

SCL-90-R을 이용한 TMD환자의 심리학적 분석

부산대학교 치과대학 구강내과학교실

고 명 연

목 차

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

I. 서 론

측두하악장애는 저작근 및 측두하악관절 부위의 많은 임상적인 문제를 포함하는 포괄적 용어¹⁾로 저작계의 여러 장애들의 복합체이다.²⁾ 일반적으로 측두하악장애의 증상은 10대에서 30대로 갈수록 빈도와 심도가 증가하며 인구의 약 5%정도는 생애중 어떤 기간동안 심각한 문제점을 나타낸다.³⁾ 또 치료를 원하지 않는 집단에서의 증상은 남녀가 비슷하나 치료를 원하는 환자의 남녀비율은 1:3정도로 여성이 더 많으므로 치료를 위한 주대상은 15세에서 40세 사이의 여성이라 할 수 있다.^{4,5)}

측두하악장애의 원인은 대부분 다인성(multifactorial)이어서 보편적인 원인은 존재하지 않고 기여요인이라는 용어를 사용하는데 때로는 증상을 유발시키고, 지속시키거나, 질병의 부산물인 결과로 나타난다.⁶⁾ 이러한 기여요인들은 성공적인 치료를 어렵게 하므로 이들을 문제

목록으로 인지하여 신체요인들과 함께 통합하여 다루어야 장기적으로 성공적인 치료가 이루어질 수 있다.^{7,8)}

측두하악장애환자의 정서적, 심리적 요인을 파악하기 위해 사용되는 간이정신진단검사(Symptom Checklist 90-Revision, SCL-90-R)는 자기보고식 다차원증상목록으로서 90개 문항의 임상증상으로 구성되어 있으며 검사 실시 및 채점이 비전문가에 의해서도 이루어 질 수 있고 환자의 증상을 대체로 포괄하고 있으면서도 짧은 시간에 실시할 수 있는 점등이 특징이라 할 수 있다.^{9,10)}

따라서 외국과는 서로 다른 사회적, 문화적 환경속에 있는 측두하악장애환자의 정서적, 심리적 요인을 파악하고 특히 병력기간, 증상의 심도, 증추신경 연관증상, 기여외상요인, 사회력, 치료력, 치료양식, 치료반응, 및 치료예후에 따라 그 차이를 감별하므로써 합리적인 치료계획의 수립에 도움을 주고자 본연구를 시도하였다.

II. 연구대상 및 방법

1. 연구대상

1991년부터 1996년까지 부산대학교병원 구강내과 구강안면통증클리닉에 내원한 111명(남26, 여85)의 측두하악장애환자를 대상으로 간이정신진단검사를 시행한 바 연령분포는 13-64세 였다. 통상적인 진찰, 검사 및 보존적인 치료⁸⁾를 시행

Table 1. Demographic table of 111 TMD patients

	Duration of Present Illness		Severity of Symptom			Secondary CNS excitatory effect		Contributing factor		
	Acute	Chronic	Minimal	Moderate	Severe	Present	Absent	Macro-trauma	Micro-trauma	Both
M	9	17	7	14	5	14	12	4	16	6
F	30	55	21	49	15	38	47	6	63	16

	History of treatment		Treatment modality		Response to therapy		Treatment outcome	
	Present	Absent	Conservative with splint	Conservative without splint	Discharged	Discontinued	Improved	Unimproved
M	8	18	21	5	6	20	14	12
F	28	57	50	35	27	58	38	47

한 후 병력기간 6개월을 기준으로 급·만성¹¹⁾, 유추척도(Numerical Analog scale, NAS)¹²⁾에 의한 증상심도를 경도·중등도·고도, 이차적인 중추신경계 흥분작용에 의한 연관증상유무¹³⁾, 기여의상요인을 거대·미세외상^{13,14)}, 치료력유무, 치료방법을 물리치료 및/또는 안정위교합상치료, 치료반응을 치료완료 또는 치료중단, 치료결과를 증상개선유무^{15,16)}로 그 대상을 각각 나누었다(Table 1).

2. 연구방법

각 대상자로 하여금 간이정신진단검사 90문항을 읽고 응답하게 하였으며 극단적 또는 고의적으로 반응한 경우등은 채점에서 제외시켰다. 기본척도에 따른 원점수를 채점하여 표준화된 규준표에 의거, 신체화척도(SOM), 강박증 척도(O-C), 대인예민성 척도(I-S), 우울척도(DEP), 불안척도(ANX), 적대감 척도(HOS), 편집증 척도(PAR) 및 정신증 척도(Psy)등 9개 증상차원의 T점수를 산출하여¹⁷⁾ 세분한 대상군간의 T점수를 F 및 t-검정하여 비교하였다.

III. 연구성적

1. 급만성군의 비교

병력기간 6개월을 기준으로^{18,19)} 급성군과 만성군 임상척도의 평균T값을 비교한 결과 만성군이 급성군에 비해 9개 증상차원의 규준척 T점수의 평균값이 모두 높았으며 특히 대인예민증척도와 적대감척도에서 통계적으로 유의한 차이($p < 0.05$)를 보였다(Table 2).

2. 증상심도에 따른 비교

동통, 관절잡음, 기능이상등 증상의 심도를 유추척도(NAS)에 따라 경도(0-2)중등도(3-6), 고도(7-10)로 분류하여¹²⁾ 규준척 T점수를 비교한 결과, 경도보다는 중등도, 중등도보다는 고도군에서 각각 유의하게 높았다($p < 0.01$, Table 3).

3. 연관증상에 따른 비교

동통, 기능장애등에 의해 유발된 중추신경계의 이차적 흥분작용으로 인하여 나타나는 연관증상¹³⁾의 유무에 따라 환자군을 나누어 비교한

Table 2. Comparison of T-scores between the acute and chronic group.

		SOM	O-C	I-S	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY
ACUTE(40)	MEAN	50.45	45.55	43.48	45.68	47.18	46.68	46.18	43.40	46.10
	S.D	8.80	8.02	8.35	8.32	7.83	8.26	9.84	7.12	8.90
CHRONIC(71)	MEAN	50.80	48.09	47.01	47.90	47.83	50.66	46.73	45.15	47.58
	S.D	10.01	9.64	9.04	9.45	10.99	11.09	12.08	8.95	10.73
P		0.4275	0.0812	0.0226	0.1099	0.3713	0.0358	0.4029	0.1470	0.1328

Table 3. Comparison of T-scores among the patients according to severity of symptoms

		SOM	O-C	I-S	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY
MINIMAL(28)	MEAN	45.79	44.23	43.97	42.79	43.04	46.07	44.50	41.29	42.32
	S.D	6.07	6.89	7.92	6.00	9.66	6.96	11.36	9.54	9.54
MODERATE(63)	MEAN	50.19	46.46	45.67	47.10	47.44	48.81	45.65	44.43	44.94
	S.D	8.36	8.33	7.83	8.18	7.37	8.99	10.18	7.23	8.49
SEVERE(20)	MEAN	59.05	53.30	48.45	53.15	54.45	55.55	52.15	49.35	54.00
	S.D	11.87	11.46	12.20	11.69	13.28	14.60	13.00	7.75	11.68
F		13.6610**	6.4286**	1.4788	8.5095**	8.6012**	5.4872**	3.1860*	5.8265**	8.7596**

* P<0.05, ** P<0.01

Table 4. Comparison of T-scores between the patients with associated symptoms due to secondary CNS excitatory effect

		SOM	O-C	I-S	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY
PRESENT(52)	MEAN	53.32	49.71	49.71	49.21	50.61	51.71	48.96	46.19	50.17
	S.D	10.33	9.42	9.16	9.62	10.33	11.23	10.39	7.63	9.62
ABSENT(59)	MEAN	48.34	44.95	43.59	45.24	44.93	47.24	44.39	43.05	44.19
	S.D	8.34	8.30	8.12	8.19	8.88	8.91	11.71	8.73	9.77
P		0.0031	0.0030	0.0002	0.0108	0.0012	0.0112	0.0172	0.0247	0.0010

Table 5. Comparison of T-scores among the patients according to contributing factors

		SOM	O-C	I-S	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY
MICRO-TRAUMA (79)	MEAN	49.91	46.72	45.32	46.75	49.70	49.67	45.29	44.32	46.39
	S.D	9.11	9.12	8.54	8.96	9.79	10.37	10.44	8.04	9.71
MACRO-TRAUMA (10)	MEAN	50.20	47.50	48.50	49.40	49.60	49.10	53.20	43.90	49.90
	S.D	8.99	5.78	9.53	8.85	6.67	9.65	12.90	5.28	6.61
BOTH (22)	MEAN	53.64	48.68	46.00	47.32	49.91	48.23	47.96	45.54	48.10
	S.D	11.17	10.35	9.71	9.59	11.54	10.30	12.43	9.35	12.27
F		1.2905	0.3815	0.5672	0.3769	1.0263	0.1985	2.2866	0.1918	0.6217

Table 6. Comparison of T-scores between patients according to past history of treatment

		SOM	O-C	I-S	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY
PRESENT(36)	MEAN	51.11	48.11	45.47	47.94	48.58	50.33	46.39	45.11	47.83
	S.D	10.17	9.24	9.55	9.61	8.87	11.52	12.96	7.61	10.50
ABSENT (75)	MEAN	50.47	46.73	45.87	46.70	47.12	48.85	46.60	44.24	46.67
	S.D	9.38	9.10	8.60	8.83	10.46	9.64	10.48	8.72	9.94
P		0.3723	0.2315	0.4146	0.2512	0.2374	0.2417	0.4638	0.3061	0.2872

Table 7. Comparison of T-scores between patients according to treatment modality

		SOM	O-C	I-S	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY
Conservative without splint(71)	MEAN	50.69	47.04	46.03	47.11	47.28	49.39	46.70	44.06	47.11
	S.D	10.06	9.10	9.39	9.21	10.89	10.28	12.69	8.94	11.00
Conservative with splint(40)	MEAN	50.56	47.42	45.22	47.08	48.15	49.22	46.23	45.35	46.93
	S.D	7.67	9.27	8.00	8.91	8.13	10.35	8.44	7.21	8.40
P		0.4917	0.4173	0.3262	0.4917	0.3319	0.4673	0.4163	0.2199	0.4631

결과 연관증상이 있는 환자군의 규준척 T점수가 연관증상이 없는 환자군보다 유의하게 높았다 (p<0.01, Table 4).

4. 기여요인에 따른 비교

주소와 관련하여 기여요인을 거대외상, 미세

외상, 복합외상으로 분류하여^{13,14)} 외상을 받은 환자군을 비교한 결과, 임상척도의 표준적 T점수에서 유의한 차이를 인정할 수 없었다(Table 5).

5. 치료기왕력에 따른 비교

이전에 측두하악장애 치료를 받은 적이 있는지 여부를 기준으로 치료기왕력이 있는 환자와 없는 환자를 비교한 결과, 치료기왕력이 있는 환자의 표준적 T점수가 더 높은 경향을 보였다(Table 6).

6. 치료방법에 따른 비교

환자에게 물리치료, 행동치료, 약물치료를 기본적으로 시행하고 적응증에 따라 안정교합장치 치료를 추가한 여부에 따라 비교한 결과, 임상척도간에 유의한 차이가 없었다(Table 7).

7. 치료반응에 따른 비교

치료에 대한 환자의 행동양태를 치료가 완료된 군과 환자의 사정에 의해 치료가 중단된 군으로 나누어 임상척도를 비교한 결과, 치료가 중단된 군의 표준적 T점수가 더 높은 경향을 보였다(Table 8).

8. 치료결과에 따른 비교

치료결과 증상이 개선된 환자군과 변화가 없거나 악화된 미개선 환자군으로 나누어 비교한 결과, 미개선 환자군의 표준적 T점수 값이 유의하게 높았다($p < 0.05$, Table 9).

IV. 총괄 및 고안

기여요인인 심리적, 정서적 요인에 의해 유발

Table 8. Comparison of T-scores between the patients according to response to therapy

		SOM	O-C	I-S	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY
DISCHARGED(33)	MEAN	49.58	45.70	45.51	46.70	47.30	49.21	44.60	44.00	46.00
	S.D	8.57	8.62	7.55	9.02	9.12	9.18	13.68	8.01	9.29
DISCONTINUED(78)	MEAN	51.14	47.80	45.83	47.27	47.71	49.38	47.35	44.74	47.49
	S.D	10.04	9.31	9.44	9.14	10.34	10.75	10.08	8.53	10.45
P		0.2197	0.1358	0.4326	0.3824	0.4216	0.4683	0.1243	0.3364	0.2423

Table 9. Comparison of T-scores between the patients according to treatment outcome.

		SOM	O-C	I-S	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY
IMPROVED(87)	MEAN	49.22	46.11	44.89	46.37	47.09	48.57	45.90	44.16	46.24
	S.D	8.55	8.28	8.22	8.63	7.94	9.71	10.04	7.04	8.42
UNIMPROVED(24)	MEAN	55.91	51.04	48.83	49.75	49.42	52.04	48.83	45.83	49.96
	S.D	11.42	11.01	10.55	10.23	15.13	11.83	14.92	11.79	14.41
P		0.0012	0.0098	0.0278	0.0546	0.1587	0.0743	0.1328	0.1958	0.0569

되거나 지속되는 정신생리질환²⁰⁾으로서 측두하악장애는 약 80%이상의 환자가 저작근 통증 내지 측진시 통각을 호소한다는 점²¹⁾, 이상기능활동에 의해 악구강계조직에 불필요한 구강내 악습관등과 상관이 매우 높은 점²²⁾, 교합치료만 시행하는 것보다 교합치료와 행동치료등을 병용하는 것이 예후를 더 좋게 한다는 점등이 이를 뒷받침하므로 환자가 처한 상태에 따라 행동조절, 상담, 투약 등이 포함된 보존적인 처치가 우선적으로 시행되고 있다.¹⁻⁴⁾

간이정신진단검사(SCL-90-R)^{9,10)}는 심리치료 및 항정신성 약물사용의 효과를 사용하기 위한 도구로서 뿐만 아니라 환자가 처한 심리상태와 증상을 반영하는 임상진단검사인 자가보고식 다차원증상목록이므로 환자의 주관적 경험에 따라 전문적 도움의 필요여부를 판정하며 검사문항이 쉽고 진단 및 치료효과를 측정할 수 있는 장점이 있다.

만성동통이란 통증병력이 적어도 6개월 이상 지속되어 개체의 기능을 방해하므로 만성동통의 존재는 임상에서 예후결정에 매우 중요하다.²⁴⁾ 측두하악장애환자를 급성 및 만성군으로 분류하여 비교해 볼 때 9개증상차원의 표준척도T점수가 만성군에서 모두 높았으며 대인 예민증 척도 및 적대감척도에서 유의한 차이를 보였다. 이는 병력기간이 길어질수록 심리적인 곤경에 직면해왔다고 느낄뿐 아니라 개인생활 및 대인관계가 원만하지 못하다는 고동의 보고¹¹⁾와도 일치한다.

증상의 심도를 유추척도, 즉 경도, 중등도, 고도로 분류하여 임상T척도를 비교한바 9개 증상차원의 임상척도 모두에서 공히 고도, 중등도, 경도의 순으로 유의하게 높게 나타나서 증상의 심도와 신체화장애, 정서적 갈등은 순의 상관관계를 보였다.²⁵⁾ 또한 지속되는 심부동통은 장기간의 유해수용정보를 발생시켜 인지와 반응수준 모두에서 복합된 중추와 말초신경계의 변화를 유발한다.²⁶⁾ 중심성 흥분효과는 자율신경성 흥분효과를 나타내어 이통, 귀울림, 이명감, 귀충만감, 치통, 근육, 관절, 부비강의 불편 등을 동반할 수 있다.²⁷⁾ 따라서 증상이 심할수록 중추신경계의 속발성 흥분에 의해 연관증상들이 나타날 수 있으

므로 연관증상의 존재유무에 따른 표준척도 T점수의 현저한 차이는 일관성 있는 결과라 할 수 있다.

측두하악장애로 진단을 받고 치료경험이 있는 환자와 초진환자간에 정서적, 심리적 상태를 비교한 결과 표준척도 T점수의 통계적 차이는 없었다. 9증상차원중 대인예민척도, 공포불안척도를 제외한 7증상차원에서 치료의 기왕력이 있는 환자의 평균T점수가 높은 경향을 보였다(Table 6). 이는 재발에 대한 걱정, 불안과 심리적 곤경상태에 대한 결과로 추정된다.

측두하악장애의 기여요인을 이악물기, 이갈이, 두경부자세불량등 미세의상과 거대의상 및 복합의상으로 분류하여 각 환자군의 심리상태를 비교한 결과 특별한 차이를 인정할 수 없었으며 (Table 5) 모든 환자를 물리치료, 약물치료, 행동조절등 보조적인 치료를 시행한 환자와 추가로 교합안정장치를 시행한 환자로 나누어 비교한 결과도 그 차이를 인정할 수 없었다(Table 7). 이러한 점도 향후 기여요인의 명확한 설정과 치료양식의 합리적 분류, 예를들면 가역적 치료 대 비가역적 치료, 보존적 치료 대 수술 등과 같이 분류하여 비교하는 것이 합리적이라 생각된다.

치료를 위해 내원한 환자들은 수 회의 보존적 처치로 주객관 증상을 완전히 해소한 치료종료군과 환자사정으로 치료가 중단된 환자군으로 나누어 정서적, 심리적 상태를 비교한 결과 통계학적 차이는 없었다. 치료중단군이 9증상차원 모두에서 더 높은 경향을 나타냈다(Table 8). 이러한 결과는 치료중단군을 여러 부류로 생각해 볼 수 있는 바, 동통이나 불편감이 심함에도 불구하고 치료효과가 미진하여 내원치 않았거나 시간, 치료비 등 사정으로 내원할 수 없는 경우 등이 복합적으로 내재할 수 있다. 그럼에도 불구하고 치료종료군이 초진시부터 정서적, 심리적으로 더 안정된 환자일 수 있다는 것은 환자의 치료가 계속될 수 있는지를 치료과정중에 예측할 수 있다는 관점에서 시사하는 바가 크다 할 수 있다.

치료결과를 기준으로 증상이 개선된 환자와 개선되지 못한 환자로 분류하여 정서적, 심리적 상태를 비교한 결과, 미개선군이 9증상차원 모두

참 고 문 헌

에서 유의한 차이를 보였는바(Table 9),악관절환자군을 치료에 대해 반응군과 무반응군으로 나누어 무반응군에서 모든 척도의 T점수가 상승하여서 매우 유의한 차이를 나타냈다는 고의 보고²⁸⁾와 동일한 결과이다. 이는 Schwartz등¹⁵⁾의 MMPI상 Hs, D, Hy, Pd, Pt, Sc의 상승과 비슷한 결과로서 보존적 처치에 뚜렷한 증상의 개선이 없거나 무반응한 환자들이 더욱 높은 신경증적 경향과 정서적 갈등을 겪음을 의미한다는 보고와 일치한다.

이상과 같이 간이정신진단검사를 이용하여 측두하악장애환자의 정서적,심리적 요인을 분석한 결과 모든 환자가 병적이고도 공통된 인성특징을 보이지는 않으나 증상이 심할수록, 중추신경계의 특발성 흥분에 따른 연관증상이 심할수록, 치료를 받은 적이 있는 환자일수록, 병력기간이 오래될수록, 보존처치에 증상개선이 미흡할수록, 치료가 중단된 환자일수록 정서적 심리적 갈등을 나타내게되므로 이들의 치료에는 보다 합리적인 정신의학적 접근이 필요할 것으로 생각된다.

V. 결 론

저자는 1991년부터 1996년까지 부산대학교병원 구강내과 구강안면통증클리닉에 내원한 111명의 측두하악장애환자를 대상으로 간이정신진단검사를 시행하여 병력기간, 증상심도, 연관증상, 외상요인, 치료력, 치료양식, 치료반응, 치료결과에 따라 비교분석한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 측두하악장애환자군의 9개 기본증상차원의 척도별 기준척 T점수의 평균값은 정상범위내에 있었다.
2. 만성 환자군, 증상미개선환자군 및 치료중단 환자군의 T점수가 급성군, 증상개선군보다 더 높았다.
3. 증상이 심할수록, 중추신경계의 속발성 흥분에 따른 연관증상이 있을수록, 치료를 받은 적이 있는 환자일수록 T점수가 높았다.

1. 정성창, 김영구, 신금백의 저: 구강안면동통과 측두하악장애, 초판. 서울, 1996
2. 기우천, 최재갑, 윤창륙, 고명연 역: 구강안면통증, 초판. 서울, 1996
3. 고명연, 박준상 역: 측두하악장애의 실제, 초판. 서울, 1994
4. 기우천, 최재갑, 고명연: 측두하악장애, 서울, 1993. 지성출판사
5. 고명연: 악안면 동통 및 두개하악장애-감별진단 및 치료계획, 대한치과의사협회지, 306:781-789, 1994
6. 정성창, 김영구, 한경수 역: 악관절장애와 두개안면동통, 초판. 서울, 1989, 대광문화사.
7. 고명연: 악관절장애의 진단 및 치료-저작근장애의 치료, 대한치과의사협회지, 29:423-429, 1991.
8. 박준상, 고명연: 두개하악장애환자의 보존적 치료에 관한 장기평가, 대한구강내과학회 지,18:81-96 1993.
9. 김광일, 김재환, 원호택: 간이정신질환 검사요강, 초판. 중앙적성 연구소, 서울. 1984.
10. 김재환, 김광일: 간이정신검사의 한국판 표준화 연구 III. 정신건강연구, 2:278, 1984.
11. 고명연, 김영구: MMPI를 중심으로 한 악관절기능장애환자의 인성에 관한 연구, 대한구강내과학회지, 10:17-31, 1985.
12. Marciani, R.D. and Ziegler, R.C. : Temporomandibular joint surgery : A review of fifty one operations, Oral Surg, 56:472, 1983
13. 고명연, 김미은: 두개하악장애환자의 임상양태에 관한 연구. 대한구강내과학회지, 18(2):29-41. 1993
14. 김미은, 고명연: 성, 병력 및 진단에 따른 두개하악장애의 증상에 관한 역학연구. 부산 치대논문집, 10(2):105-121. 1993.
15. Schwarts. R.A., Green, C.C. and Laskin, D.M.: Personality characteristics of patients with myofascial pain-dysfunction(MPD) syndrome unresponsive to conventional therapy, J. Dent. Res., 58:1435. 1979.
16. Clark, G.T.: Treatment outcome results for consecutive TMJ clinic patients-results of 1.5year posttreatment outcomes, without Craniomandib Disord 2:87-95, 1988.
17. 김재환, 김광일, 이태리: 간이정신진단검사의 해석 지침-code patten을 중심으로, 정신건강연구, 3:173. 1980.

-
18. Rugh, J.D. and Solberg, W.K. : Psychological implications in temporomandibular pain and dysfunction. *Oral Sci. Rev.*, 7:3, 1976.
 19. Marbach, J.J. and Dworkin, S.F. : Chronic MPD group therapy and psychodynamics. *JADA*, 90:827, 1975.
 20. Laskin, D.M. : The temporomandibular joint surgery : A review of fifty one operations, *Oral Surg*, 56:472, 1983.
 21. Greene, C. S. et al. : The TMJ pain-dysfunction syndrome: Heterogeneity of the patient population. *JADA*, 70:1168, 1969.
 22. Gold, S. et al. : Sites of Psychophysiological Complaints in MPD patients. *J. Dent. Res.* 54A:165, 1975.
 23. Lupton, D.E. : Psychological aspects of temporomandibular joint dysfunction. *J. Am. Dent. Assoc.*, 59:31, 1959.
 24. Zarb, G.A. and SPECK, J.E. : The treatment of temporomandibular joint dysfunction : A retrospective study. *J Prosthet. Dent.*, 38:420, 1977.
 25. 고명연, 김창준, 임용관 : 간이정신진단검사를 중심으로한 악관절환자의 인성에 관한 연구. *부산치대논문집*, 3(1): 27-35, 1986.
 26. Hagberg, C., Hellsing, G. and Hagbeg, M. : Perception of cutaneous electrical stimulation in patient with craniomandibular disorders, *J Craniomandib Disord Facial Oral Pain*, 4:120, 1990.
 27. Solberg, W.K. : *Temporomandibular Disorders*. British Dental Association, London, 1986.
 28. 고명연 : 무반응 여성 측두하악장애환자의 심리학적 분석. *부산치대논문집*, 6(1): 33-38, 1989.

- ABSTRACT -

Psychological Analysis of TMD Patients through the SCL-90-R

Myung-Yun Ko, D.D.S., M.S.D., Ph.D.

Dept. of Oral Medicine, College of Dentistry, Pusan National University

Personality characteristics of TMD patients was studied through the SCL-90-R. Ill patients were subjected at the Orofacial Pain Clinic, Dept. of Oral Medicine, PNUH, from 1991 to 1996.

All the TMD patients were divided and analyzed comparatively by the ways of duration of present illness, severity of symptoms, associated symptoms, traumatic contributing factor, history of treatment, treatment modality, response to therapy and treatment outcomes.

The obtained results were as follows;

1. Mean value of T-scores on 9 basic scales in all the groups was within normal range.
2. There showed higher levels of T-scores in the chronic group, the unimproved group and the discontinued group.
3. T-scores in the patients with severe symptom, associated symptoms, and history of treatment revealed higher.