

신체화를 동반한 외상후 스트레스 장애 환자의 근막이완술 적용이 신체화, 우울증 및 통증에 미치는 영향 : 사례 연구

유성훈, 박재명¹⁾, 홍현표²⁾

광주트라우마센터, 서울 의료원¹⁾ 유시원 통증의학과²⁾

The Effects the Application of MyoFascial Release of Depression, Anxiety, Sleep Disturbance, and Headache in Post Traumatic Stress Disorder Patients with Somatization: Case Study

Seong-hun Yu, Jae-myung Park¹⁾, Hyun-pyo Hong²⁾

Dept. of Physical Therapy, Gwangju Trauma Center

Dept. of Physical Therapy, Seoul Medical Center¹⁾

Dept. of Physical Therapy, Yousiwon Pain Clinic²⁾

Key Words:

Myofascial release, Post traumatic stress disorder, Somatization

ABSTRACT

Background: The purpose of this study is to examine the effects of myofascial release technique (MFR) on psychological and physical symptom in somatization with post traumatic stress disorder (PTSD). Based on this, proceed to present an effective physical treatments. **Methods:** In this study, three subjects were applied ABA design for a total of 12 weeks. Intervention was performed three times per week, and only MFR for 6 weeks was applied to the patient for 60 minutes. General physical therapy consisted of a total of 60 minutes including hot pack, electric therapy, and ultrasound. In this study, we measured three times in the second baseline stage at the initial evaluation before the commencement of intervention, somatization, depression, anxiety, sleep disorder, and pain after 6 weeks and 12 weeks. **Results:** In this study, the application of MFR showed significant differences in somatization symptoms, sleep disturbance, and headache. There was no significant difference in depression and anxiety. **Conclusions:** As a result, the application of MFR in PTSD patients with somatization can be suggested as a useful intervention to resolve the psychosomatic problem.

I. 서론

대규모의 외상사건이 발생한 이후 가장 흔히 발생하는 외상 후 스트레스 장애(post traumatic stress disorder; PTSD)는 비극적인 사건에 대한 반응으로 나타나는 복잡하고 만성적인 질환이다. 외상사건을 경험한 대부분의 사람들은 극심한 스트레스 상황에서 스트레스 관련 증상을 보이더라도 점차 그 증세가 감소하지만, 10~30%는 PTSD로 발전하는 것으로 알려져 있다(Ursano

등, 2004).

외상의 경험은 주로 스트레스 반응과 관련이 있으며, 교감신경계를 과도하게 민감하게 만들어 자율신경계의 부조화 증상으로서 여러 신체 증상이 나타날 가능성이 있다(Hein 등, 2003). 이러한 신체 증상은 PTSD를 야기한 사고로 인한 신체적 손상의 직접적인 결과물일 수 있으며, 신체증상은 우울 장애와 같은 공존 질환과 관련되었을 수 있는데 신체 증상이 우울증의 예측 인자로 작용한다는 연구 결과와 같이 다른 공존 질환과 신체 증상이 밀접한 관계를 갖고 있을 수 있다(Nakao와 Yano, 2006).

신현균과 원호택(1998)에 따르면 신체화는 의학적 원인이 밝혀지지 않은 신체 불편감을 나타내는데, 즉 다양한 근육통, 두통, 만성피로, 과민성 대장 증후군, 비궤

교신저자: 유성훈(광주트라우마센터, yshjj18@hanmail.net)
논문접수일: 2017.10.14, 논문수정일: 2017.11.14,
게재확정일: 2017.11.16.

유성훈 등. 신체화를 동반한 외상후 스트레스 장애 환자의 근막이완술 적용이 신체화, 우울증 및 통증에 미치는 영향 : 사례 연구

양성 소화불량, 현기증, 숨가쁨, 건강 염려증과 같은 증상으로 특정한 기질적 문제의 소견은 없지만 반복적인 진찰이나 검사, 및 수술까지 받는 자기 파괴적인 양상을 보이며, 이러한 증상들로 인해 학업이나 직업수행에 무능해지는 것과 같은 적응 곤란을 보인다. 또한 신체화는 대개 한 가지 증상보다는 여러 증상을 갖고 있거나, 한 가지 증상이 없어지면 또 다른 증상이 나타나는데, 이는 일종의 비정상적인 질병의 행동으로 기질적인 병리가 있는 병과는 구별되는 주관적인 경험에 의한 질환이다(신현균, 2000).

최근 외상 후 스트레스 장애에서 발생하는 신체화와 관련하여 도수치료가 관심 받고 있다. 그 중에서 도수치료 분야의 하나인 근막이완술은 근막의 인체를 상호관련을 통하여 통합된 전체로 보고 근육근막운동 촉진법과 두개천골 치료법으로 확장해 한 부분이 아닌 모든 근육계통으로 다뤄져 치료하는 것이다(정진우, 1995). 이처럼 근막이완술은 근막의 제한을 없애고 삼차원적으로 적용하는 것이다(Bagnall 등, 1984).

근막이 인체에서 주요한 역할은 생명 유지에 필요한 기관들이 올바른 위치에 유지할 수 있도록 하며, 정상적인 형태로 신체를 보존하며, 기계적인 스트레스를 내·외부적으로 모두 견딜 수 있게 하는 역할을 하는데 근막의 이완은 인체의 불균형을 균형 상태로 유도함으로써 신체의 안정되고 편안한 상태로 만드는 치료 기술이다(박지환, 1999). 즉 신체 통증을 유발하는 긴장된 조직의 이완을 최대한 촉진시키기 위해 환자의 힘의 방향과 자세를 설정하는 고난이도 신장법으로, 모든 근육의 신장은 근막 단위를 신장 시키는 것이 사실이며, 이것이 다른 여러 신장 요법들과 다른 배경적 철학을 가지고 있다(Manheim, 1994).

본 연구의 목적은 외상 후 스트레스 장애 환자의 신체화에 대해 도수치료의 이완 기법 중 하나인 근막이완술을 경부에 적용하여 심리적·신체적 증상을 개선시키고자 한다. 즉, 근막이완술을 경부에 실시하였을 때 심리적 원인에 의한 신체화 증상, 우울, 불안, 수면장애 지수, 두통에 대해 미치는 영향을 비교하여, 그 자료를 바탕으로 외상 후 스트레스 장애 환자의 신체화에 대한 정형도수 물리치료 중재 방법을 제시하고자 한다.

본 연구의 대상자는 정신적 외상으로 인해 2014년도 광주광역시 T센터에 내원하여본 연구는 2017년도 2월에서 동년 4월까지 진행하였다.

2) 연구 대상자 선정

본 연구는 광주광역시 T센터 물리치료실을 외래로 방문하는 20명 중에 단일 외상 후 스트레스 장애로 진단받은 외래 환자 3명을 대상자를 선정하여 모집하였다. 본 연구에서는 외상후 스트레스 장애로 인해 신체화를 호소하는 발생한 환자 3명을 대상으로 선정하였다.

선정기준은 다음과 같다.

첫째, PDS 점수가 36점 이상으로 외상후 스트레스가 심한 수준인 자.

둘째, 간이정신진단검사(Symptom Checklist-90-Revision; SCL-90-R)의 신체화 척도에서 70점 이상으로 신체화 증상이 나타나는 자.

셋째, 연구를 수행하는데 있어 인지능력과 의사소통에 문제가 없는 자.

이외 17명은 위의 조건에 해당되지 않아 제외하였다.

외상 후 스트레스 장애 진단은 외상 후 스트레스척도(posttraumatic diagnosis scale; PDS)를 이용하여 정신보건 임상심리사가 평가하였다. PDS는 DSM-IV에 따른 외상 후 스트레스 장애의 진단과 증상의 심각도를 동시에 평가할 수 있도록 고안된 자기 보고식 측정도구이다(Foa 등, 1997). 총 4개의 장으로 구성되며, 1장에는 외상사건 12가지를 제시되는데 자신이 겪은 외상사건을 표시한 후 간략하게 기술하게 되어 있고, 2장에서는 1장에서 응답한 사건 중 현재 증상과 가장 영향을 미치는 사건을 표시하고 기록하게 한다. 3장에서는 지난 1개월 동안 증상을 경험한 빈도를 기록하며, 4장에서는 증상으로 인한 장애 정도를 측정한다. 3장의 부분 척도만 사용할 시 컷오프는 20점, 21~25점은 중등도, 36점 이상 심한 수준으로 평가한다.

연구 대상자는 연구 목적과 의의, 실험의 절차와 방법, 위험이나 불편사항 등을 자세하게 설명한 후 대상자의 자발적인 의사로 본 연구에 참여할 것을 동의하였다.

3) 연구대상자 과거력

각각 연구대상자들은 1980년 5·18 민주화 운동과 관련하여 단순 구타 및 폭행, 끔찍한 광경을 목격한 트라우마를 겪은 국가유공자들로, 광주 B병원 정신과에서 수면장애 및 신체화에 따른 통증으로 약물과 주사요법을 처방받아 10년 이상 복용하였다.

II. 연구방법

1. 연구대상자

1) 연구기간

장기적인 약물 복용에 대한 부작용으로 거부감을 나타내어 증상이 심할 경우만 B병원에서 처방받아 복용하였다. 가족력과 유전력에서 특이사항은 없었으며 주호소로 신체화, 우울과 불안, 수면장애를 나타내었다. 과거력으로 3명 모두 고혈압과 당뇨로 인해 동병원에서 처방받아 복용하고 있다.

환경과 사회적 정보로는 연구대상자 모두 심리적인 문제로 직업은 없었으며, 독립적인 일상생활과 이동은 가능하였다. 광주 소재 T 센터를 방문하기 이전 한의원에서 침, 뜸, 일반적 물리치료만 시행하였으며, 근막이완술과 같은 도수치료를 받은 경험은 없었다.

4) 연구설계 및 연구방법

본 연구는 단일사례 설계 중 ABA설계를 적용하여 총 12주간 실험을 진행하였다. 기초선 단계 A는 중재 프로그램 적용 이전 근골격계 예방 교육만 실시한 후 기초 자료를 수집하였고, 중재선 단계(6주) B는 경부에 근막이완술을 적용한 단계이다. 두번째 A는 제 2기초선 단계(12주)로 중재의 효과를 알아보기 위해 중재를 중단하고 일반적 물리치료만 시행하였다. 중재는 주 3회기로 시행하였고 1회기는 60분으로 근막이완술만 적용하였다. 일반적 물리치료는 핫팩, 전기치료, 초음파 등으로 총 60분으로 구성되었다. 본 연구에서는 중재 시작 전 초기평가, 6주후, 12주 후에 신체화, 수면장애, 통증을 제2 기초선 단계에서 총 3회를 측정하였다.

2. 중재 방법

본 연구에서는 연구대상자에 대한 중재로 환자의 경부에 근막이완술을 적용하였다. 환자는 바로누운자세를 취하고 치료사는 환자 머리 위에서 중재를 준비한다. 치료용 테이블을 치료사의 근막이완술 적용을 위해 높이를 조절한다. 환자와 치료사는 편안한 자세에서 시작하였다.

근막이완술은 근생리학적 원리에 의한 도수치료 기법이며, 후경부근의 근막을 이완할 때 환자의 머리를 치료하기 편하도록 위치시키며, 환자의 두개골 기저부를 컵 형태의 양손으로 잡아서 경부의 단축된 신전근들을 신장시키기 위해 머리를 잡아 당겨 후경부근 조직에 충분한 견인력을 주면서 이완이 느껴질 때까지 두개골 기저부의 견인력을 지속시킨 다음, 느슨함이 발행할 때까지 견인력을 증대시킨다(박지환, 1999).

그 다음 치료사는 양손의 두 번째에서 네 번째 손가락 끝(pad)을 후두하(suboccipital) 부위에 놓아 머리무게에 의해 목근육이 이완하도록 한다. 치료사는 3~5분 동안 부드럽게 머리를 머리 방향(cranial)으로 당긴다(di-

straction)(Figure 1).

근막 계통의 특성 중의 하나는 이들이 영속하는 이완이 되기 위해서는 최소한 90초에서 120초가 필요하다. 보통 이완시켜야 할 장벽이 많은 숫자로 존재하기 때문에 이완이 시작되면 적어도 3~5분 또는 그 이상의 이완된 상태를 유지하는 것이 중요하다(Barnes, 1995).



Figure 1. Application of MFR on cervical spine

3. 실험도구 및 측정방법

1) 신체화 및 우울과 불안 검사

본 연구에서는 신체화와 우울 및 불안 정도를 알아보기 위해 미국의 Derogatis 등이 개발하였고 자기보고식 척도인 간이정신진단검사의 신체화 척도(Symptom Checklist-90-Revision; SCL-90-R)이다(김광일 등, 1984). 본 연구에서는 "머리가 아프다."와 같이 12문항으로 구성되어진 신체화 척도를 사용하며 다양한 신체 증상을 5점 척도에 평정하게 되어있다. 자율신경계의 영향하에 있는 순환기, 소화기, 호흡기 및 기타 기관의 장애와 두통, 동통 등 신체적 기능이상에 대해 주관적으로 호소하는 증상들로 구성되어 있다. 오혜정(2008)의 연구 등에서 신체화 척도의 Cronbach's α 는 .894이었다.

우울(depression; DEP) 척도는 13문항으로 구성되어 있으며, 삶에 대한 관심의 철수, 동기의 결여, 활력의 상실, 절망감 및 자살에 대한 생각 등으로 나타나는 기분이나 감정의 저조 등 임상적으로 우울증의 증상과 일치되는 증상들이 포함되며, 불안(anxiety; ANX) 척도는 10문항으로 구성되어 있으며, 신경과민, 긴장, 초조, 두려움 및 불안과 관련된 신체적인 증상으로 이루어져 있다(김광일 등, 1984). 본 연구에서는 연구대상자가 간이정신진단검사 평가지에 자가보고식으로 스스로 신체화, 우울, 불안에 대한 항목을 기입하여 이러한 내용을 바탕으로 비교하였다.

2) 수면 장애 검사

수면 장애는 피츠버그 수면 질 척도-한국판(Korean v

ersion of the Pittsburgh sleep quality index; PSQI-K) 을 이용해 평가하였다. PSQI-K는 주관적인 수면의 질(subjective sleep quality), 수면 잠복기(sleep latency), 수면 기간(sleep duration), 상습적인 수면 효율(habitual sleep efficiency), 수면 방해(sleep disturbances), 수면제 사용(use of sleeping medication), 주간 기능장애(Daytime dysfunction)가 해당 항목으로 구성되어 있으며 수면의 질을 평가하는데 유용한 검사로 영역별로 0-3점으로 측정하고 총점은 7개 항목점수를 더한 0점에서 21점까지이며 5점 이상의 경우에 수면장애가 있는 것으로 정의하였다(Sohn 등, 2012). 본 연구에서는 PSQI-K의 총점으로 연구대상자가 자가보고식으로 기입하여 이를 비교하였다.

3) 통증 수준 검사

두통을 느끼는 통증 수준은 시각적상사 척도(visual analogue scale; VAS)를 이용하여 측정하였다. 시각적 상사 척도의 범위는 0~10으로 구성되며, 0은 통증이 전혀 없는 상태, 10은 참을 수 없는 극심한 통증 정도로 정의하였다. VAS의 총 점수가 3점 이하는 가벼운 통증, 4~6점은 중등도 통증, 7~10점은 심한 통증으로 구분된다. VAS 척도의 측정자내 신뢰도(r=.99), 측정자간 신뢰도(r=1.00)는 매우 높다(Wagner 등, 2007). 본 연구에서는 치료가 인테뷰를 통해 연구대상자의 두통에 대한 통증수준을 측정하여 비교하였다.

Ⅲ. 연구 결과

1. 연구대상자의 일반적 특성

연구대상자의 일반적 특성으로는 나이, 성별, 키, 몸무게, 외상후 스트레스 장애 진단 점수 등은 표 1과 같다.

2. 심리적 변화 비교

1) 신체화 변화 비교

신체화 변화에 대한 비교에서 환자 1은 기초선 단계에서는 83점이었으나 중재선에서 41점으로 나타났고, 제2기초선 단계에서 40점으로 나타났다.

환자 2는 기초선 단계에서는 84점이었으나 중재선에서 29점으로 나타났고, 제2기초선 단계에서 29점으로 나타났다. 환자 3은 기초선 단계에서는 73점이었으나 중재선에서 38점으로 나타났고, 제2기초선 단계에서는 31점으로 나타났다(Table 2).

Table 1. General characteristics of subjects

Subject	Patient 1	Patient 2	Patient 3
Age (yrs)	56	65	57
Onset (yrs)	37	37	37
Gender	male	male	male
Height (cm)	167	166	165
Weight (kg)	67	63.6	75.2
PDS-K (score)	44	38	36
Medication (yrs)	10	12	15
Acupuncture (yrs)	7	10	5
Family history	No	No	No
Manual therapy	only modality	only modality	only modality

2) 우울감 변화 비교

우울 변화에 대한 비교에서 환자 1은 기초선 단계에서는 94점이었으나 중재선에서 90점으로 나타났고, 제2기초선 단계에서 94점으로 나타났다.

환자 2는 기초선 단계에서는 70점이었으나 중재선에서 68점으로 나타났고, 제2기초선 단계에서 71점으로 나타났다. 환자 3은 기초선 단계에서는 79점이었으나 중재선에서 83점으로 나타났고, 제2기초선 단계에서는 80점으로 나타났다(Table 2).

3) 불안감 변화 비교

불안의 변화에 대한 비교에서 환자 1은 기초선 단계에서는 84점이었으나 중재선에서 84점으로 나타났고, 제2기초선 단계에서 84점으로 나타났다.

환자 2는 기초선 단계에서는 50점이었으나 중재선에서 59점으로 나타났고, 제2기초선 단계에서 55점으로 나타났다. 환자 3은 기초선 단계에서는 50점이었으나 중재선에서 54점으로 나타났고, 제2기초선 단계에서는 52점으로 나타났다(Table 2).

3. 수면장애 변화 비교

수면장애 변화에 대한 비교에서 환자 1은 기초선 단계에서는 15점이었으나 중재선에서 6점으로 나타났고, 제2기초선 단계에서 6점으로 나타났다.

환자 2는 기초선 단계에서는 18점이었으나 중재선에서 9점으로 나타났고, 제2기초선 단계에서 3점으로 나타났다. 환자 3은 기초선 단계에서는 17점이었으나 중

재선에서 0점으로 나타났고, 제2기초선 단계에서는 0점으로 나타났다(Table 3).

Table 2. Comparison of Symptom Checklist-90-Revision

Subject	SCL-90-R	SOM (score)	DEP (score)	ANX (score)
Patient 1	Baseline	83	94	84
	Intervention	41	90	84
	Type II Baseline	40	94	84
Patient 2	Baseline	84	70	50
	Intervention	29	68	59
	Type II Baseline	29	71	55
Patient 3	Baseline	73	79	50
	Intervention	38	83	54
	Type II Baseline	31	80	52

SCL-90-R: Symptom checklist-90-revision
SOM: Somatization, DEP: Depression, ANX: Anxiety

Table 3. Comparison of Korean version of the Pittsburgh h sleep quality index

Group	Baseline (score)	Intervention (score)	Type II Baseline (score)
Patient 1	15	6	6
Patient 2	18	9	3
Patient 3	17	0	0

4. 두통의 통증수준 변화 비교

두통의 통증수준 변화에 대한 비교에서 환자 1은 기초선 단계에서는 10점이었으나 중재선에서 2점으로 나타났고, 제2기초선 단계에서 0점으로 나타났다.

환자 2는 기초선 단계에서는 10점이었으나 중재선에서 0점으로 나타났고, 제2기초선 단계에서 0점으로 나타났다. 환자 3은 기초선 단계에서는 10점이었으나 중재선에서 1점으로 나타났고, 제2기초선 단계에서는 0점으로 나타났다(Table 3).

Table 3. Comparison of visual analogue scale

Subject	Baseline	Intervention	Type II Baseline
Patient 1	10 ^a	2	0
Patient 2	10	0	0
Patient 3	10	1	0

^avisual analogue scale score

IV. 고찰

PTSD는 반복적이고 침습적인 회상이나 꿈을 통한 외상의 재경험, 외상과 관련한 자극에 대한 지속적인 회피 반응과 감각 마비, 지속적으로 증가된 각성 증상을 보이며, 3개월 이상 만성화되기도 한다(American Psychiatric Association, 2000). 또한 PTSD는 자율신경계, 시상하부-뇌하수체-부신의 축(hypothalamo-pituitary-adrenal axis, HPA axis), 스트레스 호르몬에 영향을 준다고 알려져 있으며, 신체화 경향이나 의학 적으로 설명되지 않은 통증과 가장 강한 관계를 보이는 정신과 질환 중 하나이다(McFarlane, 2010).

신체화의 발생은 생리학적인 원인이 신체화의 직접적인 원인이라고 보기는 어려우며, 심리적 원인이 더 크게 작용한다고 한다, 부정적인 정서의 요소인 우울, 불안, 분노, 적개심, 죄책감, 신경질, 두려움, 슬픔 등의 감정은 특정한 일이 생겼을 때 일시적으로 느끼게 되어 적응을 도와주지만, 지속적으로 부정적인 정서를 느끼는 것은 신체화 증상에 상당히 관련이 있으며, 부정적인 정서를 느끼는 내담자는 외부에서 일어나는 일보다 자신 내부에서 주의를 더 기울이므로 주관적으로 몸이 안 좋다고 느끼게 되고 자기 신체변화를 더 예민하고 미묘하게 알아채고 더 심각하게 해석한다. 그래서 자기 건강에 대해서 부정적인 견해를 갖게 되며, 부정적인 기분이 되면 과거에 나뉘었던 경험을 더 쉽게 기억나게 되고, 건강을 걱정하게 된다(신현균, 2000).

실제로 한 종합병원에 입원한 환자 중 정신과에 자문 의뢰된 환자들의 14.2%~40.5%가 의학적 소견상 이상이 없는 것으로 나타났으며(고경봉 등, 1994), 비정신과 진료에서 신체화 환자의 비율이 11.5%에 달하며, 특히 사회활동이 왕성한 20~40대 사이에 매우 높은 빈도를 보인다고 말하고 있다. 이러한 진료 수검자 중 대부분은 자신이 질병이 없음을 알면서도 의사에게 자주 상담을 의뢰(Stanley 등, 2002)하고, 의사들은 특정한 기질적 문제가 발견되지 않기 때문에 반복되는 약 처방, 진료 의뢰, 진찰, 검사 등의 의학적 처치를 가한다.

본 연구에서는 신체화를 동반한 외상 후 스트레스 장애 환자에서 근막이완술의 적용이 신체화, 우울, 불안, 수면장애, 두통에 미치는 영향이 있는지 알아보기 위해 신체화, 우울, 불안은 간이정신진단검사(SCL-90-R)로 수면장애 평가는 수면장애척도(PSQI), 두통에 대한 통증 수준 평가는 시각적 상사 척도(VAS)로 측정을 실시한 후 비교하였다.

본 연구에서 신체화 변화에 대한 비교에서는 중재선에서 차이를 나타내었고, 제2기초선 단계에서도 차이가 있었다. 이는 근막이완술의 적용이 신체화 증상의 경감에 일정한 효과가 있으며 지속적으로 유지되었다고 생각된다. 단일 사례이지만 향후 집단을 대상으로 추가적 연구가 진행된다면 근막이완술과 신체화에 대한 치료적 근거를 제시할 수 있을 것으로 사료된다.

우울과 불안 변화에 대한 비교에서는 3명의 대상자 모두 우울 점수에서 비교적 차이의 크기가 적게 나타났고, 제2기초선 단계에서도 차이가 없었다. 이의 결과는 우울과 불안에 대한 근막이완술의 적용이 효과가 나타나지 않았는데, 트라우마를 겪은 외상 후 스트레스 장애 환자에서 나타나는 심리적 증상이므로 향후 심리치료와 병행하여 적용한다면 긍정적인 효과를 기대할 수 있을 것이라 생각한다.

수면장애 변화에 대한 비교에서는 환자 3명 모두 중재선에서 차이를 나타내었고, 제2기초선 단계에서도 차이가 있었다. 환자 3의 경우 수면장애가 완전히 개선되었다. 선행연구에서 외상 후 스트레스 장애를 가진 만성 요통 환자에게 도수치료가 수면 장애에는 유의한 차이는 없다고 하였다(유성훈 등, 2014). 본 연구에서는 근막이완술이 환자의 경부에 적용하여 수면장애를 개선하는데 일정한 효과가 있다고 생각한다. 향후 치료부위에 따른 근막이완술 적용의 연구가 필요할 것으로 생각한다.

두통의 통증수준 변화에 대한 비교에서는 환자 3명 모두 중재선에서 차이를 나타내었고, 제2기초선 단계에서는 통증이 완전히 개선되었다. 전재국와 김명준(2012)은 근막이완술과 멀리건 기법이 경부성 두통환자들의 통증과 장애에 효과적이었다는 연구결과와 일치한다. 이는 근막이완술의 적용이 두통을 개선하는데 매우 효과가 있다고 생각된다.

본 연구는 3명의 외상 후 스트레스 장애 환자의 신체화 증상을 대상으로 실시한 단일 사례 연구이고, 중재방법의 효과를 비교하기 위한 통제집단을 설정하지 않았기 때문에 연구 결과를 일반화하기에는 한계가 있다. 따라서 향후 본 연구 결과를 토대로 다양한 병인, 많은 표본 및 근막이완술과 같은 도수치료의 다양한 적용을 통해서 외상 후 스트레스 장애 환자의 정신체성의 문제를 해결하여 일상생활에서 삶의 질을 높이는데 더욱 체계적이고 효율적인 중재를 검증하는 다방면의 연구가 필요할 것으로 사료된다.

본 연구의 목적은 외상 후 스트레스 장애 환자의 신체화에 대해 근막이완술을 경부에 적용하여 심리적·신체적 증상을 개선시키고자 하였다. 본 연구는 단일사례 설계 중 ABA설계를 적용하여 총 12주 동안 실험을 진행하였다. 중재는 주 3회 60분으로 시행하였고, 평가는 중재 전, 중재 후, 사후검사로 총 3회를 실시하였다. 그에 따른 결론은 다음과 같다.

1. 근막이완술 적용에 따른 신체화 점수를 비교한 결과 중재 전에 비해 중재 이후 신체화증상은 감소하였다.
2. 근막이완술 적용에 따른 우울점수를 비교한 결과 중재 전에 비해 중재 이후 우울 증상은 차이가 없었다.
3. 근막이완술 적용에 따른 불안점수를 비교한 결과 중재 전에 비해 중재 이후 불안 증상은 차이가 없었다.
4. 근막이완술 적용에 따른 수면장애를 비교한 결과 중재 전에 비해 중재 이후 수면장애는 개선되었다.
5. 근막이완술 적용에 따른 두통의 통증수준을 비교한 결과 중재 전에 비해 중재 이후 두통은 개선되었다.

이러한 결과는 신체화를 동반한 외상 후 스트레스 장애 환자에서 경부에 근막이완술의 적용이 심리적이고 신체적 요인 모두에서 긍정적인 효과가 상호보완적으로 작용한 것을 알 수 있었다. 향후 연구에서는 다양한 심리신체적인 중재들을 선별하여 그 효과를 명확히 할 수 있는 전향적인 연구가 이루어진다면 도수치료의 치료적 근거를 제시하는데 도움이 될 것으로 생각된다.

참고문헌

고경봉, 이상인, 이종민. 위암환자들과 위염 환자들 간의 스트레스지각 및 우울의 비교. 정신신체의학. 1994;2(1):88-97.

김광일, 김재환, 원호택. 간이정신진단검사 실시요강. 중앙적성출판사. 1984.

박지환. 근막이완술을 이용한 파스 이완술에 관한 고찰. 대한물리치료학회지. 1999;1(3):769-776.

신현균, 원호택. 신체화의 인지 특성 연구(1). 한국판 신체감각 증폭척도와 증상해석 질문지의 신뢰도와 타당도 연구. 한국심리학회지. 1998;17(2):33-39.

신현균, 신체증상을 보이는 내담자. Journal of Student Guidance Research. 2000;18:15-36.

오혜정. 직무스트레스와 감정표현불능증이 신체화 증상에 미치는 영향. 대구대학교 재활과학대학원, 석사학위 청구논문. 2008.

V. 결론

- 유성훈, 강응주, 김태원. 외상 후 스트레스 장애를 가진 만성요통 환자에게 도수치료가 외상 후 스트레스와 수면장애 및 통증에 미치는 영향: 사례 연구. 대한정형도수물리치료학회지. 2014;20(1):47-52.
- 정진우. 경추에 대한 정형물리치료적 평가 및 치료방법. 대한정형물리치료학회지. 1995;1(1):17-35.
- 전재국, 김명준. 근막이완술과 Mulligan 기법이 경부성 두통환자의 통증과 기능회복에 미치는 영향. 대한정형도수물리치료학회지. 2012;18(2):87-93.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-TR. Washington. DC: American Psychiatric Association. 2000;463-469.
- Bagnall KM, Ford DM, McFadden KD, et al. The histochemical composition of human vertebral muscle. spine(Phila Pa 1976). 1984;9(5):470-473.
- Barnes JF. PT Today. 1995;16.
- Foa EB, Cashman L, Jaycox L, et al. The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The posttraumatic diagnostic scale. Psychol Asses. 1997;9(4):445-451.
- Hein S, Bonsignore M, Barkow K, et al. Lifetime depressive and somatic symptoms as preclinical markers of late onset depression. Eur Arch Clin Neurosci. 2003;253(1):16-21.
- Manheim. The Myofascial Release Manual. Second Edition. 11-22. 1994.
- McFarlane AC. The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences. World Psychiatry. 2010;9(1):3-10.
- Nakao M, Yano E. Somatic symptoms for predicting depression: one-year follow-up study in annual health examinations. Psychiatry Clin Neurosci. 2006;60(2):219-225.
- Sohn SI, Kim DH, Lee MY, et al. The reliability and validity of the Korean version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. Sleep Breath. 2012;16(3):803-812.
- Stanley IM, Peters S, Salmon P. A primary care perspective on prevailing assumptions about persistent medically unexplained physical symptoms. Int J Psychiatry Med. 2002;32(2):125-140.
- Ursano, RJ, Bell C, Eth S, et al. Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. Am J Psychiatry, 2004;161(11):3-31.
- Wagner DR, Tatsugawa K, parker D, et al. Reliability and utility of a visual analog scale for the assesment of acute mountain sickness. High Alt Med Biol. 2007;8(1):27-31.