

통증질환의 장애인정 여부에 대하여

서울대학교 의과대학 마취통증의학교실

김 용 철

The Evaluation of Permanent Impairment in Chronic Pain Patients

Yong-Chul Kim, M.D., Ph.D.

Department of Anesthesiology and Pain Medicine, Seoul National University College of Medicine, Seoul, Korea

Pain is one of the most common causes of disability and work loss. However, patients with chronic pain have not been regarded as impaired persons in the Republic of Korea because of a lack of objective findings in those patients and difficulties in validating their genuine suffering and quantitative evaluation of pain. Here, the difficulties in the evaluation of impairment in chronic pain patients are discussed. In addition, guidelines for rating impairment in chronic pain patients, which are under development by the Korean Academy of Medical Sciences, are introduced. (Korean J Pain 2007; 20: 1-7)

Key Words: disability, impairment, pain.

서 론

장애의 개념은 매우 상대적인 개념이다. 신체적·정신적 손상이 있다고 할지라도 주어진 환경에 잘 적응하여 사회생활에 아무런 지장이 없다면 장애인과 비장애인은 아무 차이가 없기 때문이다. 실제로 미국의 경우에는 경제적 어느 정도 이상의 수입이 있다면 비록 장애가 심하더라도 장애에 따른 보상을 하지 않고 있다. 미국 장애 정책의 특이한 점은 전 인구의 18% 정도를 기능 제한자로 인정하여 주차 편의 등의 각종 편의를 제공하고 있지만 이러한 기능 제한자의 10%만이 직업을 가지기 어려운 장애자로 분류되고 실제로 장애 급여자는 단지 4%에 지나지 않는다는 점이다. 다시 말해 심신이 불편한 사람에게는 가능한 한 편의를 제공하지만 실제로 장애 급여는 매우 제한적으로 제공된다는 점이다.

우리나라의 경우는 2003년 7월 1일부터 기존의 지체

장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 정신장애 외에도 뇌병변장애, 발달장애, 신장장애, 심장장애 등으로 장애 범주가 확대되면서 중증장애인의 정책적 수혜의 정도와 기회가 줄어드는 것에 대한 불만이 제기되고 있는 실정이다. 통증장애를 포함한 추가적인 장애 범주의 확대가 계획되고 있는데 그렇게 된다면 이러한 불만들은 더욱 증폭될 것으로 예상된다. 미국의 경우에서처럼 장애자 지정과 장애 급여자의 개념을 별도로 분리해서 생각하지 않는다면 이러한 불만과 불신을 잠식시키기 어려울 것으로 생각된다. 만성통증의 장애에 대한 보건복지부의 장애범주 확대안을 보면 장애 대상이 되는 통증의 범위가 '두통, 요통, 신경통 등 만성적인 통증으로 인해 1년 이상 치료를 받고 있으나 일상생활이나 사회생활에 상당한 어려움이 있는 경우이며, 주로 편두통, 신경통, 요통, 관절통이 심하여 생활에 지장이 있는 경우'라고 구체적으로 제시되어 있다. 통증이 장애로 인정될 경우 기존 장애인에 대한 혜택의 감소 문제, 추가적으로 필요

접수일 : 2007년 5월 26일, 승인일 : 2007년 6월 7일
 책임저자 : 김용철, (110-744) 서울시 종로구 연건동 28
 서울대학교 의과대학 마취통증의학교실
 Tel: 02-2072-3289, Fax: 02-747-5639
 E-mail: pain@snu.ac.kr

Received March 26, 2007, Accepted June 7, 2007
 Correspondence to: Yong-Chul Kim
 Department of Anesthesiology and Pain Medicine, Seoul National University College of Medicine, 28, Yeongeong-dong, Jongno-gu, Seoul 110-744, Korea,
 Tel: +82-2-2072-3289, Fax: +82-2-747-5639
 E-mail: pain@snu.ac.kr

한 예산 문제 등을 감안한다면 통증의 장애 인정이 결코 쉬운 일은 아닐 것으로 생각된다. 통증을 장애로 인정하게 될 경우 전체 장애자 수가 급증하기 때문에, 즉 통증 장애자 출현율이 지체장애의 전체 출현율 1.35% (추정수 약 64만 명)에 이어 두 번째로 1.05% (추정수 약 50만 명, 이중 중증장애 출현율은 0.35%로 약 16만 명)에 달하기 때문에 큰 문제가 되지 않을까 하는 의견도 제시되고 있는 실정이다.¹⁾ 그러나 결코 재정적인 이유 등으로 심각한 통증 장애를 겪고 있는 환자들이 장애 지정의 대상에서 제외되어서는 안 될 것이다.

미국의사협회(American Medical Association, AMA)의 장애 평가 기준을 살펴보면 신체장애율의 경우는 매우 객관적인 사실에 기초를 하여 평가를 하여야 한다고 명시되어 있다. 그러나 그러한 전제에도 불구하고 통증 질환의 경우에는 객관적으로 평가할 수 있는 지표가 없음을 인정하여 예외적으로 신체장애율을 제시하고 있다. 이러한 객관적인 지표를 마련할 수 없기 때문에 미국에서조차도 모든 주에서 통증을 장애로 인정하고 있지는 않다.²⁾ 결국 어떻게 하면 통증을 객관적으로 평가할 수 있는가 하는 점이 가장 해결해야 할 문제이고, 이러한 객관적인 평가를 통해 통증이 장애로 인정받을 수 있게 될 것이다.

AMA의 장애 평가법을 보면 예를 들어 복합부위통증증후군의 경우 피감정인이 어떠한 진단기준으로 최종진단을 받았는지 불문하고 장애판정을 받기 위해서는 AMA 지침서에서 제시한 복합부위통증증후군의 진단기준에 부합되어야 한다는 전제가 있다.²⁾ 그러나 이러한 AMA가 제시한 진단 기준은 여러 문제점을 가지고 있다. 첫째, 이 진단 기준이 복합부위통증증후군을 진단해 내는 감수성과 특이성에 대해서 한 번도 검증을 받지 않았다는 점이다. 즉, 이 기준이 얼마나 복합부위통증증후군 환자를 정확히 가려내고 아닌 환자를 배제할 수 있는가를 연구를 통해 전혀 확인하지 않았다는 점이다. 따라서 이 기준을 보상이 아닌 임상적인 목적으로 사용하기에는 문제가 있다고 생각하며, 실제 임상에서 적용되는 경우는 거의 없을 것으로 생각된다. 둘째, AMA가 제시한 복합부위통증증후군의 진단 기준에서는 환자의 주관적인 증상 호소는 전혀 반영이 되어 있지 않다. 통증이 매우 주관적인 점을 감안하면 이러한 점 역시 보상 목적 이외에 임상적으로 사용되기 어렵다고 생각된다. 가급적 객관적인 소견들만을 중심으로 보상적인 측면에서 판단하겠다는 취지에서 불가피하게 마련된 진단 기준이라고 생각된다.

우리나라에서도 복합부위통증증후군에 대해 장애를 인정하기 위해서는 이 진단 기준을 적용하여 진단 기준에 부합하는지를 다시 판단하고 이러한 기준에 부합되는 대상자만을 장애평가 대상자로 하는 방향으로 의견이 취합되었다. 그러나 이 질환의 특성상 AMA가 제시한 복합부위통증증후군의 진단 기준 내의 지표들 중에도 병의 경과에 따라 변화된다는 점을 감안해보면 발증부터의 의무기록을 조사하여 만약 초기에 징후가 있었다가 나중에 소실된 경우는 해당 지표를 충족시킨다고 인정해야 할 것이다. 그러나 중요한 점은 AMA가 제시한 복합부위통증증후군의 진단 기준에 부합되지 않더라도 피감정인이 임상적으로 복합부위통증증후군 환자가 아니라고 판단해서는 결코 안 될 것이다.

현재 우리나라에서는 30여 종의 개별 법률에 따라 장애의 정도나 대상이 상이하게 적용되고 있기 때문에 장애평가 기준을 우리 실정에 적합하게 정비하여 국가 기준으로 삼기 위해 최근에 대한의학회에서는 보건복지부의 지원을 받아 장애평가 기준을 개발하고 있다. 이 작업에 통증부분도 포함되어 있으며 그 반영 여부나 반영률에 대해서는 추후 공청회 등을 거쳐 다양한 여론을 수렴한 후에 확정될 예정이다. 이러한 작업은 일단 AMA의 장애 평가법을 모델로 하여 이를 한국형으로 변형하여 개발한다는 전제로 추진되고 있다.

본고에서는 일단 대한의학회에서 모델로 사용하고 있는 AMA 장애평가법 중에서 통증분야에 대해 간략히 알아보고 최근에 마련 중인 대한의학회의 통증장애안에 대해서도 간략히 논하고자 한다.

AMA의 장애 평가법

AMA의 장애 평가법의 역사를 살펴보면 1956년에 AMA 이사회 산하에 의학적 신체장애 평가 위원회가 결성되었으며, 1958년에 장애 평가 지침서의 제1판이 출간되었고 2001년까지 제5판이 발행되어 현재 이용 중에 있다. 제5판의 경우 책임자 22명, 저자 41명, 검토자 79명이 참여한 방대한 작업이었다. 2007년 현재 제6판을 준비 중에 있고 금년 11월경에 출간될 예정이며 이는 제5판이 상당부분 수정 및 보완될 것으로 보인다.

AMA의 장애 평가법은 과거의 증상이나 징후는 무시하고 현재 상태를 기준으로 최대 회복점(maximal medical improvement, 장애율 변화가 3% 정도로 고정되는 시점)에 장애를 평가하도록 규정하고 있다. 장점은 각 분야의 전문가가 최신의학을 기초로 하여 작성되었고, 비

의학적인 노동능력상실률이 아닌 신체장애율을 평가하며, 각 관절의 운동 범위를 각도로 측정하여 정밀한 운동 기능 평가가 가능하고, 통증이나 뇌신경장애의 평가가 합리적이라는 것이다. 또한 복합장애는 병합계산표로 간단히 계산할 수 있도록 되어 있으며, 질환별 평가가 한정되어 중복 평가되는 일이 별로 없어 적용기준과 원칙이 명확하다는 점이다. 단점으로는 전신장애율을 노동력상실률 등으로 바꾸어야 하는 절차가 필요하고, 너무 복잡하여 전문적인 교육과 훈련을 받지 않으면 판정이 어려울 뿐만 아니라 판정에 많은 시간과 노력이 필요하며, 일부 측정기가 한국에 도입되지 않은 경우도 있다는 점이다. 또한 너무 자주 개정되는 경향이 있고 나이에 대한 조정 방법이 없다는 점도 단점으로 지적되기도 한다. 복합부위통증증후군의 경우는 시간이 경과함에 따라 증상이나 징후가 바뀌기 때문에 현재 상태만으로 판단하기에는 문제의 소지가 있으며, 여기 저기에 설명과 적용 예들이 분산되어 있어 혼동을 가져오기도 한다.

평가항목은 통증 강도, 통증과 관련된 정서적 고통, 그리고 가장 중요한 항목인 통증에 따른 일상생활능력 결손 등이다.²⁾

신체장애의 평가는 개인의 경험상 실제적인 일상활동 장애를 적절히 나타낼 때마다 평가되어야 한다고 하였으며 전술한 바와 같이 최대 회복점에 평가해야 한다고 규정되어 있다.²⁾ 예를 들어 복합부위통증증후군 환자에서 최대한의 치료, 즉 척수자극술을 포함한 다양한 중재적 통증치료, 약물요법, 신경정신과적인 치료, 재활치료 등이 되지 않은 상태에서 평가를 해서는 안 된다는 것이다.

구체적인 평가 지침으로는 같은 부위의 신체장애율은 다른 부위의 신체장애율과 합산 전에 합산해야 하며, 현 사고나 상태의 뒤편 현재의 신체장애율에서 과거의 신체장애율을 뺀 값이다.

이미 언급한 바 있지만 AMA의 장애 평가법을 통한 통증장애의 평가에서도 객관적이지 않은 사항으로 장애를 평가해야 하고, 환자의 실제적인 고통을 정확히 판단하기도 어려우며, 보상을 많이 받기 위한 증상의 과장도 구별하기 어려움이 있고, 질적 통증 평가이지 양적 평가가 아니라는 점, 다른 부분에서 계산이 이미 된 경우가 많다는 점 등 많은 어려움이 있다. AMA의 장애 평가에서 특히 강조하고 있는 사항으로는 평가 도중에 환자의 행동이 신빙성이 없다고 판단되면 즉시 평가를 중단하여야 하고 임상적 소견들이 전형적이지 않거나, 애매하거나 논쟁의 소지가 있는 상태에서 진단된 경우에는 일

단 평가를 마치되 결과를 '평가할 수 없음'이라고 표기하여야 하고 양적인 장애를 부여해서는 안 된다는 것이다.²⁾

AMA에서는 어느 정도 합리적인 수준으로 기존 각 항목에서 통증에 대해 전신장애율이 합산되어 있으며, 추가적인 통증에 대한 전신장애율 부가가 필요한 경우는 복잡한 평가 및 산정 단계들을 통해 기존에 산정된 신체장애율에 1~3%의 통증 전신장애율을 추가해줄 수 있다. 그러나 이러한 추가적인 1~3%의 전신장애율을 더해주기 위한 과정이 너무도 복잡하여 현실적으로 이를 적용하기에는 어려움이 있고 평가 시에 임상가들이 회피하기 쉽겠다는 판단이다. AMA의 장애 평가 지침에는 복합부위통증증후군 제I형과 제II형 및 외상후신경통 환자의 전신장애율에 대한 항목이 있는데 이에 대한 산정 지침은 Appendix 1, 2와 같다.²⁾ 상하지 각각에서의 최대 전신장애율이 60%까지임을 볼 수 있다.

**현재 마련 중인 대한의학회의
통증질환에 대한 장애 평가법**

전술한 바와 같이 통증의 장애인정 여부에 대한 이견이 있을 수 있다. 그러나 서로 다른 장애 간에 형평성이 있어야 한다. 예를 들어 복합부위통증증후군 환자의 경우 이환된 부위를 차라리 절단해달라고 애원하는 경우가 허다하다. 이환 부위를 조금이라도 스치거나 아픈 자극이 가해진다면 극심한 통증이 유발될 수 있기 때문에 오히려 이환 부위가 없는 편이 좋겠다는 생각에서일 것이다. 이러한 경우라면 누구도 이러한 환자의 장애 상태가 사지절단 환자에 비해 장애의 정도가 가볍다고 할 수는 없을 것이다. 그러나 현실에서는 절단 환자는 장애인정을 받고 있으나 복합부위통증증후군 환자의 경우는 전혀 장애 인정을 받고 있지 못하고 있다. 통증의 경우 그 정도를 측정할 객관적인 지표가 없거나, 피병을 부린다거나, 통증을 과대하게 표현을 할 것이라거나 하는 막연한 생각만으로 이 환자들의 장애판정에 대해 기피하려고 하고 인정하지 않으려 해서는 결코 안 될 것이다. 가급적 객관적인 지표들을 개발하여 이를 적용한 적절한 평가를 통한 장애의 인정이 절실한 실정이다.

통증분야에 대한 지침마련에서 복합부위통증증후군 제I형과 제II형을 제외한 경우는 논의 끝에 이번에 포함시키지 않기로 결정하였다. 또한 복합부위통증증후군 제I형과 제II형 환자의 경우에도 보상이나 장애를 인정받기 위해서는 임상적인 최종진단 여부에 관계없이

AMA 지침서에서 제시하는 복합부위통증증후군의 진단 기준에 부합되어야 한다. 그러나 전술한 대로 이 질환의 특성상 AMA의 진단 기준 내의 지표들 중에도 병의 경과에 따라 변화된다는 점을 감안해보면 발증부터의 의무기록을 조사하여 만약 초기에 증상이나 징후가 있었다가 나중에 소실된 경우라면 해당 지표가 있다고 인정해야 할 것이다. 다른 통증 질환들의 경우는 여러 논란 끝에 이번에 포함시키지 않고 향후에 추가할 수 있는 방안을 모색하는 것으로 결정되었다.

일단 복합부위통증증후군 제I형과 제II형의 경우에는 통증의 정도 20점, 일상생활 수행 시 통증의 변화 20점, 통증과 관련된 정서적 고통 20점, 통증치료의 여부 및 투약의 정도 20점, 통증행동 10점 등 총 90점과 통증을 평가하는 의사가 판단하는 통증행동의 진실성에 대한 판단 \pm 10점(최대 10점까지 감점할 수도 있음)을 합

해 총 100점을 산출하는 것으로 하였다(Table 1).

통증 장애를 판정 받기 위한 전제조건으로 최소한 1년 정도 문서화된 간헐적 혹은 지속적인 통증치료 병력이 기록된 의료문서를 제시하여야 하며, 이 문서를 토대로 통증의 정도와 통증치료의 여부 및 투약의 정도를 판단하기로 하였다. 일상생활 수행 시의 통증의 변화는 변형된 바텔 지표(Table 1, Appendix 3)를,³⁾ 통증에 따른 정서적 고통은 벡 우울척도(Table 1, Appendix 4)를⁴⁾ 도입하기로 잠정적으로 결정하였다. 이렇게 하여 얻어진 점수들을 향후 공청회 등을 거쳐 책정될 통증 질환의 최대 신체장애율을 기준으로 환산 적용하면 해당 환자의 신체장애율이 계산될 수 있겠다.

판정시기는 AMA 장애 평가법과 동일하게 장애가 충분히 치료되어 증상이 고정되었을 때인 최대회복점에서 시행하는 것으로 하였다. 그러나 발병 후 많은 시간이

Table 1. Pain Score Evaluated by the Index of the Korean Academy of Medical Sciences

Parameter	Mild	Moderate	Moderately severe	Severe
Score	1-5	6-10	11-15	16-20
Pain (intensity + frequency): 20 points	Mild	Moderate	Pain is present of the most of the time and may reach an intensity of 9-10/10	Continuous daily pain, with intensity reaching 9-10/10 at its worst
ADL (modified Barthel Index) ³⁾ : 20 points	81-99 points obtained from the modified Barthel Index	51-80 points	21-50 points	0-20 points
Emotional distress (Beck Depression Inventory) ⁴⁾ : 20 points	10-15 points obtained from the Beck Depression Inventory	16-23 points	24-40 points	41-63 points
Treatment	Patient is not receiving treatment for pain on a regular basis	Patient is taking analgesics much of the time	Patient receives analgesics on a maintenance basis	Patient is receiving maximal dose of analgesics on an ongoing basis
Score	1-2	3-5	6-8	9-10
Pain behavior: 10 points	Few appropriate pain behavior; mild pain-related limitation, few pain behaviors	Significant pain-related limitations; relatively few indeterminate appropriateness of pain behaviors	Severe pain-related limitation; a number of congruous pain behaviors; difficult physical examination due to pain	Very severe pain-related limitation; a significant number of congruous pain behaviors; impossible physical examination due to pain
Credibility of pain behaviors; \pm 10 points	-10: exaggerated and non physiologic; 0: ambiguous; +10: appropriate and tend to confirm other clinical findings. Evaluating physician may give any score between -10 and +10.			

Total Korean Academy of Medical Sciences Scores on Disability: 100 points

경과했다 하더라도 뚜렷하게 기능의 향상이 진행되고 있는 경우에는 판정을 미루며, 시술이나 수술 또는 다른 치료로 기능이 회복될 수 있다고 판단되는 경우에는 충분한 치료 이후로 장애판정을 보류하는 것으로 하였다. 또한 통증 질환의 경우 의학적 상태가 변할 가능성이 있으므로 매 2년마다 장애에 대한 재판정을 하도록 하였으며 다만, 2회에 걸친 재판정에서 최초 판정 시와 동급 판정(신체장애율에 따라 향후 몇 등급의 급수로 나누어질 가능성을 염두에 둔 기술임)을 받은 경우에는 재판정에서 제외할 수 있도록 하였다.

중복장애의 합산판정 방법은 2부위 이상에 장애가 있을 경우에는 각각의 부위에서 전신장애율을 구한 후에 부위별 신체장애율을 합산표에 의해 합산하는 것으로 하였다. 평가 도중에 환자의 행동이 신빙성이 없다고 판단되면 즉시 평가를 중단하여야 하며 임상적 소견들이 전형적이지 않거나, 애매하거나 논쟁의 소지가 있는 상태에서 장애평가를 하는 경우는 일단 평가를 마치고, 결과를 ‘평가할 수 없음’이라고 명시하는 것으로 하였다.

결 론

만성 통증 환자들의 경우에 극심한 통증을 겪고, 실직,

사회경제적인 문제, 우울증, 불안증 등의 병발 질환 등 많은 문제들에 휩싸여 있으나 일부 환자들에서의 보상을 노린 증상의 과대 표현, 통증의 정도를 정확히 판단할 수 있는 평가 지표의 부재 등으로 장애를 인정받지 못하고 있는 실정이다. 최근 들어서 보건복지부 지원 하에 대한의학회 주관으로 통증 환자들에 대한 장애평가 지침이 마련 중에 있다는 점은 참으로 다행스러운 일이라 하겠다.

참 고 문 헌

1. The Korean Academy of Medical Sciences: Workshop on development of guides to the evaluation of permanent impairment. Seoul, The Korean academy of Medical Science Press. 2007, pp 1-28.
2. Cocchiarella L, Andersson GBJ: Guides to the evaluation of permanent impairment. 5th ed. Chicago, AMA Press. 2001, pp 1-16, 336-7, 343-4, 495, 553, 565-91.
3. Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V: The Barthel ADL Index: a reliability study. Int Disabil Stud 1988; 10: 61-3.
4. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W: Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. J Pers Assess 1996; 67; 588-97.

Appendix

Appendix 1. 복합부위통증증후군 환자에서 상지의 전신 신체장애율

제1급 우세측(1-9%) 비우세측(1-4%)	제2급 우세측(10-24%) 비우세측(5-14%)	제3급 우세측(25-39%) 비우세측(15-29%)	제4급 우세측(40-60%) 비우세측(30-45%)
이환측 상지로 자기보살핌, 일상활동, 붙잡기 등이 가능하나 손가락의 기민함이 제한됨.	이환측 상지로 자기보살핌이 가능하고, 약간 어려움은 있으나 물건을 움켜쥐거나 붙잡을 수 있음. 손가락의 기민함은 없음.	이환측 상지를 움직일 수는 있으나 자기보살핌에 어려움이 있음	이환측 상지를 자기보살핌이나 일상적인 활동들에 사용할 수 없음.

Appendix 2. 복합부위통증증후군 환자에서 하지의 전신 신체장애율

제1급 1-9%	제2급 10-19%	제3급 20-39%	제4급 40-60%
앉은 자세에서 설 수 있고, 평지보행은 가능하나 계단이나 경사진 곳, 장거리 보행은 어려움.	앉은 자세에서 설 수 있고, 도움이 없이도 짧은 거리의 평지보행이 가능함.	앉은 자세에서 서거나, 선 자세를 유지하기가 어렵고 도움 없이 보행할 수 없음.	도움이나 지지대, 보장구 없이는 설 수 없다.

Appendix 3. 변형된 바텔 지표

분류	모든 부분에 타인의 도움이 필요하다.	한두가지를 제외한 모든 부분에 타인의 도움이 필요하다.	타인의 도움이 상당부분 필요하다.	간단한 도움만 필요하다.	타인의 도움이 필요 없다.
머리 빗기, 면도, 양치질하기	0	1	3	4	5
씻거나 목욕하기	0	1	3	4	5
음식 먹기	0	2	5	8	10
스스로 화장실 사용하기	0	2	5	8	10
계단 오르내리기	0	2	5	8	10
옷 입고 벗기	0	2	5	8	10
대변 가리기	0	2	5	8	10
소변 가리기	0	2	5	8	10
약 50미터 이상 걷기	0	3	8	12	15
휠체어로 약 50미터 이동하기 (못 걷는 경우)	0	1	3	4	5
의자나 침대로 이동하기	0	3	8	12	15

Appendix 4. 백 우울척도

항목	점수	항목	점수
슬픔	(0) 슬픔을 느끼지 않는다. (1) 슬픔을 느낀다. (2) 항상 슬프다. (3) 너무나 슬프고 불행해서 도저히 견딜 수 없다.	타인에 대한 흥미	(0) 흥미를 안 잃었다. (1) 흥미를 덜 느낀다. (2) 거의 흥미를 잃었다. (3) 완전히 흥미를 잃었다.
장래	(0) 특별히 낙담하지 않는다. (1) 별로 기대할 것이 없다고 느낀다. (2) 기대할 것이 아무것도 없다. (3) 암담하여 전혀 희망이 없다.	결단력	(0) 좋다. (1) 결정을 못 내리고 머뭇거리다. (2) 전보다 더 큰 어려움을 느낀다. (3) 아무 결정도 내릴 수가 없다.
실패감	(0) 느끼지 않는다. (1) 남보다 실패의 경험이 더 많다고 느낀다. (2) 항상 많은 일에 실패를 했다. (3) 한 인간으로서 완전히 실패했다	자신의 용모	(0) 나빠졌다고 느끼지 않는다. (1) 내 용모에 대해 걱정한다. (2) 매력을 느끼게 할 용모가 아니다. (3) 추하고 불쾌하게 보인다고 생각한다.
일상생활에 대한 만족도	(0) 만족하고 있다. (1) 전처럼 즐겁지가 않다. (2) 더 이상 어떤 것에서도 실제적인 만족을 얻지 못한다. (3) 모든 것이 다 불만스럽고 지겹다.	일의 시작에 대한 의욕	(0) 전과 다름없이 일을 잘 할 수 있다. (1) 전보다 더 힘이 든다. (2) 굉장히 힘을 들이지 않으면 안 된다. (3) 지쳐서 아무런 일도 할 수 없다.
죄의식	(0) 특별히 죄의식을 느끼지 않는다. (1) 많은 시간 동안 죄의식을 느낀다. (2) 대부분의 시간 동안 느낀다. (3) 항상 죄의식을 느낀다.	수면	(0) 전과 다름없이 잠을 잘 잔다. (1) 전처럼 잠을 자지 못한다. (2) 한두 시간 빨리 잠이 깨며, 다시 잠들기가 어렵다. (3) 훨씬 빨리 잠이 깨며, 다시 잠들 수 없다.
벌	(0) 벌을 받고 있다고 느끼지 않는다. (1) 벌을 받을지도 모른다고 느낀다. (2) 벌을 받아야 한다고 느낀다. (3) 벌을 받고 있다고 느낀다.	피로감	(0) 전보다 더 피곤하지 않다. (1) 전보다 더 쉽게 피곤해진다. (2) 무슨 일을 하든지 곧 피곤해진다. (3) 너무나 피곤해서 아무 일도 할 수 없다.
자신에 대한 실망감	(0) 실망하지 않는다. (1) 실망하고 있다. (2) 역겨워하고 있다. (3) 증오한다.	식욕저하	(0) 내 식욕은 전보다 나빠지지 않았다. (1) 내 식욕이 전처럼 좋지 않다. (2) 내 식욕은 요즈음 매우 나빠졌다. (3) 요즈음에는 전혀 식욕이 없다.
자신에 대한 비난	(0) 다른 사람보다 못하지 않다. (1) 내 자신을 비판하는 편이다. (2) 나의 잘못에 대해 항상 내 자신을 비난한다. (3) 주위에서 일어나는 모든 잘못된 일에 대해 내 자신을 비난한다.	체중감소	(0) 요즈음 몸무게가 줄지 않았다. (1) 전보다 몸무게가 줄은 편이다. (2) 전보다 몸무게가 많이 줄었다. (3) 너무 많이 줄어서, 건강에 위협을 느낄 정도이다.
자살	(0) 자살할 생각이 없다. (1) 생각은 있으나 실행하지는 않는다 (2) 자살하고 싶다. (3) 기회만 있으면 자살하겠다.	건강에 대한 염려	(0) 전보다 더 염려하지는 않는다. (1) 두통, 소화불량 또는 변비 등의 현상이 잦다. (2) 매우 염려하기 때문에 제대로 일을 하기가 어렵다. (3) 너무 염려하기 때문에 다른 일을 거의 생각할 수가 없다.
울음	(0) 전보다 더 울지는 않는다. (1) 전보다 더 많이 운다. (2) 요즈음 항상 운다. (3) 전에는 자주 울었지만 요즈음은 울려야 울 기력조차 없다.	이성에 대한 흥미	(0) 변화가 없다고 생각한다. (1) 이전보다 이성에 대한 흥미가 적다. (2) 요즈음 흥미를 상당히 잃었다. (3) 흥미를 완전히 잃었다.
화	(0) 전보다 화를 더 내지는 않는다. (1) 전보다 쉽게 화가 나고 짜증난다. (2) 항상 화가 치민다. (3) 전에는 화를 내게 했던 일인데도 요즈음은 화조차 나지 않는다.		

0-9점: 우울하지 않은 상태, 10-15점: 가벼운 우울 상태, 16-23점: 중한 우울 상태, 24-63점: 심한 우울 상태