동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 14. No. 1, 2003

긴장성 두통 및 불면을 주소로 입원한 환자의 간이정신진단검사(SCL-90-R)의 진단별 특성

김경옥* · 심상민 · 구병수
동국대학교 한의과대학 신경정신과학교실

Symptom Checklist-90-Revision(SCL-90-R) in Inpatients on Tension headache and Insomnia

Kyeong-Ok Kim, Sang-Min Shim, Byung-Soo Koo
Dept. of Neuropsychiatry, College of Oriental Medicine Dong Guk Unversity, Seoul, Korea

SCL-90-R is a multidimensional self-report symptom inventory devoloped by Derogatis and his coworkers. Since it was standardized into Korean version in 1978 by Won and Kim et al., but it has been rarely studies for the clinical groups

Objectives : This study sought to define a diagnotic character of SCL-90-R of tension headache and insomnia inpatients groups.

Methods : We determined a diagnotic character of 17 tension headache and 23 insomnia patients by means of SCL-90-R, and compared with normal groups in order to characterize subscale of SCL-90-R in patients with tension headache and insomnia from Neurasthenia.

Results : 1. Male tension headache group has significant difference in Somatization and Depression subscales, female group in Somatization, Obsessive-Compulsive, Depression and Hostility subscales.

2. Female insomnia group has significant difference in Anxiety subscale. Although there are a little significiant, many subscales such as Somatization, Obsessive-Compulsive, Depression and Hostility are higher than normal group.

3. There are significant difference in GSI and PDSI of Global index, which means that we use that for objestive index of tension headache and insomnia from Neurasthenia.

Conclusions : All of these results show that SCL-90-R is useful inventory to characterize and screening for Neurasthenia.

Key Words : SCL-90-R, tension headache, insomnia, neurasthenia.

교신저자 : 김경옥, 서울특별시 강남구 논현동 37-21 동국대학교 강남한방병원 신경정신과
Tel. 02-3416-9796 · 9634, E-Mail : avecinok@hanmail.net

Ⅰ. 緖 論

흔히 긴장성 두통과 불면증은 환자들이 스스로 우울하다거나 신경병이라고 호소하는 경우에 동반되는 증상으로, 기질적인 원인보다는 심리적인 원인이 더 많은 것으로 알려져 있다[1].

한의학에서는 심리적인 원인으로 인해 나타나는 이와 유사한 증상을 울증의 개념으로 인식하고 있다. 특히 鬱狀態(depressive episode)의 초기 증상에서 긴장성 두통과 불면증을 경험하게 된다[2].

현재 정신과적 질환에 있어 그 증상이나 행동평가 척도의 방법으로 간이정신진단검사(Symptom Checklist-90-Revision, 이하 SCL-90-R로 약칭함)가 널리 쓰이고 있다[3]. 간이정신진단검사는 Derogatis 등[4-6]에 의해 개발된 '自己報告式多次元症狀目錄'(multidimensional self-report symptom inventory) 검사이다. 자기보고식 검사방법은 관찰자가 공유할 수 없는 환자의 주관적 경험을 제공해 주며, 전문적인 도움을 필요로 하는 사람을 가려주는 일차원적인 도구 사용될 수 있어 정신과 임상에서 심리검사 battery의 일환으로 널리 사용되고 있다.

SCL-90-R의 기원은 'Cornell 의학지수'[7]로부터 시작되어 Hopkins Symptom Checklist(HSCL)[8,9]에서 비교적 신뢰성을 갖추었으며, Derogatis 등[4]의 연구를 통해 현재의 것(SCL-90-R)로 발전하였다[10-12].

그러나 SCL-90-R은 임상실제와 연구에 적합한 검사로 개발된 기간이 짧아 아직은 임상적용에 관한 연구가 많지 않다. 하지만 공인타당도에 대한 Derogatis 등[13]의 연구와 준거와 관련된 Derogatis 등[11]의 타당도 연구 및 Craig와 Abeloff의 연구[14]와 Weissmam 등의 연구[15]를 통해 볼 때 SCL-90-R에 대한 타당도는 모두 긍정적인 결과를 보이고 있다.

한국에서의 SCL-90-R에 대한 연구는 金光日 등이 한국판 표준화를 위한 예비적 연구로 SCL-90-R을 번역해서 정상인 420명을 대상으로 성별, 학력별, 연령별, 도시와 농촌간의 차을 검증해서 잠정적인 規準을 마련했으며[16], 元鎬澤이 내적 합치도방법에 의해 신뢰도를 검증한 연구[17]가 있는 정도이다.

본 연구는 한방신경정신과에서 치료받는 두통 및 불면증 환자의 한의학적 치료에서 진단 및 변화의 객관적 판단기준이 미비함을 인지하고, 두통 및 불면을 주소로 입원한 환자에게 SCL-90-R의 진단적 양상을 제시하고 진단적 감별력 혹은 임상적인 예민성을 확인하며, 이후 증상의 변화 및 치료결과에 대한 객관적인 기준을 제공하려는데 그 목적을 두었다

Ⅱ. 硏究 對象 및 方法

1. 연구대상

1) 임상집단

본 연구는 2002년 5월 1일부터 2003년 4월 30일까지 동국대학교 강남한방병원 신경정신과에 입원한 환자중 ICD-10의 신경쇠약증(F48.0)으로 진단 분류할 수 있는 긴장성 두통 환자 17명과 불면증 환자 23명을 대상으로 하였다[18].

긴장성 두통은 국제두통학회(IHS)의 기준에 의해 분류된 것[19]으로 기질적이나 대사적 질환의 배경없이 비박동성의 압박이나 조이는 것 같은 두통이 양측에서 발견되며, 일상 생활에 의해 악화되지 않는 중등도의 통증으로 입원한 환자를 대상으로 하였으며, 不眠患者는 1시간 이상의 入眠障碍나 2시간 미만의 수면중 스스로 淺眠이라 생각하는 환자를 대상으로 하였다.

2) 정상집단

상기한 임상집단과 비교할 정상집단으로는 중앙적성연구소에서 작성한 '簡易精神診斷檢査 實施要綱'[20]에 나타난 고등학생남녀, 대학생남녀 및 일반인남녀의 6개 집단으로 총 4,205명의 결과를 그대로 사용하였다(Table 1, 2, 3, 4).

Table 1. 正常集團의 分布

집단 / 성	고등학생	대학생	일반인	계
남	894	525	636	2,055
여	1,013	561	576	2,150
계	1,907	1,086	1,212	4,205

Table 2. 一般人集團의 年齡分布

연령 / 성	19세이하	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45세이상	계
남	1	103	156	96	79	63	137	636
여	4	176	118	86	50	57	85	576
계	5	279	274	182	129	120	222	1,211

Table 3. 一般人集團의 學歷分布

학력 / 성	초등졸이하	초등졸	중졸	고졸	대졸	계
남	3	51	97	300	182	633
여	0	71	102	274	112	559
계	3	122	199	574	294	1,192

Table 4. 一般人集團의 地域分布

지역 / 성	도시	농촌	계
남	447	166	613
여	450	81	531
계	897	247	1,144

2. 방법

SCL-90-R의 검사실시는 입원환자가 입원수속을 마친 당일 저녁시간을 이용하여 실시하였으며, 주위 환자와 가족에서 떨어진 곳에서, 충분한 조명 하에서 실시되었으며, 실시시간은 20분에서 30분정도 소요되었다.

검사 결과는 중앙적성연구소에서 개발한 프로그램을 이용하여 답안지를 9개 척도별로 채점하고, 이를 실시요강의 규준표에 의거하여 Raw score로 전환한 후 척도별 및 전체지표에 대한 평균과 표준편차를 산출하였다.

분석 파라미터는 다음과 같다.

1) 9개 증상차원(Symptom Dimension)

-신체화척도(Somatization, SOM) : 자율신경계의 영향하에 있는 순환기, 소화기, 호흡기 및 기타 기관의 장애와 두통, 동통 등의 증상을 나타내고 있다.

-강박증 척도(Obsessive-Compulsive, O-C) : 강박장애의 증상을 드러내는 것으로 자신은 원치 않는데도 어쩔 수 없이 되풀이하게 되는 사고, 충동, 행동 등을 반영한다.

-대인예민성 척도(Interpersonal Sensitivity, I-S) : 타인과의 관계에서 나타나는 불편감, 부적합감, 열등감 등을 잰다.

-우울척도(Depression, DEP) : 기분이나 감정

이 저조해지고 매사에 흥미가 없어지고 의욕이 없고, 절망감, 자살에 대한 생각 등 임상적으로 우울증의 증상과 일치되는 증상들이 포함된다.

-불안척도(Anxiety, ANX) : 신경과민, 긴장, 초조, 두려움 및 불안과 관련되는 신체적 증상으로 이루어져 있다.

-적대감 척도(Hostility, HOS) : 분노, 공격성, 자극과민성, 울분 등 부정적 정서상태를 내포하는 사고, 감정, 행동을 반영한다.

-공포불안 척도(Phobic Anxiety, PHOB) : 광장공포증의 정의와 일치하는 것으로 특정한 사람, 장소, 상황에 대해 지속적이고도 불합리한 두려움이 생겨 회피행동을 하게 되는 상태를 평가한다.

-편집증 척도(Paranoid Ideation, PAR) : 편집증적 사고를 재려는 것으로 투사적 사고, 적대감, 의심, 망상 등을 반영하는 내용을 담고 있다.

-정신증 척도(Psychoticism, PSY) : 가벼운 대인관계에서의 疏遠으로부터 정신병의 증상에 이르는 비교적 넓은 영역의 증상을 나타내고 있다. 즉, 고립되어 있고, 철수적인 분열성적 생활양식과 정신분열증의 일급증상 가운데 4개를 포함시키고 있다.

2) 3개 전체지표(Global Index)

-전체심도 지수(Global Severity Index, GSI) : 각 문항에서 1점 이상에 평정한 점수의 합계(grand total)를 총 문항수(90)으로 나눈 점수로 현재의 장애의 수준 혹은 심도(depth)를 나타낸다.

-표출증상 합계(Positive Symptom Test, PST) : 증상의 수, 즉 1점 이상 평정된 문항수이다.

-표출증상 심도 지수(Positive Symptom Distress Index, PSDI) : 각 문항에서 1점 이상에 평정한 점수의 합계(grand total)를 1점 이상에 평정된 문항수(PST)로 나눈 점수로 순수한 장애의 강도(pure intensity)를 나타낸다.

3. 통계처리

먼저 임상집단에서 측정한 각 측정치에 대한 Mean±Standard deviation을 구하였다. 이후 통계학적 분석은 SPSS 10.0K windows용으로 하였고, 일원배치분산분석, 독립표본 T검정을 실시하였다. 모든 분석 결과는 $p\text{-value}<0.05$의 차이를 유의한 것으로 간주하였다.

III. 結 果

1. 정상집단 평균 및 표준편차

고등학생, 대학생 및 일반인으로 구분하였으며, 성별에 따라 작성된 실시요강의 자료를 이용하였다(Table 5, 6).

Table 5.
정상집단의 증상차원별 평균 및 표준편차

	대학생				일반인			
	남자(525)		여자(561)		남자(636)		여자(576)	
	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차
신 체 화	9.23	6.84	10.92	7.32	8.84	6.96	12.61	7.68
강 박 증	13.20	6.70	14.10	6.30	11.0	6.40	12.5	6.40
대인예민성	10.17	5.67	11.07	5.58	8.01	5.58	9.27	5.58
우 울	14.30	9.10	17.29	8.90	12.35	8.71	15.08	8.84
불 안	8.80	6.50	10.90	7.10	7.40	6.40	9.30	6.60
적 대 감	5.34	4.44	5.40	4.20	4.74	4.38	4.86	3.78
공 포 불 안	3.57	3.57	4.13	3.65	2.66	3.29	3.85	3.68
편 집 증	3.84	5.40	5.40	5.40	4.44	3.66	4.68	3.60
정 신 증	8.40	6.20	9.30	6.50	6.10	5.90	7.20	5.70

Table 6.
정상집단의 전체지수의 평균 및 표준편차

	대학생				일반인			
	남자(525)		여자(561)		남자(636)		여자(576)	
	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차
GSI	0.93	0.55	1.06	0.55	0.79	0.53	0.95	0.51
PDSI	1.60	0.47	1.64	0.46	1.52	0.46	1.62	0.46
PST	50.14	20.61	55.04	18.64	43.72	21.39	50.56	19.18

2. 임상집단

1) 환자 분포

긴장성 두통 환자는 17명으로 성별 분포는 남자가 4例(23.5%), 여자가 13例(76.5%)였으며, 연령별 분포는 30대가 5例(29.4%)로 가장 많았다.

또한 불면 환자는 23명으로 성별 분포는 남자가 1例(4.3%), 여자가 22例(95.7%)였으며, 연령별 분포에서는 60대가 7例(30.4%)로 가장 많았다 (Table 7)

Table 7. 性•年齡別 환자분포

연령	긴장성 두통 환자			불면 환자		
	남(male)	여(female)	합계(%)	남(male)	여(female)	합계(%)
20-29	1	3	4(23.5)	·	1	1(4.3)
30-39	1	4	5(29.4)	·	2	2(8.7)
40-49	1	3	4(23.5)	·	6	6(26.1)
50-59	1	1	2(11.8)	·	2	2(8.7)
60-69	·	2	2(11.8)	1	6	7(30.4)
70-79	·	·	·	·	5	5(21.7)
합계(%)	4(23.5)	13(76.5)	17(100.0)	1(4.3)	22(95.7)	23(100.0)

2) 긴장성 두통 환자

9개 증상차원에서 남자 환자는 신체화척도, 우울척도에서, 여자 환자는 신체화척도, 강박증척도, 우울척도, 적대감척도에서 유의성 있게 상승되어 있다. 또한 3개 전체지표에서는 남녀 환자 모두 전체심도지수(GSI)와 표출증상심도지수 (PDSI)가 유의성 있게 상승되어 있다(Table 8). 이것은 긴장성 두통은 신체화척도와 우울척도의 상승이 동반되어 나타나며, 환자의 주관적 통증이 일정수준 이상으로 심도와 강도로 객관화될 수 있음을 의미한다.

Table 8. 긴장형 두통환자의 평균 및 표준편차

	Male		Female	
	Normal Group (N=636)	Patient Group (N=4)	Normal Group (N=576)	Patient Group (N=13)
신 체 화	8.84±6.96	20.00± 7.69*	12.61±7.68	23.04±10.64*
강 박 증	11.00±6.40	12.63±10.19	12.50±6.40	18.04± 6.08*
대인예민성	8.01±5.58	9.38± 9.94	9.27±5.58	13.00± 6.29
우 울	12.35±8.71	19.25± 6.90*	15.08±8.84	26.81±10.99*
불 안	7.40±6.40	13.00±16.27	9.30±6.60	16.66±10.44
적 대 감	4.74±4.38	5.38± 4.42	4.86±3.78	11.80± 5.15*
공 포 불 안	2.66±3.29	1.83± 1.67	3.85±3.68	7.29± 6.64
편 집 증	4.44±3.66	5.43± 7.41	4.68±3.60	7.85± 4.72
정 신 증	6.10±5.90	6.00± 6.48	7.20±5.70	11.00± 4.69
G S I	0.79±0.53	1.09± 0.60*	0.95±0.51	1.58± 0.53*
P D S I	1.52±0.46	2.30± 0.75*	1.62±0.46	2.08± 0.44*
P S T	43.72±21.39	43.00±17.51	50.56±19.18	66.54±15.11

1) Statistical significances were tested by one way analysis of variances among groups.
2) value represent Mean ± SD * : Significantly different from the Normal group at $p < 0.05$

3) 불면증 환자

9개 증상차원에서 여자 환자는 불안 척도에서 유의성 있게 상승되어 있으며, 신체화척도, 강박증척도, 우울척도 및 적대감 척도 등 전반적으로 상승되었다. 또한 3개 전체지표에서 GSI, PDSI에서 유의성 있게 상승되어 있다(Table 9). 이것은 불면증은 불안척도의 상승으로 표현되지만, 전체적으로는 신체적인 증상처럼 그 강도와 심도에 대하여 객관화 될 수 있음을 의미한다.

Table 9. 불면 환자의 평균 및 표준편차

	Male		Female	
	Normal Group (N=636)	Patient Group (N=1)	Normal Group (N=576)	Patient Group (N=22)
신 체 화	8.84±6.96	20.09	12.61±7.68	18.32±12.30
강 박 증	11.00±6.40	29.22	12.50±6.40	16.82± 9.95
대인예민성	8.01±5.58	28.14	9.27±5.58	11.05± 5.43
우 울	12.35±8.71	37.99	15.08±8.84	21.68±11.36
불 안	7.40±6.40	26.06	9.30±6.60	16.57±10.23*
적 대 감	4.74±4.38	11.03	4.86±3.78	6.58± 5.16
공 포 불 안	2.66±3.29	19.97	3.85±3.68	7.04± 6.83
편 집 증	4.44±3.66	12.98	4.68±3.60	5.33± 3.47
정 신 증	6.10±5.90	23.5	7.20±5.70	8.08± 5.85
G S I	0.79±0.53	2.52	0.95±0.51	1.33± 0.63*
P D S I	1.52±0.46	2.70	1.62±0.46	2.20± 0.75*
P S T	43.72±21.39	84.00	50.56±19.18	54.91±16.55

) Statistical significances were tested by one way analysis of variances among groups.

2) value represent Mean ± SD

* : Significantly different from the Normal group at $p < 0.05$

Ⅳ. 考 察

신경쇠약증은 아주 다양한 징후나 증상을 보이는 만성적 허약과 피로, 동통(ache)과 통증(pain), 범불안이나 신경과민이 가장 흔하게 알려져 있으며, 동반되는 증상으로 근육통, 어지러움, 긴장성 두통, 수면장애, 이자극성 등이 있다[21].

ICD-10[18]에서는 증상이 문화적 차이가 크며 서로 중복되지만 두 가지의 주된 유형이 있다고 보고 있다. 첫째는 정신적 탈진 후에 나타나는 상당한 피로의 호소이며, 흔히 작업수행이나 일상 생활에서의 대처능력이 다소 저하되는 것이며, 둘째는 최소한의 탈진 후 몸의 기운이 없고 극도로 지쳐있다는 느낌이 있으며, 근육이 쑤시고 아프다는 느낌을 동반하는 것이다.

頭痛은 환자들이 가장 흔하게 호소하는 증상중의 하나로, 頭痛이란 말은 넓은 의미로는 머리 위의 온갖 종류의 疼痛을 의미하나 실제로는 좁은 의미로 不愉快한 感覺에 局限하는 것이 보통이다[22]. 현대 의학적으로 頭痛은 1962년 발표된 미국국립보건연구소(NIH)의 15종류의 분류[23]와 1988년 발표된 국제두통학회(IHS)의 세분된 분류법이 혼용되어 쓰이고 있다. 임상에서는 긴장성 두통과 편두통이 대부분을 차지하고 있다[19,24].

한의학에서 頭는 "天谷", "精明之府"이라 하며,

一身의 元神을 所藏한 形臟이며, 腦를 所藏한다[2]. 또 "諸陽之會, 淸陽之府"로써 五臟의 精華之血과 六腑의 淸陽之氣가 모두 여기에 모이게 되므로 밖으로 風邪가 巔頂을 犯하거나 안으로 勞倦, 七情, 飮食 등으로 損傷을 받아 氣血이 逆亂하게 되면 淸陽이 閉塞되고 脈絡이 阻滯되어 氣血運行이 圓滑치 못하게 되어 頭痛을 일으키는 것으로 보고 있다[25].

睡眠障碍 중 不眠症은 가장 흔하며 유병율은 국내에서는 정확한 보고가 없으나 북미, 유럽 및 호주에서 실시한 역학조사에 의하면 약 35.2%의 유병율을 보이며, 노인 및 여성에서 보다 더 흔하다[26].

西洋醫學的으로 不眠은 睡眠發生時期에 따라 잠을 이루기 힘든 難眠, 깊은 熟眠을 못하면 淺眠, 睡眠時間이 짧은 短眠, 공연히 자주 깨는 頻覺 등으로 나눌 수 있으며[27], 양상에 따라 잠들기 힘든 入眠障碍, 中途覺醒이 많아지거나 꿈이 많아서 깊이 잠들 수 없는 熟眠障碍, 아침 일찍 깨어 그 후에는 다시 잠들지 못하는 早朝覺醒 등으로 나눌 수 있다[2]. 원인에 따라 內因性과 外因性으로 나눌 수 있으나, 크게는 뚜렷한 身體的·精神科的 원인 없이 발생되는 原發性 不眠症과 다른 질환이나 상태에서 二次的으로 나타나는 二次性 不眠症으로 大別할 수 있다. 原發性 不眠症은 身體的·精神科的 원인이 뚜렷하지 않지만, 흔히 抑壓이 많고 完璧主義 性向이 강한 强迫的 性格의 사람들이 睡眠이 자기 뜻대로 조절되지 않을 때, 睡眠時間이 가까울수록 精神生理的 緊張과 覺醒이 높아지면서 不眠症으로 이행하게 되는 것이다[21].

精神障碍와 연관된 不眠症으로 대표적인 것은 主要憂鬱症이며, 急性期 精神分裂病 및 기타 恐慌障碍를 비롯한 不安障碍와 酒酊中毒 등에서도 많이 나타난다. 身體疾患도 不眠症을 誘發할 수 있는데, 睡眠을 방해하는 身體疾患들로는 장염, 위식도 역류 등의 소화기질환이나 睡眠 無呼吸症, 慢性閉鎖性 疾患, 喘息 등의 호흡기질환, 관절염이나 편두통과 같은 痛症疾患과 熱病, 가려움증, 心血關係疾患, 泌尿器疾患 등이 있다[2,21].

신경쇠약증에서의 긴장성 두통은 스트레스나 심리적인 긴장에 따라 두개 주위의 전두부나 측두부 혹은 후두부의 근육수축으로 발생되는 것으로 "머리가 짓눌린다", "머리에 띠를 두른 것 같다", "띵 하다", "무겁다", "집중이 안 된다", "어지럽다", "지끈거린다", "터질 것 같다" 등의 다양한 증상을 호소한다. 대부분의 경우 한참 신경을 많이 쓰는 시간대에 심해지는 경향을 보이며, 구역감이나 구토, 소화장애 등의 자율신경계 동반증상이 뚜렷하지 않다. 睡眠은 입면시 그리고 수면 중간 단계에 장해되는 경우가 많으나, 수면과다증도 두드러지게 나타날 수 있다[1].

신경쇠약증은 자신들이 우울증을, 신경증을 앓고 있는 것으로 묘사되는 수가 많다[21].

한의학적으로는 이와 유사한 개념을 鬱症으로 표현하였는데[28], 鬱에 대하여 ≪素問·至眞要大論≫에 "鬱者 結而不舒也"[29]라 하여 鬱은 氣機가 울체되어 발월하지 못함으로써 유발되는 인체의 기능적 장애를 말하였고, 이후 "鬱結也 凡滯而不通者 皆謂之鬱"[30], "結聚而不得發越也", "病結不散"[31]으로 정의되어 있으며, 黃[2]은 "抑鬱되고 沈鬱한 정신상태로 인하여 모든 생리기능이 沈滯되는 현상이니, 발산시킬 수 없는 欲求不滿이나 지속되는 憂愁, 지나친 思慮나 悲嘆 등이 원인이 되는 수가 많다"고 하였다.

鬱症의 원인에 대해 朱[30]는 "七情之邪鬱 或寒熱之交侵 九氣之怫鬱 或雨濕之侵凌 或酒漿之積聚" 등을 설명하였고, 徐[32]는 "七情不舒遂成鬱結"이라 하였으며, 趙[33]는 情志不舒 氣機結聚로 인하여 鬱이 된다 하였고, 張[34]은 情志不舒와 氣機鬱滯로 인한다고 하였으며, 黃[2]은 思慮過度나 失意, 悲嘆 등 精神的인 衝擊과 欲求不滿 등의 정신적인 요인으로 인한다고 하였다. 즉 鬱은 情志不舒와 七情所傷이 중요한 원인이 된다.

鬱症의 症狀은 情緖的인 面에서 氣分이 항상 憂鬱하고 사람을 싫어한다든지 精神의 抑鬱感이 나타나며 身體症狀으로는 四肢無力이나 食慾不振, 食不化 혹은 呑酸, 嘈雜, 心下痞悶, 胸悶 혹은 胸痛 등이 나타나며, 頭痛이나 睡眠障碍를 나타내기도 한다[2,27].

자기 보고식 검사는 정신의학적 진단이나 면담의 보조수단으로 개발되어 발전하여 온 심리검사의 한 종류이다[16, 21]. 이런 검사중 증상 평가 척도(Symptom check list)는 협조할 수 있는 환자

를 관찰하여야 할 때, 환자에게 증상 체크리스트에 자신이 평가할 결과를 기입하게 하는 방법이다[21]. 또한 자기 보고식 검사가 임상방면에서 사용되기 위해서는 첫째 짧은 시간에 실시할 수 있어야 하며(20-30분), 둘째 비전문가에 의해서도 실시 가능하며, 셋째 신경정신과 환자의 증상을 광범위하게 포괄할 수 있어야만 한다[16].

SCL-90-R은 환자 자신이 관찰자가 공유할 수 없는 주관적 경험을 제공해 주며, 전문적인 도움을 필요로 하는 사람을 가려주는 일차원적인 도구로서 사용할 수 있는 조건을 갖춘 자기 보고식 검사로 정신과 임상에서 심리검사 battery의 일환으로 널리 사용되고 있다[3]. 현재 정신과적 질환에 있어 증상이나 행동평가 척도의 방법으로 SCL-90-R이 널리 쓰이고 있다[3]. 간이정신진단검사는 Derogatis 등에 의해 개발된 '自己報告式多次元症狀目錄'(multidimensional self-report symptom inventory) 검사이다[3].

SCL-90-R의 기원은 'Cornell 의학지수'[7]에서 시작되었다. Parloff 등이 CMI로부터 일단의 증상과 Lorr의 평가척도로부터 12개의 문항을 각각 선정해서 심리치료의 효과를 측정할 수 있는 'Discomfort Scale'을 만든데 이는 Frank 등이 이 척도를 41개 문항으로 된 신뢰성 있는 검사로 개량하는데 노력하였으며, Lipman 등 및 Uhlenhuth 등이 향정신약물사용의 효과를 측정하는 'Symptom Distress Checklist'로 확대시켰으며,그 후 Lipman 등 및 Derogatis 등의 연구를 거쳐 SCL-90-R의 전신인 Hopkins Symptom Checklist(HSCL)에 이르러 비교적 신뢰성 있고 타당한 검사로 발전되어 왔는데, HSCL에 이르러 비교적 신뢰롭고 타당한 검사로 정착되었다. HSCL은 원인분석을 통해 밝혀진 5개의 증상차원 - 신체화, 강박증, 대인민감성, 우울 및 불안 - 58문항으로 구성되어 있고 4단계평정을 하게 되어 있다[8-12].

Derogatis 등[4]은 우울증에 대한 연구를 통해 HSCL의 5개의 기본증상차원의 항상성(constancy)의 높음을 인정하였으나 HSCL이 첫째, 순전히 연구용 도구로서 개인환자에게 사용토록 발전되지 못했고, 둘째, 포함되어 있는 5개 증상차원이 정신과환자의 증상을 충분히 포괄하고 있지 못하며, 셋째, 5개증상차원을 구성하고 있는 실제문항수가 5개기본증상차원이 내포하고 있는 구성개념을 제대로 측정하지 못했고, 넷째, 환자의 주관적인 보고와 비교해 볼 수 있는 임상가의 평가척도가 없다는 점 등이 이 검사의 한계로 지적되고 있다[20].

이러한 결함을 보충하기 위해서 Derogatis 등은 연구나 임상실제에서 유용성이 큰 검사로 개정하는 작업을 했는데, 기존의 문항 중 일부를 빼고 자신들이 정의한 HSCL의 5개 기본증상차원의 핵심문항에 45개의 새로운 문항을 첨가하여 9개증상차원, 90개문항으로 된 현재의 것으로 발전시켰다[20].

SCL-90-R에서는 이전 검사의 4단계평정방법을 5단계평정방법으로 바꾸었고 다른 유용성의 한계를 인식하고, 전체심도지수(GSI), 표출증상심도지수(PDSI) 및 표출증상합계(PST) 등 3개 '전체지표'와 53개 문항으로 된 단축형(The Brief Symptom Inventory, BSI), 임상가가 9개기본증상을 포함하여 17개항목에 걸쳐 7단계평정을 하게 되어 있는 Hopkins정신의학평정척도(The Hopkins Psychiatric Rating Scale, HPRS) 등 새로운 문항을 첨가하여 9개척도 90문항으로된 현재의 SCL-90-R로 발전하였다[20].

SCL-90-R에 대한 타당도에 관한 연구들은 모두 긍정적인 결과를 보이고 있다[35]. 먼저 공인타당도에 대한 Derogatis 등의 연구[13]를 보면, MMPI와 직접 비교할 수 없는 강박증을 제외하고는 SCL-90-R의 9개 척도 모두 MMPI의 같은 구성 개성을 가진 문항들과 높은 상관성을 보였다. 또한 준거와 관련된 타당도 연구에서 Derogatis 등[11]은 암환자와 이들을 치료하는 의사의 심리적 증상평가간에 높은 일치도를 보였으며, Craig와 Abeloff의 연구[14]와 Weissmam 등의 연구[15]를 통해 SCL-90-R이 임상적인 변별력을 지녔음을 보고하였다.

이 검사는 90개의 문항으로 구성되어 있는데, 83개 문항은 9개 症狀次元으로 분류 채점되고 나머지 7개 문항은 채점되지 않는다. 9개 증상차원은 身體化尺度, 强迫症尺度, 對人銳敏性(敏感性)尺度, 憂鬱症尺度, 不安尺度, 敵對感尺度, 恐怖不安尺度, 偏執症尺度 및 精神症尺度로 되어 있다.

또한 3가지의 전체지표-전체심도 지수, 표출증상 지수, 표출증상 심도 지수-를 통해 환자의 임상 양상을 평가하고 있다.

신체화 척도(Somatization)는 순환기 소화기 호흡기 등 자율신경계통의 영향하에 있는 기관에 대한 증상으로 "머리가 아프다" "숨쉬기 거북하다" 등의 12개의 문항으로 구성되어 있다(Table 10). 김 등[3]의 연구에 의하면 남자는 불안장애집단, 우울증집단, 정신불열증집단, 신체형장애집단, 간질집단의 순으로 임상집단 모두에서 정상집단과 유의미한 차를 보였으며, 여자는 신체형장애집단, 우울증집단만이 정상집단과 유의미한 차를 보였다.

Table 10.
신체화 척도(Somatization) 문항

문항번호	문항내용
1	머리가 아프다.
4	어지럽거나 현기증이 난다.
12	가슴이나 심장이 아프다.
27	허리가 아프다.
40	구역질이 나거나 게운다.
42	근육통 또는 신경통이 있다.
48	숨쉬기가 거북하다.
49	목이 화끈거리거나 찰 때(냉할 때)가 있다.
52	몸의 일부가 저리거나 찌릿찌릿하다.
53	목에 무슨 덩어리가 걸린 것 같다.
56	몸의 어느 부위가 힘이 없다.
58	팔다리가 묵직하다.

강박증 척도(Obsessive-Compulsive)는 强迫神經症의 증상과 일치하는 것으로 "쓸 데 없는 생각이 머리에서 떠나지 않는다" "매사를 확인해야만 마음이 놓인다" 등의 9개 문항으로 되어 있다. 이 증상들은 환자들이 원치 않는데도 불구하고 어떤 생각이나 충동, 행동이 어쩔 수 없이 되풀이 되는 특성을 지닌다(Table 11). 김 등[3]의 연구에 의하면 남자는 정신분열증집단, 불안장애집단, 우울증집단에서, 여자는 우울증집단, 정신분열증집단에서 정상집단과 유의미한 차를 보였다.

Table 11.
강박증 척도(Obsessive-Compulsive) 문항

문항번호	문항내용
3	쓸데없는 생각이 머리에서 떠나지 않는다.
9	기억력이 좋지 않다.
10	조심성이 없어서 걱정이다.
28	하고자 하는 일이 뜻대로 안되고 막히는 기분이다.
38	매사에 정확을 기하느라고 일을 제때에 해내지 못한다.
45	매사에 확인하고 또 확인하고 해야만 마음이 놓인다.
46	결단력이 부족하다.
51	마음속이 텅 빈 것 같다.
55	주의 집중이 잘 안 되는 것 같다.
65	만지고 셈하고 씻고 하는 것과 같은 행동을 반복하게 된다.

대인예민성(민감성) 척도(Interpersonal Sensitivity)는 다른 사람과 비교해서 불적합감 열등감을 나타낸다. "내가 남보다 못한 것 같다" "쉽게 기분이 상한다" 등 9개 문항으로 되어 있다(Table 12). 김 등[3]의 연구에 의하면 남녀 모두 전신분열증 집단에서만 정상집단과 유의미한 차를 보였다.

Table 12.
대인예민성 척도(Interpersonal Sensitivity) 문항

문항번호	문항내용
6	다른 사람들이 못마땅하게 보인다.
21	이성을 대하면 어색하거나 부끄럽다.
34	쉽게 기분이 상한다.
36	다른 사람들이 나를 이해 못하는 것 같다.
37	다른 사람들이 나를 싫어하거나 나에게 불친절하다고 느낀다.
41	내가 남보다 못한 것 같다(열등감을 느낀다).
61	남들이 나를 쳐다보거나 나에 관한 이야기를 할 때는 거북해진다.
69	다른 사람과 함께 있을 때는 나의 언행에 신경을 쓰게 된다.
73	여러 사람이 있는 곳에서 먹고 마시기가 거북하다.

우울증척도(Depression)는 기분이나 감정이 저조되어 있고 매사에 흥미를 잃고 의욕이 없어지고 희망을 잃은 상태를 나타내는 것으로 우울증 환자의 증상과 일치한다. "죽고싶은 생각이 든다" "자책을 잘한다" 등 13개 문항으로 구성되어 있다(Table 13). 김 등[3]의 연구에 의하면 남자는 우울증집단, 정신분열증집단, 불안장애집단에서, 여자는 우울증집단, 정신분열증집단에서 정상집단과 유의미한 차를 보였다.

Table 13. 우울증 척도(Depression) 문항

문항번호	문항내용
5	성욕이 감퇴되었다.
14	기운이 없고 침체된 기분이다.
15	죽고 싶은 생각이 든다.
20	울기를 잘 한다.
22	어떤 함정에 빠져 헤어날 수 없는 기분이 든다.
26	자책을 잘한다.
29	외롭다.
30	기분이 울적하다.
31	매사에 걱정이 많다.
32	매사에 관심과 흥미가 없다.
54	장래가 희망이 없는 것 같다.
71	매사가 힘들다.
79	허무한 느낌이 든다.

불안척도(Anxiety)는 긴장 또는 초조 신경 과민 등의 증상과 불안할 때 나타나는 신체적 증상으로 되어 있다. "심장이 마구 뛴다" "신경이 예민하고 마음의 안정이 안된다" 등 10개 문항으로 되어 있다(Table 14). 김 등[3]의 연구에 의하면 남자는 불안장애집단, 정신분열집단, 우울증집단에서, 여자는 불안장애집단, 우울증집단, 정신분열증집단, 신체형장애집단에서 정상집단과 유의미한 차가 있었다.

Table 14. 불안척도(Anxiety) 문항

문항번호	문항내용
2	신경이 예민하고 마음의 안정이 안 된다.
17	몸이나 마음이 떨린다.
23	별 이유 없이 깜짝 놀란다.
33	두려운 느낌이 든다.
39	심장(가슴)이 마구 뛴다.
57	긴장이 된다.
72	공포에 휩싸이는 때가 있다.
78	안절부절해서 가만히 앉아 있을 수가 없다.
80	낯익은 것들도 생소하거나 비현실적인 것처럼 느낀다.
86	무슨 일이든 조급해서 안절부절못한다.

적대감 척도(Hostility)는 분노 적대감을 나타내는 감정 생각 및 행동으로 "무엇을 때려 부수고 싶은 충동이 생긴다" "잘 다툰다" 등 6개 문항으로 되어 있다(Table 15). 김 등[3]의 연구에 의하면 남자는 정신분열증집단, 여자는 우울증집단에서 정상집단과 유의미한 차를 보였다.

Table 15. 적대감 척도(Hostility) 문항

문항번호	문항내용
11	사소한 일에도 짜증이 난다.
24	자신도 걷잡을 수 없이 울화가 터진다.
63	누구를 때리거나 해치고 싶은 충동이 생긴다.
67	무엇을 때려부수고 싶은 충동이 생긴다.
74	잘 다툰다.
81	고함을 지르거나 물건을 내 던진다.

공포불안 척도(Phobic Anxiety)는 특정한 사람 장소 및 상황에 대해서 지속적이고도 불합리한 두려움이 생겨서 회피적 행동을 하게되는 상태 즉 광장공포증의 정의와 일치하는 것으로 "넓은 장소나 거리에 나가면 무섭다" "혼자서 집을 나서기가 두렵다" 등 7개 문항으로 되어있다(Table

16). 김 등[3]의 연구에 의하면 남자는 정신분열증 집단, 불안장애집단에서, 여자는 불안장애집단, 정신분열증집단, 신체형장애집단에서 정상집단과 유의미한 차를 보였다.

Table 16.
공포불안 척도(Phobic Anxiety) 문항

문항번호	문항내용
13	넓은 장소나 거리에 나가면 두렵다.
25	혼자서 집을 나서기가 두렵다.
47	자동차나 기차를 타기가 두렵다.
50	어떤 물건이나 장소 혹은 행위가 겁이 나서 피해야 했다.
70	시장이나 극장처럼 사람이 많이 모인 곳에 가면 거북하다.
75	혼자 있으면 마음이 안 놓이거나 두렵다.
82	사람들 앞에서 쓰러질까봐 걱정한다.

편집증척도(Paranoid Ideation)는 편집증적 사고를 재려는 것으로 의심, 투사적 사고, 적대감 및 망상을 내용으로 "다른 사람들이 나를 비난하는 것 같다" "다른 사람들이 나를 감시하거나 나에 관해서 쑥덕거리는 것 같다" 등 6개 문항으로 되어있다(Table 17). 김 등[3]의 연구에 의하면 남녀 모두 정신분열증집단에서 정상집단과 유의미한 차를 보였다.

Table 17.
편집증 척도(Paranoid Ideation) 문항

문항번호	문항내용
8	다른 사람들이 나를 비난하는 것 같다.
18	사람들이란 믿을 것이 못된다는 생각이 든다.
43	다른 사람들이 나를 감시하거나 나에 관해서 쑥덕거리는 것 같다.
68	다른 사람에게는 없는 생각이나 신념을 갖고 있다.
76	다른 사람들이 내 공로를 인정하지 않는다.
83	그냥 놓아두면 사람들에게 내가 이용당할 것 같다.

정신증척도(Psychoticism)는 가벼운 대인관계에서의 疏遠으로부터 정신병의 증상에 이르는 비교적 넓은 영역의 증상을 나타내고 있는데, 고립적이고 撤收的인 경향이 두드러지는 정신분열적 성격 특성과 Schneider가 제창한 정신분열증의 일급증상[37] 가운데 4개를 포함하는 10개의 문항으로 되어있다(Table 18). 김 등[3]의 연구에 의하면 남녀 모두 정신분열증집단, 우울증집단에서 정상적인 집단과 유의한 차를 보였다.

Table 18. 정신증 척도(Psychoticism) 문항

문항번호	문항내용
7	누가 내 생각을 조정하는 것 같다.
16	다른 사람은 듣지 못하는 헛소리가 들린다.
35	나의 사사로운 생각을 남이 아는 것 같다.
62	내가 생각하는 것이 내 생각 같지 않다.
77	사람들과 함께 있을 때에도 고독을 느낀다.
84	성문제로 고민한다.
85	내 죄 때문에 벌을 받아야 한다.
87	내 몸 어딘가가 병들었다고 생각한다.
88	늘 남과 동떨어져 있는 느낌이다.
90	내 마음 어딘가 이상하다고 생각한다.

부가적 문항(Additional Items)은 9개의 증상차원에 포함되어 있지 않고 독립적으로 채점되지 않으나, 실제로는 여러 차원에 부하되어 있어 임상적으로는 매우 중요한 의미를 가지고 있다. 예를 들어, 우울증척도 점수가 높은 경우라도 '입맛이 없다', '새벽에 일찍 잠이 깬다' 등이 포함될 때와 그렇지 않은 때의 의미는 다르리라는 것이다. 따라서 부가적문항들은 단순한 접수에 의한 의미보다는 전체적인 윤곽 혹은 형태(configuration)속에서 사용하도록 되어 있는 것이다

Table 19. 부가적 문항(Additional Items) 문항

문항번호	문항내용
19	입맛이 없다.
44	잠들기가 어렵다.
59	죽음에 대한 생각을 한다.
60	과식한다.
64	새벽에 일찍 잠이 깬다.
66	잠을 설친다.
89	죄를 지었거나 잘못을 저질렀다고 느낀다.

전체심도 지수(GSI)는 각 문항에서 1점 이상에 평정한 점수의 합계(grand total)를 총 문항수(90)으로 나눈 점수로 현재의 장애의 수준 혹은 심도(depth)를 나타낸다.

표출증상 합계(PST)는 증상의 수, 즉 1점 이상 평정된 문항수이다.

표출증상 심도 지수(PSDI) 는 각 문항에서 1점 이상에 평정한 점수의 합계(grand total)를 1점 이상에 평정된 문항수(PST)로 나눈 점수로 순수한 장애의 강도(pure intensity)를 나타낸다. PSDI는 환자가 증상을 증가시키거나 감소시키는지의 반응양식(response style)을 밝혀준다.

3개의 전체지표는 심리적 장애의 가기 다른 측면을 반영하고 있으며[38], GSI와 함께 반응양식(PSDI)과 증상의 수(PST)를 알면 환자의 임상상(clinical picture)을 평가하는데 매우 도움이 되는 것으로 알려져 있다.

긴장성 두통의 환자 17례에 SCL-90-R을 실시하였을 때, 9개 증상차원에서 남자환자는 신체화척도와 우울척도에서, 여자환자는 신체화척도, 강박증척도, 우울척도, 적대감척도에서 유이성 있는 차이를 보였다. 이는 김 등에 의해 제시된 SCL-90-R의 해석지침에 나타난 양상- 신체화 단독상승이나 신체화-강박증척도 상승, 불안-불안공포척도 상승, 신체화-우울척도 상승, 신체화-공포불안척도 동반상승 - 과 비슷한 양상을 보임을 알 수 있다. 따라서, 신경쇠약에 의해 나타나는 긴장성 두통은 신체화척도의 단독 상승이나 신체화척도와 심리적척도의 동반상승형태를 확인할 수 있으며, 3개 전체지표에서 정상인보다 GSI와 PDSI의 상승으로 표현될 수 있다.

또한 불면증 환자의 경우에는 9개 증상차원에서 불안척도의 유의미한 차이가 드러났으며, 신체화척도, 강박척도, 우울척도 및 적대감척도 등의 전반적인 상승도 관찰되었다. 이는 김 등[36]에 의해 제시된 SCL-90-R의 해석지침에 나타난 양상 - 불안척도, 편집척도, 신체화척도, 우울척도의 단독 상승이나 불안-편집척도의 동반상승 - 과 비슷한 양상을 보임을 알 수 있다. 따라서 신경쇠약에 의해 나타나는 불면증은 불안척도의 상승이나 불안-우울척도 혹은 불안-편집척도의 동반상승의 형태를 확인할 수 있으며, 3개 전체지표에서 역시 GSI와 PDSI의 상승으로 표현될 수 있다.

이상에서 보면 김 등에 의해 제시된 SCL-90-R의 진단별 특성[3]의 결과에서처럼 신경증집단에서는 그 집단의 임상적 특성이라고 할 수 있는 척도에서만 유의미한 차이를 보이는 결과와 일치하고 있어 SCL-90-R을 이후 증상의 변화에 따라 실시하여 9개 증상차원과 3개 전체지표의 상승 또는 하강에 대한 비교를 통하여 치료의 효과에 대하여 객관적으로 접근할 수 있을 것으로 판단된다.

V. 結 論

본 연구는 2002년 5월 1일부터 2003년 4월 30일까지 동국대학교 강남한방병원 신경정신과에 입원중인 신경쇠약 환자 중 긴장성 두통환자 17例와 불면증환자 22例에 SCL-90-R의 양상을 정상집단과 비교하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 긴장성 두통은 남자환자는 신체화척도와 우울척도에서, 여자환자는 신체화척도, 강박증척도, 우울척도, 적대감척도에서 유이성 있는 차이가 확인되었다.

2. 불면증은 불안척도의 유의미한 차이가 있었으며, 신체화척도, 강박척도, 우울척도 및 적대감척도 등의 전반적인 상승이 관찰되었다.

3. 3개 전체지표에서 GSI와 PDSI의 유의성 있는 차이가 있었으며, 환자의 증상표현의 객관적인 지표로 활용할 수 있다.

이상의 결과로 SCL-90-R은 신경쇠약에 의한 증상을 객관적 지표로 나타낼 수 있으며, 이후 주기적인 검사를 통하여 증상의 변화를 확인하는데 유용할 것으로 사료된다.

參 考 文 獻

1. 의학교육연수원편. 가정의학. 서울:서울대학교 출판부. 2001:155
2. 黃義完 金知赫. 東醫精神醫學. 서울:現代醫學書籍社. 1992:58, 477, 671-693.
3. 金在煥 金光日 元鎬澤. 精神科外來患者의 '簡易精神診斷檢査'(SCL-90-R)의 診斷別 特性. 精神健康硏究 1. 1983:150-168
4. Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Covi, L., et al.(1971): Neurotic symptom dimensions as perceived by psychiatrists and patients of various social classes. Arch. Gen. Psychiat., 24:454-464.
5. Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Covi, L., et al.(1972) :Factorial invariance of symptom dimensions in anxious and depressive neuroses. Arch. Gen. Psychiat., 27:659-665.
6. Derogatis, L.Rl, Lipman, R. S. & Covi, L.(1973): The SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale-Preliminary report. Psychopharm. Bull., 9:13-27.
7. Wider, A.(1948) : The Cornell Medical Index. New York, Psychological Corporation.
8. Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., et al.(1974 a): The Hopkins Symptom checklist(HSCL): A measure of primary symptom dimensions. In: Psychological Measurement in Psychopharmacology, edited by Pichot, P., Basel, Karper.
9. Derogatis, L. R., Lipman, R. S. Rickels, K., et al.(1974 b) : The Hopkins Symptom Checklist(HSCL): A self-report symptom inventory. Behav. Sci., 19:1-15
10. Derogatis, L. R(1977) : SCL-90(Revised) Manual I. Clinical Psychometrics Research Unit, Baltimore, Johns Hopkins University School of Medicine.
11. Derogatis, L. R., Abeloff, M. & Mcbeth, C.(1977): Cancer patients and their physicians in the perception of psychological symptoms. Unpublished.
12. Derogatis, L. R. & Cleary, P. A. (1977): Factorial invariance across gender for the primary symptom dimensions of the SCL-90. Brit. J. Clin. Psychol., 16:347-356.
13. Derogatis, L. R., Rickels, K. & Rock, A. F.(1976) : The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. Brit. J. Psychiat., 128:280-289.
14. Abeloff, M. D. & Derogatis, L. R.(1977): Psychological aspects of the management of primary and metastatic breast cancer. Preceedings of the International Conference on Breast Cancer. New York, A. R. List Inc.
15. Weissman, M. M., Slobetz, F., Prusoff, B., et al.(1976) : clincial depression among narcoticsaddicts maintained methadone in the community. Amer. J. Psychiat., 133 : 1434-1438.
16. 金光日 元鎬澤 李正浩 金光潤. 簡易精神診斷檢査(SCL-90-R)의 韓國版 標準化 硏究 I : 正常人의 反應特性. 神經精神醫學 17. 1978:449-458.

17. 元鎬澤. 簡易精神診斷檢査(SCL-90-R)의 韓國版 標準化 硏究 II. 漢陽大學校 論文集 12. 1978:457-474.
18. 대한신경정신의학회편. 神經精神醫學. 서울: 하나醫學社. 1998:456-458.
19. 河榮一. 두통크리닉. 서울:고려의학. 1995:64-70, 81-86, 114-115, 170.
20. 金光日 金在煥 元鎬澤. 簡易精神診斷檢査 實施要綱. 서울:中央適性硏究所. 1984:11-33.
21. 민성길. 최신정신의학 개정 제4판. 서울:민음사. 1999:100, 340. 173-175, 487-488, 505-520.
22. 서울대학교 의과대학 내과학교실. 최신지견 내과학. 서울:군자출판사. 서울:군자출판사. 1996:1326.
23. 郭隆璘. 圖解 腦神經醫學. 서울:第一醫學社. 1992:13-16.
24. 河榮一. 두통크리닉. 서울:고려의학. 1995:64-70.
25. 구본홍. 東醫內科學. 서울:書苑堂. 1985:174-179.
26. 양창국. 불면증의 진단과 치료. 釜山精神醫學. 1995:73-93.
27. 金相孝. 東醫神經精神科學. 서울:杏林出版. 1989:140, 152-154, 166, 207-211.
28. 서원희 이상룡. 鬱症과 憂鬱症의 비교연구. 大田大學校 韓醫學硏究所 論文集 6(1). 1997:505-514.
29. 王氷. 黃帝內經素. 서울:大星出版社. 1990:306-307, 654-659, 720.
30. 方廣. 丹溪心法附餘. 서울:大星文化. 1982:515-527.
31. 李梴. 醫學入門. 서울:南山堂. 1974:81-87.
32. 徐春補. 古今醫通. 北京:人民衛生出版社. 1991:936-943.
33. 趙尙華. 張子琳醫療經驗選輯. 山西:山西人民出版社. 1986:88-91.
34. 張伯臾. 中醫內科學. 北京:人民衛生出版社. 1988:238-246.
35. 金在煥 尹如炕. 簡易精神診斷檢査(SCL-90-R)의 信賴度 및 要因不變性. 精神健康硏究 3. 1985:116-172.
36. 金在煥 金光日 李海里. 簡易精神診斷檢査의 解釋指針. 精神健康硏究 3. 1985:173-217.
37. Mellor, C.S. : First rank symptoms og schizophrenia. Brit. J. Psychiat., 177:15-23, 1970.
38. Derogatis, L.R., Yevzeroff, H. & Wittelsberger. B.(1975) : Social class, psychological disorder, and the nature of the psychopathologic indicator. J. Consult. Chin. Psychol., 43:183-191.