

## 여성의 정신건강에 대한 고찰: 젠더 편향과 여성 고유의 위험요인을 중심으로

최윤경 \*

### 〈국문초록〉

미국 정신의학회(1994)의 정신장애진단 및 통계 편람에 따르면 여성은 남성에 비해 우울장애, 불안장애, 신체형장애, 섭식장애, 연극성, 의존성 및 경계선 성격장애의 유병률이 더 높다고 한다. 본 연구에서는 진단 구성개념 혹은 진단기준 자체의 편향, 진단적 역치의 편향 및 진단기준 적용의 편향과 같은 젠더 편향의 원인을 살펴보고, 심리적 장애를 유발하고 그 경과와 치료 결과에 부정적인 영향을 미칠 수 있는 젠더 불평등과 몇 가지 젠더 특정적 위험요인들을 기술하고자 한다. 여성의 정신건강 관련 이슈를 다루는데 특별한 관심이 필요하며, 전통적인 치료적 접근의 대안으로서 여성주의 심리치료 및 상담이 논의되었다.

**주제어:** 젠더 편향, 젠더 불평등, 정신건강, 히스테리, 여성주의 심리치료

여성의 건강은 사회에서 그들의 지위와 너무나 밀접하게 관련되어 있다. 여성의 건강은 평등으로 인해 호전되고 차별로 인해 악화된다. 불행하게도, 오늘날 전 세계 수많은 여성의 지위와 존재는 낮은 상태에서 유지되고 있다(WHO, 1998).

\* 계명대학교 심리학과 교수. ykchoi@kmu.ac.kr

『젠더와 문화』 제3권 1호 (2010): pp.203-232

© 2010 계명대학교 여성학연구소

## 1. 서론

정신과 병·의원이나 상담기관을 찾는 환자나 내담자의 성비를 조사한 결과, 남성에 비해 여성이 훨씬 많은 것으로 조사된 바 있다. 북미에서는 전체 인구의 약 6~10%가 매년 정신건강 관련 치료기관을 방문하는데, 그 중 여성이 남성에 비해 2배 정도 더 많은 것으로 알려져 있다(Rhodes, et al., 2002). 이러한 양상은 이슬람 국가를 비롯한 다양한 문화권에서 일관성 있게 나타나고 있으며(Douki, et al., 2007) 국내 사정도 별반 다르지 않다. 그렇다면 여성이 남성에 비해 정신과 병·의원이나 상담기관을 더 자주 찾는 이유는 무엇인가? 단순히 여성이 남성에 비해 심리적으로 더 취약하기 때문인지, 혹은 여성이 남성에 비해 심리적 고통을 더 많이 표현하고 호소하기 때문인지, 아니면 또 다른 이유가 있는 것인지를 탐색해 볼 필요가 있다. 이러한 행동에서 성차가 나타나는 이유를 알 수 있다면 여성의 정신건강 문제를 깊이 이해할 수 있을 뿐만 아니라 젠더를 고려한 예방 및 개입 방안을 수립할 수 있을 것이고, 더 나아가 여성의 정신건강과 관련된 정책을 제안하는데도 크게 기여할 수 있을 것이다.

본 연구에서는 기존의 문헌 고찰을 통해 여성이 남성에 비해 어떤 정신장애를 더 많이 경험하는지 그리고 정신장애의 유병률에 성차가 나타나는 원인이 무엇인지를 살펴보고, 여성의 정신장애를 예방하고 적절하게 치료하기 위한 개입 방안으로서 여성주의 관점의 필요성과 여성주의 심리치료의 해결과제에 대해 논의하고자 한다.

## 2. 정신장애 유병률에서의 성차

미국 정신의학회의 정신장애 진단 및 통계 편람, 제4판(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, 이하 DSM-IV)은 1994년 개정된 이후 현재까지 통용되고 있다. DSM-IV(APA, 1994)에는 125가지 종류의 정신장애와 그 장애의 성비가 제시되어 있으며, 수록된 정신장애 가운데 101가지 장애(81%)의 유병률에 성차가 있는 것으로 보고되었다(Hartung & Widiger, 1998). 여성에게만 나타나는 장애들, 예컨대 월경전 불쾌기분장애나 월경전증후군, 산후 우울증 외에도, 여성은 남성에 비해 우울장애, 불안장애, 신체형장애, 섭식장애, 경계성 성격장애 및 자살시도의 위험이 더 높은 것으로 알려져 있다(APA, 1994). DSM-IV에 수록된 주요 정신장애의 성비는 <표 1>에 제시하였다. 여성은 남성에 비해 주요 우울장애를 2배나 더 빈번하게 경험하고 이러한 성차는 다양한 문화권에서 공통적으로 나타나고 있다. 또한 신경성 식욕부진증이나 신경성 폭식증의 경우 90% 이상, 경계선 성격장애의 경우 약 75% 정도가 여성일 정도로 뚜렷한 성차를 보이고 있다(APA, 1994). 외상후 스트레스 장애의 경우, DSM-IV에 성별 유병률이 수록되지 않았으나 미국의 국가 공병률 조사 결과(Kessler et al., 1994)에 따르면 외상후 스트레스 장애 역시 남성에 비해 여성의 유병률이 2배 더 높은 것으로 나타났다. 국내 연구에서도 심리적 장애의 유병률은 4:6 정도로 여성의 유병률이 높고(이정균·변영학, 1987; 황원준 외, 1995), 이러한 성비는 사춘기 이후에 시작되어서 중년기에 이르기까지 지속되는 것으로 보고된 바 있다(이혜련, 1992).

이러한 유병률의 성차는 심리적 장애의 진단에서 가장 논란이 되고

〈표 1〉 주요 정신장애에서 유병률의 성차

범 주	정 신 장애	성 비
기 분 장애	주요 우울 장애 기분부전장애 제1형 양극성 장애 제2형 양극성 장애 순환성 장애	2F : 1M 2~3F : 1M M = F F > M M = F
불 안 장애	광장공포증이 없는 공황장애 광장공포증이 있는 공황장애 공황 없는 광장공포증 특정 공포증 사회공포증 강박장애 외상후 스트레스 장애 급성 스트레스 장애 범불안 장애	2F : 1M 3F : 1M F > M F > M F > M F > M M = F — — 2F : 1M
신체형 장애	신체화 장애 감별불능형 신체형장애 전환 장애 통증장애 건강염려증 신체 변형장애	F > M F > M 2~10F : 1M F > M M = F M = F
섭 식 장애	신경성 식욕부진증 신경성 폭식증	> 9F : 1M > 9F : 1M
성 격 장애	편집성 성격장애 분열성 성격장애 분열형 성격장애 반사회성 성격장애 경계선 성격장애 연극성 성격장애 자기애성 성격장애 회피성 성격장애 의존성 성격장애 강박성 성격장애	M > F M > F M > F M > F 3F : 1M F > M 1~3M : 1F M = F F > M 2M : 1F

자료: Hartung과 Widiger(1998)에서 일부 발췌하여 구성하였음.  
 주1. — 는 M(남성) : F(여성)의 성비가 제공되지 않았음을 의미함.

있는 이슈 가운데 하나로, 유병률의 성차가 실제 현상을 그대로 반영한 것일 수도 있지만 여러 가지 다른 원인에 의해 성차가 발생할 수도 있기 때문에 근본적인 원인에 대한 분석 없이 여성의 정신건강을 논하기 어렵다. 그동안 많은 연구자들이 유병률의 성차 연구에 내재되어 있는 잠재적 오류를 밝히려고 시도하였고, 그 중 몇몇 연구자들은 잠재적 오류의 원인으로 젠더 편향을 제안하였다. 또한 정신장애와 그 진단은 개인의 생물학적, 심리적 특성뿐만 아니라 개인이 속한 사회와 문화의 영향을 받기 마련이다. 그 중 젠더 불평등과 여성 고유의 위험요인 또한 성차가 나타나는 원인이 될 수 있다. 따라서 본 연구에서는 정신장애 유병률의 성차에 영향을 미치는 원인으로, 젠더 편향 및 젠더 불평등과 여성 고유의 위험요인을 각각 살펴보고자 한다.

### 3. 정신건강 관련분야에서 젠더 편향

위디거(Widiger)와 스피처(Spitzer)(1991)는 젠더 편향을 개인의 성(性)과 관련된 기대치로부터 체계적 이탈이라고 정의했다. 이러한 젠더 편향에 대한 다양한 원인이 제기된 바 있다. 위디거(1998)는 그 원인으로 역학 연구에서 특정 장애를 가진 사람에 대한 표집의 편향, 진단적 구성개념의 편향, 진단기준 자체의 편향, 진단 역치의 편향, 진단기준 적용의 편향, 평가도구의 편향 등을 들었다. 본 연구에서는 젠더 편향의 원인 가운데 여성의 정신건강에 대한 이해를 넓히는데 기여할 것으로 생각되는 원인들, 즉 진단 구성개념 및 진단기준 자체의 편향, 진단 역치의 편향, 그리고 진단기준 적용의 편향을 차례로 살펴볼 것이다.

## 1) 진단 구성개념 및 진단기준 자체의 편향

진단기준은 젠더 중립적인 것이 가장 이상적이다. 하지만 특정 장애가 남녀에 따라 다르게 표현된다거나 젠더와 관련된 부적응적 행동을 포함하고 있다면 젠더 중립성을 확보하기 어렵다(Hartung & Widiger, 1998). 여성의 인권과 지위가 이전보다 향상되었다고는 하나, 전형적인 남성성을 사회적으로 더 바람직하게 여기고 가치 있게 생각하는 전통이 아직까지 남아있다. 케플란(Kaplan, 1983)은 정신건강 관련 분야에서 처음으로 젠더 편향의 이슈를 제기했으며, DSM 진단 분류 체계에 대한 그녀의 비판은 정신건강 관련 전문가 집단에 큰 반향을 일으켰다. 그녀는 성역할 고정관념에 과도하게 동조한 여성이 병리적인 것으로 간주되고 있을 뿐만 아니라(Chesler, 1972), 진단기준은 대체로 남성들에 의해 만들어졌으며 따라서 DSM 진단기준에는 어떤 행동이 건강하고 어떤 행동이 비정상적인지에 관한 남성 중심의 가정(masculine-biased assumptions)이 포함되어 있다고 비판하였다. 그녀는 젠더 편향을 나타내는 대표적인 진단으로 연극성 성격장애와 의존성 성격장애를 꼽았다. 그 이후 스코돌과 벤더(Skodol & Bender, 2003)는 경계선 성격장애를 추가했으나 경계선 성격장애의 경우 진단 구성개념이나 진단기준 자체보다는 표집에서 젠더 편향이 있는 것으로 결론을 내렸다.

젠더 편향의 문제가 빈번하게 제기되는 대표적인 장애 중 하나가 연극성 성격장애(histrionic personality disorder)이다. 연극성 성격장애는 히스테리(Hysteria)에서 유래된 진단 중 하나로, 젠더 중립적인 특성과는 거리가 먼 기원을 가지고 있다. 고대 그리스에서는 자궁(uterus)이 몸 안에서 비정상적으로 움직이기 때문에 히스테리가 발생한다고 생각하였고, 히스테리라는 용어도 '자궁'을 뜻하는 그리스어 'hystera'에서 유래하였다. 그리스에서 히스테리는 여성에게서만 발생하는 장애였으며,

중세에서는 악마나 귀신에 썩인 결과로 간주되었다. 19세기 말 샤르코(Charcot)은 히스테리에 관한 과학적 연구를 시작하였는데, 그는 히스테리 증상이란 신경학적으로 증명할 수 있는 전반적인 또는 미세한 병리가 없음에도 불구하고 신경계의 유전적 퇴행과정이 나타나는 것이라 정의하였다. 이후에, 히스테리란 진단명은 '혼란되어 있으나 정신병 증상은 없고 정신과 치료를 받으러 스스로 내원한 여성들'에게 부적절하게 적용되곤 하였다(Lerner, 1974). 실제로 히스테리가 무엇인지에 관한 상당한 혼란과 의견 불일치가 있었으나 두 가지 측면에서는 확실한 것 같다. 첫째, 정서적 불안정, 순진무구함(näiveté), 의존성, 유치함 등을 포함하고 있는, 경멸적인 의미를 지닌 진단명이었던 것, 둘째, 여성적인 스타일을 함축하고 있는 진단이었다는 것이다(Howell, 1981). 심지어 케플란(1983)은 DSM-III(APA, 1980)의 연극성 성격장애의 기준대로라면 "건강한 여성도 자동으로 연극성 성격장애 진단을 받을 것이다"라고 비판하기도 하였다. 이러한 비판에 대해 위디거와 스피처(1991)는 진단기준이 부적응적 특성, 예컨대 과도하게 신체적 매력에 관심을 가져야 한다고 기술하고 있기 때문에 우려하는 그런 일이 일어나지 않을 것이라고 반박했지만 얼마나 신체적 매력을 이용해야 부적응적인지에 대한 기준은 불분명하다.

오늘날 여성의 사회적 지위와 건강한 여성의 개념은 30여 년 전에 비하면 달라졌지만 여전히 그 잔재가 남아있다. 그 당시 치료자들이 가지고 있던 건강한 여성의 기준을 살펴보면 성역할에 대한 고정관념과 편견이 얼마나 지배적이었는지, 그리고 연극성 성격장애의 진단기준과 얼마나 유사한지를 느낄 수 있다.

건강한 여성은 더 복종적이고, 덜 독립적이고, 덜 모험적이며, 더 쉽게 영향을 받고, 덜 공격적이고, 덜 경쟁적이며, 사소한 위기에도 흥분을 잘 하

고, 쉽게 마음의 상처를 입고, 더 감정적이며, 자신의 외모에 더 우쭐하고, 객관성이 부족하고, 수학과 과학을 싫어한다는 측면에서 건강한 남성(따라서 건강한 성인)과 다르다(Broverman, et al., 1970: 4).

여성이 이러한 성역할 고정관념에 지나치게 순응하면 건강하지 못한 성인으로 간주되고 여성의 성역할 고정관념에 동조하지 않고 남성에게 기대된 방식으로 행동하면 건강하지 못한 여성으로 간주되는 상황에 놓이게 되는데, 이러한 이중구속 자체가 여성의 정신건강에 해롭다고 볼 수 있다(Kaplan, 1983).

히스테리에 관한 전통의 영향으로, DSM-IV(APA, 1994)의 연극성 성격장애의 진단기준(〈표 2〉 참조) 중 일부, 예컨대 급격한 감정변화를 보이거나 관심을 끌기 위해 지속적으로 신체적 외모를 이용하는 것, 성적으로 유혹적인 행동을 하는 것과 같은 기준은 성역할과 관련된 고정관념을 반영한다. 사실 이러한 진단기준은 남성과 여성에게 똑같이 적용할 수 있도록 DSM-III-R(APA, 1987)로부터 개정된 것이었지만 여전히 젠더 편향을 내포하고 있다. 어떤 측면에서 DSM-IV는 DSM-III-R 보다 더 심각한 문제를 안고 있는데, 진단 항목에서 더 이상 행동이 과도하거나 부적응적이어야 한다는 조건을 요구하지 않기 때문이다. 그 단적인 예로 '자기에 대한 관심을 끌기 위해 지속적으로 신체 외모를 사용한다'는 기준은 반드시 부적응적이라고 볼 수 없다. 매일 화장을 하는 것은 자신에 대한 관심을 끌기 위해 지속적으로 신체 외모를 이용하는 것이라 할 수 있지만 정신병리와는 상관이 없으며, 오늘날 많은 정상적인 여성들이 신체적 매력을 증가시키고 자신에 대한 관심을 끌기 위해 매일같이 화장을 한다(Hartung & Widiger, 1998).

이러한 진단 구성개념과 진단기준 자체에 내포된 젠더 편향은 임상가들의 진단이나 판단과정에 영향을 미칠 수 있다. 임상장면에서 연극



성 성격장애가 여성에게 더 빈번하게 진단되었으나 구조화된 진단면접과 같은 엄격한 평가도구를 이용한 일부 연구에서 남녀간 유병률이 유사하다는 결과(APA, 1994)는 진단기준을 적용할 때의 편향을 반영하는 증거이기도 하다.

〈표 2〉 연극성 성격장애의 진단기준(APA, 1994)

<p>과도한 정서성과 관심 끌기의 행동이 생활전반에 걸쳐 나타나며, 이러한 특성이 초기 성인기에 시작하여 다양한 상황에서 다음 중 5개 이상 나타난다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 자신이 관심의 초점이 되지 못하는 상황에서 불편감을 느낀다.</li> <li>(2) 타인과의 상호작용이 흔히 부적절하게 성적으로 유혹적이거나 도발적인 행동을 특징적으로 나타낸다.</li> <li>(3) 급격한 감정변화와 피상적 표현을 보인다.</li> <li>(4) 자기에 대한 관심을 끌기 위해 지속적으로 신체 외모를 사용한다.</li> <li>(5) 지나치게 인상적으로 말하면서 구체적인 내용이 없는 대화 양식을 가지고 있다.</li> <li>(6) 자기 연극화(self-dramatization), 연극조(theatricality) 및 과장된 감정표현을 보인다.</li> <li>(7) 피암시성이 높다(예: 타인이나 환경에 쉽게 영향을 받는다).</li> <li>(8) 대인관계를 실제보다 더 친밀하다고 여긴다.</li> </ol>
--

의존성 성격장애(dependent personality disorder) 또한 여성에게 더 빈번한 문제로, 의존성 또는 사회지향성(sociotropy)은 우울증 삽화의 발달에 중요한 성격적 소인이기 때문에 여성의 우울증 치료에 중요한 의미를 가진다. 일반적으로 여성은 남성에 비해 의존적이라는 생각이 지배적이며, 이러한 생각은 젠더 차이에 관한 메타분석에서 검증되었다. 본스타인(Bornstein, 1995)은 젠더 차이에 관한 97편의 연구를 메타

분석한 후, 모든 연령의 여성들은 남성에 비해 객관적인 의존성 검사에서 일관성 있게 더 높은 점수를 받는다고 결론을 내렸다. 의존성이 병적으로 표현될 때 그 개인은 의존성 성격장애로 진단되는데, 의존성 성격장애는 젠더 편향의 문제가 빈번하게 제기되는 장애 중의 하나이다.

의존성 성격장애의 진단기준은 <표 3>에 제시되어 있으며, 보호받고 싶은 과도한 욕구로 인하여 복종적이고 매달리는 행동과 이별에의 두려움이 생활전반에 걸쳐 나타나는 것이 그 핵심증상이다. 의존적인 사람은 안정감을 얻고 이를 유지하기 위해 타인에게 강하게 의지하고 타인이 제공하는 욕구 충족을 상실할까봐 두려워서 분노를 표현하는데 어려움을 가진다. 그런 사람에게 이별이나 거부, 대인관계의 상실은 특히 스트레스가 되고, 사회적 상황에서 지각된 상실이나 거부에 대한 반응으로 우울을 나타내기 쉽다(Blatt & Zuroff, 1992). 의존적인 성격 특성은 확신을 얻고자 하는 과도한 욕구의 표현을 통해 친밀하고 지지적인 관계를 불안정하게 만들고 우울증의 발병에 기여한다. 그러나 그 반대의 설명 또한 가능하다. 즉, 관계가 불안정하여 정서적 불안정성과 병리적 태도가 발생할 수 있다는 것이다(Widiger & Anderson, 2003). 친밀한 관계에서 불안전감이나 불확실한 미래를 경험한 사람은 상대로부터 확신을 얻고자 시도하고 의존적으로 행동하기 쉽다.

〈표 3〉 의존성 성격장애의 진단기준(APA, 1994)

<p>보호받고 싶은 과도한 욕구로 인하여 복종적이고 매달리는 행동과 이별에의 두려움이 생활전반에 걸쳐 나타나며, 이러한 성격특성은 초기 성인기에 시작하여 다양한 상황에서 다음 중 5개 이상 나타난다.</p> <p>(1) 타인으로부터 과도한 충고와 확신을 얻지 못하면 일상적인 일도 결정 내리지 못한다.</p> <p>(2) 인생의 매우 중요한 영역까지도 떠맡길 수 있는 타인을 필요로 한다.</p> <p>(3) 지지와 인정을 잃을 것에 대한 두려움 때문에 타인에게 반대 의견을 말하기 어렵다.</p> <p>(4) 혼자 힘으로 과제를 시작하거나 수행하기 어렵다(동기나 활력이 부족해서라기보다는 판단이나 능력에 대한 자신감이 부족하기 때문임).</p> <p>(5) 타인의 보살핌과 지지를 얻기 위해서는 무슨 일이든 다 한다. 심지어 불쾌한 일도 자원해서 한다.</p> <p>(6) 자신을 돌볼 수 없을 거라는 과장된 두려움 때문에 혼자 있으면 불안하거나 무기력해진다.</p> <p>(7) 친밀한 관계가 끝났을 때 필요한 보살핌과 지지를 얻기 위하여 또 다른 관계를 급히 찾는다.</p> <p>(8) 스스로를 돌봐야 하는 상황에 처하게 되는 것에 대한 두려움에 비 현실적으로 집착한다.</p>
---

나약하고 무능한 자아상과 타인을 기쁘게 하기 위한 지나친 욕구는 다양한 대인관계 문제와 부적응을 초래할 수 있다(Overholser, 1996). 의존적인 사람들은 때때로 파트너 선택에 있어 무분별하며, 신뢰하거나 의지할 수 없고 심지어 학대하는 상대와 빠르고 강렬한 관계를 맺는다. 이러한 건강하지 않은 관계에 대한 책임을 여성에게 전가할 수 있으며, 자칫 잘못하면 의존성 성격장애의 진단이 여성을 비난하는데 사용될 수도 있다.

의존성 성격장애의 진단기준을 면밀하게 살펴보면 주로 사회적 상황과 대인관계에서 약자의 특성이 묘사되고 있음을 알 수 있다. 예컨대, 혼자서는 아무런 의사결정을 내릴 수 없고 과제를 수행할 수 없으며 불쾌한 일도 자원해서 하며 반대의견을 말하기 어려운 등의 기준을 살펴보자. 이러한 기준은 불평등한 상황(사회)에서 종속적인 집단 구성원(여성)을 묘사한 것이라는 평가와 더불어, 이러한 개인에게 의존성 성격장애의 진단을 내림으로써 임상가는 사회를 불공평하다고 하는 대신 개인을 건강하지 못하다고 한다는 비판을 받을 만하다(Kaplan, 1983). 더욱이, 의존성 성격장애의 진단기준은 남성이 의존성을 표현하는 방식이 아니라 여성이 의존성을 표현하는 방식을 포함하고 있다. 예컨대, 의존성 성격장애에서는 집을 유지하거나 자녀를 보살피기 위해 타인에게 의존하는 남성의 의존성이나 배우자와 사별한 후 자신을 돌보기 위해 새로운 배우자를 찾는 남성의 의존성을 언급하지 않는다. 또한 혼자일 때보다 결혼을 했을 때 심리적 장애의 비율이 더 높은 여성과 달리, 결혼했을 때보다 독신일 때 심리적 장애의 비율이 더 높은 남성의 의존성을 언급하지 않는다(Gove, 1972). 즉 여성의 의존성과 마찬가지로, 남성의 의존성이 존재하지만 이는 사회가 지지하고 용인하고 있는 셈이다. 여성의 의존성과 달리, 남성의 의존성은 건강하지 못한 것으로 간주되지 않는다. 케플란(1983)의 비판에 따르면, DSM은 의존성에 대한 세 가지 주요 가정을 하고 있다. 첫째는 의존성에 대해 그것은 건강하지 못하다는 가정이다. 둘째는 여성의 극단적인 의존성의 표현은 단순히 사회와 여성의 관계, 예컨대 사회에서 종속적인 지위가 아니라 여성의 행동적, 심리적 또는 생물학적 역기능을 반영한다는 가정이다. 셋째 가정은 여성이 의존성을 표현하는 것에 대해 임상가가 진단을 내리고 관심을 가지지만 남성의 의존성 표현에 대해서는 그렇지 않다는 것이다.

## 2) 진단 역치의 편향

만일 진단이 여성 또는 남성에게 적용될 때 다른 점수가 사용된다면 이는 진단 역치가 편향된 것이다. 이는 남성과 비교할 때 여성의 성격 특성 또는 행동과 관련된 손상의 정도에 대한 가정이 다르다는 의미로, 동일한 행동이 남성에게 나타났을 때보다 여성에게 나타났을 때 더 병리적으로 평가되는 경향을 말한다.

예컨대, 경계선 성격장애의 진단기준(〈표 4〉 참조)을 남성과 여성 차원에 따라 평정하게 한 연구(Sprock, et al., 1990)에서 경계선 성격장애에 내재되어 있는 젠더 편향을 엿볼 수 있다. 대학생들로 하여금 성격장애의 진단기준이 남성 또는 여성의 특성인지를 분류하게 한 결과, 그들은 부적절하고 강렬한 분노를 제외한 대부분의 경계선 성격장애 진단기준을 좀 더 여성적인 특성으로 평가했으며, 경계선 성격장애 기준의 비정상성에 대한 역치가 남녀에 따라 다르게 나타났다. 예컨대, 부적절하고 강렬한 분노는 남성보다 여성에게 나타났을 때 더 병리적인 것으로 평가되었고, 남성 대학생은 동일한 준거를 충족시키는 남성에 비해 여성을 더 병리적으로 평가하는 경향이 있었다.

임상심리학자로 하여금 경계선 성격장애의 진단기준 또는 몇몇 다른 성격장애와 관련된 손상 및 심리적 고통의 정도를 평가하도록 했을 때 (Funtowicz & Widiger, 1999), 경계선 성격장애 또는 다른 “여성형” 성격장애와 “남성형” 성격장애와 관련된 전반적인 손상에서 유의한 차이는 나타나지 않았으나 남성에게 더 일반적이라고 믿는 성격장애의 경우 사회적, 직업적 손상이 강조되는 반면, 여성에게 더 일반적이라고 믿는 장애의 경우 심리적 고통이 강조되는 경향을 보였다.

〈표 4〉 경계선 성격장애의 진단기준(APA, 1994)

대인관계, 자기상, 그리고 정서의 불안정성과 더불어, 심한 충동성이 생활 전반에 나타나며, 이러한 양상은 초기 성인기에 시작하여 다양한 상황에서 일어나며 다음 중 5개 이상 나타난다.

- (1) 실제적 또는 가상적 유기(abandonment)를 피하기 위한 필사적 노력
- (2) 극단적 이상화와 평가절하가 반복되는 불안정하고 강렬한 대인관계 양식
- (3) 정체감 혼란: 현저하게, 지속적으로 나타나는 불안정한 자기상 또는 자기 지각
- (4) 자신에게 손상을 줄 수 있는 충동성이 적어도 2가지 영역에서 나타난다(예: 낭비, 성 관계, 물질남용, 무모한 운전, 폭식)
- (5) 반복적인 자살행동, 자살 제스처, 자살 위협 또는 자해 행동
- (6) 현저한 기분 변화에 의한 정서의 불안정성(예: 간헐적인 심한 불쾌감, 과민성 또는 불안이 보통 몇 시간 정도 지속되지만 며칠 이상 지속되는 경우는 매우 드뭄)
- (7) 만성적인 공허감
- (8) 부적절하고 강렬한 분노 또는 분노조절 곤란(예: 잦은 분노 폭발, 지속적 분노, 반복적인 몸싸움)
- (9) 스트레스와 관련된 망상적 사고나 심한 해리 증상이 일시적으로 나타난다.

### 3) 진단 기준 적용의 편향

진단을 내리기 위한 개념, 기준 또는 역치가 편향되지 않을지라도, 임상가가 남성보다 여성에게 특정 장애를 더 자주 진단내릴 수 있다. 오래 전부터 환자의 젠더가 심리적 장애의 진단에 미치는 영향을 밝히고자 하는 연구들이 시도되었는데 결론부터 말하자면, 환자의 젠더가

임상적 판단에 영향을 줄 수 있는 것으로 밝혀졌다. 이는 임상가가 가지고 있는 성역할 고정관념이 진단을 내리는 과정에 영향을 미칠 수 있음을 의미한다. 성역할 고정관념이란 성별에 기초한 바람직한 속성이나 행동, 목표, 활동에 관한 사회적 기대를 말한다.

몇몇 연구에서는 임상가들에게 동일한 사례를 성별만 달리하여 제시하고 임상적 진단을 내리도록 하는 방법을 사용해서 사례의 성별이 임상가의 판단에 미치는 영향을 연구하였다. 예컨대 성별과 인종을 달리한 불특정 정신분열병 사례에 대해 진단을 내리도록 했을 때(Loring & Powell, 1988) 남성 정신과의사들은 여성 사례에 대해 우울증 진단을 많이 내린 반면, 여성 정신과의사들은 사례가 남성이든, 여성이든 우울증 진단을 적게 내리는 경향이 있었다. 이러한 결과는 동일한 증상을 가진 남성보다 여성에게 우울증을 발견할 가능성이 높음을 시사한다.

이후, 환자의 젠더에 따라 우울증의 탐지가 달라지는지 좀 더 명확하게 규명하기 위해 임상가의 진단과 표준화된 진단면접 도구를 사용한 진단을 비교하는 연구가 이루어졌다(Potts, Burnam, & Wells, 1991). 그 결과, 임상가들은 남성의 우울증을 과소 탐지하고 여성의 우울증을 과잉 탐지하는 경향을 보였다. 물론 임상가의 판단이 틀렸고 표준화된 진단면접 도구의 진단이 옳다고 말할 수는 없지만, 이러한 결과를 통해 여성의 우울증이 실제보다 부풀려질 가능성이 있음을 알 수 있다.

또 다른 연구(Hamilton, Rothbart, & Dawes, 1986)에서 임상가들은 비록 동일한 히스테리 증상을 보일지라도, 사례가 여성일 때 연극성 성격장애로 진단을 내리는 경향이 더 많았다. 이러한 젠더 편향이 반사회성 성격장애에서는 나타나지 않았는데, 연구자들은 그 이유를 반사회성 성격장애의 경우 행동에 초점이 맞추어져 있는 반면, 연극성 성격장애는 성격특성이 지배적이기 때문인 것으로 설명하였다. 다시 말해, 진단 기준이 모호하게 기술되어 있는 경우 진단을 내릴 때 성 고정관념이나

편향이 더 많이 작용할 수 있다는 의미이다.

또한 임상가가 여성일 때 여성 환자가 경계선 성격장애의 진단을 더 자주 받는 것으로 나타났는데(Morey & Ochoa, 1989; Blashfield & Herkov, 1996), 이는 여성이 여성의 경계선 특성과 행동을 더 수용하지 못한다는 의미가 될 수도 있다.

그렇다면 임상가들은 왜 성별에 따라 진단기준을 다르게 적용하는 것인가? 특정 장애에서 성별에 따라 진단이 달라지는 이유로, 먼저 성 역할의 사회화를 들 수 있다. 사회문화적으로, 여성의 정서표현은 더 허용되는 반면, 남성에게 감정은 나약함의 증거로 간주되므로 남성은 어린 시절부터 감정을 부인하도록 양육된다. 이러한 성역할 사회화의 영향으로 남성은 자신과 비슷한 증상을 가진 여성에 비해 감정을 비롯한 내면의 상태를 적절하게 표현하지 못한다. 예컨대, 남녀가 똑같이 우울하더라도, 남성은 슬픔이나 무기력감을 인정하기 어려우며 감정을 표현하는 대신 알코올 남용이나 반사회적 행동으로 표현하는 경향이 있다(Padgett, 1997).

둘째, 성별에 따라 증상 호소에 차이가 있을 것이라는 임상가의 기대로, 이러한 기대는 진단 과정에 영향을 미칠 수 있다. 임상가들은 여성의 경우 증상 호소가 많은 반면, 남성은 증상 호소가 적을 것이라는 기대를 가지고 있다. 따라서 남성에게는 증상에 대해 질문을 더 적게 할 가능성이 높고, 그 결과, 여성에 비해 남성의 감정이나 증상을 제대로 탐지하지 못하고 특정 심리적 장애를 과소 추정할 수 있다는 것이다(Potts, Burnam, & Wells, 1991).

셋째, 정신장애에 대해 임상가가 가지고 있는 젠더와 관련된 고정관념과 기대에서 그 이유를 찾을 수 있다. 이러한 고정관념과 기대는 임상가의 지각과 사고, 판단에 영향을 미칠 수 있다. 예컨대, 여성들이 더 우울할 것이라는 임상가의 기대는 남성 내담자의 우울 증상을 간과



하는 반면, 여성 내담자의 우울 증상에 초점을 맞출 가능성을 증가시킬 것이고, 임상가가 연극성 성격장애는 여성의 병이라는 고정관념을 가지고 있을 경우 여성 내담자에게 연극성 성격장애의 진단을 더 많이 내릴 것이다. 특히 화려한 화장과 치장으로 멋을 내고 감정표현이 풍부한 여성이라면 연극성 성격장애로 진단될 가능성은 더욱 높아질 것이다. 더욱이, 치료기관을 찾는 사람들의 대다수가 여성이라는 사실은 성별에 대한 임상가의 고정관념이나 기대를 강화할 수 있다.

#### 4. 젠더 불평등과 여성 고유의 위험요인

유전적 소인, 뇌구조와 기능, 주산기 요인, 기질, 부모의 양육, 또래 관계, 사회경제적 수준, 가족 관계 등 수많은 요인이 정신건강과 심리적 장애에 기여하는 것으로 알려져 있으나 개인이 속한 사회문화로부터 받는 영향 또한 간과할 수 없다. 횡문화적 관점에서 보면 정신병리 현상은 문화적 신념과 규범을 포함하는 사회문화적 요인들과 연관이 있으며 사회문화적 배경의 차이가 질병의 양상과 진행에 영향을 미칠 수 있다(Marsella et al., 1973). 특히 젠더 불평등과 여성이기 때문에 경험해야만 하는 고유의 위험요인들은 다양한 정신건강의 문제의 발생과 경과에 직·간접적인 영향을 미칠 수 있다.

여성의 심리적 장애에 영향을 미치는 요인으로 첫째, 우리 사회에서 여성이기 때문에 겪을 수밖에 없는 불평등과 차별을 들 수 있다. 이는 여성으로 하여금 열등한 지위를 경험하게 하고 남성 중심의 전통규범 및 이에 대한 비판과 문제의식 사이에서 갈등과 회의를 느끼도록 하며 여기에서 비롯된 좌절과 불안, 우울, 자신감 저하와 같은 정서적 문제를 야기한다(박경, 2003). 여성의 사회적 지위와 신체적, 정신적 건강

간에는 강한 부적 상관성이 있으며(WHO, 2000), 여성이 경험하는 이러한 불평등과 차별은 리네한(Linehan, 1993)이 언급한 비수인적 환경(invalidating environment)과도 일맥상통하는 측면이 있다. 비수인적 환경은 아동의 사적 경험과 반응이 중요한 타인에게 무시되거나 수용되지 못하는 상황을 의미하는 것으로, 비수인적 환경에서 아동은 자신의 솔직한 의사표현이 중요한 타인(대개 부모)에게 있는 그대로 수용되지 못하거나 중요한 타인이 아동의 감정을 정확하게 지각하였더라도, 그런 감정이 상황에 타당한 반응이 아니라는 피드백을 받게 된다. 더욱이, 자기 통제(self-control)와 자기 신뢰(self-reliance)에 높은 가치를 두는 것이 비수인적 환경의 특징이다. 예컨대, 여성들이 불평등과 차별을 지각하고 이에 대한 감정을 표현했을 때 그런 감정이 무시되거나 그런 감정 자체가 잘못된 것이라는 비난을 반복해서 경험할 경우 나중에는 극단적인 감정 폭발로 이어지고 이는 간헐적으로 강화됨으로써 정서억제와 극단적 감정표현 사이를 오가는 패턴이 발달하게 된다. 즉, 이러한 비수인적 환경에서 성장할 경우 고통을 감내하지 못하고 감정을 조절하지 못하는 문제가 발달할 수 있다. 더욱이, 비수인적 환경이 개인이 가지고 있는 생물학적 취약성과 결합될 경우, 경계선 성격장애처럼 감정조절의 어려움을 보이는 심리적 장애가 발생할 수 있는데, 흥미롭게도 여성에게 유병률이 높은 장애의 주요 증상은 대체로 감정 조절의 어려움이다.

둘째, 여성은 여성 고유의 발달적 이슈들, 예컨대 월경, 임신, 출산, 폐경 등에 직면하는데, 이 역시 여성의 심리적 장애에 영향을 미친다. 출산능력과 관련된 요인들은 여성의 성호르몬을 비롯한 내분비계 활동과 관련이 있으며 이들은 여성의 심리적 장애와 밀접한 관련이 있다. 여성은 성호르몬의 변화가 뚜렷한 기간 동안 우울증과 불안장애를 경험하기 쉬우며(Solomon & Herman, 2009), 월경전 증후군, 월경전 불쾌

기분장애, 산후 우울증, 갱년기 우울증 등이 그 대표적인 예이다. 그러나 성호르몬의 변화뿐만 아니라 이러한 변화에 수반된 심리사회적 요인의 역할 또한 중요하다. 실제로 성호르몬과 스트레스 호르몬의 상호작용이 스트레스 관련 장애에 대한 여성의 취약성에 중요한 역할을 담당하는 것으로 알려져 있으며(Solomon & Herman, 2009) 이는 생물학적 요인 외에, 심리사회적 요인의 중요성을 시사한다. 또한 여성 고유의 경험들 가운데, 낙태나 유방 절제술과 같은 경험은 여성들에게 심리적 충격을 줄 수 있는 사건들이며 이러한 사건들이 심리적 장애로 진행되지 않을지라도, 여성은 심리상담과 같은 도움을 필요로 할 수 있다,

셋째, 결혼과 결혼생활이 남녀의 건강에 차별적인 영향을 미치는 것으로 알려져 있다. 결혼이 남성에게는 이롭지만 여성에게는 이롭지 못하고, 여성은 남성에 비해 결혼을 함으로써 큰 비용과 부담을 치르게 된다(Bernard, 1972; Gove, 1972). 우울증은 여성에게 빈번한 심리적 장애 가운데 하나로, 많은 여성이 실제로 우울하고 사회문화적인 경험이 여성의 우울증에 영향을 미친다는 견해에는 대부분 동의할 것이다. 여기에 한 가지 더 언급하고자 하는 것은, 기혼여성의 경우 여성이 보편적으로 경험하는 대인관계나 환경적 요인들로 인해 우울해질 수 있는데, 이 때 임상가는 사람이 아닌 상황에 우울증 진단을 내리고 있다는 사실이다. 호웰(Howell, 1981: 155)은 그러한 상황의 예를 다음과 같이 묘사하고 있다.

**예 1.** 남성들은 자신의 일을 통해 만족의 주요 근원뿐만 아니라 독립성을 성취하는 반면, 전업 주부이자 어머니인 여성은 남편에게 경제적, 정서적으로 의존적이다. 더욱이 어린 자녀를 두었다면 여성은 가정에 얽매이고 고립되며 좀처럼 만족감을 주지 못하는 집안 허드렛일로 지치게 된다.

예 2. 여성이 직업을 가지고 있더라도, 집안일과 자녀 양육의 책임을 떠맡는 것이 일반적이다. 따라서 신체적 피로감을 흔히 경험하게 된다. 게다가 다양한 역할의 복잡성은 역할 스트레스와 우울 증상을 유발할 수 있다.

예 3. 가족은 아내가 아닌, 남편의 직업에 따라 이사를 하고, 그 결과 여성은 자신의 직장과 친구들을 떠나서 잠시 일을 그만두고 고립된다. 여성이 일자리를 구했을 때 그것은 자신이 원하는 것이 아니고 봉급은 남편에 비해 훨씬 적을 가능성이 높다.

마지막으로, 젠더와 관련된 폭력을 들 수 있다. 가정폭력은 젠더 불평등이 표현된 대표적 사회 현상이며 주된 피해자는 여성과 아동이다. 2007년 전국 가정폭력실태조사(한국보건사회연구원, 2008)에 따르면, 최근 1년간 배우자로부터 폭력을 당한 부부는 40.3%로, 부부 2.5쌍 중 1쌍이 최근 1년간 배우자로부터 폭력을 경험한 것으로 나타났다. 부부폭력 중에서도 심각한 행위로 판단되는 신체적 폭력과 성학대를 살펴보면, 부부간의 신체적 폭력은 11.6%로, 9명중 1명이 신체적 폭력을 경험하고 있었고, 부부간의 성학대는 10.5%(아내의 성학대 3.6%, 남편의 성학대 9.5%)로 10명중 1명이 경험한 것으로 나타났다. 이러한 부부폭력은 직접 피해를 입은 당사자는 물론, 그것을 목격한 자녀들에게까지 부정적인 영향을 미치는 것으로 알려져 있다. 배우자 폭력과 같은 외상 경험은 신체적 증상뿐만 아니라 우울, 불안, 무력감, 낮은 자아존중감 등의 정서적 문제를 유발할 수 있으며, 심지어 우울장애, 외상후 스트레스 장애, 해리성 장애, 물질남용이나 섭식장애, 자살 등과 같은 심각한 후유증을 남길 수 있다(Allen, 2005).

또한 우리 사회에서 힘의 불균형에서 비롯된 신체적, 성적 폭력에 여성들이 취약할 수밖에 없기 때문에 여성들은 다양한 외상으로 인한 심

리적 장애를 겪을 수 있다. 미국의 국가 공병률 조사(Kessler et al., 1994)에서 남성의 61%, 여성의 51%가 적어도 1회 이상의 외상에 노출된 경험이 있었으나 외상후 스트레스 장애의 유병률은 남성 5%에 비해 여성 10.4%로, 여성이 2배나 높았다. 이는 여성이 외상후 스트레스 장애를 유발할 정도로 더 심각한 외상적 사건에 노출되었을 가능성을 시사하는 결과이기도 하다. 일반적으로 외상이 자연재해·사고가 아니라 인간에 의해 유발될수록, 반복적일수록, 예측 불가능할수록, 다각적일수록, 가학적 또는 악의적인 의도가 있을수록, 아동기에 경험할수록, 그리고 보호자에 의해 가해진 것일수록 외상후 스트레스 장애의 증상이 심각하다. 역학 조사에 따르면, 성폭행을 당한 후 약 55%, 아동기 성적, 신체적 학대를 받은 후 약 35%, 신체적 공격을 당한 후 약 17%, 그리고 심한 사고를 당한 후 약 7%가 외상후 스트레스 장애로 진행된다(Zoellner & Maercker, 2006). 젠더와 관련된 폭력들은 주로 인간에 의해 유발되고 가학적이거나 악의적인 의도가 있는 외상으로 분류될 수 있으며, 특히 아동기 성학대는 리네한이 언급한, 대표적인 비수인적 환경이기도 하다.

## 5. 결론

지금까지 여성에게 더 흔한 정신장애의 종류, 유병률의 성차에 기여하는 젠더 편향 및 젠더 불평등과 여성 고유의 위험요인에 대해 살펴보았다. 현재 널리 사용되고 있는 DSM-IV(APA, 1994)에 따라 정신장애를 진단내릴 때 상당수의 장애에서 성차가 엄연하게 존재한다. 이러한 현상의 다양한 원인, 즉 젠더 편향 가능성에 대한 자각, 그리고 우리 사회에 내재되어 있는 젠더 불평등과 여성 고유의 위험요인에 대한 인식은 여

성의 삶과 그들이 겪고 있는 심리적 문제에 대한 이해를 심화시킬 것이다. 또한 2013년 DSM-V가 출판될 예정이라고 하는데, 새로운 진단 구성개념과 진단기준에는 젠더 편향이 반영되지 않기를 기대해본다.

여성이 정신적으로 건강하고 행복하기 위해서는 정신장애가 발생하기 이전에 예방하는 것이 무엇보다 중요하다. 개인차원의 예방 노력도 중요하지만 젠더 불평등과 여성 고유의 위험요인이 여성의 정신건강에 직·간접적으로 영향을 미치는 만큼, 여성의 심리적, 발달적 특성에 대한 심층적인 이해와 더불어, 양성 평등을 향한 사회 구조적인 변화가 필수적이라는 것은 두말할 필요도 없다. 이제 정신건강 관련 분야에서 예방 및 치료적 개입의 방향에 초점을 맞추어 본 연구의 논의를 마무리 짓고자 한다.

앞서 살펴보았듯이 여성은 남성에 비해 우울증, 불안장애, 신체형장애, 섭식장애, 연극성, 의존성 및 경계선 성격장애 등의 유병률이 높고, 실제로 많은 여성이 상담이나 심리치료, 정신과 진료를 받고 있다. 그러나 정신건강 분야의 전문가들, 예컨대 정신과 의사, 임상심리사, 상담심리사 등은 여성들이 겪는 어려움을 주로 개인의 문제에 국한시키고 그 문제의 원인이 여성 자신에게 있다고 보고 개인이 환경에 적응할 수 있도록 돕는 전통적인 접근을 취하고 있다. 이에 대해 남성 지배적 구조 속에서 만들어지고 여성적 가치를 평가절하 하도록 만드는 전통적인 심리치료법으로는 여성 특유의 문제를 해결할 수 없다는 비판이 제기되었다. 즉, 전통적인 심리치료는 문제해결에 도움이 되지 않을 뿐만 아니라 여성의 죄책감을 증가시키고 심리치료에 대한 의존성을 키움으로써 여성의 경제적, 시간적 손실을 초래하고 심리적 의존도를 높인다는 것이다(장연집, 2000).

심리적 장애는 개인 내적인 요인 외에, 심리사회적 발달요인과 사회문화적, 환경적 요인의 영향을 받는다. 따라서 여성의 심리적 장애에

대한 치료적 개입 또한 여성의 개인적 특성이나 여성이 처한 사회문화적 환경까지도 충분히 고려한 접근이 되어야 하며, 여성주의 심리치료가 그 대안이 될 수 있을 것이다. 여성주의 심리치료란 여성주의적 이론과 방법들을 심리치료와 상담에 도입하여 여성 자신에 대한 재발견과 사회현실구조에 대한 재인식을 통해 여성의 경험을 이해하고 성차별로부터 자유로운 접근이라고 정의내릴 수 있다(이지연, 2004). 여성주의 심리치료는 여성이 주체적이고 자율적인 삶을 살아 나갈 수 있도록 단기적으로 여성의 고통 경감, 궁극적으로는 사회정치적인 압력의 경감을 목표로 한다(박경, 2003). 여성주의 심리치료가 여성들의 문제를 깊이 이해하고 이들의 문제해결에 도움이 되는 유용한 접근이라고 할지라도, 우리 사회에 하나의 심리치료 접근으로 정착하기 위해서는 몇 가지 과제가 해결되어야 할 것이다.

첫째, 여성주의 심리치료는 심리치료나 상담은 가치중립적이라는 내담자의 기대와 상충되기 때문에, 페미니스트가 아닌 여성 내담자들은 여성주의 심리치료자를 만나는 것을 꺼리고 이에 대한 적극적인 반감을 보이는 것으로 나타났다(Lewis et al., 1983). 물론 이와 상반된 연구결과도 있지만 여성주의 심리치료에 대한 내담자들의 거부감에 대해 인식하고 이를 변화시키기 위한 노력이 필요하다.

둘째, 여성주의 심리치료를 제공하거나 적어도 여성주의 관점에서 여성 내담자를 이해하려는 치료자의 양성과 관련된 과제이다. 페미니즘에서 출발하여 치료자가 된 경우는 정신병리학이나 심리학, 심리치료에 대한 지식이 부족한 반면, 정신건강 관련 분야의 전문가들은 페미니즘이나 양성평등모델에 대한 이해가 부족하다. 실제로 정신건강 분야의 전문가가 되기 위한 수련과정에 양성평등 모델이나 여성주의 심리치료에 대한 훈련과정이 거의 없다고 해도 과언이 아니다. 여성주의 심리치료를 제대로 수행하기 위해서는 정신건강 관련 분야의 전문지식과 더불어

어, 페미니즘이나 양성평등모델에 대한 이해가 모두 필요하다. 예컨대, 성폭력 생존자를 상담하는 실무자들의 경우 상당한 스트레스와 심리적 어려움을 경험하고, 특히 신체적, 정서적 소진과 대리적 외상후 스트레스 장애를 더 많이 겪는 것으로 나타났다(Little & Hamby, 1996). 또한 상담자 자신이 아동기나 청소년기에 신체적, 성적 학대를 경험한 경우, 내담자의 문제를 이해할 때 경계를 유지하지 못하고 객관성을 잃는 역전이 반응을 나타내기 쉽다(Enns, 1997). 따라서 여성 특유의 문제를 다루는 치료사의 교육 및 훈련 과정에 치료자로서 자질과 전문성을 함양할 수 있는 체계적인 프로그램이 필요하며, 정신건강 관련 분야의 수련과정에도 양성평등 모델이나 여성주의 심리치료에 대한 교육이 포함되어야 할 것이다.

셋째, 지금까지 여성주의 심리치료는 여성주의 철학과 사회적인 행동을 강조하는 입장으로(박경, 2003), 체계적으로 확립된 심리치료 이론과 경험적 타당성을 검증한 연구가 부족하다. 일부 심리학자들은 기존의 심리치료 이론을 여성주의 관점과 통합한 접근을 제안하기도 했다. 예컨대, 장연집(2000)은 신경언어프로그램(Neuro Linguistic Programming, NLP)과 다양한 표현예술 심리치료를 혼합한 프로그램 모형이 적합하다고 제안하였고 박경(2003)은 게슈탈트치료와 인지행동치료가 유용할 것이라 제안하였다. 하지만 이러한 치료적 접근은 후속 연구를 통해 경험적 타당성이 검증되지 못하였다. 여성주의 심리치료가 체계적으로 검증된 치료적 접근이 되기 위해서는 근거중심의 심리치료(evidence-based psychotherapy)의 맥락에서 과학적이고 객관적인 검증이 이루어져야 한다. 예컨대, 여성의 특정 문제에 대해 여성주의 심리치료의 효과가 검증되어야 하며, 이때 어떠한 치료적 요소가 포함되어야 하는지에 대한 규명 또한 필요하다. 이러한 과학적이고 객관적인 연구 방법을 사용해서 여성주의 심리치료의 효과를 검증하고 그 결과를 토대로 내담자에게



가장 효과적인 개입을 제공할 수 있어야 한다. 이러한 시도들이 여성주의 심리치료가 실제적이고 이론적으로 우리 사회에 정착하는 방안이 될 수 있으며 궁극적으로 내담자인 여성들이 양질의 서비스와 혜택을 받는 데 기여할 것이다.

(원고접수: 2010. 4. 30 게재확정: 2010. 5. 20)

## 참고문헌

- 박경(2003), “여성정신건강과 여성주의 치료의 방향”, 『한국여성학』, 19, 215-243쪽.
- 이정균·변영학(1987), “한국정신장애의 역학적 조사연구(VII)”, 『신경정신의학』, 16, 1-19쪽.
- 이지연(2004), “여성주의 상담의 적용실제와 방향”, 『한국심리학회지: 상담 및 심리치료』, 16, 773-791쪽.
- 이혜련(1992), “사춘기의 여성심리”, 『신경정신의학』, 31, 3-8쪽.
- 장연집(2000), “여성주의 심리치료”, 『여성건강』, 1, 13-29쪽.
- 한국보건사회연구원(2008), 『2007년 전국 가정폭력실태조사』, 여성가족부.
- 황원준·정용균·김종주(1995), “정신과 처음 내원한 환자의 6개월 후 추적 조사”, 『신경정신의학』, 34, 59-69쪽.
- Allen, J. G.(2005), *Coping with Trauma*, 『트라우마의 치유』, 권정혜 외 옮김, 서울: 학지사, 2010.
- American Psychiatry Association(1980), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd ed(DSM-III). Washington, DC,

- American Psychiatric Association,  
\_\_\_\_\_(1987), *Diagnostic and Statistical  
Manual of Mental Disorders*, 3rd ed, revised(DSM-III-R).  
Washington, DC, American Psychiatric Association.
- \_\_\_\_\_(1994), *Diagnostic and Statistical  
Manual of Mental Disorders*, 4th ed(DSM-IV). Washington, DC,  
American Psychiatric Association.
- Bernard, J.(1972), *The future of marriage*, New York: Bantam Books.
- Blashfield, R. K. and M. J. Herkov(1996), "Investigating clinician  
adherence to diagnosis by criteria: A replication of Morey and  
Ochoa(1989)", *Journal of Personality Disorder*, 10, pp.219-228.
- Blatt, S. J. and D. Zuroff(1992), "Interpersonal relatedness and  
self-definition: Two prototypes for depression", *Clinical Psychology  
Review*, 12, pp.527-562.
- Bornstein, R. F. (1995), "Sex difference in objective and projective  
dependency tests: A meta-analytic review", *Assessment*, 2,  
pp.319-331.
- Broverman, I. K., D. M. Broverman, F. E. Clarkson, P. S.  
Rosencrantz and S. R. Vogel(1970), "Sex-role stereotypes and  
clinical judgements of mental health", *Journal of Consulting and  
Clinical Psychology*, 34, pp.1-7.
- Chesler, P. (1972), *Women and madness*, New York: Avon Books.
- Douki, S., S. B. Zineb and U. Halbreich(2007), "Women's mental  
health in the Muslim world: Cultural, religious, and social  
issues", *Journal of Affective Disorder*, 102, pp.177-189.
- Enns, C. Z.(1997), *Feminist theories and feminist psychotherapies*,

New York: The Haworth Press, Inc.

- Funtowicz, M. N. and T. A. Widiger(1999), "Sex bias in the diagnosis of personality disorders: An evaluation of the DSM-IV criteria", *Journal of Abnormal Psychology*, 108, pp.195-201.
- Gove, W. R.(1972), "The relationship between sex roles, mental illness and marital status", *Social Forces*, 51, pp.34-44.
- Hamilton, S., M. Rothbart and R. M. Dawes(1986), "Sex bias, diagnosis, and DSM-III", *Sex Roles*, 15(5/6), pp.269-274.
- Hartung, C. M. and T. A. Widiger(1998), "Gender differences in the diagnosis of mental disorders: Conclusions and controversies of the DSM-IV", *Psychological Bulletin*, 123(3), pp.260-278.
- Howell, E.(1981), "The influence of gender on diagnosis and psychopathology", In E. Howell and M. Bayes(Ed.), *Women and Mental Health*, New York: Basic Books Inc., pp.153-159.
- Kaplan, M.(1983), "A woman's view of DSM-III", *American Psychologist*, 28, pp.786-792.
- Kessler, R. C., K. A. McGonagle, S. Zhao, C. B. Nelson, M. Hughes, S. Eshleman, H. Wittchen and K. S. Kendler(1994), "Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States", *Archives of General Psychiatry*, 51, pp.8-19.
- Lerner, H.(1974), "The hysterical personality: A "women's disease"", *Comprehensive Psychiatry*, 15, pp.157-164.
- Lewis, K. N., C. S. Davis and R. Lesmeister(1983), "Pretherapy information: An investigation of client responses", *Journal of Counseling Psychology*, 30, pp.108-112.

- Linehan, M. M.(1993), "*Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*", New York: Guilford Press.
- Little, L. and S. L. Hamby(1996), "Impact of a clinician's sexual abuse history, gender, and theoretical orientation issues related to childhood sexual abuse", *Professional Psychology: Research and Practice*, 27, pp.617-625.
- Loring, M. and B. Powell(1988), "Gender, race, and DSM-III: A study of the objectivity of psychiatric diagnostic behavior", *Journal of Health and Social Behavior*, 29, pp.1-22.
- Marsella, J. A., J. D. Kinzie and P. Gordon(1973), "Ethnic variations in the expressions of depression", *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 4, pp.435-458.
- Morey, L. C. and E. Ochoa(1989), "An investigation of adherence to diagnostic criteria: Clinical diagnosis of DSM-III personality disorder", *Journal of Personality Disorder*, 3, pp.180-192.
- Overholser, J. C.(1996), "The dependent personality and interpersonal problems", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, pp.8-16.
- Padgett, D. K.(1997), "Women's mental health: Some directions for research", *American Journal of Orthopsychiatry*, 67(4), pp.522-534.
- Potts, M. K., M. A. Burnam and K. B. Wells(1991), "Gender differences in depression detection: A comparison of clinician diagnosis and standardized assessment", *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(4), pp.609-615.
- Rhodes, A. E., P. N. Goering, T. To and J. I. Williams(2002), "Gender and outpatient mental health service use," *Social Science and Medicine*, 54, pp.1-10.

- Skodol, A. E. and D. S. Bender(2003), "Why are women diagnosed borderline more than men?," *Psychiatric Quarterly*, 74, pp.349-360.
- Solomon, M. B. and J. P. Herman(2009), "Sex differences in psychopathology: Of gonads, adrenals and mental illness", *Physiology and Behavior*, 97, pp.250-258.
- Sprock, J., R. K. Blashfield and B. Smith(1990), "Gender weighting of DSM-III-R personality disorder criteria," *American Journal of Psychiatry*, 147, pp.586-590.
- Widiger, T. A.(1998), "Sex biases in the diagnosis of personality disorder", *Journal of Personality Disorders*, 12, pp.95-118.
- Widiger, T. A. and K. G. Anderson(2003), "Personality and depression in women", *Journal of Affective Disorders*, 74, pp.59-66.
- Widiger, T. A. and R. L. Spitzer(1991), "Sex bias in the diagnosis of personality disorders: Conceptual and methodological issues", *Clinical Psychology Review*, 11, pp.1-22.
- World Health Organization(1998), *The World Health Report: Executive Summary*, WHO: Geneva.
- \_\_\_\_\_ (2000), *Women's mental health: An evidence based-review*, WHO: Geneva.
- Zoellner, T. and A. Maercker(2006), "Posttraumatic growth in clinical psychology: A critical review and introduction of a two component model", *Clinical Psychology Review*, 26, pp.626-653.

〈Abstract〉

## Overview of Women's Mental Health: Gender Bias and Gender-specific Risk Factors

Yun-Kyeung Choi

DSM-IV(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition; APA, 1994) states that depressive disorder, anxiety disorder, somatoform disorder, eating disorder, histrionic, dependent and borderline personality disorder are more prevalent among women than among men. This study reviews the possible causes of gender bias such as biased diagnostic constructs or criteria, biased diagnostic thresholds, and biased application of criteria. And this paper describes gender inequality and a series of gender-specific risk factors, which significantly contribute to triggering mental disorders in females, or to worsen their course and treatment outcome. Special attention needs to be given to addressing mental health issues among women. Feminist psychotherapy and counseling are discussed as an alternative to the traditional approach to therapy.

**Key Words:** gender bias, gender inequality, mental health, hysteria,  
feminist psychotherapy