

한국심리학회지: 건강
The Korean Journal of Health Psychology
2007. Vol. 12, No. 3, 649 - 666

Review

월경전증후군의 이해와 치료: 인지행동적 접근을 중심으로[†]

김 미 리 혜[‡]
덕성여자대학교 교양과

월경전증후군(premenstrual syndrome)은 생리주기의 황체기에 주기적으로 겪는 다양한 행동적 및 신체적 증상들로 이루어진다. 이는 가임기 여성 수백만 명이 경험하고 있으며 커다란 사회경제적 손실을 초래한다. 그러나 이 문제를 겪는 여성들은 본인과 주변사람들, 그리고 의사를 비롯한 건강전문가들의 몰이해와 주의결여 탓으로 적절한 도움을 받지 못하는 경우가 허다하다. 이에 본 연구에서는 건강심리학자들이 건강심리현장에서 월경전증후군을 인지하고 타전문가들과 협력하여 적극적으로 도움을 제공하는데 필요한 최신 이론과 치료접근법을 개관하였다. 비약물요법으로 운동과 식습관 등의 생활습관변화를 권하면서 개관연구들에서 효과가 높게 평가된 인지행동치료를 적용할 것을 제안하였다. 인지행동치료를 월경전증후군에 어떻게 적용할 것인지, 또 구체적으로 어떠한 기법을 어떻게 사용할 것인지 축어록을 제시하면서 설명하였다. 마지막으로 현재 논의가 진행되고 있는 쟁점들을 논하였다.

주요어 : 월경전증후군, 월경전불쾌장애, 인지행동치료

[†] 본 연구는 2006학년도 덕성여자대학교 연구비지원으로 이루어졌음.

[‡] 교신저자(Corresponding author) : 김미리혜, (132-714) 서울시 도봉구 쌍문동 419 덕성여자대학교 교양교직 대학, E-mail: medehae@duksung.ac.kr

생리주기와 연관된 신체적 변화와 행동변화는 이미 오래전부터 인식되었다. 그러나 1930년대에 비로소 처음으로 Frank(1931)가 월경전긴장이라고 부른 사례를 발표했고 그뒤 Dalton(1964)이 월경전증후군을 하나의 장애(disorder)로 취급하자 캠페인을 벌였다. 1980년대에 들어서서 미국 정신건강국(National Institute of Mental Health)에서 학자들의 의견을 모아 월경전증후군을 정의하고 진단범주로 만들었다. 이들이 권한 진단기준은, 적어도 2번 이상 이어진 월경주기 동안 월경 전 6일간의 증상강도가 30%이상 증가되어야 하는데, 이때의 비교기간은 월경후기 5일에서 10일사이다. 현재 월경전증후군(premenstrual (stress) syndrome: PMS)은 ICD-10(World Health Organization, 1992)에 산부인과 질병의 범주로 분류되어 있고, 월경전증후군의 극심한 하위유형이라고 할 수 있는 월경전불쾌장애(Premenstrual Dysphoric Disorder)가 DSM-IV-TR(American Psychiatric Association, 1994)에 포함되어 있다¹⁾.

월경전증후군은 말 그대로 월경주기 중 황체에 주기적으로 겪는 증상들이 그 특징이다. 지금까지 백가지가 넘는 증상들이 파악되었지만 공통 증상으로 다음과 같이 두 가지로 대별해서 들 수 있다. 우선 행동적/심리적 증상으로는 짜증, 분노, 우울한 기분, 울음과 눈물, 불안, 긴장, 기분 급변, 집중력 저하, 혼란, 망각, 안절부절, 외로움, 자기 존중감 저하, 피로감, 불면증, 어지러움, 성에 대한 관심의 변화, 식탐 혹은 과식, 그리고 신체적 증상으로 두통, 유방이 부어오름, 등의 통증, 배의

통증 및 복부팽만, 체중증가, 사지부종, 메스꺼움, 근육 및 관절통이 있다. 가장 자주 호소하는 신체 증상으로는 부종과 식욕증가, 정서적 증상으로는 짜증과 우울을 들 수 있다(Janowsky, Rausch, & Davis, 2002).

ICD-10의 기준은 신체적 증상에 초점을 맞추었고 사회적 기능에 지장을 주어야 한다는 기준은 없다. 반면 DSM-IV-TR의 월경전불쾌장애는 심리적 증상과 기능손상이 강조되어 있다. 월경전 가벼운 증상을 겪는 경우는 매우 많아서 생리하는 여성들의 85%에 이르는 수가 하나이상의 월경전 증상을 호소한다. 월경전증후군의 진단을 받을 만큼 증상의 정도가 심한 여성은 25% 정도이고 심한 형태인 월경전불쾌장애의 유병율은 5-10%정도이다. 우리나라 연구에서도 증상을 겪는 비율은 70-80% 정도로 보고되었지만 진단을 받을 정도로 심한 비율은 편차가 크다(구본건 외, 1990). 10대가 월경전증후군의 진단을 받는 경우도 있지만 보통 25세에서 35세 사이의 여성들이 증상을 경험한다(Ross, Coleman, & Stojanovska, 2003; Mortola, Girton, Beck, & Yen, 1990).²⁾

월경전 증상을 겪는 여성들은 본인과 주변사람들이 “여자들은 누구나 그런 증상이 한 둘 있다. 유난스럽게 굴 일이 아니다.”, “약국에서 진통제 같은 거 사먹고 견디면 된다.”라고 생각하여 전문적 도움을 구하는 경우가 드물다. 그러한 일 반적 인식에 더해 월경전증후군의 정의가 아직도 모호한 상태이기 때문에 의사를 비롯한 건강전문가들의 인식과 이해수준이 낮아 진단을 놓치는

1) 본 논문에서는 월경전불쾌장애를 월경전증후군의 하위유형으로 두고 상위개념으로서의 월경전증후군을 주로 다루었다.
2) 역학연구결과는 월경전증후군의 진단기준과 자료수집방법의 차이에 따라 달라지기 때문에 예측치의 범위가 넓다.

경우가 많으며 월경전증후군을 인지했다고 하더라도 적절한 치료관리법을 여성들에게 설명하고 선택하지 못하는 경우가 허다하다. 이에 본 연구에서는 건강심리현장에서 일하는 건강심리학자들이 독자적으로, 혹은 산부인과 의사, 정신과 의사, 간호사 등의 타전문가들과 협력하여 적극적으로 잠재적 월경전증후군환자들에게 다가가서 도움을 제공할 것을 촉구하면서 그에 필요한 최신 이론과 치료접근법들을 기술하고자 한다. 월경전증후군이 임상장면에서 어떤 양상으로 나타나는지, 어떻게 평가하고 진단하며 어떠한 치료접근법이 어느 정도 효과가 있는지 경험적 연구결과에 근거하여 개관하고 건강심리학자들이 단독으로 혹은 타전문가들과 협력하여 실시할 수 있는 심리적 접근법인 인지행동치료에 대해 설명할 것이다.

임상 양상과 진단

월경전증후군의 진단을 내리기 위해서는 하나 이상의 부정적 기분, 신체적 혹은 행동적 증상이 있어야하며 이것이 월경주기의 월경전기에 나타나야한다. 어떤 사람은 “부종은 심하지만 짜증이 심한 것 같지는 않다”, 또 어떤 사람은 “식탐이 생기는 하지만 슬픈 기분은 아니다”하는 식으로, 사람마다 증상의 종류와 심도가 다르다. 혈액 검사 같은, 월경전증후군과 월경불쾌장애를 진단하기 위한 객관적 검사는 없기 때문에 월경 전 증상을 표시하는 도구를 사용해서 증상의 종류와 심각도 그리고 영향을 측정하게 된다. 이때 위에서 언급한대로 ICD-10과 DSM-IV-TR에 나와 있는 일련의 진단기준에 준해서 평가한다.

기본적으로 월경전증후군과 월경전불쾌장애를

구별 짓는 것은 심도이며 그 정도가 심해서 일상 생활에 지장을 받을 정도이면 월경전불쾌장애라고 볼 수 있다. “심한 정도”는 물론 주관적으로 판단한다. 월경전불쾌장애가 진단범주상으로 우울 장애로 분류되어 있기는 하지만 임상장면에서 그 양상을 보자면, 도움을 청하는 환자들의 대부분이 신체적, 정서적 두 종류의 증상 모두를 호소한다. 또한 우울보다도 “짜증을 쉽게 내는 것”이 가장 많이 보고되고 또한 문제시되는 증상이다(Ross, Coleman, & Stojanovska, 2003; Mortola, Girton, Beck, & Yen, 1990).

월경전증후군이나 월경전불쾌장애를 진단하기 위해 고비용의 검사를 요하지는 않지만 병력수취, 신체검사, 골반검사, 혈액세포수치, 혈액화학, 갑상선 프로파일, 심리 검사를 실시해서 다른 의학적, 심리적 조건을 배제할 필요는 있다. 자궁내막증, 갑상선 장애, 빈혈, 기타 내분비계 장애도 월경전증후군과 유사한 증상을 보일 수 있다.

정확한 진단을 위해 가장 필요한 것은 증상일지다. 이를 통해 어떤 증상을 겪는지, 주기의 어느 시점에 겪는지, 또한 얼마나 심한지 알 수 있다. 적어도 2주기이상, 취침 전에 그날 경험한 증상을 표시하도록 환자에게 설명한다. 최근에 대여섯 가지 일지가 쓰이고 있으며 어느 것이 더 나은 지 합의된 바가 없다. 매일 평가서(The Daily Rating Form; Endicott, Schacht, & Halbreich, 1982)는 6점 척도로 불쾌 기분과 신체증상의 변화를 나타내는 21개 문항으로 이루어져 있으며 불쾌기분군, 신체기분군, 기력저하군, 소모증가군, 활동 및 성행위증가군, 인지기능장애군 등의 하위유형으로 분류할 수 있다. 나중에 개발한 문제심도일지(Daily Record of Severity of Problems; Endicott

& Harrison, 1990)는 현재 많이 쓰이는 전향적 도구 중 하나로서, DSM-IV의 A기준에 속한 심리적, 신체적 증상을 묻는 21문항 외에도 B기준대로 기능과 사회활동 및 대인관계에 피해를 준 정도를 묻는 4문항으로 구성되며 3가지 하위척도(우울 증상들, 신체적 증상들, 분노/짜증)가 있다. 또한 이를 근거로 진단을 내리기 까지 단계적으로 안내 주는 전문가용 지침표도 제공한다(Endicott, Nee, & Harrison, 2006). 이외에도 월경증상의 심도와 영향의 전향적 기록지(The Prospective Record of the Impact and Severity of Menstrual Symptoms Calendar; Ling, 2000), 4점 척도인 월경전 경험 달력(Calendar of Premenstrual Experiences; Mortola, Girton, Beck, & Yen, 1990), 5점 척도인 증상일지(the Penn Daily Symptom Report; Freeman, DeRubein, & Rickels, 1996) 등이 있다.

물론 진단을 보류하고 두 달 동안 전향적으로 평가하는 것이 실제 현장에서 지켜지기 힘들다. 비교적 확실하고 심한 증상들을 보고하는 환자의 경우, 전향적 평가를 시작함과 동시에 전향적 평가와 상관이 높은 회고적 평가를 시도할 수 있겠다. Moos(1968)가 오래전 개발한 월경증상설문지(Menstrual Distress Questionnaire)는 47개 문항으로 구성되어 있고 증상들을 8개의 범주로 나누고 있으나 신체적 증상에만 치우치고 진단을 놓치는 경우가 많다는 등의 비난이 빗발쳤다(Youdale & Freeman, 1987). 이후 월경전 평가지(Premenstrual Assessment Form; Endicott, Schacht, & Halbreich, 1982), 월경전증후군 선별 도구(The Premenstrual Symptoms Screening Tool; Steiner, Macdougall, & Brown, 2003), 월경

전불쾌장애 시각아날로그척도(Visual Analog Scale for PMDD; Steiner, Steiner, & Ba'Pham, 2005) 등이 개발되었다. 월경전 평가지는 우리나라에서도 많이 쓰인다. 이는 지난 세 주기 동안 겪은 기분, 행동, 신체 변화를 6점 척도로 평가하며 월경전기 동안 평상시와 어떻게 다른 지에 초점을 맞추게 된다. 그러나 회고적 보고의 한계가 지적된 바 있다(Youdale & Freeman, 1987). 월경전증후군 선별 도구는 DSM-IV의 각 기준에 따른 증상의 정도와 그에 따른 영향을 평가하는데, 개발자들의 연구에 의하면 전향적 일지를 사용했을 때의 유효율과 유사한 유효율을 얻을 수 있었다(Steiner, Macdougall, & Brown, 2003). 시각아날로그척도 역시 DSM-IV의 월경전불쾌장애 정의를 잘 반영하며 환자들이 쉽게 답할 수 있는 잇점을 가지고 있다.

실제 임상장면에서 월경전증후군환자들이 기록한 일지를 보면 증상개시일은 평균 월경4일 전이었고 증상발현기간은 3일 이상, 그리고 증상이 가장 악화되는 때는 평균 월경이틀 전이다. 그렇지만 개인 간 차이가 크고 한 개인이라도 주기마다 다른 경우가 많다(Pearlstein, Yonkers, Fayyad, & Gillespie, 2005).

진단시 증상일지를 사용하는 주목적은 생리주기의 어느 단계에서 증상이 일어나느냐를 추적하는 것이다. 월경전증후군이나 월경전불쾌증후군의 진단을 내리려면 증상이 대부분 황체에 일어나고 여포기에는 거의 일어나지 않아야 한다. 전 주기에 걸쳐 증상이 일어나다가 황체에 악화된다면 신체적 혹은 정서적 문제가 겹쳐있음을 시사한다. 우울증과 월경전불쾌장애 간 공병현상을 보이기도 하는데 이 경우 치료가 최대효과를 보려

면 두 문제에 모두 초점을 맞추어야 할 것이다. 부정기적으로 일어나는 증상은 월경전증후군이나 월경전불쾌증후군이 아닌 다른 의학적 혹은 심리적 문제를 시사한다. 물론 의학적 문제인 경우 적절히 의뢰해야 할 것이다.

일단 진단이 확실해 지고 치료가 시작되더라도 계속 일지를 쓰게 해서 진도를 검토하고 치료 효과를 평가할 필요가 있다.

병인과 관련요인

월경전증후군은 배란이 동반된 월경주기에서만 나타난다. 난소 호르몬의 역할은 불분명하지만 사춘기전이나 폐경기에는 증상이 나타나지 않으며 배란 억제시 증상 경감을 보인다 (Burt & Hendrick, 1997). 여성호르몬인 에스트로젠과 프로게스테론이 신경전달물질(주로 세로토닌)의 수준을 조절하는 데 관여하기 때문에 월경전증상은 여성호르몬 수준에 이상이 생겨서 그 결과 세로토닌 수준에 영향을 주었기 때문이 아닌가 싶지만, 연구결과 증상이 있는 여성들과 없는 여성들은 혈청 호르몬 수준이 다르지 않다(Deuster, Adera, & South-Paul, 1999). 따라서 단지 증상이 있는 여성들은 호르몬 수준 변화에 민감할 뿐이라는 설이 그럴 듯하다. 다시 말해 비정상적 난소 기능이 아닌 정상적 난소기능으로 인한 주기적 변화가 증상의 주범이며 어떤 여자들에게 증상이 나타나는 이유는 그 변화에 대한 반응으로 세로토닌계의 민감도가 달라지기 때문이라는 것이다 (Epperson, Wisner, & Yamamoto, 1999). 그러나 이 기제가 모든 사례를 설명하는 것은 아니다. 왜냐하면 세로토닌재흡수억제제(selective serotonin

reuptake inhibitors) 치료에 반응하지 않는 환자들이 있기 때문이다(Steiner, et al., 2006).

월경전증후군의 원인은 아직 밝혀지지 않았으며 아마도 생물학적, 심리적, 환경적, 사회적 요인이 모두 증상발발에 일조하는 것 같다. 모녀간과 쌍생아간 공유율을 연구한 결과들을 보면 유전적 영향도 작용하는 것 같다(Deuster, Adera, & South-Paul, 1999).

병인에 있어서 심리적, 문화적 요인은 많이 연구되지 않았지만 그 중요성은 인지되었다.

가령 인지적 귀인이 중요한 것 같다. 이에 대해서는 뒤에 인지행동치료를 설명하면서 다룰 것이다.

월경전증후군을 겪는 여성들은 그렇지 않은 여성들보다 일상적 스트레스와 외상적 스트레스를 더 많이 경험한 것으로 나타났다(Golding, Taylor, Menard, & King, 2000). 또한 심리적 스트레스를 겪으면 월경 전 증상이 더 심해지며 사회적 지지와 교육이 도움이 된다고 보고되었다(Schmidt & Rubinow, 1993).

임상연구와 역학연구에서 기분장애 병력, 가족의 월경전 증상, 외상적 사건 등이 월경전불쾌장애의 위험요소라는 결과가 보고된 바 있다(Wittchen, Perkonig, & Pfister, 2003). 그러나 연령, 인구학적 변인, 생리주기 특성, 출산, 스트레스, 성격 변인들은 월경전증상과의 연관성이 일관적이지 않다.

치료 및 관리

치료목표는 증상의 경감 및 사회/직업기능의 회복이며 궁극적으로 삶의 질 향상이다.

생활습관 변화: 식이요법과 운동

가벼운 정도의 증상을 경감하고, 전반적 건강을 증진하기 위해 권한다. 증상이 심하더라도 약물요법 등의 다른 치료법과 병행하면 좋을 것이다. 그래도 식이요법을 바꾸는 것이 ‘도움이 된다’ 정도지 ‘상당한’ 가치가 있다는 연구결과는 없다. 가령 알코올과 카페인 섭취는 짜증 및 불면증과 관련되므로 월경전기의 증상악화를 막기 위해 제한하면 도움이 될 것이다. 염분섭취를 제한하면 부종, 월경 전 체중증가를 개선할 수 있다. 저혈당 증은 피로, 두통, 음식갈구, 기분불안정 등의 증상을 야기할 수 있으므로 이를 막기 위해 조금씩 자주, 단백질과 복합탄수화물이 풍부한 음식위주로 먹어야 한다.

운동은 피로와 스트레스를 줄이고 안녕감을 증진시킨다. 물론 월경전증후군에 관계없이 대부분의 여성들에게 운동이 건강증진에 도움이 된다. 여러 연구에서 유산소 운동은 월경전 증상의 심도를 낮추고 증상수를 줄일 수 있었다. 어떤 연구결과들에서는 운동이 부종, 부정적 정서 등을 감소시키고 집중력문제, 통증, 두려움, 죄책감을 개선한다고 시사한다(Steege & blumenthal, 1993).

운동 강도는 빈도만큼 중요하지 않다. 점차 시간길이를 늘이고 정기적으로 운동하면 모든 영역의 증상이 개선되는 것 같다(Pearlstein & Steiner, 2000). 현장에서 일하는 건강심리학자들은 건강심리치료 기법들을 적용해서 환자들이 지속적으로 운동하도록 동기를 증진시키고 유지하도록 도와야 할 것이다.

약물치료

월경전불쾌장애의 진단이 내려진 환자의 경우 세로토닌재흡수억제제가 여러 개관연구에서 ‘가장 효과 있는’ 치료법으로 꼽힌다(Kornstein & Smith, 2004). fluoxetine(Sarafem), sertraline(Zoloft), Paxil이 월경전불쾌장애의 치료제로 FDA에서 승인된 바 있다. 그러나 복용을 중지하면 두 달 내 재발되는 경우가 많다(Pearlstein, Joliat, Brown, & Miner, 2003). 병인에서 설명한 이유 때문에 같은 항우울제라도 삼환계 항우울제는 별로 효과적이지 못하다. 호르몬제의 경우 에스트라디올의 경피투여가 위약보다 효과적이었다는 연구도 있는 반면 효과가 없음을 보고한 연구결과도 있어 더 연구를 요한다(Yonkers, Bradshaw, & Halbreich, 2000). 프로세스테론은 10개 이상의 연구에서 하나만 긍정적 결과를 보고한 것으로 미루어볼 때 효과가 없는 것 같다. 경구 피임약에 대한 효과연구결과는 악화되는 경향도 보고되는 등 지금까지는 그리 유망하지 않다. 허브를 이용한 치료는 증거에 기반한, 통제된 연구결과가 없다. 칼슘, 비타민 B6, 달맞이꽃종자유 모두 위약효과를 넘는 치료효과가 산발적으로 몇 차례 보고되었다. 신체적 증상이 나타날 때 아이뷰프로펜(ibuprofen) 등의 비스테로이드성 소염진통제, 이노제 등을 투약하는 것이 통제되지 않은 연구에서 효과를 보였다(Abel & Kulkarni, 2006).

인지행동치료

세로토닌재흡수억제제의 효과가 없는 경우도

많고, 약을 복용하다가도 성기능 부전, 오심 등의 부작용 때문에 중단하는 여성들이 많다. 또한 전 주기에 걸쳐 사용하는 월경전기를 표적으로 하여 주기의 일부기간에만 사용하는 가임기 내내 장기간 사용할 경우 부작용의 우려도 무시할 수 없다. 부작용이 작은 보수적 치료를 선호하는 환자라면 인지행동치료와 생활습관변화라는 대안을 호의적으로 받아들일 것이다.

여기서는 월경전증후군을 다루기 위한 인지행동치료의 이론적 근거를 설명하고 효과연구를 개관한 뒤 효과연구에서 검증된 기법을 중심으로 인지행동치료 적용시의 지침과 개요를 순차적으로 제시하고자 한다. 필요한 경우 사례를 들면서 예시할 것이다.

이론적 근거. 인지행동치료 기법을 제대로 적용하기 위해서, 또한 환자에게 인지행동치료라는 선택에 대해 설명하면서 치료동기를 증진하기 위해 치료모형과 이론적 근거를 잘 이해할 필요가 있을 것이다.

1. 인지행동치료는 우울, 불안, 부정적 자동사고 등을 개선하는 데 효과적이다. 월경전증후군을 겪는 여성들 또한 이러한 문제들을 보이므로 (Christensen & Oei, 1995; Landén & Eriksson, 2003), 인지행동치료를 적용해 봄 직하다.

2. 공황장애나 두통 등의 '심신' 문제 영역의 이해와 치료에도 인지행동치료가 성공적으로 적용된 바 있다. 같은 심신문제 영역인 월경전증후군에도 유사한 접근법을 적용할 수 있을 것이다. 최근에 발표된 연구들에 의하면 공황장애와 월경전증후군 간에 유사점이 많은데 공황장애에서 보듯 신체변화에 부정적으로 반응하는 여성은 적응

적 반응을 하는 여성에 비해 신체변화에 예민해진다(Vickers & McNally, 2004; 박혜연, 안창일, 2004). 월경전증후군 증상을 겪는 여성들은 월경전기의 일반적인 신체변화에 과다하게 주의를 기울이고 부정적으로 해석하므로 부정적인 정서가 생기고 통제할 수 없을 것 같은 두려움을 느낀다고 가정된다.

3. 위의 설명과도 관계있지만, 월경전증후군을 겪는 여성들은 황체기의 생리적 변화를 부정적인 방식으로 해석한다. 이 생리적 변화는 부정적 사고를 불러일으키는데, 이는 여성들이 어떻게 느끼고 행동해야 하며 세상에 대해 어떤 것을 기대할지에 관한 가정에 근거한 것이다. 변화를 위협적으로 보게 된다면 불안을 느끼고 우울해 진다. 그렇게 되면 앞으로 닥칠 경험들이 부정적일 것이며 그러면서 부정적 정서는 심해진다(Blake, 1995). 인지가설에 의하면 이러한 부정적 인지를 수정할 수 있다면 월경 전 부정적 정서를 완화하는데 도움이 될 것이다.

4. 앞에서 언급했듯 월경전증후군을 겪는 여성들이 대인관계나 직무와 관련된 일상적 스트레스를 더 많이 경험한다(Golding, Taylor, & Menard, 2000). 또한 심리적 스트레스를 겪으면 월경 전 증상이 더 심해지며 사회적 지지와 교육이 도움이 된다고 보고했다(Schmidt & Rubinow, 1993). 인지행동치료를 통해 스트레스관리, 대인관계 증진 등 전반적 삶의 질을 높여서 월경전증후군이 심해지지 않게 관리하고 일상생활에 영향을 덜 미치게 되고 그럼으로써 궁극적으로 악순환에서 벗어날 수 있을 것이다.

5. 월경전증후군을 겪는 여성들이 보이는 특성 중 하나는 '통제감의 결여'이다(Ussher, 2002).

인지행동치료를 통해 통제감과 정복감을 되찾아 주는 것이 도움이 될 것이다.

효과연구. 인지행동치료는 치료효과 연구가 많지는 않지만 Macdougall, Born, Krasnik과 Steiner (2006)의 연구를 비롯한 개관연구들의 효과평정에서 ‘가장 효과 있는’ 방법으로 평가되고 있다.

이완훈련의 경우, 통제처치(독서)와 비교했을 때 더 효과적이었음을 입증하는 등 (Goodale, Domar, & Benston, 1990), 긍정적인 연구결과가 있지만 단독으로 적용하기 보다는 인지행동치료 패키지에 포함된 경우가 많다. 이완훈련으로 월경전기의 긴장을 완화하고 불안에 대처하는 방법을 갖추게 되며 신체의 통제감을 가지게 된다고 하겠다.

Morse, Dennerstein, Farrell과 Varnavides (1991)의 연구에서 인지재구조화, 문제해결법 및 주장훈련을 포함한 집단치료(연구자들은 ‘대처기술훈련’집단이라고 부름)와 호르몬치료가 동일한 정도로 심리적 및 신체적 증상을 경감할 수 있었다. 그러나 3개월 추수연구에서 ‘대처기술훈련’을 받은 사람들만이 효과를 유지할 수 있었다. 이는 인지재구조화, 문제해결법 및 주장훈련의 인지행동치료패키지가 장기적 효과를 가져 온다는 것을 시사한다. Kirkby(1994)는 특히 인지재구조화의 효과를 확인해 주었다. 그는 인지재구조화 위주의 ‘대처기술훈련’ 집단, 신빙성 있는 심리치료 위약 집단인 ‘움직임을 통한 인식 훈련’ 집단 및 대기집단 중에서 인지행동치료 집단이 치료 후와 9개월 추수평가 때 증상과 비합리적 사고가 더 많이 감소되었음을 보고했다. 회고적 평가만 사용했다는 것이 큰 제한점이기는 하지만 심리치료 위약효과

를 넘어선 인지행동치료의 효과를 보여주었다는데 의의가 있다고 하겠다. Christensen과 Oei (1995)는 인지재구조화의 장기적인 효과만 확인할 수 있었다. 그들은 Beck(1977)의 인지치료와 Sank와 Shaffer(1984)의 대처기술이론에 기초한 인지행동치료를 제안했고 인지재구조화가 포함된 인지행동치료집단과 인지재구조화를 제외한 이완훈련, 주장훈련, 영양지도 등을 받은 집단(연구자들은 ‘정보위주 집단’이라 부름)을 비교했을 때 치료 후 동일한 정도로 불안, 우울, 부정적 생각 및 신체변화를 경감할 수 있었다. 여기서 흥미로운 점은 인지재구조화를 직접 시행하지 않아도 부정적 생각이 경감되었다는 점이다. 그러나 1년 후 인지재구조화가 포함된 인지행동치료의 효과만이 지속되었다. 이는 장기적으로 효과를 유지하려면 인지재구조화가 포함된 인지행동치료가 시행될 필요가 있다는 것을 시사한다.

Blake(1998)의 연구에서는 인지재구조화가 포함된 인지행동치료가 대기자집단에 비해 우울 등의 심리적 증상에 더해서 부종 같은 신체적 증상도 유의하게 경감되었다. 그들은 부정적 사고를 따로 측정하지는 않았다. 비교집단으로 대기집단이나 심리치료 위약집단이 아닌 세로토닌 재흡수 억제제를 복용한 집단을 사용한 연구도 있다. Hunter 등(2002)은 Blake의 인지치료에 이완훈련 등을 더한 인지행동치료패키지와 세로토닌 재흡수억제제가 6개월간의 치료 후 각기 같은 정도로 효과를 보였고 두 치료를 병행한 집단에서는 부가효과를 볼 수 없었다. 그러나 치료가 끝나고 1년이 지난 시점에서 인지행동치료패키지를 받은 집단이 효과를 더 잘 유지할 수 있었다. 연구자들은 환자들에게 인지행동치료의 장기적 효과를 알

리고 선택권을 줄 것을 제안했다. 그들은 또한 환자들이 인지행동적 대처전략을 사용하게 되면서 환자의 직장생활이나 대인관계 등이 개선되고 월경전 말고도 주기 전반에 걸친 삶의 질이 제고되는 효과를 보인다고 결론지었다.

우리나라에서도 인지행동치료를 월경전증후군에 적용하고 그 효과를 평가한 연구가 있다. 대학생들을 대상으로 강현정(1998)이 인지 재구조화 집단, 이완훈련집단 그리고 대기집단을 비교해서 인지 재구조화 집단과 이완훈련 집단이 대기 집단에 비해 증상이 감소되었고 인지 재구조화 집단이 더 많은 감소를 보였음을 보고했다. 고선규와 권정혜(2004)는 고등학교 여학생들을 대상으로 Blake(1995)의 인지치료, Kirkby(1994)의 월경전증후군에 대한 합리적-정서적 행동치료 매뉴얼, 스트레스 관리 등을 참고로 구성한 인지행동치료의 효과를 보고한 바 있다. 두 연구 모두 회고적 평가도구만을 사용하여 사전, 사후 평가 결과를 비교했기 때문에 결론이 제한적일 수밖에 없다.

치료개요-초기면접. 대부분의 심리치료에서와 마찬가지로, 내담자가 잘 이해받고 존중받고 있다는 느낌에서 출발하는 좋은 치료관계를 맺어야 한다. 어떤 환자들은 월경전증후군에 대한 인식이 전무할 수 있다. 이 경우 뒤에 기술한 교육을 우선 실시할 수 있다. 또 어떤 환자들은 이미 자신이 월경전증후군을 앓고 있다고 진단내리고 다양한 치료법을 사용해보았을 것이다. 만약 의사가 의뢰했다면 다양한 의학적 치료를 섭렵했을 것이다. 혹은 약물 등 의학적 치료의 부작용을 겪었거나 두려워하는 경우일 수 있다. 환자가 후속속으로 불편해 하지 않는지, 그렇다면 이유는 무

엇일지 가설을 세우고 직접 물어 보든지 떠본다. 가령 심리상담 장면에 대한 부정적인 반응이 있을 수 있다.

다음 축어록은 한의사가 의뢰한 환자가 심리치료에 대한 거부감을 나타냈을 때 본 연구자가 환자의 치료동기를 증진해보고자 시도한 것이다. 몸과 마음의 관계를 설명하면서 심리적 접근이 어떻게 증상경감에 도움이 될지 실마리를 주었다. 또한 심리치료의 공통치유요인인 '희망의 고취'도 시도하였다. 치료자가 환자의 치료동기를 진작하기 위하여 어떻게 해서 인지행동치료가 월경전증후군의 증상을 개선하는 결과를 초래할 지 충분히 설명해 주어야 할 것이다.

환자: 몸이 붓고 피곤하고 하다 보니 몸 컨디션이 안 좋고 그러다 보니 기분도 안 좋은 건데 왜 한의사 선생님이 이리로 가서 상담을 받으라는 건지 모르겠어요

치료자: 아, 방금 참 맞는 말씀을 하셨습니다. 몸 컨디션이 안 좋고 그러다 보니 기분도 안 좋다고요. 몸과 기분이 그렇게 밀접한 관련이 있다는 것을 제가 말씀드리지 않아도 딱 짐어서 말씀해 주시네요 맞습니다. 그러니 심리상담에서 기분을 다루어 주고 마음을 다루어 주면 몸 컨디션이 안 좋더라도 일단 기분은 괜찮아 지겠쥬 또 기분이 괜찮아지면 기분과 밀접한 관련이 있는 몸 컨디션도 좀 나아지겠쥬

환자: 그런데 기분이 쉽게 나아 지겠느냐구요

치료자: 제가 도와 드릴 거고 (환자)님 쪽에서 해야 할 일이 좀 있습니다 이 접근법이 지금까지 하셨던 방법과 좀 다르지만 치료효과가 좋은 것으로 이미 관명이 났습니다 효과를 검증한 연구

들이 이미 많이 축적되어 있다는 말씀이지요 월경전증후군 증상으로 힘들어 하던 분들이 치료 끝 뒤 즉각적으로 증상이 경감되는 경험을 하기도 후에는 “이제 좀 살 만해 졌다”, “덜 해졌거나 없어진 증상들이 있다 증상이 있어도 그리 힘들지 않다”고들 말씀하시는 분들이 많으십니다. 이미 그 한의사선생님께서 다 말씀하셨지요

평가를 위해 먼저 회고적 도구를 실시한 후 전향적 증상일지를 시작한다. 인지행동치료에서는 자기감찰이 중요한 치료요소로서, 회고적 평가 후 월경전증후군이 확실하다는 판단이 생기더라도 계속해서 증상과 함께 관련사건 및 인지를 적게 한다. 증상일지는 또한 치료시간에 다룰 적정 주제들을 제공한다.

첫 시간에 구조화를 시도하면서 치료의 회기수와 빈도를 정하고 각 치료시간의 길이를 정한다. Blake를 비롯한 치료자들은 주 1회 1시간 동안의 치료를 12회기 이상 진행할 것을 권한다. 동기수준이 높으면서 증상 수도 적고 그리 심하지 않은 환자들은 회기수를 줄여도 될 것이다. 집단 치료형태로 월경전증후군을 치료하는 것도 고려할 수 있겠다.

평가 면접동안 환자에게 주기와 월경경험의 정상범주에 관한 정보를 준다. 한 달 동안 자신의 몸에 일어나는 변화를 이해할 수 있다면, 그리고 다른 여성들도 유사한 경험을 한다는 것을 알게 되면 불안과 혼란이 경감될 것이다. 그런 뒤 건강과 복지를 증진하는 일반적 조치들에 관한 교육을 실시한다. 잘못된 식습관, 운동부족, 흡연, 과도한 알코올이나 카페인 섭취와 증상을 연결 짓지 못하는 경우가 많기 때문이다. 어떤 여성들은 일단 이러한 정보를 얻고 나면 통제감을 느낀다. 자신의 증상을

달리 보고, 자신들이 생각하고 행동하는 방식을 바꾼다. 본 프로그램이 월경전증상 뿐 아니라 전반적인 삶의 질을 개선하는 데 도움이 될 것이라고 말해 주면서 희망을 고취한다.

치료개요-치료초기. 월경전증후군에 대한 부정적 인지(예: “내 몸에 무슨 문제가 있는 거다. 간단히 약으로 어찌 할 수 없으니 그냥 당할 수밖에 없겠지.” “증상에 대해 내가 할 수 있는 것은 아무 것도 없다”)를 파악하고 그 부정적 인지가 당사자의 무력감과 무망감을 증가시켜서 월경전 생리적 변화에 대해 불안과 저조한 기분으로 반응하도록, 그래서 그러한 생리적 변화에 잘 대처하지 못하도록 이끈다는 점을 깨닫게 한다.

이를 위해서 평소라면 견딜 법한 사건이 월경전이어서 힘들었던 최근 상황을 자세히 되돌아보게 하거나 일지를 함께 검토하면서 그러한 상황을 선택한다. 함께 선행사건-인지-반응-결과의 고리를 채워보면서 증상과 밀접한 관계가 있는 인지를 파악한다.

다음 축어록에서는 평소라면 별일이 아니라도 월경전에는 큰 스트레스가 되어 부정적 정서를 초래한 예를 들면서 매개가 되는 인지를 파악해 보는 과정을 예시해 준다. 환자가 쓴 일지의 사건을 자료로 활용하여 스트레스 사건과 관련해서 어떤 생각들이 떠올랐는지 함께 탐색하였다.

<축어록>

치료자: 그에게 쓰신 일지를 보니 일주일 전과 비슷한 사건인데 소리를 마구 지르신거네요

환자: 그에게는 정말 제 자신이 제어가 안되

더라고요. 여기 제가 썼듯이 “가뜩이나 힘든데 애
가 도대체 생각이 있는거야 없는거야”하는 생각
에 정신없이 소리를 질렀어요 금방 후회하고 자
책했어요

치료자: 일주일 전에는 똑같이 아이가 조른
건데도 그때는

환자: 네. 그 때는 자분자분 얘기해서 설득할
수 있었어요 “이 정도는 내가 잘 얘기하면 말을
들을거야”하는 생각이었지요

다음 축어록에서는 월경 전에 작은 사건이 일
어났지만 대처전략이 평소처럼 잘 작동하지 않았
던 사건을 되짚어 보면서 작은 사건이 파국적 반
응을 초래하고 그 결과 부정적인 생각에 견잡을
수 없이 휩싸이게 된다는 것을 깨닫게 되는 것을
예시한다. 이러한 힘든 경험에 대한 반응으로 환
자는 자신의 감정을 더욱 억제하려고 애쓰게 되며
그러면 다음 주기가 시작되기도 전에 더 긴장하게
된다. 그런 것들을 함께 순차적으로 짚음으로써
파국적 반응과 그에 따른 죄책감, 감정억제, 과잉
보상과 자기희생, 그로 인한 소진과 악순환을 이
해하고 그 고리를 끊는 인지재구조화와 대처전략
습득의 기초를 다지게 된다.

<축어록>

치료자: 다른 때 같으면 그렇게 시댁에서 내
려오라고 하면 어떻게 하셨었는데요

환자: 그럴듯한 핑계를 대서 서로 맘 상하지
않으면서 전화를 잘 끊을 수 있었죠어제는 그런
그럴듯한 핑계를 댈 만한 여유가 없었다고나 할
까...

치료자: 월경전에 신경이 날카로워져 있던 참

에

환자: 네. 제가 정말 못된 며느리라는 생각이
들었고. 어젯밤에 잠도 못 잤어요. 울다가 걱정하
다가.. 앞으로 조심해야겠다, 더 신경을 써야겠다는
생각이 들었어요

치료자: 자신을 더 다그치는 것으로 보상하시
는 거네요 그러시다가는 다음 주기가 시작되기도
전에 더 긴장하고 기운을 빼셔서 월경전에 더 힘
드실 수도 있을텐데요

환자: 네. 사실 악순환인 것 같아요

Blake는 증상을 유발하거나 악화시킬 수 있는
신념들을 들었는데 그중 우리나라 현장에서 쉽게
찾아볼 수 있는 신념은 다음과 같다.

1. 완벽주의적 신념: “월경 전이라서 피곤하네.
모든 일을 제대로 다 해내어야 하는데..” 자신을
다그치느라 더 피곤하고 공황상태를 초래한다.

2. 자신의 욕구에 관한 신념: “월경전이라서
피곤하지만 내가 도움을 요청할 수는 없지. 내가
도와주지는 못할망정.” 자신의 상황이 좋지 않음
에도 도움을 요청하기는커녕 다른 사람의 요구에
만 신경을 쓰다가 혼자 감당하기 힘들어 한다.

3. 분노와 짜증에 관한 신념: “따져봤자, 화내
봤자 감정만 상해.” 평소에 분노를 표현하지 않고
담아두다가 월경 전 변화로 인해 더 이상은 분노
감정을 담아두기 힘들게 되고 그 결과 더 힘들어
지고 급기야는 분노가 폭발한다. 이후 죄책감과
우울이 찾아든다.

치료개요-중기. 행동실험 등의 전형적인 인지
재구조화의 기법들을 동원해서 이러한 신념에 도
전하고 자기주장훈련을 거치면 월경 전 무리한

목표를 달성하려하지 않을 것이고 혼자 모든 것을 감당하고 책임을 지는 것이 아니라 사람들에게 일을 분산하고 도움을 요청하며, 분노를 생산적으로 조절할 수 있게 될 것이다. 물론 환자가 자신의 신념에 대해 깨닫게 되더라도 고통스런 현재 상황과 태도(가치관)에 머무르기로 선택하는 경우가 있을 것이다. 그러나 무기력한 피해자로서가 아니고, 자신이 선택했다는 점, 통제했다는 점에 대해 큰 가치를 둘 수 있을 것이다

현실적으로 어떻게 자기 자신을 잘 챙길 수 있을 지 생각해 보고 행동실험해 본다. 자신을 위한 일이나 자신이 즐길 만한 활동을 계획하고 실천해보게끔 돕는다. 이러한 행동실험과 실천을 통해서 어느 정도 자신을 돌보는 것은 자신 뿐 아니라 주위사람들에게도 도움이 된다는 사실을 깨닫게 한다. 또한 평소에 월경전기를 대비해서 시간과 에너지를 저장하도록 한다. 이를 위해 때로는 주장훈련이 필요할 수도 있다. 자신이 원하는 바, 필요한 바를 공격적이지 않게 표현하는 법을 치료시간에 연습한 뒤 자신이 덜 불편하게 여기는 것부터 집에서 시행하게 한다. 그리고 다음 치료시간에 함께 되짚어 보고 논의한다. 이 실험을 통해 자기주장하고 자신이 무엇을 필요로 하는지 표현하는 것이 이기적인 것만은 아니며 오히려 분노를 파괴적으로 표현하는 것보다 낮고 건강한 관계유지에 필수적이라는 것을 깨닫게 될 것이다. 이때 중요한 것은 새로운 생각을 채택하고 새로운 행동을 실험할 때 환자 자신이 선택한 스타일과 속도를 존중하는 것이다.

치료후기에 가까워 지면서 상황을 자신이 변

화시킬 수 없는 것들과 변화시킬 수 있는 것들로 나누고 변화시킬 수 없는 것은 포기하거나 받아들이는 법을 배운다. 이때 인지재구조화를 활용한

치료개요-후기. 이완³⁾ 등의 대처기술을 익히고 운동과 식습관을 정착시킨다. 계속적인 행동리허설을 통해 변화를 굳히면서 정복감의 증진을 도모한다. 이 시기는 반사적으로 행동하는 것이 아니라 자신의 반응에 대해 선택권과 통제감을 가진 상태이다. 여포기 때 월경전기에 대비하게 되고 월경전기 증상은 계속 경험할지 모르나 강도가 줄고 증상 횟수가 줄며 지속시간이 짧아지게 된다. 또한 월경전기 증상이 일상생활에 미치는 영향력도 약해진다. 인지재구조화를 통해 월경전증후군을 겪는 여성들이 흔히 보이는 ‘과잉책임감’, ‘자기희생’ 등의 중심주제가 보다 생산적이고 현실적으로 바뀌고 인지행동적 대처전략을 잘 구사하게 되면서 환자의 직장생활이나 대인관계 등이 개선되고 월경전 말고도 주기 전반에 걸친 삶의 질이 향상된다.

쟁점

월경전증후군의 개념과 관련된 쟁점

회고적 보고가 여성의 실제 경험보다는 월경전 증상에 대한 여성의 문화적 고정관념과 기대를 반영한다는 주장이 제기된 이후 여러 경험적 연구에서 그것이 사실임을 시사했다. 가령 월경관

3) 치료초기에 이완훈련을 도입해서 생각과 감정, 그리고 신체감각 간 관계를 이해하는 기회로 삼을 수도 있고 자신의 신체적 긴장을 조절할 수 있다는 통제감과 자기효능감을 도모할 수도 있다.

런 증상의 현상을 강하게 믿을수록, 여성들은 지난 월경주기 증상의 부정성을 회상 시 과장했다. 또한 월경전증후군의 유병율에 관한 믿음을 조작했을 때 유병율이 높다고 믿은 여성일수록 증상을 부정적으로 보고했다(Marván & Cortes-Iniestra, 2001). 이는 여성들의 믿음과 편견이 월경 전 변화를 부정적으로 회고하는 것과 직접 관련이 있음을 시사한다.

한편, Chrisler, Johnston, Champagne와 Preston(1994)은 '월경의 기쁨'이라는 개념을 소개했더니 여성들이 월경에 대해 보다 긍정적인 태도를 보고했고 주기 중 변화에 대해 보다 긍정적으로 평가했다. 그들은 전문가가 월경주기를 어떻게 그리는 지가 상당히 큰 영향을 미친다고 결론지었다. 월경전증후군이 의학적, 정신과적 장애라기보다는 사회적 구성개념이라는 주장도 제기되었다. 어떤 여성학자들은 월경전증후군의 개념 자체를 거부하고 그 존재를 부인한다. 다시 말해 사회가 여성의 '짜증'을 용인하지 않고 '병리'라고 규정한다고 주장한다.

월경전증후군의 연구자들은 의학이 여성의 주기적 고통을 너무 오래 무시해왔다는 비난과 여성의 호르몬상 유약성에 대한 신념을 강화하는 것이 여성들에게 도움이 되지 않고 오히려 해가 된다는 우려사이를 줄타기하고 있다. 월경전증후군을 둘러싼 강한 감정과 방법론적 어려움이 월경전증후군의 개념에 논쟁의 소지를 만든다. 주기 중 특정시점에서의 부정적 변화가 다른 시점에서의 긍정적 변화로 보상된다는 가능성을 타진한 연구도 없다.

이러한 논의들이 가지는 사회적, 임상적 시사점은 다음과 같다. 가령 마스크와 전문가들이 이

문제를 다룰 때 주기적 '변화'와 심한 '증상'을 확실히 구분 지어야 할 것이다. 그리고 '긍정적'인 월경전 변화도 일어날 수 있음을 강조할 필요가 있다. 그래서 월경주기를 둘러싼 부정적 사고를 경감하는 쪽으로 기대와 편견을 바꾸는데 기여할 수 있다. 마지막으로 월경전 증상을 보고하는데 영향을 끼칠 수 있는 기여요인들을 더 검토할 필요가 있다.

참고로, 비전형적인 사례들의 존재는 개념정립을 더 어렵게 한다. 가령 주기적이지만 황체가 아닌 배란기 때만 증상을 경험한다고 보고한 경우도 있고, 월경 주변기(월경 첫 날의 7-14일 전과 월경초기, 즉 월경 첫 날에서 그 다음 날)를 모두 '변화기간'으로 보아야한다는 주장이 있다(Blanchard & Kim, 2005; Hsiao & Liu, 2007).

위약효과

월경전증후군의 치료효과연구에 대한 메타분석결과를 보면 위약 반응율이 작게는 6%에서 크게는 40% 정도나 된다(Freeman & Rickels, 1999). 또한 과거 2달 이상 증상개선을 경험한 여성들의 20%정도가 위약만으로도 증상개선효과를 지속시킬 수 있었다(Apgar, 2000). 물론 기대효과로 이를 설명해주는 인지이론이 설득력이 있지만 월경전증후군의 치료효과를 평가하는 연구자들은 고려해 보아야 할 문제이다.

상당한 증상이 상이한 치료법에 반응하는가?

약물치료 연구결과를 보면 위약보다는 효과적이지만 반응율은 '만족' 수준인 60%에 훨씬 못 미

치는 경우가 많다. 현재 약물치료를 반응하지 않는 여성들이 많다는 뜻이다. 그리고 월경전증후군과 월경전불쾌장애에 대해 전반적으로 유사한 효과를 보인다. 월경전증후군과 월경전불쾌장애의 진단을 받은 여성들의 하위집단을 잘 정의하고 각 하위집단에 맞는 특수치료를 실시하면 60% 정도의 반응율에 도달한다. 가령 배란억제법은 다양한 신체적 및 행동 증상에, 세로토닌재흡수억제제는 짜증을 쉽게 내는 증상과 불안에 가장 효과를 발휘한다(Rapkin, 2003). 인지행동치료가 어느 하위집단에 가장 효과적인지 검증하는 경험적 연구의 필요성이 대두된다.

끝맺는 말

본 논문에서는 건강 전문가들이 적극적으로 나서서 월경전증후군을 겪는 여성들을 도울 것을 촉구하면서 월경전증후군의 인지와 관리를 진작하고자 월경전증후군의 임상양상, 병인, 평가법 및 치료법을 개관하였다. 인지행동치료의 기초를 갖추고 이미 다른 문제에 기법들을 적용한 경험이 있는 건강심리학자들이라면 월경전증후군의 관리에 특수한 요소를 고려하여 적용할 수 있을 것이다.

앞서 언급했듯이, 우리나라 문화를 포함한 여러 문화에서 월경주기는 부정적 변화와 연관된다는 강한 믿음이 존재한다. 사회화과정을 통해 이러한 고정관념이 계승되고 강화되며 이것이 월경전 변화에 대한 예측과 보고, 해석에 영향을 끼친다. 따라서 실제로 개개인의 증상이 월경주기와 관련되는 지 여부를 검토하지 않은 채 여성과 남성 모두 불쾌하고 문제 있는 감정들과 행동, 신체 증상들을 월경 주기에 귀인하는 경향이 있다. 그

결과 증상이 심한 경우라도 다른 여성들과 별반 다를 것이 없다는 생각에 약국에서 약을 사 먹거나 흡연, 음주 등 효과가 의심스러운 혹은 유해한 자가 치료와 대처법에 몸을 맡기며, 나서서 전문적 도움을 청하는 경우가 드물다.

임상건강심리학 현장에서 일하는 건강심리학자들은 주기적인 증상을 호소하는 내담자들을 대할 때 월경전증후군의 가능성을 염두에 두어야 할 것이며 필요하면 월경전증후군의 평가와 치료 서비스를 직접 제공해야한다. 또 산부인과나 정신과와 협력해서 배란억제나 항우울제 투여 등 심한 증상에 고려하는 공격적인 치료방법을 배타적으로 선택하기 전에 보다 보수적이고 전반적 신체/심리건강 증진에 초점을 맞춘 비약물적 치료의 대안을 설명해주어야 할 것이다. 그리하여 향후 우리나라에서도 건강심리현장에서 전향적 평가도구를 사용해서 인지행동치료가 월경전증후군을 겪는 여성들의 증상과 삶의 질에 미치는 효과, 위약효과를 넘어서는 효과를 검증하고 특별히 크게 기여하는 치료요소들을 파악하는 연구, 세로토닌 재흡수억제제와의 효과비교연구, 약물치료를 대한 부가적 효과연구, 특수증상에 대한 특수효과연구 등이 이루어져야 할 것이다.

참고문헌

- 강현정 (1998). 인지행동치료와 이완훈련이 월경전증후군의 감소에 미치는 효과. 전북대학교 석사학위 청구논문.
- 고선규, 권정혜 (2004). 인지행동치료와 이완훈련이 월경전증후군의 감소에 미치는 효과. 인지행동치료, 4, 1-10.

- 구본건, 이 경우, 이영규, 권장연, 한혁동, 김대현 (1990). 월경전 증후군의 임상적 고찰. *대한산과학회지*, 33, 1436-1444.
- 박혜연, 안창일 (2004). 월경 전 불쾌 증상 집단의 신체 감각에 대한 인지 특성: 미혼여성들을 대상으로. *한국심리학회지: 임상*, 23, 891-903.
- Abel, K. M., & Kulkarni, J. (2006). Depression in women: Hormonal influences. In D. Castle, J. Kulkarni, & K. M. Abel (Eds.), *Mood and anxiety disorders in women* (pp. 116-135). New York: Cambridge University Press.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Apgar, B. (2000). Premenstrual syndrome and the placebo response. *American Family Physician*, 61, 850.
- Blake, F. (1995). Cognitive therapy for premenstrual syndrome. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 167-185.
- Blanchard, D. B., & Kim, M. (2005). The effect of the definition of menstrually-related headache on the response to biofeedback treatment. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 30, 53.
- Burt, V. K., & Hendrick, V. C. (1997). *Concise guide to women's mental health* (pp.11-24). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Choi, P. Y. L. (1995). The menstrual cycle and premenstrual syndrome: What is this news on the menstrual cycle and premenstrual syndrome? *Society of Science of Medicine*, 41, 759-760.
- Chrisler, J. C., Johnston, I. K., Champagne, N. M., & Preston, K. E. (1994). Menstrual joy: The construct and its consequences. *Psychology of Women Quarterly*, 18, 375-387.
- Christensen, A. P., & Oei, T. P. S. (1995). The efficacy of cognitive behaviour therapy in treating premenstrual dysphoric changes. *Journal of Affective Disorders*, 33, 57-63.
- Dalton, K. (1964). *The Premenstrual Syndrome*. Springfield, IL: Thomas.
- Deuster, P. A., Adera, T., & South-Paul, J. (1999). Biological, social, and behavioral factors associated with premenstrual syndrome. *Archives of Family Medicine*, 8, 122-128.
- Endicott, J., & Harrison, W. (1990). *Daily Record of Problems Form*. New York: Department of Research Assessment and Training, New York State Psychiatric Institute.
- Endicott, J., Nee, J., & Harrison, W. (2006). Daily record of severity of problems: Reliability and validity. *Archives of Womens Mental Health*, 9, 41-49.
- Endicott, J., Schacht, S., & Halbreich, U. (1982). *Daily Rating Form*. New York: Research Assessment and Training Unit.
- Epperson, C. N., Wisner, K. I., & Yamamoto, B. (1999). Gonadal steroids in the treatment of mood disorders. *Psychosomatic Medicine*, 61, 676-697.
- Frank, R. T. (1931). The hormonal causes of premenstrual tension. *Archives of Neurological Psychiatry*, 26, 1053-1057.
- Freeman, E. W., DeRubein, R. J., & Rickels, K. (1996). Reliability and validity of a daily diary for premenstrual syndrome. *Psychiatry Research*, 65, 97-106.
- Freeman, E. W., & Rickels, K. (1999). Characteristics of placebo responses in medical treatment of premenstrual syndrome. *American Journal of*

- Psychiatry*, 156, 1403-1408.
- Golding, J. M., Taylor, J. L., Menard, L., & King, M. J. (2000). Prevalence of sexual abuse history in a sample of women seeking treatment for premenstrual syndrome. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 21, 69-80.
- Goodale, I. L., Domar, A. D., & Benston, H. (1990). Alleviation of premenstrual syndrome symptoms with relaxation response. *Obstetrics and Gynecology*, 75, 649-655.
- Hsiao, M. & Liu, C. (2007). Unusual manifestations of premenstrual syndrome. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61, 120-123.
- Ishiwata, N., Uesugi, S., Uehara, M., Melby, M., & Watanabe, S. (2004). Effects of Soy Isoflavones on Premenstrual Syndrome. *The Journal of Nutrition*, 134, 1281.
- Janowsky, D. S., Rausch J. L., & Davis J. M. (2002). Historical studies of premenstrual tension up to 30 years ago: implications for future research. *Current Psychiatry Report*, 4, 411-418.
- Kirkby, R. J. (1994). Changes in Premenstrual Symptoms and Irrational Thinking Following Cognitive - Behavioral Coping Skills Training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1026-1032
- Kornstein, S. G., & Smith, K. C. (2004). Antidepressant treatment of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Primary Psychiatry*, 11, 53-57.
- Landén, M., & Eriksson, E. (2003). How does premenstrual dysphoric disorder relate to depression and anxiety disorders? *Depression and Anxiety*, 17, 122-129.
- Ling, F. W. (2000). Recognizing and treating premenstrual dysphoric disorder in the obstetric, gynecologic, and primary care practices. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(Suppl. 12), 9-16.
- MacDougall, M., Born, L., Krasnik, C. E., & Steiner, M. (2006). Premenstrual syndromes. In J. E. Fisher & W. T. O'Donohue (Eds.), *Practitioner's guide to evidence-based psychotherapy* (pp. 550-566). New York: Springer Science+Business Media
- Marván, M. L., & Cortes-Iniestra, S. (2001). Women's beliefs about the prevalence of premenstrual syndrome and biases in recall of premenstrual changes. *Health Psychology*, 20, 276-280.
- Moos, R. (1968). The development of a menstrual distress questionnaire. *Psychosomatic Medicine*, 30, 853-867.
- Morse, C. A., Dennerstein, L., Farrell, E. M., & Varnavides, K. (1991). A comparison of hormone therapy, coping skills training and relaxation for the relief of premenstrual syndrome. *Journal of Behavioral Medicine*, 14, 469-489.
- Mortola, J. F., Girton, L., Beck, L., & Yen, S. C. (1990). Diagnosis of premenstrual syndrome by a simple, prospective, and reliable instrument: the calendar of premenstrual experiences. *Obstetrics and Gynecology*, 76, 302-307.
- Pealstein, T., Joilat, M. J., Brown, E. B., & Miner, C. M. (2003). Recurrence of symptoms of premenstrual dysphoric disorder after the cessation of luteal-phase fluoxetine treatment. *American Journal of Obstetrics and*

- Gynecology*, 188, 887-895.
- Pearlstein, T., & Steiner M. (2000). Non-antidepressant treatment of premenstrual syndrome. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, Suppl. 12:22-27.
- Pearlstein, T., Yonkers, K. A., Fayyad, R., & Gillespie, J. A. (2005). Pretreatment pattern of symptom expression in premenstrual dysphoric disorder. *Journal of Affective Disorders*, 85, 275-282.
- Rapkin, A. (2003). A review of treatment of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 28, 39-53.
- Schmidt, P. J., & Rubinow, D. R. (1993). Parallels between premenstrual syndrome and psychiatric illness. In S. Smith & I. Schiff (Eds.), *Modern management of premenstrual syndrome* (pp. 71-81). New York: Norton.
- Steege, J. F., & Blumenthal, J. A. (1993). The effects of aerobic exercise on premenstrual symptoms in middle-aged women: A preliminary study. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 127-133.
- Steiner M, Macdougall M, & Brown, E. (2003). The premenstrual symptoms screening tool(PSST) for clinicians. *Archives of Women's Mental Health* 6, 203-209.
- Steiner, M., Pearlstein, T., Cohen, L. S., Endicott, J., Kornstein, S. G., Carla, R., David, R. L., & Yonkers, K. (2006). Expert guidelines for the treatment of severe PMS, PMDD, and comorbidities: The role of SSRIs. *Journal of Womens Health*, 15, 57.
- Steiner, M., Steiner, D., & Ba'Pham. (2005). Validation of a revised visual analog scale for premenstrual mood symptoms: Results from prospective and retrospective trials. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 327-332.
- Ussher, J. M. (2002). Processes of appraisal and coping in the development and maintenance of Premenstrual Dysphoric Disorder. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 12, 309-322.
- Vickers, K., & McNally, R. J. (2004). Is premenstrual dysphoria a variant of panic disorder?: A review. *Clinical Psychology Review*, 24, 933-956.
- Wittchen, H. U., Perkonig, A., & Pfister, H. (2003). Trauma and PTSD-an overlooked pathogenic pathway for premenstrual dysphoric disorder? *Archives of Women's Mental Health*, 6, 293-297.
- World Health Organization. (1992). *International Classification of Diseases* (10th ed.). (ICD-10). Geneva: WHO.
- Yonkers, K. A., Bradshaw, K. D., & Halbreich, U. (2000). Oestrogens, progestins and mood. In M. Steiner, K. A. Yonkers, & E. Eriksson (Eds.), *Mood disorders in women* (pp. 207-232). London, United Kingdom: Martin Dunitz.

논문접수일: 2007년 7월 2일

수정논문접수일: 2007년 8월 7일

게재결정일: 2007년 8월 21일

Review

Understanding and Treatment of Premenstrual Syndrome: Focusing on Cognitive Behavioral Approach

Mirihae Kim

Duksung Women's University

Premenstrual syndrome(PMS) is characterized by psychological and/or physical symptoms during the luteal phase of the menstrual cycle. PMS affects a large segment of women of reproductive age and its social economical cost is high. Women with this problem rarely obtain appropriate professional help due to their and others' around them including their health professionals' lack of understanding and concern on PMS. The primary goal of this paper is to help professionals in the field of PMS, that are clinics, community health center, hospitals, etc., understand the etiology and clinical pictures of PMS and offer its treatment. A comprehensive treatment plan which focuses on cognitive behavioral treatment that encourages a healthy lifestyle and change in cognition of menstrual symptoms and helps develop appropriate ways to cope with the obstacles, frustrations and discomforts of daily life may relieve symptoms in most women. The application of cognitive behavioral treatment was discussed and the details of cognitive behavioral techniques were explained and illustrated by examples. Lastly, current controversial issues were discussed.

Keywords : *premenstrual syndrome, premenstrual dysphoric disorder, cognitive behavioral treatment*