신역동이론의 임상적용 과정의 유용도는 환자와 효과적인 면담을 수행할 수 있고, 환자를 다루고 더 나아가 환자가 치료에 협력하도록 하는 데 도움이 된다.

그리고 치료적 목표와 치료계획을 확립하는데도

유용하다. 간단한 예를 하나 들어 보겠다.

면담자가 환자에게 질문하는데 환자가 무감동과 빈정대는 태도를 보였다고 하자. 이때 검사자가 환자의 그런 태도는 역동적으로 그의 생활사에서 중요한 사람과의 이별에 대한 슬픔과 연관된다고 이해하고 있으면 검사자의 환자 행동관찰결과를 환자의 상실경험에 바로 연결 시킬수가 있는 것이다. 그렇게 함으로써 환자에 대한 최대한의 이해와 환자와의 감정이입을 증진시키는 방향으로 면담을 이끌어 나갈수 있게 된다.

이상에서 열거한 정신역동의 이론적 임상체계화 과정의 유용도를 4가지로 요약해 볼수 있다. 즉, 구성, 감정이입, 치료, 및 연구조사 등이다.

구성면에서 정신역동의 이론적 임상체계화 과정은 임상데이터와 그 데이터의 이론적 이해로 구성되고, 데이터의 간결한 요약과 연결을 시켜주는 한편, 데이터와 그것을 이해하는데 공백이 생긴 것을 밝혀준다.<sup>4-9</sup>

감정이입면에서 정신역동의 이론적 임상체계화 과정은 치료적 태도를 유도하는데 도움이 된다. 면담자가 환자를 이해하고 설명하는 것은 이상할 것이 없고, 환자를 이해함으로써 감정이입을 증진시켜 준다.<sup>9</sup>

치료면에서 정신역동의 이론적 임상체계화는 환자의 치료 계획을 세울수 있도록 해주고 치료모형을 선택하여 적절한 시기에 개입하여 환자의 문제와 예후를 예측하며 치료결과를 평가할 수 있도록 해준다.<sup>4, 9, 10-13</sup>

연구조사면에서 정신역동의 이론적 임상체계화는 후에 검증될 수 있는 가설을 만들어내는 발견법적 방법이다. 이런 검증적 가설은 과정과 결과연구에 필수적인 것이다.<sup>9-11, 13-16</sup>

정신역동의 이론적 임상체계화 과정의 개념에 대한 근원은 아직까지 밝혀져 있지 않다. Freud학과와 역동정신의학파가 형성되기 전에는 기술적 혹은 현상학적 유럽식 정신의학의 전통이 지배적이었다. 즉 분류체계에 역점을두고 발현행동, 경과 및 증상집합 등의 관찰에 의해 구별된 질병 단위로 분류하는 방식이 주류를 이루었다.<sup>17, 18</sup>

최근에 DSM-III-R<sup>3</sup>가 출간되어 정신장애의 진단지침서로 활용되고 있지만 현대 정신과 의사들은 상

당수에서 Kraepelin, Bleuler, Jaspers 그외 세밀관찰법과 질병분류학에 관한 연구에 관심 있는 정통과 학자들의 업적과 논문에 관심을 모으고 있다. 그러나 아직도 이런 학파에서 정신역동의 이론적 임상체계화 과정의 개념을 추론하기는 어렵다. Freud<sup>19</sup>는 「Formulation on the Two Principles of Mental Functioning」이라는 그의 논문에서 정신역동의 이론적 임상체계화를 일반적인 이론적 진술로 표현했다. 이런 맥락에서 보면 정신역동의 이론적 임상체계화는 구체적인 임상사례 요약 이라기 보다는 일반적인 이론 원칙에 적용되는 것이다. 이런점에서는 정신역동의 이론적 임상체계화 과정의 개념은 Freud에 근원이 있다고 혹자들은 말하고 있다.

사실상 Freud가 그 많은 임상사례들(Dora, Little Hans, Wolf Man 및 Rat Man)에 관해 명석한 해설을 가한것이 정신역동의 이론적 임상체계화 과정으로 생각할 수 있지만, Freud는 그사례에 정신역동의 이론적 임상체계화라는 명명을 하지 않았고 정신역동의 이론적 임상체계화를 위한 일관성 있고 용이한 체재(format)도 마련치 못했다.

정신역동의 이론적 임상체계화의 현대개념은 정신분석을 새로운 과학분야로 설명하고 가르치는 과정에서 출현한 것으로 보는 경향이 있다.<sup>2</sup>

최근 정신역동의 이론적 임상체계화 과정을 임상실제(치료), 이론 및 과학적 지식의 합류점으로 가정하여 정신역동의 이론적 임상체계화 과정의 현대적 개념을 설정하려는 노력은 많았지만 지금까지 괄목할 만한 소견은 별로 없었다.

또한 정신역동의 이론적 임상체계화 과정을 구성하는 합의적 과정을 개발하려는 시도도 있었지만 의견의 일치는 보지 못하고 있는 상태이다.<sup>20</sup>

Malan<sup>21</sup>은 환자의 취약한 자극소(stressors)를 포함한 역동적 가설과 역동성을 찾아내는 특수한 기준을 마련한 방법을 개발하여 정신역동의 이론적 임상체계화 과정의 과학적 방법론을 시도했지만 후속적인 검증결과 신뢰도가 낮게 나타났고, 타당도 또한 의심의 여지가 많다고 밝혀졌다.<sup>22</sup>

이와 같이 정신역동의 이론적 임상체계화 과정에 관한 과학적 입장의 애매모호성 때문에 최근에는 정신역동의 이론적 임상체계화 과정의 과학적 역할 보다는 임상 및 교육적 역할에 치중하여 그 가치성

을 조장하려는 노력이 더 많다.<sup>23</sup>

정신역동 이론 및 치료법은 근 100여년의 오랜 역사를 갖고 있지만 정신 역동학의 과학으로서의 학문적 분야는 아직도 초기 발달 단계에 있는 것은 사실이다. 그렇다고 정신 역동의 이론적 임상체계화 과정을 하는데 과학적인 방법이 연구되지 않고 있다는 뜻은 아니다. 정신역동의 이론적 임상체계화 과정을 하는데 있어 과학적 접근 방법을 시도하는 연구도 현재 활발히 진행되고 있다.<sup>24-29</sup> 이런 과학적 접근 방법은 환자의 대인관계 양상, 전이 및 정신내적 갈등 등에 관한 면담자료를 점수화하여 정신역동의 이론적 임상체계화 과정을 하는 것인데, 그 방법은 개인의 중심 역동을 찾는 것이다. 즉 어떤 상황에 직면하여 반복되는 양상과 그 결과로 오는 개인적인 고통과 심리적 한계성을 찾는다. 관찰자에게 위의 둘간의 명백한 차이점을 구별하고 관찰된 임상데이터에서 임상적 추론을 하도록 지시한다.

이러한 방법을 통하여 역동적 명제를 발견하고 그 명제의 타당도 검증을 평가하는 식의 과학적 방법들이 등장하고 있다.

최근에 DSM-Ⅲ-R의 다축적 진단체제의 출현에도 불구하고 아직도 정신치료 방법의 지침이 되고 기술적 진단을 보완해 주는 정신역동의 이론적 임상체계화 과정에 대한 욕구는 많은 현대정신과 의사에게 팽대되어 있다.<sup>23, 30</sup>

이런 「정신역동의 이론적 임상체계화 과정의 임상적 욕구가 과학적으로 채워질 수 있느냐」 하는 것이 앞으로 남은 숙제이다.

이상에 열거한 바와같이 정신역동의 이론적 임상체계화에 관한 개념의 진화는 연구자가 개관한 문헌에는 아직까지 명백하게 나타나 있지 않았다.

## V. 결 론

본 연구의 목적은 한국 정신역동학실제의 임상적 현황 분석을 통하여 정신과 전공의의 정신역동의 이론적 임상체계화 과정교육을 위한 기초선 교육자료를 수집하는 데 있다.

연구대상은 한국정신과 의사 총 1,034명 (전공의 259명, 전문의 775명)을 대상으로 하였고, 조사방법은 우편 설문조사를 통하여 1991년 9월 10일부터

1991년 9월 30일 기간동안 자료수집되었다.

통계방법은 백분율을 적용하였다.

조사결과는 다음과 같다.

1. 총 1,034명 중 응답자는 267명으로 응답율은 25.8%였다.
2. 정신역동의 이론적 임상체계화 과정의 교육은 전공의 2년차에 시작하는 것이 좋고, 대부분의 응답자(83.5%)가 정신역동 교육이 매우 중요하다고 했다. 반면 정신역동교육을 위한 준비자료는 교과서 정도(37.8%)가 가장 많았고, 그 다음으로 초기면담 및 정신상태검사법(25.1%)이었다. 또한 전혀 준비가 되지 않는 경우도 5.6%나 되었다. 응답자 중 148명(55.4%)은 정신역동의 교육보다 일반 정신의학, 생물정신의학 및 약물정신의학의 교육이 더 중요하다고 보았다. 대체로 정신역동 교육의 중요성은 인정하면서 교육자료의 준비는 불충분하였다.
3. 한국의 정신과 의사들은 정신역동의 이론적 임상체계화 과정을 하는데 이론적 모형을 정신분석 이론이나 중심갈등 이론을 선호하는 경향이 있었다. 그러나 국외의 학자들은 정신분석 이론과 자아심리 이론을 주로 선택하여 정신역동의 이론적 임상체계화 과정을 하는 경향이 있었다. 특이한 점은 국내에서 자아심리 이론이 별로 사용되지 않는 점이었다.
4. 267명의 응답자 중 194명(72.7%)이 정신역동의 이론적 임상체계화 과정과 진단적 평가간에는 차이가 있다고 응답했고, 응답자 중 56명(20.9%)은 정신역동의 이론적 임상체계화 과정보다 진단적 평가만으로 충분하다고 기술했다. 총응답자 중 130명(48.7%)은 최근 생물정신의학의 발전으로 정신역동학이 낙후되는 것 같다고 말했다.

중심단어: 한국정신역동학실제·현황분석

## 참 고 문 헌

1. Wong N: Classical psychoanalysis. In Comprehensive Textbook of Psychiatry(V)(eds. Kaplan HI, Sadock BJ), Vol 1, 5th Ed. Baltimore·Hong Kong·London·Sydney, Williams & Wil-

- kins, 1989;356.
2. Friedman RS, Lister P: The current status of psychodynamic formulation. *Psychiatry* 1987;50:126-141.
  3. American Psychiatric Association: Diagnostic statistical manual of mental disorders. 3rd Ed. Revised. Washington DC, American Psychiatric Association, 1987.
  4. Menninger KA: A Manual for psychiatric case study. Grung & Stratton, 1952.
  5. Weisman AD: The psychodynamic formulation of conflict. *Archives of General Psychiatry* 1959;1: 288-309.
  6. Miller WB: Psychiatric consultation. Part II: Conceptual and pragmatic issues of formulation. *Psychiatry in Medicine* 1973;4:251-271.
  7. Eissler RS, Freud A, Kris M, Solnit AJ: Psychoanalytic assessment: The diagnostic profile. Yale University Press, 1977.
  8. Ben-Aron M, McCormick WO: The teaching of formulation. *Canadian Journal of Psychiatry* 1980;25:163-166.
  9. Cleghorn JM, Bellissimo A, Will D: Teaching some principles of individual psychodynamics through an introductory guide to formulations. *Canadian Journal of Psychiatry* 1983;28:162-172.
  10. Greenspan SI, Cullander CCH: A systematic metapsychological assessment of the course of an analysis. *Journal of American Psychoanalytic Association* 1975;23:107-138.
  11. Wallerstein RS, Robbins LL: Psychotherapy: Differential treatment planning and prognostication. In *Psychotherapy and Psychoanalysis* (ed. Wallerstein RS), International Universities Press, 1975.
  12. Sharp V, Bellak L: Ego function assessment of the psychoanalytic process. *Psychoanalytic Quarterly* 1978;47:52-72.
  13. Bellak L, Faithern R: Crises and special problems in psychoanalysis and psychotherapy. Brunner/Mazel, 1981.
  14. Bibring GL, Dwyer TF, Huntington DS, Valenstein AF: A study of the Psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship. *Psychoanalytic Study of Child* 1961;16:9-72.
  15. Bellak L, Hurvich M, Gediman H: Ego functions in schizophrenics, neurotics, and normals. Wiley, 1973.
  16. Greenspan SI, Hatleberg JL, Cullander CCH: A developmental approach to systematic personality assessment. In *The Course of Life* (eds. Greenspan SI, Pollock GH), Vol 2. National Institute of Mental Health. US Government Printing Office, 1980.
  17. Havens L: Approaches to the mind: Movement of the psychiatric schools from sects toward science. Little Brown, 1973.
  18. Frances A, Cooper AM: Descriptive and dynamic psychiatry: A perspective on DSM-III. *American Journal of Psychiatry* 1981;138:1198-1202.
  19. Freud S: Standard edition of the complete psychological works. Hogarth Press, 1953-74. Formulations on the two principles of mental functioning (1911), Vol 12. The unconscious (1915), Vol 14. Beyond the Pleasure Principle (1920), Vol 18.
  20. Seitz PFD: The consensus problem in psychoanalytic research. In *Methods of Research in Psychotherapy* (eds. Gottschalk L, Auerbach L), Appleton-Century-Crofts, 1966.
  21. Malan DH: The frontier of brief psychotherapy. Plenum, 1976.
  22. DeWitt KN, Kaltreider NB, Weiss DS, Horowitz MJ: Judging change in psychotherapy: Reliability of clinical formulations. *Archives of General Psychiatry* 1983;40:1121-1128.
  23. Perry S, Cooper AM, Michels R: The psychodynamic formulation: Its purpose, structure, and clinical application. *American Journal of Psychiatry* 1987;144:543-550.
  24. Luborsky L: Measuring a pervasive psychic struc-



- ture in psychotherapy: The core conflictual relationship theme. In *Communicative Structures and Psychic Structures*(eds. Freedman N, Grand SS), Plenum Press, 1977.
25. Perry JC, Cooper SH: Psychodynamics, symptoms, and bipolar type II affective disorder. In *The Borderline Patient: Current Empirical Research*(ed. McGlashan T), American Psychiatric Press, 1985.
26. Crits-Christoph P, Luborsky L: The CCRT as a measure of outcome in psychoanalytic psychotherapy. In *Psychoanalytic Research Methods*(ed. Ghannam J), Guilford Press, 1985.
27. Caston J: The reliability of the diagnosis of the patient's unconscious plan. In *The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observation and Empirical Research*(eds. Weiss J, Sampson H, Mount Zion Psychotherapy Group), Guilford Press, 1986.
28. Curtis JT, Silberschatz G, Sampson H, Weiss J: Developing reliable psychodynamic case formulations: An illustration of the plan diagnosis method. *Psychotherapy* 1988;25:256-265.
29. Perry JC, Augusto F, Copper SH: Assessing psychodynamic conflicts: I. Reliability of the idiographic conflict formulation method. *Psychiatry* 1989;52:289-301.
30. Karasu TB, Skodol AE: With Axis for DSM-III: Psychodynamic evaluation. *American Journal of Psychiatry* 1980;137:607-610.

부 록 I:

정신역동의 이론적 임상체계화 과정에 관한 설문서

해당 사항에  표를 하고 질문에 답해 주십시오.

1. 당신의 성별은?  남  녀
2. 당신의 현재 지위는?  전공의  전문의  겸직의(전강, 조교수, 부교수, 교수)  과장
3. 당신의 임상 경력은?  전공의 1년차  전공의 2년차  전공의 3년차  
 전문의 경력 5년 이내  전문의 경력 5-10년  전문의 경력 10-15년  
 전문의 경력 15-20년  전문의 경력 20년 이상
4. 당신의 정신과 수련 년수는(스텝이상)?  3년  4년
5. 당신은 전공의 각 년차 중 어느 년차에서 정신역동 체계화 교육이 중요하다고 생각합니까?  
 1년차  2년차  3년차  4년차  전문의 2년 경력내
6. 중요하다면 얼마나 중요하다고 봅니까?  
 모르겠다  별로 중요치 않다  약간 중요하다  대단히 중요하다
7. 정신역동 교육이 중요하다면 어떤 종류를 주로 택하십니까?  
 정신분석 이론  자아심리 이론  중심 갈등에 초점둔 이론  
 특이한 정신역동적 접근이론  정신·생물·사회적 이론
8. 정신역동 교육이 중요치 않을 경우 어떤 분야의 교육이 중요합니까?  
 생물 정신의학  약물 정신의학  일반 정신의학  정신분석학  기타: \_\_\_\_\_
9. 당신은 정신역동 교육을 위한 자료들 즉 정신역동의 이론적 임상체계화 과정(formulation)에 관한 개념, 지침서 및 문헌 등이 준비되어 있습니까?  
 모르겠다  준비된 것 없다  정신과 교과서 정도다  
 정신상태 검사 및 초기면담(intake interview)정도다  충분한 교육자료를 모두 준비
10. 정신역동의 이론적 임상체계화 과정에 대한 당신의 생각은?  
 시대에 뒤떨어진 것이다  진단평가 과정으로 충분하다  비역동적 치료법에는 필요치 않다  
 생물정신의학의 발전으로 역동학이 낙후되는 것 같아 유감이다  
 기타: \_\_\_\_\_
11. 정신역동의 이론적 임상체계화 과정과 진단 평가 과정과의 차이점은 무엇이라고 봅니까?  
 답: \_\_\_\_\_