

신체화 장애에 대한 중의학 연구동향

김효섭, 배진수, 이승환*, 임정화[†], 성우용[†]

부산대학교 한의학전문대학원, 부산대학교 한방병원 한방신경정신과*,
부산대학교 한의학전문대학원 한방신경정신과교실[†]

A Review on Treatment of Somatization Disorder in Traditional Chinese Medicine

Hyo-seop Kim, Jin-soo Bae, Seung-Hwan Lee*, Jung-Hwa Lim[†], Woo-Yong Seong[†]

School of Korean Medicine, Pusan National University, *Department of Neuropsychiatry, Pusan National University Korean Medical Hospital, [†]Department of Neuropsychiatry, School of Korean Medicine, Pusan National University

Received: August 31, 2017
Revised: September 18, 2017
Accepted: September 18, 2017

Correspondence to

Woo-Yong Seong
Department of Neuropsychiatry,
School of Korean Medicine, Pusan
National University, 20, Kumoh-ro,
Mulkeum-eup, Yangsan, Korea.
Tel: +82-55-360-5555
Fax: +82-55-360-5890
E-mail: sayeo@hanmail.net

Acknowledgement

This work was supported by a 2-year
Research Grant of Pusan National
University.

Objectives: This study was conducted to review studies on somatization disorder in traditional Chinese medicine.

Methods: We reviewed studies in the China National Knowledge Infrastructure (CNKI) to 2017. Keywords were 躯体化障碍, Somatization disorder, somatic symptom disorder. We included Randomized Controlled Trial (RCT), and excluded non-Randomized Controlled Trial (nRCT), non-related somatization disorder or traditional Chinese medicine, non-clinical trials, dissertations for degrees. Jadad scale and Cochrane Library's Risk of Bias (RoB) were used for assessment of the quality of studies.

Results: Twelve studies were selected. The Chinese Classification of Mental Disorders-3 (CCMD-3) was most frequently used as diagnostic criteria for somatization disorder. As for outcome measurement, Hamilton Rating Scale for Depression (HAMD) was used most commonly. Meta-analysis of 10 studies revealed effective rate of Chinese Herbal Medicine groups (CHM) was significantly higher than Western Medicine groups (WM) (RR: 1.14, 95% CI: 1.02 to 1.27, p=0.02, I²=40%). There was no significant difference in effective rate of CHM+WM and WM (RR: 1.12, 95% CI: 0.84 to 1.49, p=0.46, I²=83%). And also, effective rate of Acupuncture group (Acu) revealed no significant difference compared to that of WM (RR: 1.17, 95% CI: 0.95 to 1.44, p=0.13, I²=84%). For HAMD, there was significant difference in CHM vs, WM group and Acu vs. WM group. Quality of selected 12 RCTs was low.

Conclusions: Therapies practiced in traditional Chinese medicine may be effective options for somatization disorder. treatment. For further clinical studies in Korean medicine, this study could be groundwork for development of diagnosis and treatment on somatization disorder.

Key Words: Somatization Disorder, Somatic Symptom Disorder, Traditional Chinese Medicine.

I. 서론

신체화 장애(Somatization disorder)는 신체 검진이나 각종 검사를 통해 확인되는 기질적인 의학적 질병상태나 직접적인 물질의 영향에 의해 충분히 설명되지 않는 신체증상을 특징으로 한다¹⁾. 신체화 장애는 30세 이전에 시작되어 수년간 지속된 많은 신체적 호소의 과거력이 있고 일정기간 지속되는 이동성 동통, 위장관 증상, 성적증상, 가성신경학적 증상들의 신체형 장애(Somatoform disorder)로 특징지어진다^{2,3)}.

신체화 장애는 DSM-4 (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition)에서 신체형 장애로 분류되었으나 DSM-5에서는 신체 증상 장애(Somatic symptom disorder)로 질병명이 변경되었고 신체 증상 및 관련 장애(Somatic symptom and related disorders)의 개정된 진단 범주에 포함되었다⁴⁾.

CCMD-3 (Chinese classification of mental disorders-3)⁵⁾에서는 위장관 증상, 호흡 순환기 증상, 비뇨생식기계 증상, 피부질환 및 동통증상의 큰 범주 중에 2가지 및 세부 증상 6가지 이상에 해당할 경우에 신체화 장애로 진단함을 명시하고 있다. ICD-10 (International statistical classification of diseases and related health problems 10th revision)⁶⁾에서는 명시된 구체적인 증상분류가 없다. DSM-4와 CCMD-3에서 공통적으로 제시하는 위장기능 이상 및 성적증상, 신경학적증상이 신체화 장애의 진단에 필수적인 것으로 사료된다.

신체화 장애의 평생 유병률은 남자 0.2%, 여성은 0.2~2.0%로 여성에게서 많이 나타난다. 2011년도 서울대학교 의과대학에서 실시한 정신질환실태 역학조사에 따르면 우리나라의 신체형 장애의 평생 유병률은 1.5%이며 이 중에 신체화 장애는 0.1%이다⁷⁾. 한의 임상 진단에 있어서는 피병이 아니면서 검사 상 기질적인 질병원인이 발견되지 않는 신체화 증상을 화병⁸⁾이나 해리장애⁹⁾로 진단하는 경우가 많아 실제로는 더욱 높은 비율로 신체형 장애가 발생하고 있을 것이다.

서양 의학에서는 뇌를 비롯한 기타 장기에서 명백히 기질적 병리가 없는 상태에서 나타나는 신체 증상들을 설명하기 위해 주로 정신역동의 방어기제나 사회문화적인 관점에 초점을 두었다¹⁰⁾. 최근에는 신경 생리학적으로 다양한 가설들

이 제시되면서 전전두엽 피질의 기능변화를 가져올 수 있는 시도로써 SSRI (Selective serotonin reuptake inhibitors)가 치료약물로 대두되었다.

우리나라의 임상현장에서는 신체화 장애를 크게 정신치료(Psychotherapy)와 약물치료를 통해 다룬다. 이에 수용치 않는 환자에 대해서는 작동치료(Operant approach)가 적용될 수 있다¹¹⁾. 약물치료에는 Amitriptyline과 같은 SSRI계 항우울제가 사용된다¹²⁾.

치료 효과에 있어서는 신체화 증상에 대한 대중적인 치료만으로도 호전되고 있음을 보이며, 안심시키거나 에어로빅 등도 충분한 치료효과를 나타내고 있다고 보고된다¹³⁾. 약물치료¹⁴⁾ 및 인지¹⁵⁾, 상담 치료¹⁶⁾도 유의미한 치료효과와 의료비용 감소¹⁷⁾를 이끈다고 보고된다.

한의학에서는 칠기(七氣), 구기(九氣), 기울(氣鬱), 기통(氣痛), 기역(氣逆)의 병리로 신체화의 증후를 표현하였다. 「의학입문(醫學入門)」에서는 “다인칠기음식울위담음(多因七氣飲食鬱爲痰飲)”이라하여 칠정(七情)과 음식으로 인해 생긴 담음(痰飲)의 기혈(氣血) 소통장애로 통증이 발생할 수 있음을 설명하면서 정신적 원인에 의한 물리적 신체 증상의 출현을 시사하였다. 또한, 국내 한의학에서는 기기울체(氣機鬱滯), 심담허겁(心膽虛怯) 등으로 신체화 증상을 변증¹⁸⁾하고 한약처방과 함께 EFT (emotional freedom techniques) 정신요법과 최면요법¹⁹⁾으로 유효한 치료효과를 나타낸 사례가 보고되었다. 그러나, 기존 치료 방법에 대한 추가적인 분석 연구가 미진하고, 신체화 장애에 대한 진단 기준을 재고하는 것이 필요하다.

따라서, 본 연구에서는 신체화 장애에 대한 한의학적 치료방법의 다양성을 모색하고자 중의학에서 다루는 신체화 장애의 임상진단 및 치료 방법을 분석하였다. 특히, 신체화 장애에 대한 중약과 양약의 병용 투여 및 양약 치료, 침 치료와 양약 치료의 비교 효과를 확인하고 실제 한의임상에서 새로운 치료연구 개발을 위한 기초연구 토대로서 활용될 수 있도록 하였다.

II. 연구대상 및 방법

1. 논문의 검색과 선별

인터넷 학술 데이터베이스인 중국지식기초시설공정(www.cnki.net)에서 2017년 7월까지의 학술지와 학위논문으로

등재된 Somatization 및 Somatic symptom disorder 관련 주제 논문을 검색하였다. 검색주제를 중의학(Traditional chinese medicine), 중약학(Traditional chinese medicinal herbs), 중서의 결합(Combination of traditional chinese medicine with western medicine)으로 한정하였고, 검색 식으로는 (SU="somatization disorder"+"somatic symptom disorder"+躯体化障碍) OR (TI="somatization disorder"+"somatic symptom disorder"+躯体化障碍)를 사용하였다.

검색과 논문의 선별은 연구자 2인에 의해 독립적으로 진행되었으며, 검색된 결과를 상호 비교 후 누락된 검색이 없는지 모니터링 하였다. 논문 선별 시 두 연구자의 합의를 통해 무작위대조군 논문이 아닌 것, 출판되지 않은 학위논문, 신체화 장애환자를 다루지 않은 논문, 임상논문이 아닌 것으로 배제기준을 정하였다.

2. 자료 분석 방법

검색된 논문 중 무작위대조연구(Randomized controlled trial)로 선정된 12편의 논문의 선정 연구대상, 중재방법, 임상 진단도구, 유효결과 평가, 이상반응 보고 등에 대한 기술

을 정리하여 표로 정리하였다.

3. 연구의 질 평가

본 연구에 선별된 논문은 자다드 척도와 비뚤림 위험(Risk of bias) 평가 도구를 이용하여 질 평가를 실시하였다.

자다드 척도(Jadad scale)²⁰⁾는 무작위배정 비교임상시험 연구의 질 평가를 위해서 1996년 Alejandro R. Jadad가 고안한 평가 도구의 하나로써 논문의 무작위 순서 배정, 이중 맹검, 탈락에 대한 3가지 항목을 평가한다. 0~5점까지의 범위로 평가하며 3점 이상일 경우 연구의 질이 높은 것으로, 2점 이하일 경우 연구의 질이 낮은 것으로 평가한다.

비뚤림 위험 평가 도구(Cochrane's risk of bias, RoB)²¹⁾에서는 무작위 배정순서 생성, 배정순서 은폐, 참여자, 연구자 결과 평가자 눈가림, 불완전한 결과 자료, 선택적 결과 보고, 그 외의 잠재적인 비뚤림의 위험의 7가지 영역으로 무작위 대조군 연구의 질을 평가한다. 각 문항에 대해서 논문에 어떠한 내용이 기술되어 있는지에 따라 비뚤림 위험이 "높음", "불확실", "낮음"으로 판정한다²²⁾.

본 연구에서 분석된 무작위 대조 연구 12편에 대한 질 평가는 2명의 연구자가 Jadad Scale과 RoB 평가도구를 바

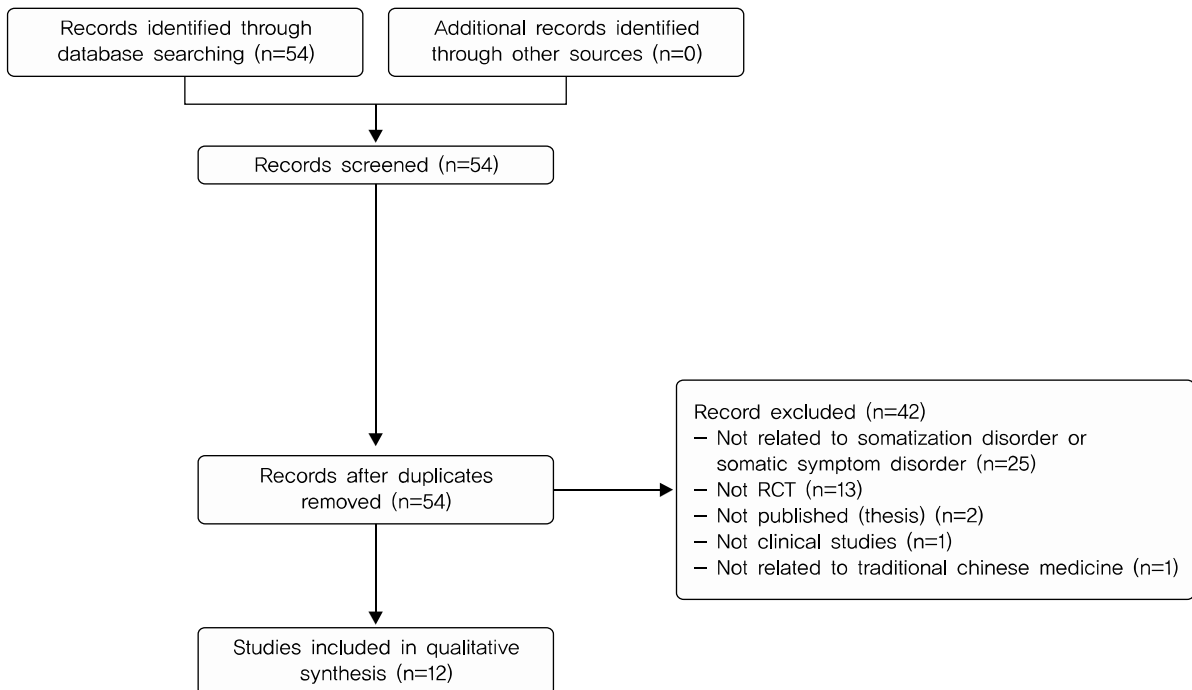


Fig. 1. Flow chart of the selection process of study.

Table 1. Analysis of Randomized Controlled Trial Studies on Somatization Disorder

First author (year)	Sample size (male/female)	Diagnostic criteria	Treatments (A) Control group (B) Intervention group	Outcome measurement	Results	Jadad score
CHM vs. WM						
Wang ²⁸⁾ (2015)	40 (16/24) 40 (14/26)	CCMD-3	(A) Sertraline 50~100 mg bid for 6 weeks (B) Sihosogan-san (chaihushugan) 200 ml bid for 6 weeks	1) Effective rate 2) HAMD	1) (A) 77.5% (B) 95% (B) group > (A) group ($p > 0.05$) 2) (B) group > (A) group ($p < 0.05$)	1 (1/0/0)
Yu ³⁵⁾ (2006)	34 (9/25) 33 (10/23)	CCMD-3	(A) Fluoxetine 20 mg qd for 8 weeks (B) The combination of XD (Xiao yao Decoction) and WD (Wendan decoction) 500 ml qd for 8 weeks.	1) SCL-90 (mean value for somatization, depression, anxiety) 2) CGI	1) Somatization (A) group > (B) group ($p < 0.05$) Depression (B) group > (A) group ($p < 0.01$) Anxiety (A) group > (B) group ($p > 0.05$) 2) (B) group > (A) group ($p < 0.01$)	1 (1/0/0)
Li ³¹⁾ (2007)	31 (9/22) 32 (11/21)	CCMD-3	(A) Amitriptyline 150~200 mg bid for 8 weeks (B) Sayeoksan-gami (jiaweisnisan) bid for 8 weeks	1) Effective rate 2) SCL-90	1) (A) 87.10% (B) 90.63% (B) group > (A) group ($p > 0.05$) 2) (A) group > (B) group ($p < 0.01$)	1 (1/0/0)
Li ³²⁾ (2008)	30 (9/21) 30 (11/19)	CCMD-3	(A) Flupentixol and Melitracen 20 mg bid for 6 weeks (B) Soganchukdam-tang (Shuganditan-tang) bid for 6 weeks	1) Effective rate 2) HAMD	1) (A) 90% (B) 93.33% (B) group > (A) group ($p > 0.05$) 2) (A) group > (B) group ($p > 0.05$)	1 (1/0/0)
Yuan ²⁵⁾ (2009)	40 40	CCMD-3 HAMD \geq 18	(A) Amitriptyline 25~50 mg bid for 2 months (B) Yukwool-tangGami (liuyu-tangjiawei) 150 mg tid for 2 months	1) Effective rate 2) HAMD	1) (A) 80% (B) 100% (B) group > (A) group ($p < 0.05$) 2) (A) group > (B) group ($p < 0.05$)	1 (1/0/0)
Xue ³⁴⁾ (2012)	50 (28/22) 50 (25/25) 100 (52/48)	CCMD-3	(A) Chlorimipramine 75 mg qd for 6 weeks (B) Citalopram 40 mg qd for 6 weeks (C) Tongrakseosin-bang (Tongluoshuqu-fang) bid for 6 weeks	1) SCL-90	1) There is no statistically significant difference between the 3 groups.	1 (1/0/0)
Acu vs. WM						
Xu ³³⁾ (2006)	92 (39/53) 92 (38/54)	CCMD-3	(A) Paroxetine 20~40 mg qd for 4 weeks (B) Acupuncture-therapy qd for 4 weeks	1) Effective rate 2) HAMD 3) HAMA	1) (A) 55.43% (B) 92.39% (B) group > (A) group ($p < 0.01$) 2) HAMD (B) group > (A) group HAMA 3) (B) group > (A) group ($p < 0.01$)	1 (1/0/0)
Liu ²⁴⁾ (2009)	20 (6/14) 20 (8/12)	CCMD-3 HAMD \geq 17	(A) Fluoxetine 20 mg qd 6 weeks (B) Acupunture therapy: BL18, BL20, BL15, ST36, SP6, GV24.Ex-HN1, LR14, LR3, BL17, ST40, SP9, PC6 depending on patients symptoms for 30 min qd 6 weeks.	1) Effective rate 2) HAMD 3) Serum5-HIAA, 4) NE 5) DA	1) (A) 90% (B) 85% (A) group > (B) group ($p > 0.05$) 2) (A) group > (B) group ($p < 0.05$) 3) (A) group > (B) group ($p < 0.01$) 4) (A) group > (B) group ($p < 0.05$) 5) (B) group > (A) group ($p < 0.05$)	1 (1/0/0)
Gao ²⁷⁾ (2014)	30 30	CCMD-3	(A) Cilostazol 30~60 mg qd for 4 weeks (B) (A)+acupuncture therapy: BL13, BL14, BL15, BL18, BL20 qd for 4 weeks	1) Effective rate 2) SCL-90	1) (A) 73.3% (B) 93.3% (B) group > (A) group ($p < 0.01$) 2) (B) group > (A) group ($p < 0.01$)	1 (1/0/0)

Table 1. Continued

First author (year)	Sample size (male/female)	Diagnostic criteria	Treatments (A) Control group (B) Intervention group	Outcome measurement	Results	Jadad score
Acu+WM vs Acu+Acu'						
Guo ³⁰⁾ (2014)	30 (13/17) 30 (12/18)	CCMD-3	(A) Acupuncture therapy: GV20, GV24, CV17, CV4, GB20, SP11, LR13, PC6, TE6, ST36, SP6, KI3, LR3 qd for 4 weeks + Flupentixol and Melitracen Tablets 125 mg bid 4 weeks (B) Acupuncture therapy : GV20, GV24, CV17, CV4, GB20, SP11, LR13, PC6, TE6, ST36, SP6, KI3, LR3 qd for 4 weeks + Navel needling qd for 4 weeks.	1) SCL-90 2) HAMD 3) HAMA	1) (A) group > (B) group (p < 0.05) 2) HAMD (A) group > (B) group (p > 0.05) 3) HAMA (A) group > (B) group	2 (1/0/1)
Acu+WM vs. Acu vs. WM						
Shou ²⁹⁾ (2015)	54 (28/26) 55 (28/27) 56 (27/29)	ICD-10	(A) Citalopram 34.5 mg qd for 8 weeks (B) Acu-pressure therapy: LI1→LI2→LI3→LI4→LI5→LI6→LI7→LI8→LI9→LI10→LI11→LI12→LI13→LI14→LI15→LI16→LI17→LI18→LI19→LI20 or HT1→HT2→HT3→HT4→HT5→HT6→HT7→HT8→HT9 (Depending on patients' symptoms) after the usage of Citalopram 34.5 mg qd for 8 weeks. (C) Citalopram 34.5 mg qd combined Acu-pressure therapy (the same as the group (B)'s treatment) for 8 weeks	1) Effective rate 2) SCL-90 3) HAMD 4) HAMA 5) TESS	1) (A) 92.6% (B) 100% (C) 100% (B) group = (C) group > (A) group (p < 0.01) 2) (A) group > (C) Group > (B) group (p < 0.05) 3) (A) group > (C) Group > (B) group (p < 0.05) 4) (A) group > (C) Group > (B) group (p < 0.05) 5) There is no statistically significant difference between the 3 groups	2 (1/0/1)
CHM+WM vs. WM						
Yang ²⁶⁾ (2008)	79 (20/59) 78 (21/57)	CCMD-3 SDS ≥ 50 SAS ≥ 52	(A) Maprotiline 25 ~ 200 mg qd for 8 weeks (B) An le pian qd (the number of doses is not documented) and Maprotiline 25 ~ 75 mg qd for 8 weeks	1) Effective rate 2) SDS 3) SAS	1) (A) 96.2% (B) 97.4% (B) group > (A) group (p > 0.05) 2) (B) group > (A) group (p > 0.05) 3) (A) group > (A) group (p > 0.05)	1 (1/0/0)

Acu: Acupuncture, BID: twice a day, CCMD-3: The Chinese Classification of Mental Disorders, Third Edition, CHM: Chinese Herbal Medicine, CGI: Clinical General Impression scale, HAMA: Hamilton Anxiety Rating Scale, HAMD: Hamilton Depression Rating Scale, ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, QD: once daily, SAS: Self-Rating Anxiety Scale, SCL-90: The Symptom Checklist-90, SDS: Self-Rating Depression Scale, TESS: Treatment Emergent Symptom Scale, TID: three times a day.

탕으로 독립적으로 진행하였으며, 연구자 간의 서로 다른 의견은 제 3의 연구자의 자문과정을 거쳤으며, 충분한 비교와 수정 후에 절충한 결과를 도출하였다.

4. 자료합성

신체화 장애 치료에 대해 같은 중재방법이 사용된 연구들에 대해서 해당 처치별 유효율을 합성하고 효과를 비교하기 위해 Cochrane collaboration software인 Review Manger

(RevMan) version 5.3²³⁾을 이용하였다. 이분형 변수에 대해서 비교위험도(Relative risk, RR)를, 연속형 변수에 대해서는 평균차(Mean difference, MD)와 95% 신뢰구간(Confidence interval, CI)를 활용하였다. 통계학적 이질성은 카이제곱 검정과 Higgin's I² 통계를 이용하여 검정하였다. 이질성이 과도한 경우, 변량 효과 모형(Random effect model)을 활용하였다.

III. 결과

데이터베이스 검색으로 얻은 총 54편의 논문 전문을 검토하여 신체화장애에 대한 연구가 아닌 논문 25편, 무작위 대조 임상연구가 아닌 논문 13편, 출판되지 않은 학위논문 2편, 임상연구가 아닌 논문 1편, 중의학적 치료가 아닌 논문 1편을 각각 제외하고 12편의 논문²⁴⁻³⁵⁾을 선별하였다(Fig. 1).

1. 무작위대조군임상연구 분석(Table 1)

2. 진단 기준

본 연구에서 분석의 대상이 된 논문들에서 제시한 신체화장애의 진단 기준은 CCMD-3이 12편으로 가장 많았으며, ICD-10이 나머지 1편에서 사용되었다. Liu²⁴⁾ 및 Yuan²⁵⁾은 CCMD-3기준에 추가적으로 HAMD (Hamilton rating scale for depression)^{35,36)}수가 각각 18점 이상, 17점 이상인 환자를 연구대상자로 포함시켰다. Yang²⁶⁾은 SDS (Self-rating depression scale)과 SAS (Self-rating anxiety scale)을 추가적인 진단 도구로 사용하였으며 각각의 점수가 50점 이상, 52점 이상인 환자를 중재 및 대조군으로 선정하였다.

3. 치료효과 평가지표

본 연구에서 선정된 12편의 논문 중, 11편의 논문에서 유효율(Effective rate)을 치료효과를 평가하기 위한 지표로 사용하였으며, 신체화 증상의 호전정도를 측정하기 위한 평가도구로는 HAMD가 7편으로 가장 많이 보고되었다. 간이정신건강진단도구인 SCL-90 (The symptom checklist-90)³⁸⁾가 6편에서 사용되었다. 그 밖에, HAMA (Hamilton anxiety rating scale)가 3편에서 사용되었으며, SDS과 SAS를 증상 개선 평가도구로 선정한 논문이 1편, CGI을 사용한 논문 1편이 있었다. 추가적으로, 한 편의 논문에서 세로토닌의 주요 대사산물인 5-HIAA (5-Hydroxyindoleacetic acid)와 NE (Norepinephrine), DA (Dopamine)의 혈청농도 변화를 측정하여 제시하였다. 또한, 이상반응을 평가하기 위한 도구로 TESS (Treatment emergent symptom scale)를 사용한 논문도 1편이 있었다. 모든 논문들은 최소 2개 이상의 평가도구를 사용하였다.

4. 연구의 질 평가

1) 자다드 척도(Jadad Scale)을 이용한 평가

본 연구에서 선정된 무작위대조임상연구 논문 12편에 대한 연구의 질을 자다드 척도로 평가하였을 때, 2편이 3점, 10편이 1점으로 연구의 질이 대체로 낮았다. 2개의 연구에서만 난수표를 통한 무작위 배정과정을 사용하였으며 그 외 10편의 논문에서는 무작위 배정 방법에 대한 구체적인 언급이 없었다. 중도 탈락 및 제외 여부에 대한 기술이 있는 논문은 2편이 있었으며, 전체 논문에서 대상자 및 연구수행자 눈가림에 대한 내용이 제시되지 않았다.

2) 비뿔림 위험 평가 도구(Cochrane's RoB)를 이용한 평가

본 연구에서 선정된 무작위대조임상연구 12편의 모든 논문에서 무작위 배정의 방법에 대한 설명이 없었다. 2편의 논문에서만 난수표 사용을 명시하여 해당 연구의 비뿔림 위험을 낮은 것으로 평가하였고 해당 언급이 없는 나머지 10개의 논문에 대해서는 불확실한 것으로 평가하였다. 모든 연구에서 배정순서 숨김에 대한 기술이 없었으므로 선택 비뿔림 위험이 불확실하다고 결정하였다. 참여자와 연구자 눈가림에 대해서는 각 논문에서 사용된 양약과 중약, 중성약(中成藥), 침치료 및 혈위 지압법의 물리적으로 확연히 구별되는 중재방법의 특성상 완벽한 눈가림은 불가능한 것으로 사료하여 모든 논문에서 비뿔림 위험이 높은 것으로 판단하였다. 전체 12편의 논문에서 평가자 눈가림에 대해 명시된 바가 없었으므로 해당 항목의 비뿔림 위험이 불확실한 것으로 평가하였다. 모든 논문에서 제시한 개별 결과 자료를 분석해 보았을 때 결측이 없는 것으로 판단되어 불충분한 결과자료에 대한 비뿔림은 낮은 것으로 산정하였다. 또한, 모든 논문들에서 구체적으로 프로토콜을 따라 연구를 진행한 계획 및 기록이 제시되어 있지 않기 때문에 선택적 결과보고에 대한 비뿔림 위험이 불확실한 것으로 평가하였다(Fig. 2).

5. 연구대상자의 수, 성별, 평균 연령, 평균병정기간, 치료기간

본 연구에서 선별한 논문들의 연구대상자 수는 최소 40명에서 최대 200명이었다. 10편의 논문에서 남녀 성별을

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Gao (2014)	⊕	⊕	⊖	⊕	⊕	⊕	⊕
Guo (2014)	⊕	⊕	⊖	⊕	⊕	⊕	⊕
Li (2007)	⊕	⊕	⊖	⊕	⊕	⊕	⊕
Li (2008)	⊕	⊕	⊖	⊕	⊕	⊕	⊕
Liu (2009)	⊕	⊕	⊖	⊕	⊕	⊕	⊕
Shou (2015)	⊕	⊕	⊖	⊕	⊕	⊕	⊕
Wang (2015)	⊕	⊕	⊖	⊕	⊕	⊕	⊕
Xu (2006)	⊕	⊕	⊖	⊕	⊕	⊕	⊕
Xue (2012)	⊕	⊕	⊖	⊕	⊕	⊕	⊕
Yang (2008)	⊕	⊕	⊖	⊕	⊕	⊕	⊕
Yu (2006)	⊕	⊕	⊖	⊕	⊕	⊕	⊕
Yuan (2009)	⊕	⊕	⊖	⊕	⊕	⊕	⊕

Fig. 2. Risk of bias summary.

나누어 인원구분을 하였다. 연구 대상자의 평균연령의 최소 값은 18세였으며 최대값은 69세였다. 연구 대상자의 대부분은 30, 40대의 청장년층으로 구성되었다. 연구 대상자의 평균병정기간은 6개월부터 16년까지 매우 다양하였으며 평균 병정이 아닌 병정의 범위만 기술된 논문이 5편 있었다. Gao²⁷⁾의 연구에서는 연구대상자의 성별구성 및 연령, 병정 기간의 기술 없이 치료군과 대조군에서의 각 항목이 통계적으로 유의미한 차이가 없음을 밝히고 있었다. 치료기간은 최소 4주에서 최대 2개월이었다.

6. 중재방법 및 치료결과

선별된 12편의 논문에서 모두 약물이 중재방법에 사용되었는데 2편에서만 약물이 중재군으로 설계되었으며, 나머지 10편에서는 모두 약물이 대조군으로 설정되었다. 치료군의 중재 방법으로 중약을 선정한 논문이 6편, 침 치료를 사용한 논문이 3편, 약과 침 치료의 병용치료를

사용한 논문이 1편, 일반적인 침 치료와 특수 침 치료인 제침(臍針, Navel needling)³⁹⁾을 결합한 치료법을 사용한 논문이 1편, 약과 침 병용 방법을 선정한 논문이 1편 있었다. 중약을 포함해 중약을 치료 중재로 사용한 7편의 논문에서는 모두 약물이 대조군 보다 치료군이 통계적으로 유의미하게 높은 유효율을 나타내었고, 우울 척도에서도 대조군보다 통계적으로 유의미하게 개선되었다. 약과 침 치료를 병용 치료한 중재군은 약 대조군보다 높은 유효율을 나타내었으나 SCL-90 척도에서는 대조군보다 훨씬 저조한 감소율을 나타내었다. 약과 침 병용 치료를 병용 치료한 중재군은 약 투여 대조군보다 통계적으로 유의미하게 높은 유효율을 나타내었고, 우울 및 불안척도에서도 통계적으로 유의미하게 높은 개선효과를 보였다. 약과 침 병용투여를 사용한 논문에서는 중약 병용 투여 시 약 단독 투여보다 경미하게 높은 증상 개선 효과 및 유효율을 나타내고 있음을 제시하였다. 일반 침 치료와 제침(臍針)을 병행한 중재군의 경우에는 침 치료와 약투여를 병용한 대조군보다 높은 우울 및 긴장척도 감소율을 나타내었다. 침 치료가 중재군으로 설정된 논문에서는 대조군의 처치인 침 치료보다 약 투여가 통계적으로 유의미하게 높은 우울 및 긴장 감소율을 나타내었다.

Wang²⁸⁾의 연구에서는 약 투여군이 중약 단독 투여군에 비해서 HAMD가 유의미하게 경감되었으며, 또한 Xu³³⁾의 연구에서 약 투여군이 침 치료군에 비해서 HAMD, HAMA가 유의미하게 경감되었다고 보고하였다.

대조군에 처방된 약은 ‘Fluoxetine’, ‘Amitriptyline’, ‘Flupentixol and Melitracen’, ‘Citalopram’이 각각 2회 사용되었으며 그 밖에, ‘Chlorimipramine’, ‘Cilostazol’, ‘Paroxetine’, ‘Sertraline’, ‘Maprotilin’이 각각 1회씩 사용되며 다양한 약이 신체화 장애 치료에 적용되었다.

7. 유효성

중재 방법과 평가지표가 동일한 RCT 연구들을 양적 합성하여 유효성을 비교하였다. 중약투여와 약 투여 대조군을 비교한 연구 4편, 약과 중약의 병용 치료, 약 대조군을 비교한 연구 2편, 침 치료와 약 투여군을 비교한 연구 3편의 결과를 합성하였다. 침 치료는 침 치료에 해당하는 중재군으로 편성하였다.

1) 중약 치료군과 양약 대조군의 비교

중약 치료군이 신체화증후군의 관련 증상 호전에 미친 효과를 나타낸 4편의 RCT 연구들의 측정치를 합성한 결과 중약 치료군이 양약 대조군에 비하여 통계적으로 유의미하게 높은 유효율을 나타내었다(RR: 1.14, 95% CI: 1.02 to 1.27, p=0.02, I²=40%) (Fig. 3). 그러나, 중약 치료와 양약 치료의 HAMD는 통계적으로 유의미한 차이가 없었다(MD: -0.94, 95% CI: -7.40 to 5.51, p=0.77, I²=98%) (Fig. 4).

2) 중약·양약 치료군과 양약 대조군의 비교

중약과 양약의 병용치료 효과를 양약 단독 투여 대조군

효과와 비교한 RCT 연구는 2편이었다. 이들 연구의 유효율을 합성한 결과, 중약과 양약의 병용 치료 중재군과 양약 단독 투여 대조군사이에 통계적으로 유의미한 차이가 없었다 (RR: 1.12, 95% CI: 0.84 to 1.49 p=0.46, I²=83%) (Fig. 5).

3) 침 치료와 양약치료의 비교

신체화 장애 치료에 침 치료와 양약치료를 시행한 RCT 연구는 3편이었으며, 해당 연구들의 결과를 합성한 결과, 침 치료와 양약 치료의 유효율은 통계적으로 유의미한 차이가 없었다(RR: 1.17, 95% CI: 0.95 to 1.44, p=0.13, I²=84%) (Fig. 6). 또한 침치료와 양약 치료의 HAMD는 통계적으로 유의미한 차이가 없었다(MD: 0.59, 95% CI: -5.09 to

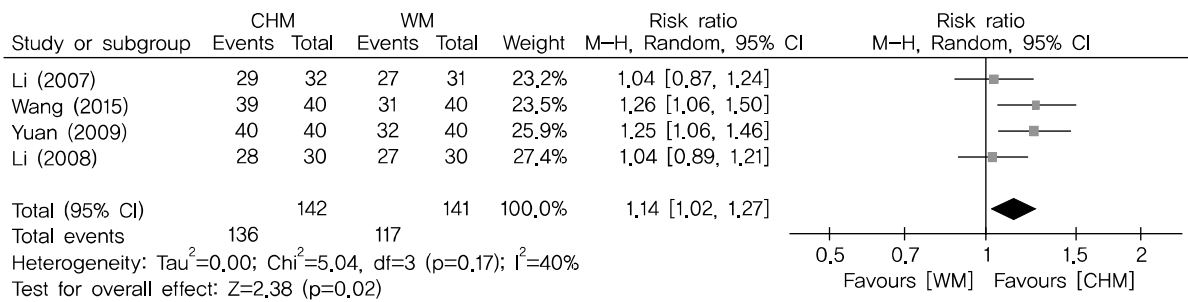


Fig. 3. Forest plot of comparison: chinese herbal medicine (CHM) vs. western Medicine (WM), outcome: effective rate.

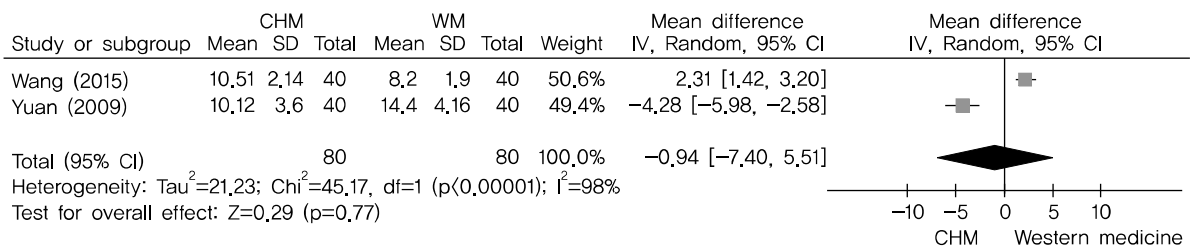


Fig. 4. Forest plot of comparison: chinese herbal medicine (CHM) vs. western medicine (WM), outcome: HAMD.

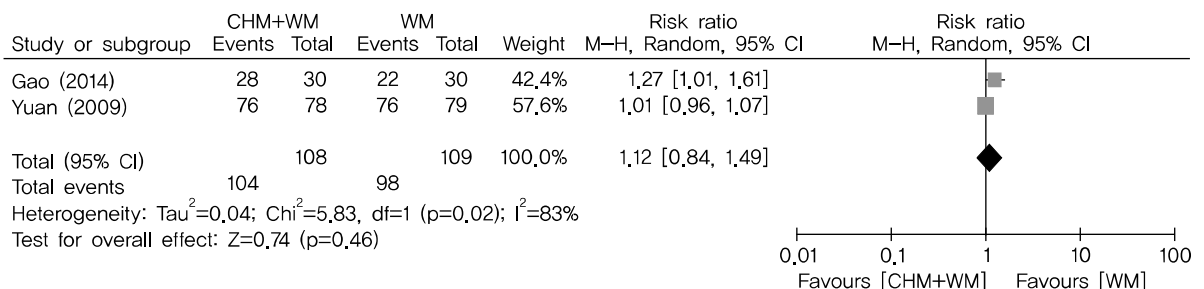


Fig. 5. Forest plot of comparison: chinese herbal medicine (CHM) + western medicine (WM) vs. western medicine (WM), outcome: effective rate.

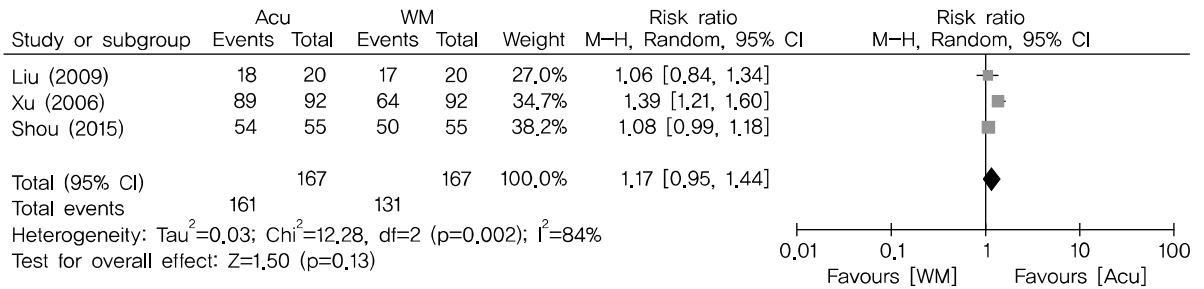


Fig. 6. Forest plot of comparison: acupuncture (Acu) vs. western medicine (WM), outcome: effective rate.

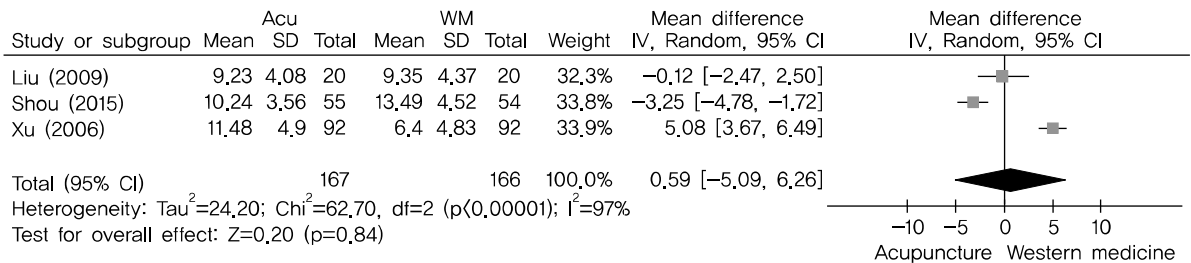


Fig. 7. Forest plot of comparison: acupuncture (Acu) vs. western medicine (WM), outcome: HAM-D.

6.26, $p=0.84$, $I^2=97\%$) (Fig. 7).

8. 이상반응 보고

이상반응은 12편의 논문 중에서 총 5개의 논문에서 보고되었다. 이상반응이 보고된 5개의 논문에서 모두 양약의 이상반응이 중약의 이상반응보다 더 많이 발생하였다. 이상반응 출현 빈도 및 이상 증상의 개수는 모든 논문에서 중약 치료보다 양약에서 높게 나타났다. 5개의 논문 중 1개의 논문에서는 평가척도인 TESS를 사용하여 평가하였다. Shou²⁹⁾의 연구에서는 양약 투여군과 양약 및 혈위 지압 치료군에서 유의미한 차이의 이상반응이 나타나지 않았다. 그 외의 논문들에서 제시된 이상반응 중에 가장 빈도가 높은 것은 소화기능장애였으며, 심혈관계 질환 및 전신무력, 수면 장애 등이 보고되었다. 또한, 추적조사(f/u)시행을 보고한 연구는 단 한건도 없었다.

IV. 고찰

본 연구에서는 신체화 장애의 중의학적 진단기준과 국제적 표준을 파악하고 중재방법들의 유효율을 분석하여 한의 임상에서의 진단 및 변증도구 개발 및 치료 연구의 기반을

제공하고자 하였다.

신체화 장애에 대한 중의학적 치료방법에 대해서 분석해보면, 12편의 논문 중 7편에서 중약치료가 사용되었는데 이 중에 1편에서 중성약이 사용되었다. 침 치료를 사용한 논문이 3편, 양약과 혈위 지압법의 병용 치료를 사용한 논문이 1편, 일반적인 침 치료와 특수 침 치료인 제침(臍針)을 결합한 치료법을 사용한 논문이 1편 있었다.

본 연구에서 선정한 12개의 무작위 대조 임상연구에서는 11편이 CCMD-3를 신체화장애의 진단 기준으로, 1편이 ICD-10을 진단 기준으로 사용하고 있음을 보였다. CCMD-3가 중의학적 정신질환 연구의 진단 기준으로 많이 채택되고 있다고 사료된다. 실제로 현재 중국의 정신과 전문의들이 정신질환 진단에 CCMD-3를 가장 높은 비율로(63.8%) 사용하며 ICD-10 (28.5%), DSM-4 (7.7%)순으로 사용한다고 보고된다⁴⁰⁾.

대부분의 연구에서 대조군은 양약 치료를 사용하였으며 Fluoxetine, Amitriptyline, Flupentixol and Melitracen, Citalopram 및 그 밖에 Chlorimipramine, Cilostazol, Paroxetine, Sertraline, Maprotilin이 처방되었다. 이 약물들은 대체로 SSRI계열의 항우울제, 항불안제에 해당하며 특히 Cilostazol은 동통 및 냉감 치료에 처방되는 약물이다.

따라서, 중의학에서는 신체화 장애의 치료 목표를 항 우울 및 항 불안, 동통 제거에 두고 있는 것으로 보인다.

중약을 치료방법으로 사용한 7편의 논문에서 중복된 처방은 없었으며 중성약을 처방한 논문이 1편이었다. 선정된 연구들에서 사용된 처방은 소요산(逍遙散)과 온담탕(溫膽湯), 가미사역산(加味四逆散), 소간척담탕(疏肝滌痰湯), 육울탕가미(六鬱湯加味), 통락서신방(通絡舒身方), 시호소간산가감(柴胡疏肝散加減) 및 안락편(安樂片)이었다. 선별된 모든 논문에서 해당처방들을 구성하는 본초명 및 약재용량을 상세히 기술하였다. ‘안락편’은 시호, 당귀, 천궁, 복령, 조구등, 야교등, 백출, 감초로 구성된 태블릿 형태의 중성약이다. 안락편은 소간해울(疎肝解鬱), 안신(安神)의 효과를 기대할 수 있으며, 불면과 신경안정 치료에 사용된다. 중약의 1회 복용량을 ml 단위로 구체적으로 언급한 논문은 3편이었고 나머지 논문들은 중약의 복용량으로 1제(劑) 단위를 사용하였다. 7편의 논문에서 사용된 중약 처방에 포함된 본초 중에 가장 높은 빈도로 사용된 것은 시호로 6편의 논문에서 사용되었다. 다음으로는 반하가 4회로 많이 사용되었다. 이를 통해서 볼 때, 신체화 장애의 주요 원인으로 간화(肝火)를 고려해 볼 수 있으며 평간사화(平肝瀉火)하며 거담(祛痰)하고 위기(胃氣)의 소통을 원활하게하며 비(脾)의 습(濕)을 제거하는 것을 치료 목표로 삼을 수 있다⁴¹⁾.

침 치료를 시행한 3편의 논문 중에서 2편에서는 사용된 침의 규격과 선정 혈위, 자입 깊이, 유침시간, 득기 여부, 보사 방법이 상세히 기술되어 있었으며 나머지 1편에서는 침 치료방법에 대한 자세한 기술이 없었다. 모든 논문에서 시술자의 숙련도 및 교육정도에 대해서는 명확히 기술하고 있지 않았다. 2편의 논문에서 공통적으로 선정된 혈위는 심수(BL15), 간수(BL18), 비수(BL20)로 족태양방광경(足太陽膀胱經)의 혈위가 신체화 장애 치료에 응용될 수 있음을 시사하였다. 또한, 경혈부위를 자극하는 혈위 지압법을 중재방법으로 사용한 1편의 논문에서는 선정 혈위, 사전 교육방법, 위생, 지압 깊이, 기법에 대해서 비교적 상세히 설명하였다. 이 논문에서 사용된 경혈은 환자의 신체화 증상에 따라 수양명대장경(手陽明大腸經) 전체와 수소음심경(手少陰心經) 전체에 해당하였다. 신체화 증상이 위장관증상 위주로 나타나는 환자와 심혈관계증상 위주로 나타나는 환자에 대해 해당 치료법을 특이적으로 적용해 볼 수 있을 것이다. Guo³⁰⁾ 연구에서 사용된 제침(臍針)은 배꼽 내부의 벽(壁)을 향해

천자(淺刺)하는 침법으로 요추부 통증, 신장결석에 의한 복통 및 B형 간염에 효과가 있다는 선행 보고³⁹⁾가 있으며 해당 연구에서도 신체화 증상에 개선에 도움을 나타냈다. 다만, 임상연구에서 침 치료를 중재방법으로 사용하였을 때 STRICTA (Standards for reporting interventions in clinical trials of acupuncture)⁴²⁾와 같은 점검표를 활용하여 효과의 재현성을 입증해야 한다.

중재 결과를 평가하기 위한 도구들을 살펴보면, 12편 중에서 7편에서 HAMD를, 3편에서 HAMA를 사용하였다. 6편의 논문에서는 SCL-90를 평가도구로 사용하였다. 1편의 논문을 제외한 11편의 논문에서 모두 유효율을 평가도구로 사용하였다. 12편의 모든 논문들은 최소 2개에서 4개의 평가도구를 사용하였다. 신체화 장애는 환자별로 다양한 증상을 호소하며 진단에서부터 치료결과까지 명확하게 평가하기에 어려운 점이 있다. 또한, 기질적인 병리상태가 아님을 전제하는 질병이기에 생화학적 검사 및 영상 검사를 통한 객관적 평가가 개입되기 어렵다. 본 연구에 선정된 논문들에서 사용된 평가도구들은 대부분 우울과 불안의 변화에 대한 주관적 진술을 토대로 하는 것이다. 그러므로 향후 한의학 임상에서는 신체화장애가 나타나는 신체 증상의 범주를 한정하고 해당 범주에 대한 평가항목은 더욱 세분화하여 진단의 표준화를 이루어야 한다.

더불어, 본 연구에 포함된 연구들에서 중재방법과 평가도구가 동일한 무작위대조임상연구를 메타 분석하였다. 중약 투여 중재군과 양약 투여 대조군을 비교한 연구 4편의 연구 결과를 합성하였을 때, 중약 투여군이 양약 투여군에 비해 유효율이 통계적으로 유의미하게 높았다. 양약과 중약의 병용 치료, 양약 투여 대조군을 비교한 연구 2편의 논문 및 침 치료와 양약을 비교한 연구 3편의 결과를 메타분석 하였을 때 유효율에서 각각 통계적으로 유의미한 차이가 없었다. 또한, HAMD에서도 중약 투여 중재군과 양약 단독 투여군, 침 치료군과 양약 단독투여군 각각 통계적으로 유의미한 차이가 드러나지 않았다. 다만, 해당 메타분석들의 이질성이 높아 결과를 전적으로 신뢰하기는 어려웠다.

각 논문을 비교해보면 중의학 치료의 유효율이 대조군인 양약 치료군보다 더 유의하게 높게 나타났다. 단, Wang²⁸⁾의 연구에서 유효율은 중약투여 중재군이 유의미하게 높았으나, HAMD 결과는 양약이 더 낮게 측정되었다. 또한 Xu³³⁾의 연구에서도 침치료군이 양약투여군보다 유의미하게 유효

효율이 높았으나, HAMD, HAMA는 유의미하게 높게 측정되었다.

이처럼 중의학 치료는 양약보다 신체화 장애의 치료에 우수한 효과를 나타내지만, 우울, 불안 등의 증상 개선에 대해서는 양약과 비슷한 효과를 나타내고 있었다. 중약과 양약 병용 치료 및 침 치료의 다른 중재 방법들도 양약 단독 투여군과 비슷한 효과를 나타내고 있었다.

따라서, 중의학 치료와 양약 치료는 유사한 효과를 나타내고 있으며, 중의학 치료에서 더욱 적은 빈도의 이상반응이 보고되고 있으므로 신체화 장애 치료에 있어 양약 치료보다 중의학 치료가 우선 고려될 수 있을 것이다.

분석의 대상이 된 논문들의 수가 매우 적었고, 각 연구들의 중재 설계를 비교하였을 때 처방 및 복용량, 혈위, 침 규격, 침술 시술자, 치료기간, 환자들의 병정기간이 상이하 여 높은 이질성(Heterogeneity)이 있다고 판단하였다. 논문들의 질도 전반적으로 낮아 메타분석의 비교 결과 신뢰도는 불명확했다. 그러나 현재 한국에서는 신체화 장애를 한의학적으로 접근한 연구가 드물기 때문에 실제 임상에서 마주할 수 있는 여러 심신의학적 질환의 치료를 위한 참고가 되기 위해서는 중의학 연구 동향을 파악하는 것이 의미 있는 작업이라고 생각했다.

2017년 1월까지의 선별된 12편의 무작위대조임상연구 논문을 통해 중의학에서의 신체화 장애 진단 및 치료연구 동향을 살펴보았다. 신체화 장애는 임상에서 환자들이 호소하는 다양하고 주관적인 증상표현들을 객관적으로 평가할 기준이 없어 진단과 치료에 한계가 많다. 한의학 임상 현장에서는 화병의 범주에 신체화의 증상이 혼재되어 있으며 신체화 장애를 단일 질환으로 보고 변증하여 치료한 보고가 드물다. 중의학에서는 양약과 함께, 중약과 중성약, 침 치료, 각 치료의 병용치료를 통해서 신체화 장애를 치료하였으며 관련 연구가 활발히 진행 중이다. 본 연구에서 분석한 신체화 장애의 중의 임상연구 설계와 시행, 효과 분석이 참고 되어 앞으로 더욱 정밀한 임상진단 표준이 정립되고 다양한 신체화 장애 치료법의 개발이 이루어지기를 기대한다.

V. 결론

본 연구에서 신체화 장애의 중의학적인 연구동향을 파악하기 위해 2017년 7월까지 발표된 연구논문을 분석한 결과,

다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 총 12편의 무작위 대조임상연구가 선정되었다.
2. 신체화 장애의 진단 기준으로 CCMD-3가 가장 많이 사용되었으며, 중재 효과에 대한 평가도구로는 HAMD가 가장 많이 보고되었다.
3. 모든 논문에서 양약 투여를 중재 방법으로 사용하였다. 12편의 논문 중 치료군의 중재 방법으로 중약을 선정한 논문이 6편, 침치료를 사용한 논문이 3편, 양약과 침 치료의 병용치료를 사용한 논문이 1편, 양약과 혈위 지압법의 병용치료를 사용한 논문이 1편, 일반적인 침 치료와 특수 침 치료인 제침(臍針)을 결합한 치료법을 사용한 논문이 1편, 양약과 중성약의 병용 투여를 사용한 논문이 1편이었다.
4. 12편의 논문에서 가장 흔하게 사용된 양약은 Fluoxetine, Amitriptyline으로 대부분이 SSRI계열의 약물이었다.
5. 메타분석 결과, 중약 치료는 양약치료보다 통계적으로 유의미하게 높은 유효율을 보였다. 단, 양약과 중약의 병용 치료 및 침 단독 치료의 치료효과 모두는 양약 단독 투여 치료효과와 비교해 통계적으로 유의미한 차이를 나타내지 않았다.
6. 분석한 논문들의 연구 질이 비교적 낮았으며, 평가 항목들에 대한 비틀림의 위험이 대부분 불확실하다고 판단되었다.

REFERENCES

1. The textbook compilation committee of neuropsychiatry of oriental medical schools in nation. The Neuropsychiatry of Oriental Medicine. Seoul:Jipmoondang. 2016: 525-30.
2. American Psychiatric Association Task force on DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth edition. Washington, DC, American Psychiatric Association. 1994:445-69.
3. The textbook of Neuropsychiatry. Korean Neuro Psychiatric Association. Seoul:Joong-ang moonhwasa. 2011: 241-7.
4. Darrel R, Emily K, David K. The DSM-5: classification and criteria changes. World Psychiatry. 2013;12(2):92-8.
5. Wang JF, Zhang B, Bie HJ, Zhang WH. The development of research on Somatization Disorder. Clinical Journal of Traditional Chinese Medicine. 2013;25(3):277-81.
6. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Fifth edition : Volume 1 Tabular list. The 43rd World Health Assembly. 2016:312-5.

7. Seoul National University college of Medicine. The Epidemiological Survey of Mental Disorders in Korea. Ministry of Health and Welfare. 2011:12-24.
8. Heo EJ, Han CH, Kim WY, Park SY, Jeon WK. Review of Case Reports of Neuropsychiatry Disease in Oriental Medicine. *Korean Journal of Oriental Physiology&Pathology* 2011;25(4):708-14.
9. Kim SH, Choe BM, Kim YW, Hahn HM. Dissociative Symptoms in Patients with Somatization Disorder. *Korean Journal of Psychosomatic Medicine*. 1999;7(1):116-23.
10. Lee YH. Biological Mechanism of Somatization : Mainly Focused on the Neuro-psychological Model of Somatization. *Korean Journal of Psychosomatic Medicine*. 2000; 8(1):122-40.
11. Lee MS. Psychotherapy for Somatoform Disorder. *Korean Journal of Psychosomatic Medicine* 1996;4(2): 269-76.
12. Pilowsky I, Barrow CG. A controlled study of psychotherapy and amitriptyline used individually and in combination in the treatment of chronic intractable, "psychogenic" pain. *Pain*. 1990;40(1):3-19.
13. Kellner R. Undifferentiated somatoform disorder and somatoform disorder not otherwise specified. In : *Treatments of Psychiatric disorders : a Task Force Report of the American Psychiatric Association*. American Psychiatric Association. 1989:2147-52.
14. Koh KB. Assessment and Treatment of Somatization. *Korean Journal of Psychosomatic Medicine*. 2000;8(2): 149-64.
15. Lesley AA, Robert LW, Javier IE. Cognitive-Behavioral Therapy for Somatization Disorder:A Randomized Controlled Trial. *Archives of Internal Medicine*. 2006;166(14): 1512-8.
16. Smith GR, Moson RA, Ray. DC. Psychiatric Consultation in Somatization Disorder. *The New England Journal of Medicine*. 1986;314:1407-13.
17. Kathryn R, Micheal K, Richard S. Effectiveness of psychiatric intervention with somatization disorder patients: Improved outcomes at reduced costs. *General Hospital Psychiatry*. 1994;16(6):381-7.
18. Seo JH, Kang HS, Kim JY, Sung WY, Na YJ, Kim JW. A case report of Patient with Weakness of Heart and Gall bladder type Somatization disorder induced by Stress. *Journal of Oriental Neuropsychiatry*. 2007;18(3):249-60.
19. Kim SJ, Yu CG, Jo AR, Seo JH, Kim JN, Sung WY, Park JH. A Case Report of a Somatization Disorder Patient with Histrionic Personality Disorder. *Journal of Oriental Neuropsychiatry*. 2012;23(2):85-98.
20. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJM, Gavaghan DJ, McQuay HJ. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: Is blinding necessary. *Controlled Clinical Trials*. 1996;17(1):1-12.
21. Higgins JP, Green S, editors. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Ver. 5.1.0. The Cochrane Collaboration. 2011.
22. National Evidence-based Healthcare Collaborating Agency. NECA's guidance for undertaking systematic reviews and meta-analyses for intervention. NECA. 2011: 65-78.
23. Higgins J, Green S. *Analysing and presenting results*. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* 4.2.6 [updated september 2006]. Chichester, UK: John Wiley & Sons Inc. 2008:79-165.
24. Liu YH, Dong YX, Wang XC, Gao DD. Acupuncture to the curative effect on Somatization Disorder and its effects on serum DA,NE,5-HIAA. *Jiangsu Journal of Traditional Chinese Medicine*. 2009;41(2):47-8. (the title was translated from 针刺对躯体化障碍的疗效及其对血清DA, NE, 5-HIAA的影响)
25. Yuan J. Clinical studies 40 patients on Gastric type of somatization disorder with Yukwool-tang Gami(liuyu-tang jiawei). *Nei Mongol Journal of Traditional Chinese Medicine*. 2009;28(6):10-1. (the title was translated from 针刺对躯体化障碍的疗效及其对血清DA, NE, 5-HIAA的影响)
26. Yang XS, Zhang PX, Yang XY, Zhang CX. A therapeutic effect of a Combination of Traditional Chinese Medicine With Western Medicine on 157 cases of somatization disorder. *Medical Journal of Chinese People's Health*. 2008;20(11):1206-12. (the title was translated from 中西医结合治疗157例躯体化障碍效果观察)
27. Gao X, Shi GC, Zheng Q. Acupuncture Combined with Suggested Therapy in the Treatment of Somatization Disorder. *Journal of Clinical Acupuncture and Moxibustion*. 2014;30(5):26-8.
28. Wang JS. The therapeutic effect of Sihosogan-san(chaihushugan) on Neurotic Somatization Disorder. *Biotech World*. 2015;10:143. (the title was translated from 柴胡疏肝散加减治疗神经症的躯体化障碍)
29. Shou Y, Zhan JH, Cao SL, Dong YY Qian JJ. The effect of acupuncture point finger-pressure therapy in auxiliary somatization disorder treatment. *China Modern Doctor*. 2015;53(24):72-6.
30. Guo YQ, Zhang YG. Clinical Observation of Navel Needling Combined with Acupuncture in the Treatment of Somatization Disorder. *Journal of Clinical Acupuncture and Moxibustion*. 2014;30(6):42-5.
31. Li X, Xu HH. Clinical observation about therapeutic effect of Sayeoksan-gami(jiaweisinyin) on Somatization Disorder. *Chinese Journal of Traditional Medical Science and Technology*. 2008;15(2):146-7. (the title was translated from 加味四逆散治疗躯体化障碍的临床观察)
32. Li X, Xu HH. Clinical observation on therapeutic effect of Sogancheokdam-tang(Shuganditan-tang) on 30 cases of Somatization Disorder. *Zhejiang Journal of Traditional Chinese Medicine*. 2008;43(6):332-3.
33. Xu YS, Fu CF. A Comparative Study of Paroxetine Versus Acupuncture-therapy in Treatment of Somatization Dis-

- order. *Journal of Practical Medical Techniques*. 2006; 13(13):2302-3.
34. Xue XJ. Clinical observation on Treatment of Somatization Disorder with Tongrakseosin-bang(tongluoshuqufang). *Chinese Journal of Information on Traditional Chinese Medicine*. 2012;19(2):66-7. (the title was translated from 通络舒軀方治疗軀体化障碍临床观察)
 35. Yu HT. Clinical Observation on Treatment of Somatic Disorder with Combination of Xiaoyao powder and Wendan decoction. *Chinese Journal of Integrative Medicine*. 2006;26(12):1114-6.
 36. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology Neurosurgery Psychiatry*. 1960;23:56-62.
 37. Rachel S. The Hamilton Rating Scale for Depression. *Occupational Medicine* 2015;65:340.
 38. Matti H. Assessment of psychiatric symptoms using the SCL-90. Department of Psychiatry Helsinki University Finland. 2003;12-33.
 39. Dong ZH, Qi Y. Clinical Application of Navel Needling Therapy. *Shanghai Journal of Traditional Chinese Medicine*. 2004;38(3):39-40.
 40. Zou YZ, Cui JF, Han B, Ma AL, Li MY, Fan HZ. Chinese psychiatrists views on global features of CCMD-3, ICD-10 and DSM-IV. *Asian Journal of Psychiatry*. 2008;1(2):56-9.
 41. The Compilation Committee of Herbology. *Herbology*. 2nd. Seoul:Younglimsa. 2014:186-8, 485-7.
 42. Lee HS, Cha Sj, Park HJ, Seo JC, Park JB, Lee HJ. Revised Standards for Reporting Interventions in Clinical Trials of Acupuncture(STRICTA): extending the CONSORT Statement. *Korean Journal of Acupuncture*. 2010;27(3): 1-23.

