한국심리학회지: 건강
The Korean Journal of Health Psychology
2010. Vol. 15, No. 4, 583 - 600

긴장형 두통의 건강심리학적 평가†

손 정 락‡
전북대학교 심리학과

많은 임상가들과 연구자들이 긴장형 두통 환자들에 대한 평가와 치료에서 통증이 광범위한 심리적 요인들에 영향을 받으며, 또한 중요하다는 점에는 동의하고 있다. 그렇지만, 긴장형 두통에서 광범위한 심리학적 변인들 간의 관계는 체계적으로 조사되지 않았다. 이 개관 논문에서는, 긴장형 두통 내력 조사, 행동 평가목록, 자기 보고 자료, 지인 면담, 자기 탐지 기록, 긴장형 두통 평가에서 생물-심리-사회-영성 모형 및 삶의 질 평가를 다루었고, 또한 평가에서 쓰이는 심리측정검사에 관한 문제점과 개선점을 다루었다. 즉, 다중양상 심리학적 평가 전략이 긴장형 두통 평가에서도 중요하게 고려되어져야할 모형으로 보았다. 끝으로, 앞으로의 연구 방향이 논의되었다.

주요어: 긴장형 두통, 건강심리학적 평가, 생물심리사회영성 모형, 삶의 질

긴장형 두통은 두통 분류에 관한 특별 위원회의 국제 분류에 따른 15가지 유형의 두통 중에서 가장 빈번하게 발생하는 것으로서, 근육 수축성 두통, 심인성 두통 또는 신경성 두통으로 불리기도 한다. 긴장형 두통은 흔히 후두부에서 이마까지 계속적으로 지끈지끈 아픈 것으로 기술되며, 머리 전체가 끈 같은 것으로 조이고 있는 듯한 느낌이라고 보고된다. 이 두통의 빈도와 지속 기간은 다양하나, 서서히 시작되어 수 시간에서 수 개월까지 지속된다(Holroyd & Andrasik, 1978). 긴장형 두통의 정확한 발병 원인은 아직까지 밝혀지지 않았지만 개인이 심리적인 스트레스에 대하여 반응할 때 나타나는 증상(Ad Hoc Committee on the Classification of Headache, 1962)이거나, 두개골과 목근육의 지속적인 수축에 의해 생긴다(Bakal, 1975)는 가설이 주로 받아들

† 이 논문은 2010년도 전북대학교 연구 기반 조성비 지원에 의하여 연구되었음
‡ 교신저자(Corresponding author) : 손정락, (561-756) 전북전주시 덕진구 덕진동 1가 664-14 전북대학교 심리학과, Tel: 063-270-2927, E-mail: jrson@jbnu.ac.kr

www.kci.go.kr

여져 왔다(이지영, 손정락, 1993; Schwartz & Andrasik, 2003 참조).

한국인의 두통 유병률은 남자가 6.6%이며, 여자는 13.6%이다(이정균 등, 1986). 미국의 경우 긴장형 두통은 성인과 아동 및 청소년에서 유병률이 가장 높은 두통이다(Krorner-Herwig, Hernrich, & Morris, 2007; Nestoriuc, Rief, & Martin, 2008 에서 재인용). 따라서 긴장형 두통은 과학적, 경제적 및 사회적으로 해결해야 할 건강문제로 대두되었다(손정락, 2007).

평가의 목적은 두통의 원인, 발병, 유지 및 악화에 대한 수많은 병인론적 요인을 파악하고, 이를 바탕으로 치료와 치료 효과를 밝혀 보는데 있다. 한마디로 두통은 중다결정적인데 그렇기 때문에 종합적이고 중다요인적인 평가 접근이 필요하다.

일반적으로 긴장형 두통의 평가에도 많은 주제들이 포함된다: 여기에는 두통 내력 조사, 의학적 평가, 두통의 분류 및 진단, 행동 점검 목록, 자기보고자료, 지인 면담 자료, 자기탐지: 두통일지 등, 두통 평가의 생물심리사회영성 모형, 삶의 질 평가 등이 있다. 이 논문에서는 의학적 평가와 두통의 분류 및 진단은 다루지 않지만, 두통의 심리학적 평가에 관련된 것은 포함시켰다.

이 연구에서는 긴장형 두통 환자들의 평가와 치료에서 중요한 요인으로 받아들여져 왔으나, 불완전하게 이해되어져 왔고, 빈약하게 연구되어져 왔던 심리적 요인들과 행동 요인들을 체계적으로 제공하려는 것이다. 이러한 평가는 긴장형 두통의 치료(예, EMG 바이오피드백 치료)에서도 다룰 필요가 있는 중요한 환자 변인들을 규명할 수도 있게 해줄 것이다.

따라서, 긴장형 두통에 관한 다중양상 심리학적 평가 전략(multimodal psychological assessment strategy)을 그 모형으로 제시하며, 이 분야의 평가와 치료에 활용할 필요가 있는 것이다.

두통 내력 조사

먼저 임상 면담과 내력 질문에서는 두통의 유형과 수, 발병 연령, 빈도, 기간 및 두통시간이 포함된다. 통증의 특징을 알아보는 항목들에는 위치, 통증의 묘사와 강도, 통증 기간, 전구 증상, 촉발과 관련된 증상, 악화 요인, 경감 요인과 비경감 요인, 가족 내력, 이전 검사, 이전 치료, 습관 내력, 학업/직업 내력, 환자의 생각, 환자가 왜 지금 치료를 받으려고 하는지? 수면, 그리고 두통을 악화시키거나 치료를 방해하는 정서적 및 심리적 요인들이 있다.

두통내력 조사는 임상 면담을 통해서 한다. 두통을 진단하는 선별 도구는 개발에 대한 노력이 있어 왔으나 전통적으로 임상면담으로 위와 같은 요인들에 대한 조사가 이루어져 왔다(예, 손정락, 2007; Weeks & Weier, 2006). 심리측정적 검사는 뒤에 다시 다루기로 하고, 의학적 평가도 간단히 살펴보기로 한다.

의학적 평가의 자문

두통 환자는 기질성의 가능성이 있기 때문에, 적절한 진단이, 특히 바이오피드백 치료의 경우 치료를 시작 전에 이루어져야 한다. 두통이 최근에 더 악화되고 있었다면 신경학적 자문(예, EEG, CT, fMRI, X-ray 등)도 추천되며(Budzynski, 1983), 두통 이외의 장애도 평가되어야 한다. 또한

www.kci.go.kr

의사가 아닌 두통 치료자들(예, 바이오피드백 치료자들)은 의사에게 즉시 의뢰할 것을 시사해 주는 “위험신호들”을 알고 있어야 한다(Andrasik, 1992, p.345).

행동 점검 목록

통증 경험은 광범위한 심리적 요인들에 의해 영향을 받는데, 여기에는 통증의 성질에 대한 고통, 두려움 및 잘못된 신념 등이 있다. 따라서 생물심리사회적 틀에서 생물의학적 평가도 해야 하며 환자의 통증 행동과 고통을 점검해야 한다(Main & Watson, 1999).

Yücel 등 (2002)의 연구에 의하면, 두통 환자는 건강한 통제 집단에 비해 우울, 자동사고 및 감정표현 불능증이 유의하게 더 높으며, 주장성은 유의하게 더 낮았다. 만성 긴장형 두통 환자들은 삽화적 긴장형 두통 환자들 보다 우울과 자동 사고에서 더 높았다. 이러한 결과는 긴장형 두통을 가진 개인은 우울이 높고 자신의 감정을 표현하는데 어려움을 가지고 있다고 볼 수 있다. 또한 두통 빈도는 공존 우울의 가능성에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 따라서 긴장형 두통 환자의 우울 행동을 점검할 필요가 있는 것이다.

Liossi, White 및 Schoth(2010)은 만성 긴장형 두통에 분노의 역할이 병인론과 유지에 중요하다고 밝히고, 이에 대한 탐구의 중요성을 주장하였다. 분노에 관한 행동 점검도 중요하다고 여겨지는 것이다.

Peñacoba-Puente, Fernández-de-las-Peñas, Gonzalez-Gutierrez, Miangolarra -Page 및 Pareja(2008)는 만성 긴장형 두통에서 불안은 매개효과를 보이며 두통 빈도와 삶의 질 사이의 관계를 조건형성 시키고, 우울은 삶의 질을 저하시키는, 중재 효과를 보인다는 것을 밝혔다. 따라서 우울과 마찬가지로 불안에 대한 점검도 필요하다. 즉, 불안, 우울, 삶의 질, 만성긴장형두통의 임상지표는 상호작용하고 있는 것이다.

표 1은 Weeks와 Weier(2006)의 DSM-IV를 토대로 한 우울의 관련행동(예, 수면장해, 식욕변화, 에너지 저하 등)과 불안 관련 행동(예, 현기증, 짧은 호흡 등)을 보여주고 있다. 앞으로 긴장형 두통 관련 구성개념에 대한 행동 점검 목록을 탐구해 보는 것이 평가에 많은 도움이 될 것으로 본다.

자기 보고 자료

자기 보고나 질문 자료는 덜 구조화되었기 때문에 만족스러운 자료가 아니라고 하더라도 어떤 환자들에게는 중요한 치료 정보를 제공해 줄 수도 있다. 긴장형 두통에 대한 환자 자신의 지각, 신념, 관심 및 의문을 구체적으로 알 수 있게 해준다. 이러한 자기보고 자료는 주관적이며 모호하다는 비판을 받아왔으나(예, Rasmussen, Jensen, & Olesen, 1991), 질적인 면을 개선하면 보다 유용한 자료로 충분히 중요할 수 있다. 오히려 수량적인 자료와 차별성을 갖는 질적 분석을 할 수 있다는 장점도 있다. 자기 보고 자료는 연구자와 치료자에 따라 다양할 수 있다.

다음은 Adler와 Adler(1987; Schwartz, 2003 재인용)가 평가한 내용이다:

- 환자의 자신에 대한 기대
- 타인들에 의해 지각된 기대
- 과거나 현재의 가족 갈등 여부

www.kci.go.kr

표1. 우울과 불안 관련 행동(DSM-IV를 토대로 함).

우울	
	식욕저하, 뚜렷한 체중 감소(다이어트는 하지 않았을 때)
	식욕증가나 뚜렷한 체중 증가
	불면증(잠들기 어려움, 계속 자기 어려움, 못잠)
	과수면(잠을 너무 많이 잠)
	정신운동성 동요
	정신운동성 지체
	일상 활동에서 흥미나 쾌락 상실
	성적 욕구 저하
	에너지 상실이나 피로
	무가치감, 자기 비난 혹은 과도하거나 부적절한 죄책감
	집중, 기억 또는 사고력 어려움
	재발되는 죽음 사고, 자살 망상, 죽음소망 또는 자살 시도
	우울 기분
	우울은 규칙적으로 아침에 더 심하다
	과도하거나 부적당한 죄책감
	부적당감
	일, 학업 또는 가정에서 효능 감소
	사회적 철수
	평소 보다 말이 적음
	미래에서 대한 염세적 태도 혹은 과거 사건에 대한 마음앓이
	눈물이 헤프거나 울부짖음
불안	
	짧은 호흡 또는 질식감
	현기증, 불안정감, 또는 기절
	심계항진 또는 심박률 가속
	진전 또는 진동
	발한
	숨막힘
	메스꺼움 또는 복부 고통
	이인증 또는 비현실감(“지각력 변경”)
	정서적 무감각 또는 따끔거림(감각이상)
	홍조(뜨거운 홍조 또는 오한)
	가슴통증 또는 불편
	죽어간다는 두려움
	미쳐가고 있거나 무언가 통제되지 않은 행동을 하는 것에 대한 두려움
	근육긴장, 아픔 또는 욱신거림
	침착하지 못함
	발한 또는 냉습한 손
	입마름
	빈뇨
	삼키기 어려움 또는 “목에 이물감”
	과장된 놀람 반응
	집중곤란 또는 신경질 때문에 “마음이 텅 빔”
	과민성

www.kci.go.kr

- 비판이나 감정 표현에 대한 민감성
- 주장성 기술
- 질병 및 입원
- 과거나 현재의 슬픈 또는 예상되는 슬픔
- 약물치료 오용
- 건강진료 전문가들에 대한 경험, 지각 및 오지각
- 두통의 위험을 증가시키는 감정 촉발자나 요인
- 두통의 원인이나 결과로서의 성격과 정신병리
- MMPI 측정
  예) 전환 "V"
- SCL-90-R (증상점검목록-90-개정판)
- BDI (Beck 우울 항목표)
- STAI(Spilberg 상태·특성 불안 항목표)

지인면담

환자에게 중요한 타인들이 환자의 심리적 및 의학적 상태에 관한 중요한 정보를 제공해줄 수도 있다(Weeks & Weier, 2006). 환자에게서 나온 정보를 확인하는 수단이 되며, 환자와 가족 간의 상호작용에 관한 정보도 알 수 있으며, 문제점이 있다면 이를 명료화하는 이점이 있을 수 있다.

또한 환자와 가까운 사람들은 환자의 정서 상태와 행동에 관한 유용한 정보를 제공해 주며, 환자에게서 나온 정보와 상이한 정보를 얻을 수도 있다. 지인들의 면담 참여는 환자의 치료에 고려할 수 있는 자료를 제공해 주기도 한다. 예를 들면, 치료 준수를 지원해주는 낙관적 지지적 환경을 무관심하고 비관적인 환경보다 더 성공적인 치료성과가 나올 수 있도록 촉진시켜주는 경향이 있다.

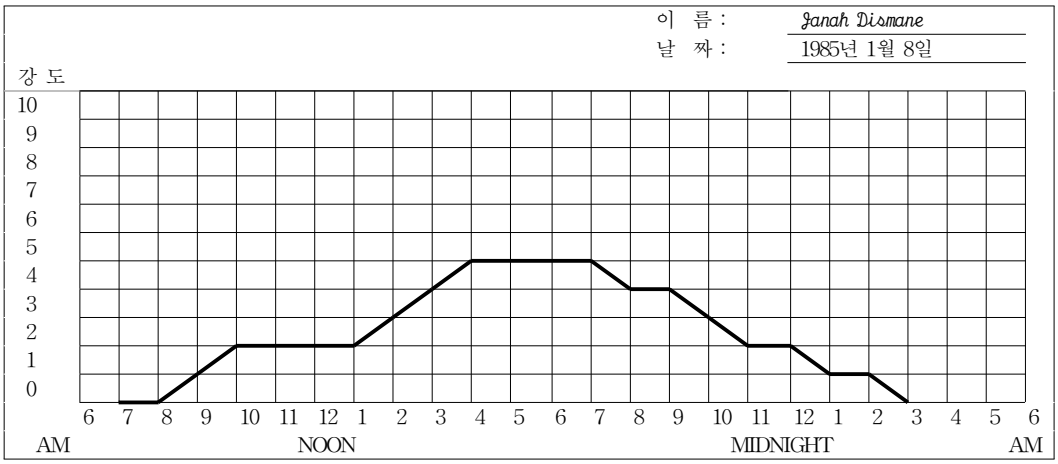
지인 면담은 아동 환자의 평가에 특히 중요할 수 있다. 가족의 문제점이나 가족역동은 환자의 의학적, 심리적 문제를 대처하는데 중요한 정보의 원천이 될 수 있다.

자기탐지: 두통일지, 두통 강도 평정척도, 약물 투약 평정, 주간 기록표(손정락, 2007 참조)

두통은 주관적이며 사적인 사상이기 때문에 두통의 매개 변수들을 신뢰롭게 객관화 할 수 있는 방법이 아직도 존재하지 않고 있는데, 부족하나마 일일 표집 두부 통증의 주관적 평정들이 "금본위 제도"로 간주되어 왔다(Andrasik, 1992). 1960년대 후반 Colorado 대학 의료 센터에서 시작된 긴장형 두통 연구를 위하여 두통 평정 척도가 개발되기 시작하였다(Budzynski, 1983). 그림 1에서 보는 바와 같이 통증은 두통 없음의 "0"에서 무능력하게 만드는 두통의 "5"까지 범위(부록 1참조)로 되어 있는 다섯 범주로 혹은 10범주로 수량화한다. 환자들은 깨어 있으면 매시간 통증의 정도를 평정한다. 혹은 하루에 4번만 평정하는 방법도 있다(부록 2참조). 또한 어떤 약물 치료를 하였는지도 기록하게 한다. 약물 치료도 그래프 상에서 차트화 할 수 있다. 부록 1처럼 그래프에 그려져 있는 화살표로 약물 투약 시간과 어떤 범주의 약물이 사용되었는지를 나타낼 수도 있다. 예를 들어, 어떤 환자는 범주 B에서 캡슐이나 알약을 오전 10시와 그 다음은 오후 4시에 먹었다. 부록 3과 같이 두통으로 약을 복용할 때마다 약물의 양, 유형 및 복용 수준을 기록하게 하기도 한다. 부록 4는 이러한 정보들을 일주일치의 요약표로 기록하게 하는데, 두통에 대한 반응도 기록하게 한다. 이 기록에서 얻어진 자료로부터 여러 가지 차원으로

www.kci.go.kr

수량화 할 수 있다. 즉, 빈도(특정 간격에서 일어난 두통의 수), 기간(두통 발병과 사라짐 사이의 시간의 길이), 최고 강도(가장 높은 심도의 두통), 두통 지표/ 활동(부록 1과 같이 일일 평균 두통 강도 등을 구할 수 있다). 그리고 각 약물 투약 소비량을 수치로 계산할 수 있다. 이완의 빈도도 평정치로 계산될 수 있다. 심한 강도나 매우 심한 강도의 시간 수, 두통이 없는 시간 수를 추적할 수도 있으며, 완전히 혹은 거의 완전히 두통이 없는 날의 수는 유용한 지표가 될 수 있다. 규칙적으로 두통일지를 검토하고, 격려하는 것은 치료 준수를 고무하는 방법이 될 수도 있다. 부가적으로 환자들에게 상황 변인들과 통증을 관리하는데 사용된 방법을 기록하게 하기도 한다(예, 부록 3). 때로는 환자의 주변 사람들에게서 환자에 관한 부가적인 정보를 얻음으로써 치료 계획에 도움이 되게 할 수도 있다. 시간 표집(매 시간 기록 vs 하루 4회 기록) 양식은 어느 방법을 쓰던지 동일



0 두통 없음
2 약간의 통증-나는 내가 그것에 주의를 기울일 때만 그것을 알아챈다.
4 가벼운 통증-나는 대부분 그것을 무시할 수 있다.
6 중정도의 통증-나는 지속적으로 그것을 알아채지만 내가 하는 일을 계속 할 수 있다.
8 심한 통증-나는 거의 집중을 요구하지 않는 일들만을 수행할 수 있다.
10 극심한 통증-그것은 실제로 아무것도 할 수 없게 만든다.

약물치료 : 두통으로 약을 복용할 때 마다 약물의 양, 유형 및 복용수준을 기록하십시오.
예 : 1-바륨, 5㎎

1. 2 - Tylenol 3. 1 - Tyl + Codeine 5. 1 - Tyl + Codeine
2. 3 - Tylenol 4. 2 - Tylenol 6. 2 - Tylenol

자료 : Andrasik, 1992

그림 1. 두통일지 견본

www.kci.go.kr

한 결과가 나오는 것으로 받아들여지고 있으나, 하루 4회 기록은 몇 가지 단점이 있기는 하다. 즉, 두통의 빈도, 지속 기간 및 불연속적인 두통에 대한 진정한 측정치를 얻는 것이 가능하지 않다.

약물 투약을 탐지하는 것도 몇 가지 이유에서 중요하다. 즉, 약물 치료 변화에 대한 정보를 얻을 수 있고, 증상 개선이 약물 치료의 결과인지 비약물 치료의 결과인지를 평가할 수 있다. 또한 진통제로 유발된 두통인지 반발성(rebound) 두통인지를 평가할 수도 있다. 약물 치료의 효능을 평정하고, 약물 치료 지수를 산출할 수 있는데, 각 약물 치료의 효능을 복용수로 곱하여 주당 총계로 구한다(Andrasik, 1992)

한편, 두통 일지로 증상 기록을 하는 이외에 두통 측정 접근으로는 McGill 통증 질문지(Melzack & Katz, 1992)를 사용하여 감각 및 정서 양상들을 측정하기도 한다(Jensen & Karoly, 1992). 또한 회피, 활동성, 호소 및 도움을 찾는 행동과 같은 행동 체크리스트를 사용하기도 한다(Philips & Jahanshahi, 1986).

두통 평가의 생물·심리·사회·영성 모형

두통의 생물심리사회적 모형은, 어떤 개인이 두통을 경험하는 가능성은 개인의 생리적 상태(예, 자율 신경계 각성 수준), 환경 요인(예, 스트레스 상황, 음식, 알코올, 독극물, 호르몬 변동), 이들 요인에 대처하는 개인의 능력(인지적으로나 행동적으로), 그리고 두통을 보고하는 개인의 기회를 강화하고, 그래서 증가시키는 원인이 되는 요인들 간의 상호작용으로 촉발되는 병리생리적 기제에 달려 있다고 진술한다(Andrasik, 1992). 즉, 결과적으로 일어나는 두통의 주요 결정인자는 활성화된 병리생리적, 생물학적인 반응 체계이다. 심리적 요인은 그 자체로 원인이 되는 역할을 하지는 않는다. 심리적 요인들은 방아쇠 요인들, 유지 혹은 악화 요인들, 그리고 지속적인 두부 통증의 후유증 및 그 결과로 일어나는 생활의 붕괴로 두통을 일으키게 된다는 것이다.

이러한 모형은 두통 환자들을 면접할 때 역점을 두어 다루어야 할 다양한 영역들이 있음을 강조하고 있는 것이다. 두통에 대한 직접적이거나 간접적인 심리적 영향을 지적하는 것은 환자가 심리적 요인들의 역할을 이해하고 받아들이는 것을 용이하게 하고, 이것은 치료에도 도움이 된다.

이 모형은 또한 환자들에게 자기-탐지 기술을 가르침으로써 스트레스 사상들, 두통과 관련된 감각, 감정, 생각 및 행동들을 확인시킬 수도 있으며, 환자가 자기-탐지를 잘해감에 따라 치료자는 이러한 관계를 확인하도록 도와줄 수 있다. 표 2는 한 환자의 한 주 동안의 자기-탐지 기록이다.

또한 심리 평가로서, 두통의 원인이나 결과일 수도 있는 성격과 정신병리 평가가 포함되어야 한다. 이것은 이미 오래된 견해인데, 정신병리가 사람들을 긴장형 두통이나 혈관성 두통에 더 걸리게 쉽게 하는데 기여하거나 원인이 된다는 것과 성격변화, 우울, 불안 및 기타 정신병리는 두통을 가지고 살기 때문에 생겨난다는 것이다. 이러한 두 견해는 극단적이지만 모두 지지되고 있고, 실제적이기도 하다. 달리 말하면, 많은 사람들이 불안, 우울 및 성격특징이 두통을 일으키게 하는 기회를 높여주는 것을 사실이다. 잦은 두통을 가진 사람의 기분, 생활양식, 성격, 행동 및 반응양식은 스트레스와 깊은 관련이 있는 것이다.

www.kci.go.kr

그런데, 불안과 우울 측정치들은 두통에 대한 이완 및 바이오피드백 처치 동안과 처치 후에 두통의 변화 없이 긍정적인 변화를 보인다는 고찰도 있다(예, Blanchard, Steffek, Jaccard, & Nicholson, 1991). 신체적인 증상의 변화 없이 관련된 우울의 감소에 관하여 Blanchard 등(1991)은 "대부분의 환자들은 치료를 받는다는 함수로써 자신들의 두통이 제어되고 있다는 더 커다란 감각을 학습하며, … [그리고] … 두통활동에서 거의 실제적인 감소를 얻지 못한 많은 환자들에게서, 그럼에도 불구하고 긍정적인 변화를 지각하는 일관된 경향이 있기 때문에 발생한다."(p.253)고 보았다. 불안 감소에 대해서는, 제어 가능성보다는 예측불가능성이 줄어들었기 때문이라고 보았다. 즉, 불안 감소는 두통활동을 매개하고 있는 생물심리사회적 요인들을 자각하고, 알고, 민감한데 기인되는 것일 수도 있다고 보았다. 이에 대한 더 많은 연구가 기대된다.

그러나 우울이나 기타 심리적 요인들이 두통의 발병과 유지에 원인이 된다는 것은 자명하다. 그래서 항우울제 약물 치료가 두통 치료 프로그램의 주요한 부분이기도 하다. 그렇지만, 호전을 설명하는 것은 항우울제 약물 치료의 효과가 아니다. 흔히 두통에 사용되는 약물 복용량이 우울증에 사용되는 양보다 훨씬 더 적다는 것으로도 알 수 있다. 수면 변화와 뇌의 생화학적 변화는 두 가지 또 다른 설명이 된다(Schwartz, 1995, 2003). 그러나 우울이 두통의 원인이 된다는 정확한 기

표 2. 두통 발병과 연합된 사상들에 대한 자기-탐지 기록 표본

시간	상 황	신체감각들	사 고 들	감정(0-100)	행 동
오전 8:00	아침식사 남편은 내가 "산만해" 보인다고 말한다	-	정각에 직장에 도착할지가 걱정(예, 만일 내가 지각하면 Mr.~가 지적할거야)	불안(25) 감정상해(20)	아침식사를 부랴부랴 마침. 설거지를 싱크대에 남겨 둠
오전 10:00	타이핑할 너무나 많은 전문적인 편지들이 주어짐	커피때문에 복통, 근육 긴장	모든 사람이 내가 슈퍼우먼이라고 가정함을 여김. 아무도 나의 다른 요구들에 주의를 기울이지 않음	불안(30) 괴로움(20)	부랴부랴 타이핑, 퉁명스러운 전화, 진정하기 위해 특별히 오랜 휴식을 취함
정오 12:00	Jerry(동료 피고용인이자 관리자)가 내게 점심을 같이 하자고 함. 최근의 이혼을 암시하는 대화들	머리와 얼굴이 몽롱하고 안절부절함, 메스꺼움	Jerry가 성적으로 유혹함. 나는 그를 피하고 싶지 않음-그것이 내가 여기 있는 이유임. 나는 매혹적인가?	불안(50) 거북함(40) 그것이 감정인가?	연민을 주려 하지만 숨은 동기에 분개함. 아마도 퉁명스러움
오후 2:00	Spencer가 5시까지 끝내라고 표가 5개 있는 장문의 보고서를 내게 줌	두통-뒷목	F(2)는 내가 그밖에 무엇을 해야만 하는가를 묻지도 않았음. Spencer가 엘리베이터에서 칼에 찔리는 것을 상상. 휴식할 시간이 전혀 없음.	분노(60) 불안(60)	미친 듯이 보고서를 타이핑함
오후 4:00	보고서 완성	두통 악화, 메스꺼움	만일 내가 생각에 잠기는 것을 그만두고 보다 더 부지런하다면, 더 많은 일을 끝낼 수 있었을 텐데	분노(40) 불안(50)	수정하기 위한 보고서를 줌. Susan에게 불평, 편지들을 타이핑함

자료 : Andrasik, 1992.

www.kci.go.kr

제는 아직 결정적인 것이 아니다. 두통과 우울 및 기타 심리적 요인들의 관계에 대한 논쟁은 아직도 계속되고 있다(예, Adler & Adler, 1987).

한편, 두통에 대한 약물 치료의 잠재적 가치를 과소평가해서는 안 되지만, 긴장형 두통의 경우의 치료는 단순히 약물 치료에만 의지해서는 흔히 실패하게 된다(이병인, 1992). 따라서, 심리사회적 행동과 정서의 평가는 이 요인들이 두통을 일으키고 지속시키는데 그리고 성공적인 치료를 방해하는 잠재적 역할을 한다는 것이 받아들여짐에 따라 더욱 중요하게 되고 있다. 심영숙과 이영호(1990)는 두통환자들의 MMPI 반응에서 '전환V'를 보고 하였는데, 긴장형 두통, 편두통 및 혼합형 두통에 따른 MMPI 프로파일의 차이는 나타나지 않았음을 보고하고 있다. 손애리(1994)는 만성 두통 집단의 심리적 특성을 분석하였다. 그 결과 긴장형 두통 집단은 우울하고 불안하며 스트레스도 많이 느끼는 집단인 동시에 소극적인 대처방식을 더 많이 사용하는 집단인 반면, 편두통 집단은 스트레스는 비슷한 정도로 지각하고 있으나 실제로 우울한 특성보다는 불안한 성향이 더 두드러지며 소극적인 대처를 덜 사용하는 경향이 있으므로 긴장형 두통 집단과는 구별되는 집단임을 시사하고 있는 분석을 하고 있다. 그러나 이 결과는 치료를 계속하면서 그 변화 추이를 보는 것이 아니므로 설계상의 문제점이 있다. 또한 환자의 동질성에 대한 의문도 배제할 수 없다. 두통의 치료과정에서 이 분석이 도입되어야 그 변화과정도 볼 수 있을 것이다. 부가적인 정보를 얻기 위해서 MMPI를 실시해 보는 것도 좋을 것이다. 두통 환자의 MMPI 분석은 대체로 척도 1, 2, 3, 및 7의 상승을 보고하고 있다(예, Williams, Raczynski, Domino, & Davig, 1993).

지속적인 통증은 생물, 심리, 사회, 및 영성요인들의 관계로부터 생기는 복잡하고 다중 차원적인 경험이라는 인식이 많아지고 있다. 만성통증 환자들은 통증에 대처하기 위해 수많은 인지적, 행동적 전략을 사용하는데, 여기에는 기도와 같은 종교적/영성적 대처 형태가 포함되며, 자신의 통증을 관리하기 위해 영성적 지지를 추구하는 것도 포함된다. Wachholtz, Pearce 및 Koenig(2007)는 통증 경험과 종교/영성 간의 관계를 탐색하였는데, 영성 및 종교적 대처는 통증 지각과 인내에 영향을 미치는 수많은 상이한 생리적, 심리적, 신경학적 및 정서적 영역에 영향을 미칠 수도 있다고 하였다. 즉, 종교적/영성적 대처는 영성적지지 느낌, 영성적 연결, 평화, 평안 및 불안 감소 그리고 기분의 고양과 상관이 있었다. 이들은 또한 잠재적 중재요인으로 의미 귀인, 자기 효능, 분산, 영성적 지지 및 이완을 검증하였다. 통증의 생물-심리-사회-영성 모형에서 영성적인 요인을 평가하여야 할 필요성이 여기서도 보이는 것이다. 이는 또한 관문통제이론(Melzack & Wall, 1965)과 통증의 신경행렬이론(Melzack, 1999)도 이 모형으로 검증될 필요성을 제기하고 있다. 이와 관련된 평가도구는 다음과 같은 것을 들 수 있다: *Positive and Negative Affect Scale*(Watson et al., 1988); *State-Trait Anxiety Inventory*(Scott & Melin, 1998); *Center for Epidmiologic Studies Depression Scale*(Radlott, 1997); *Headache Management Self-Efficacy Scale* (French et al., 2000); *Psychological General Well-Being Schedule*(McDowell, 1996); *Brief Multidimensional Measure of Religiousness/*

www.kci.go.kr

Spirituality(Fetzer, 1999); *Spiritual Well Being Scale*(Boivin et al, 1999); *Daily Spiritual Experience Scale*(Underwood & Teres;, 2002).

영성적 명상 수련에서 영성이 편두통에 미치는 연구(Wachholtz & Fargament, 2008)에서 두통, 불안 및 부적 정서는 낮아지고, 통증인내, 통증 관련 자기효능, 매일의 영성 경험 및 실존적 웰빙을 높아진다는 결과에서 긴장형 두통에 관한 연구도 탐구되어 볼 수 있을 것이다.

삶의 질 평가

여러 가지 상이한 만성적 상태가 환자의 기능 및 안녕에 미치는 영향을 평가하기 시작한 것은 극히 최근의 일이다. 삶의 질은 중요한 구성개념이면서도, 광범위하고 모호한 것이 사실이기도 하다. 삶의 질은 다차원적 구성개념으로서, 질병이나 치료에 영향을 미치는 매우 밀접하게 관련된 요인이며, 전형적으로 첫째, 운동성, 통증 및 외모를 포함한 신체적 측면, 둘째, 인지적이고 지적인 기능, 자기 존중감 및 주관적 행복감을 포함한 심리적이고 정서적인 측면 그리고 셋째, 역할기능, 접촉이나 소외 및 관계의 상호성을 포함한 사회적 측면이 포함된다(Wiens & Bryan, 1994). 건강 분야에서 일반적으로 사용되는 자기보고 척도들에는 다음을 들 수 있다 : *General Health Questionnaire*(Goldberg, 1979), *The Chronic Illness Problem Invetory*(Kames, Naliboff, Heinrich, & Schag, 1984), *The Quality of Life Scale*(Brurkhardt, Woods, Schults, & Tiebarth, 1989), 그리고 *The Quality of Well-Being Scale*(Kaplan & Anderson, 1990). 마지막 척도는 임상가가 완성하는 기능적 건강 척도이다.

두통 환자들에 대한 삶의 질 연구에 사용된 척도로는 *Medical Outcomes Study*(Stewart et al., 1989)가 있는데, 편두통 환자의 신체 기능과 행동 기능을 다른 임상 전집과 비교하였다. 편두통 환자들의 행동 기능이 신체능력에 비해 떨어진다는 결과를 밝혔다(Osterhaus & Townsend, 1991). 최근에 개발되고 있는 두통관련 척도로 *Recurrent Illness Impairment Profile*(Wittrock, Penzien, Mosley, & Johnson, 1991)이 있는데, 사회적 행동적, 인지적 및 레크레이션 영역에서의 기능적 장애에 초점을 두고 있다. WHOQOL(World Health Organization Quality of Life Assessment, WHOQO Group, 1995, 1998)는 네 가지 영역에서 삶의 질을 다루고 있다. 즉, 만성통증을 가진 사람들의 삶의 질을 평가하기 위해 네 가지 영역(통증 경감/분노와 좌절/취약성, 두려움과 걱정/불확실성)에서 다루고 있다. 이는 긴장형 두통 환자를 대상으로 영성과 함께 다루어도 좋을 것이다.

이러한 삶의 질에 대한 평가는 환자, 가족, 동료 및 치료자 등의 다양한 각도에서 이루어지는 평가가 바람직하며, 긴장형 두통과 같은 만성 통증을 보다 더 잘 이해하기 위하여 이러한 삶의 질 평가 척도가 이루어져야 할 것이다. 이것은 만성 통증에 대한 생물심리사회 영성적 접근이기도 하다.

심리측정적 검사

긴장형 두통 환자의 평가에서도 여러 가지 심리측정적 검사가 사용되어 왔으며, 긴장형 두통 환자에 대한 많은 정보를 제공하여왔다. 그런데 Weeks와 Weier (2006)는 전통적인 심리검사는 두

www.kci.go.kr

통환자에게 표준화되지 않은 전통적 규준을 사용해왔기 때문에 제한적이라고 지적하였다. 또한 작은 표집규모, 일관되지 않은 진단 준거 및 선발 편파와 같은 방법론적 쟁점을 지적하였다. 그리고 많은 연구자들이 회고적인 자료에 의존하여 왔는데, 그렇기 때문에 불일치한 결과들을 초래하였을 가능성도 있었다는 것이다. 특히 두통환자의 정신병리를 평가하는 경우에는 두통의 표상적인 증상을 반영한 것이지, 반드시 정신병리를 반영한 것이 아니라는 주장도 제기되었다. 그러므로, 심리측정적 검사 결과에 잠재적 영향을 미치는 여러 가지 요인들을 점검할 필요가 있다. 또한 절단점과 같은 규준 자료의 애매성을 감소시키기 위해서 MMPI와 같은 프로파일을 활용한다면 두통 환자의 심리적 변인들을 더 잘 이해할 수도 있을 것이다. 그렇게 한다면, 심리검사 자료가 환자의 현재 기능에 관하여 중요한 정보를 보다 더 상세하게 제공해 줄 수도 있을 것이다.

요약하면, 긴장형 두통 환자의 건강심리학적 평가는 다중양상 평가가 되어야 하며, 전체적으로는 생물심리사회영성 모형으로 평가 접근을 하여야 하고, 삶의 질을 반드시 평가하여야 하며, 이러한 과정에서 긴장형 두통 환자에 대한 보다 정확한 정보를 얻기 위한 심리측정적 평가가 이루어져야 할 것이다.

앞으로의 평가 방향

긴장형 두통은 개인의 웰빙 문제일 뿐만 아니라, 과학적·경제적·사회적 건강 문제이다(손정락, 2009). 긴장형 두통 환자들에 관한 심리학적 평가는 임상가들과 연구자들에게 매우 큰 도전과제 중의 하나로 여겨지고 있다. 환자의 심리적 상태에 관한 진술을 하기 위해 필수적인 사항에 관한 합의점이 필요하다. 즉, 임상가들과 연구자들을 두통 환자의 심리학적 평가를 위한 증거 기반 초석으로 쓰일 관련 "증거"를 규명하여야만 한다(Weeks & Weier, 2006).

심리학적 평가에 쓰이는 심리 측정 자료들도 더욱 신뢰롭고 타당하게 되어야 할 필요성이 있다. 그렇게 된다면 연구에서 나오는 불일치한 결과들을 줄일 수 있을 것이다. 또한 의학적 평가와 두통의 분류 및 진단에 관해서도 상호 관련성이 생물심리사회영성 모형의 견지에서 충분히 검토되어야 할 것이다. 두통에 관해서도 여전히 심신이원론적인 견해가 암묵적으로 받아들여지고 있는 것이 사실이다. 심리학적 평가가 더욱 정교해진다면 긴장형 두통에 관한 심신일원론적인 이해에 더욱 가까워질 것이다.

참 고 문 헌

손애리 (1994). 만성 두통 집단의 심리적 특성 분석. 연세대학교 대학원 석사학위 청 구 논문.

손정락 (2007). 바이오피드백을 이용한 긴장성 두통의 치료. 2007년 한국심리학회 통합 심포지엄 및 연차학술대회 논문집. 98-99.

손정락 (2009). EMG 바이오피드백을 이용한 긴장형 두통의 치료. 한국 심리학회지: 건강, 14(4), 729-742.

심영숙, 이영호 (1990). 두통 환자들의 MMPI 특성. 한국 심리학회지: 임상, 9(1), 155-168.

이병인 (1992). 두통. 대한 통증 학회지, 5(2), 188-198.

이정균, 이희, 곽영숙, 김용식, 한진희, 최진옥(1986). 한국 정신장애의 역학적 조사. 서울 의대 정신의

www.kci.go.kr

학, 11(1), 부록.

이지영, 손정락 (1993). EMG 바이오피드백 훈련과 인지치료가 긴장성 두통 환자의 두 통 감소, 자기 효율성, 및 건강 내외통제감에 미치는 영향. 한국 심리학회지 : 임상, 12(1), 94-107.

Ad Hoc Committee on the Classification of Headache (1962). Classification of Headache. *Journal of the American Medical Association, 179*, 717-718.

Adler, C. S., & Adler, S. M.(1987). Evaluating the psychological factors in headache. In C. S. Adler, S. M. Adler, & R. C. Packard(Eds.), *Psychiatric aspects of headache*. Baltimore: Williams & Wilkins.

Andrasik, F. (1992). Assessment of patients with headache. In D. C. Turk & R. Melzack (Eds.), *Handbook of pain assessment*. New York: Guilford Press.

Bakal, D. (1975). Headache: A biopsychological perspective. *Psychological Bulletin, 82*, 639-382.

Blanchard, E. B., Nicholson, N. L., Radnitz, C. L., Steffeck, B. D., Appelbaum, K. A., & Dentinger, M. P. (1991). The role of home practice in thermal biofeedback. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(4), 507-512.

Blanchard, E, B., Nicholson, N, L., Taylor A. E., Steffeck, B. D., Radnitz, C. L., & Appelbaum, K. A.(1991). The role of regular home practice in the relaxation treatment of tension headache. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(3), 467-470.

Blanchard, E. B., Steffeck, B. D., Jaccard, J., & Nicholson, N. L. (1991). Psychological changes accompanying non-pharmacological treatment of chronic headache: The effects of outcome. *Headache, 31,* 249-253.

Boivin, M. J., Kirby, A. L., Underwood, L. K., & Silva, H. (1999). Spiritual well-bing scale (a review). In P. C. Hill & R. W. Hood(Eds.), *Measures of religiosity* (pp.382-385). Birmingham: Religious Education.

Burkhardt, C. S., Woods, S. L., Schultz, A. A., & Tiebarth, P. M. (1989). Quality of life in adults with a chronic illness: A psychosomatic study. *Research in Nursing and Health, 12,* 347-354.

Budzynski, T. H. (1983). Biofeedback strategies in headache treatment. In J. V. Basmajian(Eds.), *Biofeedback: Principles and practice for clinicians*. Williams & Wilkins.

Fetzer Institute (1999). *Multidimensional measurement of religiousness/spirituality for use in health research*. Kalamazoo, MI: John E. Fetzer Institue.

French, D. J., Holroyd, K. A., Pinell, C., Malinoski, P. T., O'Donnell, F., & Hill, K. P. (2000). Perceived self-efficacy and headache related disability. *Headache, 40*, 647-656.

Goldberg, D. (1979). *Manual of the general health questionnaire*. Windsor, England : NFER Publishing.

Holroyd, K. A. & Andrasik, F. (1978). Coping and the self-control chronic tension headache. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*(5), 1036-1045.

Jensen, M. P. & Karoly, P. (1992). Self-report scale and procedures for assessing pain in adults. In D. C. Turk & R. Melzack (Eds.), *Handbook of pain assessments* (pp. 135-151). New York: Guilford Press.

Kames, L. D., Naliboff, B. D., Heinrich, R. L., & Schag, C. C. (1984). The chronic illness problem inventory: Problem-oriented psychosocial assessment of patients with

www.kci.go.kr

chronic illness. *International Journal of Psychology Medicine, 14*, 65-75.

Kaplan, R. M. & Anderson, J. P. (1990). The general health policy model: An integrated approach. In B. Spilker(Ed.), *Quality of life assessment in clinical trials* (pp. 131-149). New York: Raven Press.

Liossi, C., White, P., & Schoth, D. E. (2010). Time-course of attentional bias for threat-related cues in patients with chronic daily headache-tension type: Evidence for the role of anger. *European Journal of Pain*. doi:10.1016/j.ejpain.2010.05.008

Main, C. J. & Watson, P. J. (1999). Psychological aspects of pain. *Manual Therapy, 4*(4), 203-215.

McDowell, I. (1996). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*(pp. 206-213). New York: Oxford University Press.

Melzack, R., & Katz, J. (1992). The McGill Pain Questionnaire: Appraisal and current status. In D. C. Turk & R. Melzack (Eds.), *Handbook of pain assessment* (pp. 152-168). New York: Guilford Press.

Melzack, R. & Wall, P. D. (1965). Pain mechanism: A new theory. *Science*, *150*, 971-979.

Melzack, R. (1999). From the gate to the neuromatrix. *Pain*, *S6*, S121-S126.

Nestoriuc, Y., Rief, W., & Martin, A. (2008). Meta-analysis of biofeedback for tension type headache: Efficacy, specificity, and treatment moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(3), 379-396.

Osterhaus, J. T., & Townsend, R. J. (1991, June/July). *The quality of life of migraineurs: A cross sectional profile.* Paper presented at the 5th International Headache Congress, Washington, DC.

Peñacoba-Puente, C., Fernández-de-las-Peñas, C., G0nzález-Gutierrez, J. L., Miangolarra -Page, J. L., & Pareja, J. A. (2008). Interaction between anxiety, depression, quality of life and clinical parameters in chronic tension-type headache. *European Journal of Pain, 12,* 886-894.

Philips, H. C. & Jahanshahi, M. (1986). The components of pain behavior report. *Behavioral Research and Therapy, 24*, 117-125.

Radloff, L. S. (1977). The CES-D: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, *1*, 358-410. doi:10.1177/014662167700100306.

Rasmussen, B. K., Jensen, R., & Olesen, J. (1991). Questionnaire versus clinical interview in the diagnosis of headache. *Headache, 31*, 290-295.

Schwartz, M. S. (1995). Headache: Selected issues and considerations in evaluation and treatment. Part B: Treatment. In M. S. Schwarts & Associates, *Biofeedback: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

Schwartz, M. S. & Andrasik, F. (2003). *Biofeedback: A practitioner's guide(3rd ed.)*. NY: Guilford Press.

Schwartz, M. S. (1995). *Biofeedback: A practitioner's guide(2nd ed)*. NY: Guilford Press.

Scott, B. & Melin, L. (1998). Psychometric properties and standardized data for questionnaires measuring negative affect, dispositional style and daily hassles: A nation-wide sample. *Scandinavian Journal of Psychology, 39*, 301-307.

Stewart, A. L., Greenfield, S., Hays, R. D., Wells, K.,

www.kci.go.kr

Rogers, W. H., Berry, S. D., Mcglynn, E. A., & Ware, J. E. (1989). Functional status and well-being of patients with chronic conditions. *Journal of the American Medical Association, 262*, 907-913.

Underwood, L. G. & Teres, J. A. (2002). The daily spiritual experiences scale: Development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, preliminary construct validity using health-related data. *Annals of Behavioral Medicine, 24*, 22-33.

Wachholtz, A. B. & Pargament, K. I. (2008). Migraines and meditation: does spirituality matter?. *Journal of Behavioral Medicine, 31*, 351-366.

Wachholtz, A. B., Pearce, M., & Koenig, H. (2007). Exploring the relationship between spirituality, coping, and pain. *Journal of Behavioral Medicine, 30*, 311-318.

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 1063-1070.

Weeks, R. & Weier, Z. (2006). Psychological assessment of the headache patient. *Headache, 46*. S110-S118.

Wiens, A. N. & Bryan, J. E. (1994). Assessment strategies. In W. B. Van Hasselt & M. Hersen(Eds.), *Advanced abnormal psychology*. Plenum Press.

Williams, D. E., Raczynski, J. M., Domino, J. P. (1993). Psychophysiological and MMPI personality assessment of headaches: An integrative approach. *Headache, 33*, 149-154.

Wittrock, D. A., Penzien, D.B., Mosley, T. H., & Johnson, C. A. (1991). The Recurrent Illness Impairment Profile: Preliminary results using the headache version. *Headache Quarterly, 2*, 138-139.

WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine, 41*(10), 1403-1409.

WHOQOL Group. (1998a). The WHOQOL: Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine, 46*, 1569-1585.

Yücel, B., Kora, K., Özyalçín, S., Alçalar, N., Özdemir, Ö., & Yücel, A. (2002). Depression, automatic thoughts, alexithymia, and assertiveness in patients with tension-type headache. *Headache, 42*, 194-199.

원고접수일: 2010년 11월 15일
게재결정일: 2010년 12월 7일

www.kci.go.kr

한국심리학회지: 건강
The Korean Journal of Health Psychology
2010. Vol. 15, No. 4, 583 - 600

Health Psychological Assessment of the Tension-Type Headache

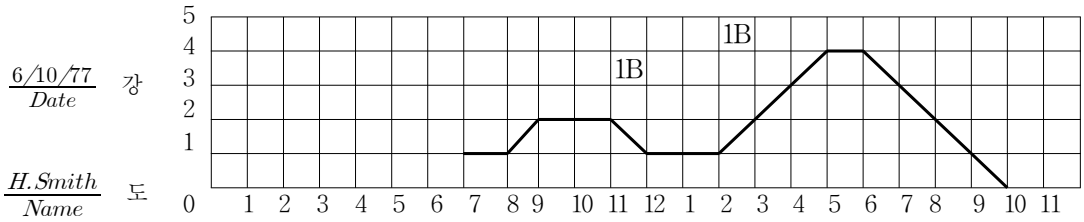
ChongNak Son
Department of Psychology
Chonbuk National University

Most clinicians and researchers agree that the experience of pain is influenced by a wide range of psychological factors, which are important variables in the assessment and treatment of tension-type headache patients. However, there is lack of the systematic examinations that explore the relationships among psychological variables in tension-type headache. In this article, description and history of tension-type headaches, behavioral checklist, data of self report, interview with significant others, records of self-monitoring, bio-psycho-socio-spritual model in the assessment of tension-type headache, quality of life, and problem of psychometric tests in the assessment of tension-type headache were reviewed. That is, a multimodal psychological assessment strategy is important and considerable model in tension-type headache evaluation, and futher direction were discussed.

Keywords: *tension-type headache, health psychological assessment, biopsychosociospritual model, quality of life*

www.kci.go.kr

부록 1. 두통강도 평정척도 약물투약 평정



SYMPTOM INTENSITY

5 Unable to perform any work or social activities; confined to bed.

4 Unable to concentrate; can do simple tasks.

3 Pain moderate, can work however if necessary.

2 Pain irritating, can work and engage in social activities; pain can be ignored at times.

1 Pain there if attended to; otherwise ignored.

0 No pain.

MEDICATION RATING

A Aspirin, Tylenol, Datril, Excedrin.

B Darvon, Fiorinal, Midrin.

C Valium, Librium, Tranxene, Vistaril.

D Cafergot, Gynergen, Sansert.

E Alcohol (1 beer, glass of wine, highball, ect.).

F Codeine, Emperin W/codeine, Percodan.

G Elavil, Triavil, Etrafon, Sinequan, Aventyl, Trofanil, Norptamin.

H Demerol.

I Other _____.

Id = $\frac{(1\times6)+(2\times5)+(3\times4)+(4\times2)}{24}$ = 1.50 Hourly average for this day. (This daily average can be averaged over seven days to get the weekly mean as plotted in figure)

Pain intensity rating scale for patients and the formula for deriving an hourly average (Id).

자료: Budzynsk, T. H. (1983). Biofeedback strategies in headache treatment. In J. V. Basmajina(Ed.), *Biofeedback: Principles and practice for clinicians.* Williams & Wilkins.

www.kci.go.kr

부록 2. 두 통 일 지

일자	체크 시간	두통 유무	두통 지속 시간	정도 1	정도 2	정도 3	정도 4	정도 5	두통 부위	상황	약복용
				머리가 아픈지 안 아픈지에 신경을 써야만 느낄 수 있을 정도의 아주 가벼운 두통	때로 잊어버릴 수 있을 정도의 가벼운 두통	주의집중은 어려우나 과제(공부)는 할 수 있을 정도의 두통	주의집중이 어려워서 과제를 겨우 해 나갈 수 있을 정도의 심한 두통	두통이 없어질 때까지 아무 일도 못할 정도의 극심한 두통			
월 일 요일	오전 10시										
	오후 2시										
	오후 6시										
	오후 10시										

※ 이완연습 1)

시	전혀 이완되지 않았다		약간 이완되었다		보통정도로 이완되었다			상당히(꽤) 이완되었다			완전히 이완되었다
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

이완연습 2)

시											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

※ 처치전 기간에는 이완연습 란이 없었다.

자료: Blanchard, E. B., Andrasik, F., Neff, D. F., Jurish, S. F. & O'Keefe, D. M. (1981). Brief reports: Social validation of the headache diary. *Behavior Therapy, 12,* 711-715.

www.kci.go.kr

부록 3. 자기-탐지 두통의 주간 기록표

INSTRUCTIONS

1. Enter date under "DAY"
2. See "DIRECTIONS"

Columns below

NAME													NUMBER								MONTH-YEAR							
DAY->	MON				TUE				WED				THU				FRI				SAT				SUN			
DATE->																												
COL.NO.-->	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
5 A.M.																												
6 A.M.																												
7 A.M.																												
8 A.M.																												
9 A.M.																												
10 A.M.																												
11 A.M.																												
12 NOON																												
1 P.M.																												
2 P.M.																												
3 P.M.																												
4 P.M.																												
5 P.M.																												
6 P.M.																												
7 P.M.																												
8 P.M.																												
9 P.M.																												
10 P.M.																												
11 P.M.																												
12 MID NIGHT																												
1 A.M.																												
2 A.M.																												

DIRECTIONS(make entries for each hour)

COL. 1: TYPE OF HEADACHE "M" = Migraine "T" = Tension
Migrain: Nausea before and during headache states, sensory, motory and mood disturbanes; unilateral, pulsating or throbbing
Tension: Tight, band-like pain located bilaterally or the occipital and/or forehead

COL. 2: DEGREE OF HEADACH "S" = sleeping "O" = thru "S" = Awake
"0" = no headache symptoms
"1" = Pre-heacache symptoms barely naticeable
"2" = Pre-heacache symptoms increased but able to ignore
"3" = Headache symptoms painful, conscious of presence most of time, but able to ignore
"4" = Headache symptoms severe, concentration difficult, able to perform tasks of undemanding nature
"5" = Headache symptoms incapacitation, intense pain, unable to perform any tasks, bedridden

COL. 3: MEDICATION *List type of medication, using following abbreviations: enter amount of medecation showing quantity (number amount in milligrams). Use blank space to formulate abbreviations as needed:*
"A" = Aspirin "B" = Bufferin "DIL" = Dilantin "VAC" = Valium "An" = Anacin
"DAR" = Darvon "LIB" = Librium _____ = _____ _____ = _____

COL. 4: RESPONSE *List response to Headache or anticipated onset of headache: combinations such as "TR", "RB", "TRS" etc. may be used.*
"T" = Played relaxation "R" = Self-Directed attempt to relax without use of tape "B" = Self-directed attempt to reduce tension thru biofeedback without apparatus "S" = Spontaneous or intended sleep

RETURN TO Howard Hughes Ph. D.
Department of Psychology Phone 817 - 788 - 2631
NTSU 788 - 2632
Denton Texas 76201 Home 817 - 387 - 7641

자료: Budzynski, T. H., Stoyva, J. M., Adler, C. S., & Mullhaney, D. (1973). EMG biofeedback and tension headache: A controlled - outcome study. *Psychosomatic Medicine, 35*, 484-496.

www.kci.go.kr