

# 간이정신진단검사를 이용한 구강안면동통환자의 심리학적 분석

부산대학교 치과대학 구강내과학교실

노창세 · 고명연 · 박준상

## 목 차

- I. 서 론
- II. 연구대상 및 방법
- III. 연구성적
- IV. 총괄 및 고안
- V. 결 론
- 참고문헌
- 영문초록

## I. 서 론

구강안면동통은 두개내 및 두개의 구조물과 관련된 병소나 장애, 신경혈관성 장애, 신경병변성 장애 그리고 심인성 동통장애와 연관되어 나타나는 구강 및 안면부위의 동통을 말한다. 구강안면동통은 매우 다양하고, 많은 경우 다인성이어서 모든 경우에 해당되는 보편적인 원인은 존재하지 않기 때문에 기여요인이라는 용어를 사용한다. 기여요인은 생물학적 요인, 행동요인, 환경요인, 사회요인, 정서요인, 인지요인 등으로 분류된다<sup>1)</sup>.

구강안면동통의 기여요인 중 전신질환병력을 포함한 생물학적으로 직접적으로 병태생리에 영향을 주어 동통을 지속시키고 구강안면동통을 일으키는 여러 질환들과 연관되어 있다. 구강안

면동통환자의 행동, 사회 및 정서적 요인들은 동통에 의한 결과일 수도 있고 주원인일 수도 있으며, 통증을 유지하는 주요한 역할을 수행할 수 있으므로<sup>2)</sup> 구강안면동통환자의 기본적인 평가에는 행동 및 사회심리적 평가가 진찰과 병력검사의 일부분으로 시행하여야 한다. 이 요인들을 문제목록의 일부로 인지한 후 기여요인들을 통합하여 다루어야 장기적으로 성공적인 치료가 이루어 질 수 있다<sup>3)</sup>.

전신질환과 심리장애에 대하여 Kathol과 Petty<sup>4)</sup>, Katon과 Russo<sup>5)</sup>, Dworkin<sup>6)</sup>, Barsky<sup>7)</sup>, Van hemert<sup>8)</sup> 등은 전신질환과 우울, 동통과 신체화증상, 의과환자의 신체화장애 빈도, 건강염려증환자의 의과적 질환 빈도, 증상과 정신질환의 연관성 등을 보고하였다. 구강안면동통환자의 인성에 대한 심리학적 고찰은 Marbach와 Lund<sup>9)</sup>, Gordon과 Hitchcock<sup>10)</sup>, Mongini<sup>11)</sup> 등이 우울, 무쾌락증과 불안, 질병행동과 인성, 치료전후의 인성특성에 대하여 보고하였고, 치과초진환자<sup>12)</sup>, 측두하악장애환자<sup>13,14)</sup>, 구강작열감증후군환자<sup>15-17)</sup>, 설통환자<sup>18,19)</sup>, 구취환자<sup>20)</sup> 등에 대한 심리분석이 이루어졌다.

정서적, 심리적 긴장상태를 평가하기 위해 사용되는 간이정신진단검사<sup>21-24)</sup> (Symptom Check List-90-Revision, SCL-90-R)는 심리치료 및 향정신약물사용의 효과를 측정하는 도구로서 뿐

만 아니라 심리진단검사로 쓰일 수 있도록 개발된 자기보고식 다차원 증상목록검사(multi-dimensional self-report inventory)인데, 실시시간이 짧고, 일상생활에서 의사소통을 제대로 할 수 있는 사람이면 누구나 할 수 있도록 검사문항이 쉽고, 환자의 증상을 대체로 포괄하고 있다는 특징을 가지고 있다.

전신질환은 구강안면동통환자의 현증과 심리적 상태에 직접적 또는 간접적으로 영향을 줄 가능성이 있으나 전신질환병력을 중심으로 한 구강안면동통환자의 인성에 대한 이전의 연구는 미흡하였고 특히, 삼차신경통환자의 정서적, 심리적 갈등과 그에 기인한 정신의학적 반응을 정량화 시키려는 시도<sup>11,25)</sup>는 있었으나 간이정신진단검사를 이용한 연구는 거의 없는 실정이다. 따라서 임상에서 손쉽게 이용이 가능하며, 비교적 정확한 심리평가를 할 수 있는 간이정신진단검사를 이용하여 구강안면동통환자중 측두하악장애환자, 구강작열감증후군환자, 삼차신경통환자와 건강증진센터 수검자로 구성된 대조군 I, II를 비교하여 각 질환의 심리적, 정서적 요인을 파악함으로써 구강안면동통환자의 진단과 치료에 도움이 되고자 본 연구를 시도하였다.

## II. 연구대상 및 방법

### 1. 연구대상

1998년부터 1999년까지 부산대학교병원 구강내과 구강안면동통클리닉에 내원한 외래환자중 측두하악장애(Temporomandibular disorders, TMD)환자 36명(26.3±6.7세), 구강작열감증후군(Burning mouth syndrome, BMS)환자 20명(51.3±14.3세), 삼차신경통(Trigeminal neuralgia, TN)환자 31명(56.3±13.3세), 부산대학교병원 건강증진센터에 검진을 위해 내원한 수검자중 전신질환병력이 없고, 검진결과 특정질환에 대한 치료가 필요하지 않으며 위장관 장애, 고혈압, 신경증 등의 현증이 없고, 정밀검사와 정기적 검사를 요하지 않는 20명(43.5±6.7세)을 대조군 I로, 전신질환병력을 가지며 검사결과 현증을 가지고

치료가 필요한 28명(44.6±8.4세)을 대조군 II로 하여 국문해독 및 진료 상황에 대한 이해가 가능한 135명을 연구대상으로 하였다.

### 2. 연구방법

각 대상자로 하여금 치료 및 검사 전에 개별적으로 간이정신진단검사의 90개 문항을 읽고 지난 일주일 동안의 경험유무에 대해 각 문항에 “전혀 없다, 약간 있다, 웬만큼 있다, 꽤 심하다, 아주 심하다.” 중에서 택일하여 응답하게 하였다. 정신질환에 이환된 적이 있거나 검사결과, 내용을 이해하지 못한 채 무작정 응답한 경우나 누락항목이 많거나 극단적 반응 즉 ‘전혀 없다’에 일률적으로 반응한 경우, 모두 ‘아주 심하다’에 반응한 경우, 보호자가 대신 작성한 경우는 본 검사의 타당성을 높이기 위해 채점에서 제외시켰다. 기본척도에 따른 원점수를 채점하여 표준화된 규준표에 의거, T점수를 산출하였다. 검사내용인 9개 증상차원의 신체화척도(Somatization, SOM), 강박증척도(Obsessive-Compulsive, O-C), 대인예민척도(Interpersonal Sensitivity, I-S), 우울척도(Depression, DEP), 불안척도(Anxiety, ANX), 적대감척도(Hostility, O-C), 공포불안척도(Phobic Anxiety, PHOB), 편집증척도(Paranoid Ideation, PAR), 및 정신증척도(Psychoticism, PSY)에 대해 진단명, 급성과 만성, 전신질환 유무에 따른 차이를 F 및 t 검정하여 대조군과 비교하였다.

## III. 연구성적

### 1. 환자군과 대조군의 비교

환자군과 대조군의 9개 기본증상차원의 척도별 규준척 T점수평균값은 모두 65점 이하로 정상범위 내에 있었다(Table 1, Fig. 1).

대조군 I과 II를 비교했을 때 대조군 II의 신체화, 강박증, 우울, 불안, 정신증척도 평균 T점수는 대조군 I보다 유의하게( $P<0.05$ ) 높았다(Table 2).

**Table 1.** Distribution of T-scores among the patient groups and control groups

		SOM	O-C	I-S	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY
TMD (36)	MEAN	49.64	46.81	44.78	45.14	46.78	47.94	44.56	43.89	46.19
	SD	7.45	9.01	6.40	8.46	6.49	8.12	7.57	5.16	7.47
BMS (20)	MEAN	47.95	45.20	43.35	43.40	44.30	44.25	45.95	43.00	46.25
	SD	7.03	9.79	7.30	8.13	6.23	6.13	4.48	5.34	7.75
TN (31)	MEAN	46.68	44.45	42.77	43.90	44.74	44.26	46.00	42.13	44.26
	SD	6.00	6.95	7.47	6.65	7.30	5.67	7.40	4.00	5.22
CONTROL I (20)	MEAN	42.90	41.50	43.55	41.65	43.55	44.15	45.40	41.70	43.45
	SD	3.35	5.61	5.84	5.12	5.12	4.09	3.47	3.45	2.88
CONTROL II (28)	MEAN	51.27	46.71	45.96	45.96	47.53	44.89	46.43	43.79	47.79
	SD	9.83	6.06	6.84	7.58	6.40	9.67	4.50	5.62	7.51

**Table 2.** Comparison of T-scores between control I and II groups

		SOM	O-C	I-S	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY
CONTROL I (20)	MEAN	42.90	41.50	43.55	41.65	43.55	44.15	45.40	41.70	43.45
	SD	3.35	5.61	5.84	5.12	5.12	4.09	3.47	3.45	2.88
CONTROL II (28)	MEAN	51.27	46.71	45.96	45.96	47.53	44.89	46.43	43.79	47.79
	SD	9.83	6.06	6.84	7.58	6.40	9.67	4.50	5.62	7.51
<i>P</i>		0.000	0.002	0.108	0.017	0.019	0.377	0.203	0.078	0.010

**Table 3.** Comparison of T-scores among the TMD, control I and II groups

		SOM	O-C	I-S	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY
TMD (36)	MEAN	49.64	46.81	44.78	45.14	46.78	47.94	44.56	43.89	46.19
	SD	7.45	9.01	6.40	8.46	6.49	8.12	7.57	5.16	7.47
CONTROL I (20)	MEAN	42.90†	41.50†	43.55	41.65	43.55†	44.15†	45.40	41.70	43.45
	SD	3.35	5.61	5.84	5.12	5.12	4.09	3.47	3.45	2.88
CONTROL II (28)	MEAN	51.27	46.71	45.96	45.96	47.53	44.89	46.43	43.79	47.79
	SD	9.83	6.06	6.84	7.58	6.40	9.67	4.50	5.62	7.51
<i>F</i>		7.93*	5.24*	1.03	2.89	3.24	2.37	0.71	1.11	2.67

\*  $P < 0.05$

† significant difference between TMD and Control I,  $P < 0.05$

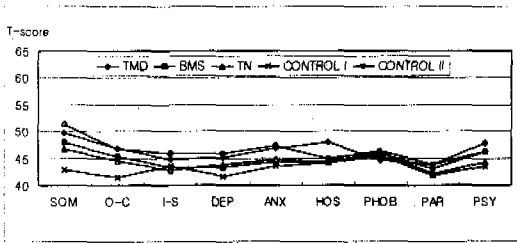


Fig 1. Mean profile of T-scores in patient and control groups

측두하악장애환자군의 신체화, 강박증, 불안, 적대감척도 평균 T점수는 대조군 I보다 높았으나( $P<0.05$ ), 대조군 II와 비교시 유의한 차이는 없었다.(Table 3).

구강작열감증후군환자군의 신체화척도 평균 T점수는 대조군 I보다 높았으나( $P<0.05$ ), 대조군 II와 비교시 유의한 차이는 없었다(Table 4).

삼차신경통환자군의 신체화척도의 평균 T점수는 대조군 I보다 높았고( $P<0.05$ ), 대조군 II의

Table 4. Comparison of T-scores among the BMS, control I and II groups

		SOM	O-C	I-S	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY
BMS (20)	MEAN	47.95	45.20	43.35	43.40	44.30	44.25	45.95	43.00	46.25
	SD	7.03	9.79	7.30	8.13	6.23	6.13	4.48	5.34	7.75
CONTROL I (20)	MEAN	42.90 †	41.50	43.55	41.65	43.55	44.15	45.40	41.70	43.45
	SD	3.35	5.61	5.84	5.12	5.12	4.09	3.47	3.45	2.88
CONTROL II (28)	MEAN	51.27	46.71	45.96	45.96	47.53	44.89	46.43	43.79	47.79
	SD	9.83	6.06	6.84	7.58	6.40	9.67	4.50	5.62	7.51
<i>F</i>		6.92*	3.87*	1.09	2.07	2.15	0.19	0.81	0.98	2.92

\*  $P<0.05$

† significant difference between TMD and Control I,  $P<0.05$

Table 5. Comparison of T-scores among the TN, control I and II group

		SOM	O-C	I-S	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY
TN (31)	MEAN	46.68	44.45	42.77	43.90	44.74	44.26	46.00	42.13	44.26
	SD	6.00	6.95	7.47	6.65	7.30	5.67	7.40	4.00	5.22
CONTROL I (20)	MEAN	42.90 †	41.50	43.55	41.65	43.55	44.15	45.40	41.70	43.45
	SD	3.35	5.61	5.84	5.12	5.12	4.09	3.47	3.45	2.88
CONTROL II (28)	MEAN	51.27 †	46.71	45.96 †	45.96	47.53	44.89	46.43	43.79	47.79 †
	SD	9.83	6.06	6.84	7.58	6.40	9.67	4.50	5.62	7.51
<i>F</i>		6.74*	4.14*	1.60	2.25	1.93	0.05	0.52	1.11	3.98*

\*  $P<0.05$

† significant difference between TMD and Control I,  $P<0.05$

‡ significant difference between TMD and Control II,  $P<0.05$

Table 6. Comparison of T-scores among the patient groups

		SOM	O-C	I-S	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY
TMD (36)	MEAN	49.64	46.81	44.78	45.14	46.78	47.94	44.56	43.89	46.19
	SD	7.45	9.01	6.40	8.46	6.49	8.12	7.57	5.16	7.47
BMS (20)	MEAN	47.95	45.20	43.35	43.40	44.30	44.25	45.95	43.00	46.25
	SD	7.03	9.79	7.30	8.13	6.23	6.13	4.48	5.34	7.75
TN (31)	MEAN	46.68	44.45	42.77	43.90	44.74	44.26	46.00	42.13	44.26
	SD	6.00	6.95	7.47	6.65	7.30	5.67	7.40	4.00	5.22
<i>F</i>		1.51	0.64	0.69	0.37	1.12	2.93	0.43	1.07	0.79

Table 7. Comparison of T-scores between TMD patients with and without the history of systemic diseases

		SOM	O-C	I-S	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY
WITH HISTORY (16)	MEAN	51.94	48.38	46.31	47.38	48.75	49.75	44.50	43.69	46.94
	SD	7.97	8.70	6.50	9.56	7.50	8.79	7.37	5.44	7.39
WITHOUT HISTORY (20)	MEAN	47.8	45.55	43.55	43.35	45.20	46.50	44.60	44.05	45.30
	SD	6.45	9.06	6.00	6.97	5.04	7.24	7.72	4.92	7.47
<i>P</i>		0.052	0.182	0.103	0.083	0.055	0.123	0.485	0.420	0.303

Table 8. Comparison of T-scores between BMS patients with and without the history of systemic diseases

		SOM	O-C	I-S	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY
WITH HISTORY (9)	MEAN	50.67	46.89	43.00	45.00	46.33	46.11	47.56	43.22	47.33
	SD	7.59	9.71	6.78	9.26	7.15	7.22	4.86	5.69	6.70
WITHOUT HISTORY (11)	MEAN	45.73	43.82	43.64	42.09	42.64	42.73	44.64	42.82	45.36
	SD	5.63	9.64	7.68	6.80	4.75	4.51	3.65	5.04	8.41
<i>P</i>		0.065	0.255	0.428	0.226	0.103	0.120	0.081	0.437	0.298

신체화, 대인예민성, 정신증척도 평균 T점수는 삼차신경통환자군보다 높았다( $P < 0.05$ )(Table 5).

측두하악장애환자군, 구강작열감증후군환자군 및 삼차신경통환자군의 비교시 유의한 차이는 없었다(Table 6).

## 2. 전신질환병력유무에 따른 비교

전신질환병력유무에 따라 측두하악장애환자군, 구강작열감증후군환자군, 삼차신경통환자군을 각각 비교했을 때 유의한 차이는 없었으나,

**Table 9.** Comparison of T-scores between TN patients with and without the history of systemic diseases

		SOM	O-C	I-S	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY
WITH HISTORY (12)	MEAN	47.33	43.67	43.17	43.92	45.50	44.58	45.17	42.67	43.50
	SD	6.76	6.91	7.49	4.97	8.20	6.87	4.28	4.09	4.50
WITHOUT HISTORY (19)	MEAN	46.26	44.95	42.53	43.89	44.26	44.05	46.53	41.79	44.74
	SD	5.43	6.93	7.44	7.52	6.62	4.75	8.77	3.90	5.57
<i>P</i>		0.321	0.316	0.334	0.497	0.329	0.404	0.326	0.284	0.268

**Table 10.** Comparison of T-scores between acute and chronic TMD patient groups

		SOM	O-C	I-S	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY
ACUTE (19)	MEAN	49.47	46.10	45.00	45.11	46.40	48.21	46.05	44.20	46.1
	SD	8.17	7.79	6.5	8.17	5.65	7.66	7.75	5.63	7.51
CHRONIC (17)	MEAN	49.82	47.60	44.00	45.18	47.20	47.65	42.88	43.60	46.4
	SD	5.56	10.10	6.30	8.78	7.3	8.6	6.99	4.56	7.42
<i>P</i>		0.446	0.304	0.396	0.490	0.350	0.421	0.110	0.375	0.454

**Table 11.** Comparison of T-scores between acute and chronic BMS patient groups

		SOM	O-C	I-S	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY
ACUTE (7)	MEAN	47.14	38.57	39.29	40.14	44.86	42.86	45.29	40.00	41.57
	SD	5.28	6.76	3.69	8.31	7.61	7.43	3.77	1.31	3.89
CHRONIC (13)	MEAN	48.38	48.77	45.54	45.15	44.00	45.00	46.31	44.62	48.77
	SD	7.77	9.30	7.80	7.47	5.32	5.13	4.78	5.97	8.14
<i>P</i>		0.362	0.013	0.037	0.104	0.392	0.241	0.324	0.036	0.025

**Table 12.** Comparison of T-scores between acute and chronic TN patient groups

		SOM	O-C	I-S	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY
ACUTE (16)	MEAN	45.69	43.63	43.00	43.25	43.19	44.63	44.38	41.19	44.44
	SD	5.29	5.88	7.42	6.50	6.45	4.94	3.38	3.01	5.81
CHRONIC (15)	MEAN	47.73	45.33	42.53	44.60	46.40	43.87	47.73	43.13	44.07
	SD	6.52	7.84	7.51	6.73	7.77	6.34	9.79	4.63	4.49
<i>P</i>		0.180	0.255	0.433	0.294	0.117	0.360	0.109	0.093	0.191

전신질환병력이 있는 환자의 평균 T점수가 높은 경향을 보였다(Table 7, 8, 9).

### 3. 급성환자군과 만성환자군의 비교

환자군을 6개월 이상의 병력기간에 따라 급성과 만성환자군으로 분류하였을 때, 9개 기본증상차원의 각 척도의 평균 T점수는 정상범위 내에 있었다(Table 10, 11, 12). 만성 구강작열감증후군환자의 강박증, 대인예민성, 편집증, 정신증척도에서 급성에 비해 평균 T점수는 유의하게 ( $P<0.05$ ) 높았다(Table 11).

## IV. 총괄 및 고안

구강안면동통에 있어서 정서적 심리적 요인은 간접적으로 동통에 영향을 미친다고 여겨지나, 분노, 불안, 우울등과 같이 지속적인 정서는 의사-환자와의 관계를 나쁘게 하고, 근긴장을 증가시키며, 임상 문제에 대한 충분한 이해를 방해하고, 변화에 대한 욕구나 동기유발을 감소시켜 환자의 호응도에 영향을 미친다<sup>1)</sup>.

전신질환과 심리장애의 연관성에 관하여 Kathol 과 Petty<sup>4)</sup>는 심각한 의과질환을 가진 환자에서 5-31%의 우울 빈도를 보였다고 하였으며, Katon과 Russo<sup>5)</sup>는 197명의 의과질환을 가진 환자를 대상으로 한 연구에서 7.1%가 신체화장애를 보인다고 보고하였고, Barsky 등<sup>7)</sup>은 건강염려증환자와 의과내원환자의 비교에서 전체 의과질환의 빈도에서는 차이가 없었으나, 의과내원환자군내의 비교에서는 의과질환의 빈도가 증가할수록 건강염려증상이 증가하였다고 하였고, Van hermert 등<sup>8)</sup>은 의학적으로 설명이 잘 안되는 증상을 호소하는 환자에게서 정신질환이 자주 발견된다고 하였다. 본 연구에서도 전신질환 병력이 없고 검진결과 특정질환에 대한 치료가 필요하지 않은 대조군 I과 전신질환의 병력이 있고 검진결과 현증을 가지며 치료가 필요한 대조군 II를 비교했을 때 대조군 II의 신체화, 강박증, 우울, 불안, 정신증척도 평균 T점수는 대조군 I보다 유의하게( $P<0.05$ ) 높았고, 대조군 II에서

10.7%의 환자는 T점수 65점 이상을 보였다. 이처럼 과거에 있었던 중대한 질환, 수술, 입원, 투약 혹은 치료는 신체적 혹은 심리적, 정서적으로 영향을 줄 수 있으므로<sup>26)</sup> 과거와 현재의 의학적 상태를 주의 깊게 평가하는 것은 필수적이다.

환자군과 대조군의 9개 기본증상차원의 척도별 기준척 T점수평균값은 모두 65점 이하로 정상범위 내에 있었으며 측두하악장애환자군, 구강작열감증후군환자군, 삼차신경통환자군 및 대조군 I, II와의 상호 비교에서 신체화척도에서 유의한 차이( $P<0.05$ )를 나타냈으며 그 중 대조군 II의 신체화척도의 T점수가 가장 높았다. 이는 동통은 일반인에게 일반적이며 동통의 수와 간이정신진단검사(SCL-90-R)에 의해 측정된 신체화척도는 높은 유의성을 보인다고 보고한 Dworkin 등<sup>6)</sup>의 연구와 만성안면동통환자군에서 신체화척도의 점수가 높았다는 Neile 등<sup>27)</sup>의 연구와도 유사한 결과를 보였다.

측두하악장애환자군의 신체화, 강박증, 불안, 적대감척도 평균 T점수는 대조군 I보다 높았으며( $P<0.05$ ), 악관절장애환자들을 조사하여 통증군이 비통증군에 비해 편집증 이외의 모든 증상차원에서 높다고 보고한 이<sup>29)</sup> 등의 연구와 악관절장애 환자군이 치과초진환자군 및 정상 성인군에 비해 신체화, 강박증, 우울, 불안, 공포불안척도에서 유의한 차이를 보였다고 한 고<sup>14)</sup> 등의 연구와 유사한 결과를 보였다.

Luis 등<sup>15,16)</sup>은 BMS환자에서 우울과 불안이 가장 주요한 감정장애로 우울이 우세하며, 강박증, 적대감, 신체화증상도 높게 나타날 수 있다고 보고하였으며, 정 등<sup>17)</sup>은 구강내 작열감증후군환자군의 간이정신진단검사의 각 증상차원 및 전체지표의 T점수의 평균치는 정상범위 내에 있었으며, 측두하악장애환자군과 비교시 통계학적 유의한 차이가 없었으나 신체화와 우울차원의 평균치가 높았다고 하였다. 본 연구에서는 구강작열감증후군환자군의 신체화척도 평균 T점수는 대조군 I보다 높았으나( $P<0.05$ ), 대조군 II와 비교시 유의한 차이는 없었다.

Harris와 Feinmann<sup>30)</sup>은 어떤 삼차신경통환자에서 나타나는 지속적 비정형안면통은 원발성 삼

차신경통의 결과로 반응성 우울의 결과일 수 있다고 제안하였다. 삼차신경통의 동통은 환자의 삶을 변화시킬 정도로 심하지만, 유효한 설문지를 이용하여 정량화시킨 시도는 드문 편인데 Zakrzewska 등<sup>12)</sup>은 맥길동통설문지(McGill Pain Questionnaire, MPQ)와 병원불안우울척도(Hospital Anxiety and Depression scale, HAD scale)를 이용하여 연구한 결과 삼차신경통환자는 불안과 우울이 높다고 보고하였다. 본 연구에서는 삼차신경통환자군의 신체화척도의 평균 T점수는 대조군 I보다 높았고( $P<0.05$ ), 대조군 II의 신체화, 대인예민성, 정신증척도 평균 T점수는 삼차신경통환자군보다 높았다( $P<0.05$ ).

측두하악장애환자군, 구강작열감증후군환자군, 삼차신경통환자군의 비교에서는 유의한 차이가 없었다. 이것은 Marbach와 Lund<sup>9)</sup>의 안면동통의 형태에 따라 우울의 차이가 없다는 보고와 Gordon과 Hitchcock<sup>10)</sup>의 인성요소는 삼차신경통과 비신경병성 안면동통을 구별하지 못한다는 보고와 유사한 결과를 보였다. 그러나 병원 불안우울척도(HAD scale)를 이용한 Zakewska 등<sup>25)</sup>의 연구에서 안면동통의 형태에 따라 불안과 우울에서 차이가 있다는 주장과 상반된다. 이런 차이는 급성 동통상태에서 측정한 것으로 사용방법의 차이로 생각된다.

전신질환은 구강안면동통환자의 현증과 심리적 상태에 직접적 또는 간접적으로 영향을 줄 것으로 가정하였으나 본 연구 결과 전신질환병력 유무에 따라 측두하악장애환자군, 구강작열감증후군환자군, 삼차신경통환자군을 각각 비교했을 때 유의한 차이는 없었으나 전신질환병력이 있는 환자의 평균 T점수가 높은 경향을 보여 측두하악장애의 병력이 있는 환자와 초진환자와의 비교에서 유의한 차이는 없었으나, 치료의 기왕력이 있는 환자의 평균 T점수가 높은 경향을 보였다는 고<sup>28)</sup>의 연구와 유사한 결과를 보였다. 이는 전신질환의 병력이 구강안면동통환자의 인성에 직접적으로 영향을 끼친다기보다는 구강안면동통도 전신질환의 범주로 작용하며, 전신질환으로 인한 정서적, 심리적 상태가 간접적으로 작용하는 것으로 추정된다.

만성 동통이란 통증병력이 적어도 6개월 이상 지속되면서 행동요소(behavioral factor) 및 정신사회요소(psychosocial factor)와 긴밀하게 연관된 지속성 동통으로 정의되며 이는 개체의 기능을 방해하므로 만성 통증의 존재는 임상에서 예후 결정에 매우 중요하다<sup>31)</sup>. 고<sup>28)</sup>는 만성 측두하악장애환자군의 신체화, 불안, 공포불안척도에서 평균 T점수가 상승하는 경향을 보고한 바 있으며, 고<sup>28)</sup>의 연구에서 9개 증상차원의 기준척 T점수가 모두 높았으며 대인예민성척도에서 유의한 차이를 보였다고 보고하였다. 본 연구에서는 측두하악장애환자군에서 신체화, 강박증, 우울, 불안, 정신증척도에서 평균 T점수가 만성군이 높게 나타났으며, 만성 구강작열감증후군의 강박증, 대인예민성, 편집증, 정신증척도에서 유의한 차이( $P<0.05$ )를 보였고, 삼차신경통환자군에서는 신체화, 강박증, 우울, 불안, 공포불안, 편집증척도에서 평균 T점수가 만성군이 높게 나타났다. 이는 병력기간이 길어질수록 심리적인 곤경에 직면해왔다고 느낄 뿐 아니라 개인생활 및 대인관계가 원만하지 못하다는 고<sup>32)</sup>의 보고와도 일치한다.

본 연구는 자료의 수가 부족하여 통계학적 유의수준의 설정에 어려움이 있었고, 이들 환자에 대한 장기간에 걸친 연구조사가 이루어지지 못한 상태로 치료결과에 대한 검토가 충분치 못하여 치료전후의 심리변화를 검토하지 못하였다. 그리고 전신질환은 구강안면동통환자의 현증과 심리적 상태에 직접적 또는 간접적으로 영향을 미칠 가능성이 있으나 이런 연관성에 관한 연구가 부족하고 특히, 삼차신경통의 경우 간이정신진단검사를 이용한 심리분석 연구가 부족하여 고찰의 어려움이 있었다. 하지만 환자군과 대조군의 비교에서 신체화척도에서 유의한 차이가 나타나는데 이는 신체화증상을 보이는 구강안면동통환자의 치료계획을 수립할 때 증상완화와 더불어 정신치료적 접근을 시도하며 환자가 계속 불필요한 약물을 사용하거나, 수술을 받는 것, 진단을 위한 검사를 반복하여 받는 것을 예방해야 하며 가족과 기타 환자를 지지해 주는 사람들과 긴밀한 협조를 필요로 하는 것 등을 고려해야



할 것으로 사료된다. 구강안면동통환자를 전체로서 이해하여 효과적인 치료를 제공하기 위하여 향후 전신질환과 구강안면동통간의 연관성과 구강안면동통환자의 정서적, 심리적 변화에 대한 체계적이고, 표준화된 연구가 진행되어야 할 것으로 사료된다.

## V. 결 론

1998년부터 1999년까지 부산대학교병원 구강내과 구강안면동통클리닉에 내원한 외래환자중 측두하악장애환자 36명, 구강작열감증후군환자 20명, 삼차신경통환자 31명과 부산대학교병원 건강증진센터에 검진을 위해 내원한 수검자중 전신질환의 병력이 없고 검진결과 특정질환에 대한 치료가 필요하지 않은 수검자를 대조군 I, 전신질환의 병력이 있고 검진결과 현증을 가지며 치료가 필요한 수검자를 대조군 II로 하여 전체 135명에게 간이정신진단검사(SCL-90-R)를 시행하여 진단명, 전신질환병력유무, 급성과 만성에 따른 차이를 비교하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 측두하악장애환자군, 구강작열감증후군환자군, 삼차신경통환자군 및 대조군의 9개 기본 증상차원의 척도별 규준척 T점수의 평균값은 정상범위에 있었다.
2. 측두하악장애환자군의 신체화, 강박증, 불안, 적대감척도 평균 T점수는 대조군 I보다 높았으나( $P<0.05$ ), 대조군 II와 비교시 유의한 차이는 없었다.
3. 구강작열감증후군환자군의 신체화척도 평균 T점수는 대조군 I보다 높았으나( $P<0.05$ ), 대조군 II와 비교시 유의한 차이는 없었다.
4. 삼차신경통환자군의 신체화척도의 평균 T점수는 대조군 I보다 높았고( $P<0.05$ ), 대조군 II의 신체화, 대인예민성, 정신증척도 평균 T점수는 삼차신경통환자군보다 높았다 ( $P<0.05$ ).
5. 전신질환병력의 유무에 따라 측두하악장애환자군, 구강작열감증후군환자군, 삼차신경통환자군을 각각 비교했을 때 유의한 차이는 없었

으나 전신질환병력이 있는 환자의 T점수가 높은 경향을 보였다.

6. 만성 구강작열감증후군환자의 강박증, 대인예민성, 편집증, 정신증척도 평균 T점수는 급성군보다 높았다( $P<0.05$ ).

## 참 고 문 헌

1. 정성창, 김영구, 신금백외 저 : 구강안면동통과 측두하악장애. 초판, 서울, 1996, 신흥인터내셔널, pp 4-6, 88-94.
2. 기우천, 최재갑, 윤창록, 고명연 역 : 구강안면통증. 초판, 서울, 1996, 지성출판사, pp 27-28.
3. 박준상, 고명연 : 두개하악장애환자의 보존적 치료에 관한 장기평가. 대한구강내과학회지, 18: 81-96, 1993.
4. Kathol, R.G. and Petty, F. : Relationship of depression to medical illness, A critical review. J. Affect. Disord., 3: 111-121, 1981.
5. Katon, W. and Russo, J. : Somatic symptoms and Depression. J. Fam. Pract., 29: 65-69, 1989.
6. Dworkin, S.F., Van Korff, M. and LeResche, L. : Multiple pains and psychiatric disturbance, An epidemiologic investigation. Arch. Gen. Psychiatry, 47: 239-244, 1990.
7. Barsky, A.J., Wyshsk, G., Latham, K.S., Klerman, G.L. : The relationship between hypochondriasis and medical illness. Arch. Intern. Med., 151: 84-88, 1991.
8. Von hemert, A.M., Hengeveld, M.W., Bolk, J.H. et al : Psychiatric disorders in relation to medical illness among patients of a general medical out-patient clinic. Psychological Medicine, 23: 167-173, 1993.
9. Marbach, J.J. and Lund, P. : Depression, anhedonia and anxiety in temporomandibular joint and other facial pain syndromes. Pain, 11: 73-84, 1981.
10. Gordon, A. and Hitchcock, E.R. : Illness behaviour and personality in intractable facial pain syndromes. Pain, 17: 267-276, 1983.
11. Mongini, F., Ibertis, F. and Ferla, E. : Personality characteristics before and after treatment of different head pain syndromes. Cephalgia, 14: 368-373, 1994.

12. Kleingauz, M., Eli I., Baht, R. and Shamay, D. : Correlates of success and failure in behavior therapy for dental fear. *J. Dent. Res.*, 71: 1832-1835, 1989.
13. Schulte, J.K., Anderson, G.C., Hathaway, K.M. and Will, T.E. : Psychometric profiles and related pain characteristics of temporomandibular disorder patients. *J. Orofacial Pain*, 7: 247-253, 1993.
14. 고명연, 김창준, 임용환 : 간이정신진단검사를 중심으로 한 악관절환자의 인성에 관한 연구. 부산 치대논문집, 3: 27-35, 1986.
15. Luis, R., Francisco, J. S., Jose V. B. et al : Psychiatric morbidity in burning mouth syndrome. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, 75: 308-311, 1993.
16. Luis, R., Francisco, J. S., Jose, V. B. et al : Prevalence of psychopathology in burning mouth syndrome. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, 78:312-316, 1994.
17. Chung, J.W., Hyun, K.Y. and Lee, S.W. : A study on the clinical characteristics of burning mouth syndrome. *J. KAOM*, 19:7-23, 1994.
18. Eli, I., Baht, R. and Littner, MM. : Antecedents of burning mouth syndrome(glossodynia)-Recent life events vs psychopathologic aspects. *J. Dent. Res.*, 73: 567-572, 1994a.
19. Eli, I., Baht, R., Littner, MM. and Kleingauz, M. : Detection of psychopathologic trends in glossodynia patients. *Psychosom. Med.*, 56: 389-394, 1994b.
20. 함동선, 정양현, 이진용, 조한국, 홍정표 : 간이정신진단검사를 이용한 구취환자들의 인성평가에 관한 연구. *대한구강내과학회지*, 23: 361-367, 1998.
21. 김광일, 김재환, 원호택 : 간이정신질환 검사요강, 초판. 서울, 1989, 대광문화사.
22. 김재환, 김광일 : 간이정신진단검사의 한국판 표준화연구 I. *신경정신의학*, 17: 449-458, 1978
23. 원호택 : 간이정신진단검사의 한국판 표준화연구 II. *한양 대학교 논문집*. 12: 457-474, 1978.
24. 김재환, 김광일, 이태리 : 간이정신진단검사의 해석지침 -code pattern을 중심으로. *정신건강연구*, 3: 173-217, 1985.
25. Zakrzewska, J.M., Jassim, S. and Bulman, J.S. : A prospective, longitudinal study on patients with trigeminal neuralgia who underwent radiofrequency thermocoagulation of the Gasserian ganglion. *Pain*, 79: 51-58, 1999.
26. 정성창, 김영구, 신금백외 역 : 악관절장애와 교합. 4판, 서울, 1999, 군자출판사, pp 227.
27. Neil, R. M., Henry, L.B., Mariann, Z. et al : Assesment of Pain(Distribution and Onset), Symptom, SCL-90-R Inventory Responses, and the Association With Infectious Events in Patients With Chronic Orofacial Pain. *J. Orofacial Pain*, 10: 339-350, 1996.
28. 고명연 : SCL-90-R을 이용한 TMD환자의 심리학적 분석. *대한구강내과학회지*, 24: 59-67, 1999
29. 이영옥, 이승우 : SCL-90-R을 이용한 측두하악장애환자의 정서적 요인에 관한 연구. *대한구강내과학회지*, 11: 67-77, 1989.
30. Harris, M. and Fenmann, C. : Psychosomatic disorders. In: J.H. Jones and D.K. Mason(Eds), *Oral manifestations of systemic disease*. Vol. 2. Bailliere, Tindall & cox, London, 1990, pp 30-60.
31. Zarb, G.A. and Speck, J.E. : The treatment of temporomandibular joint dysfunction: A retrospective study. *J. Prosthet. Dent.*, 38: 420-432, 1977.
32. 고명연, 김영구 : MMPI를 중심으로 한 악관절 기능장애 환자의 인성에 관한 연구. *대한구강내과학회지*, 10: 17-31, 1985.

## A Psychological Analysis of the Orofacial Pain Patients Through SCL-90-R

Chang-Se Noh, D.D.S., Myung-Yun Ko, D.D.S., M.S.D., Ph.D.,  
June-Sang Park, D.D.S., M.S.D., Ph.D.

*Department of Oral Medicine, College of Dentistry, Pusan National University*

Personality characteristics of orofacial pain patients was analyzed psychologically by means of the SCL-90-R. 36 TMD patients, 20 burning mouth syndrome(BMS) patients, 31 trigeminal neuralgia(TN) patients, 20 control I and 28 control II were subjected at Orofacial pain clinic, Department of Oral Medicine and Health Promotion Center, Pusan National University Hospital during the period from 1998 to 1999.

The obtained results were as follows:

1. Mean values of T-scores on 9 basic scales in all the groups were within normal range.
2. The T-scores of SOM, O-C, ANX and HOS in TMD patient group were significantly higher than those in control I group, but there was no significant difference in all scales between TMD patient group and control II group.
3. The T-scores of SOM in BMS patient group was significantly higher than those in control I group, but there was no significant difference in all scales between BMS patient group and control II group.
4. The T-scores of SOM in TN patient group was significantly higher than those in control I group, and the T-scores of SOM, I-S, PSY in TN patients group were significantly higher than those in control II group.
5. As compared with present and absent of the history of systemic diseases, there was no significant difference of the scales in TMD, BMS and TN patient groups but the T-scores of the patient groups with the history of systemic diseases tended to higher than those of the patient group without the history of systemic diseases.
6. As compared with acute and chronic groups, the T-scores of O-C, I-S, PAR, PSY in chronic BMS patient group were significantly higher than those in acute BMS patient.