

심리적 요인과 관련된 통증장애*

- 증례 및 고찰 -

이 경 규**†

Pain Disorder Associated with Psychological Factors*

- Case Report and Review -

Kyung-Kyu Lee, M.D.**†

국문초록

통증 생리의 생물학적 측면에 대한 새로운 지식이 폭발적으로 늘어나게 되면서, 통증에 대한 개념도 매우 많이 바뀌고 있다. 통증의 원인에 심리적, 정서적 요인들이 많이 작용하며 개인과 가족역동의 중요성, 빈번한 정신과 질환의 공존, 만성통증의 치료에 있어서 많은 정신과 약물의 사용, 그리고 다양한 치료적 접근의 중요성의 부각 등을 고려할 때 정신과 의사들은 만성통증 환자의 치료에 참여할 수 있는 능력이 있으므로 적극적으로 참여해야 한다. 그리고 현재 효과적인 통증치료에 다양한 분야의 치료가 필요한 것이 인정되고 있으며, 통증치료에서 좋은 치료 결과를 보이는 외국의 대부분의 통증센터나 통증클리닉에서는 정신과 의사의 역할이 중요하게 인식되고 있으나, 아직까지 국내에서는 이러한 인식의 부족으로 정신과 의사의 참여가 거의 없어서 다양한 치료적 접근을 하지 못하고 있다.

이에 저자는 통증장애에 대하여 정신과 의사들의 관심을 환기하고 적극적인 참여를 유도하기 위하여 통증장애 환자 3 증례를 보고하고, 이에 관하여 고찰하였다. 통증장애를 다루기 위해서는 통증에 대한 생물-정신-사회적인 관점 모두에서의 전반적인 고찰을 다루어야 하지만, 본 논문에서는 심리적 요인과 관련된 통증장애 환자에 대한 증례만을 보고하므로 이를 중심으로 다루었다.

중심 단어 : 심리적 요인과 관련된 통증장애 · 증례 · 고찰.

서 론

통증이란 '실체적인 조직손상과 관련되거나 혹은 조직이 손상된 것과 같은 말로 표현되는 불쾌한 감각적 그리고 감정적인 경험'이다¹⁾. 이 정의의 목적은 현재

인지되는 즉각적인 신체원인의 존재유무와 상관없이 통증의 인식을 중요시 여긴다는 것이며, 통증을 생리-정신사회적 현상으로 받아들이고 있는 것이다²⁾.

'통증의 원인이 의학적 것이냐, 심리적인 것이냐'라는 문제 때문에 통증장애란 진단은 근본적으로 결함을 가지고 있으므로 진단기준뿐만이 아니라 치료관계

*본 논문의 요지는 2002년 6월 29일 한국정신신체의학회 10주년 기념학술대회에서 구연발표되었음.

**단국대학교 의과대학 정신과학교실

Department of Psychiatry, College of Medicine, Dankook University, Cheonan, Korea

†Corresponding author

도 명확하지 못하다³⁾. 통증장애에 대한 진단은 DSM-III⁴⁾에서 '정신적 통증장애'란 진단명으로 나타나기 시작하여, DAM-III-R⁵⁾에서는 '신체형 통증장애'로, 그리고 DSM-IV⁶⁾에서 '통증장애'란 진단명으로 사용되고 있다.

DSM-IV에서의 통증장애에 대한 진단기준 중 중요한 점은 다음과 같다. 통증은 임상 표현에서 주 초점이 되어야 하고, 통증 그 자체가 임상적으로 유의한 불편과 손상을 일으켜야 하며, 환자의 삶이 통증과 관련하여 형성되어야 하며, 심리적 요인이 중요한 역할을 하고 있다고 인정되어야 한다. 그리고 DSM-IV에서는 통증장애를 6개월을 기준으로 하여 급성과 만성 두 부분으로 나누었다. 또한 심리적 요인과 관련된 통증장애, 일반 의학적 상태와 관련된 통증장애, 그리고 심리적 요인과 일반 의학적 요인 모두와 관련된 통증장애의 세 가지 아형으로 나누었다. 일반 의학적 요인과 관련된 통증장애는 감별진단에 도움을 주기 위하여 통증장애의 장애 다루고는 있지만 정신장애로 고려하지 말라고 하고 있다.

통증장애 환자들은 반복적으로 잇따라서 혹은 동시에 여러 의사들을 방문하기도 하며 doctor shopping은 매우 흔하다. 그리고 의사를 자주 방문하고 통증완화를 위한 내과적, 외과적 치료를 요구하는 것이 빈번하다. 환자가 통증에 집착하고 동반된 불안, 우울과 불면의 호소 때문에 마약과 진정수면제의 과도한 사용의 위험이 있다. 주된 임상양상은 일반적으로 다른 관심에 대한 중요성이 떨어지면서 통증에 모든 관심이 집중되어 있다는 것이다. 그러므로 환자들은 통증이 자신의 불행의 원천이라고 믿고 있다. 만약 환자가 우울 혹은 불안하거나 불면이 발생한다면, 환자들은 이 증상들의 대부분이 통증 때문에 생긴 이차적인 것이라고 생각하고 있다. 다른 빈번한 부수 증상들은 식욕의 변화, 활력의 감소 사회활동에의 흥미감소, 성적 관심의 감소, 육체운동의 감소 및 노력의 감소 등이다. 즉 우울증의 증상과 유사하게 나타난다. 또한 많은 역학연구들에서 통증장애가 신체화 장애, 기분장애 및 불안장애와 관련성이 높다는 것이 밝혀지고 있다⁷⁾. 이렇게 동반되는 증상이 우울증과 유사하고 통증의 생물학적 원인에서 norepinephrine과 serotonin의 역할 등 최근 새로 밝혀지는 생물학적 발견⁸⁾ 및 역학적인 근거로 통증과 우울증의 관계를 규명하기 위한 노력들이 진행되고 있다⁹⁾.

그러나 통증의 원인에 심리적, 정서적 요인들이 많이 작용하며 개인과 가족역동의 중요성, 빈번한 정신과 질환의 공존, 만성통증의 치료에 있어서 많은 정신과 약물의 사용, 그리고 다양한 치료적 접근의 중요성의 부각 등을 고려할 때 정신과 의사들은 만성통증 환자의 치료에 참여할 수 있는 능력이 있고 적극적으로 참여해야 한다. 현재 효과적인 통증치료를 다양한 분야의 치료가 필요한 것이 인정되어 통증치료를 있어서 좋은 결과를 보인 외국의 대부분의 통증센터나 통증클리닉에서는 정신과 의사의 역할이 중요하게 인식되고 있으나¹⁰⁾, 아직까지 국내에서는 이러한 인식의 부족으로 정신과 의사의 참여가 거의 없어서 다양한 치료적 접근을 하지 못하고 있다.

통증장애를 다루기 위해서는 통증에 대한 생물-정신-사회적인 관점 모두에서의 전반적인 고찰을 다루어야 하지만, 본 논문에서는 심리적 요인과 관련된 통증장애 환자에 대한 증례만을 보고하므로 이를 중심으로 다루었다.

증 례

1. 증 례 1

“온몸이 아프다. 특히 목 뒤와 등이 아파서 죽겠다.” “아파서 잠을 못자겠다.” “이렇게 아파서 고생을 하니 차라리 안락사라도 시켜 달라.”는 것을 주소로 2000년 2월 내원한 환자는 내원 당시 37세로 2남 1녀의 막내 외동딸로 태어났으며 교육을 전공한 대학졸업자로 종교는 믿지 않는 강박적이며 약간은 자기애적 성격경향의 소유자로 결혼 14년째인 주부였다.

환자는 6남매 중 장남인 남편과 결혼하여 두 딸을 두고 있으나 계속 이들을 원하는 남편과 시부모님들에 의한 스트레스가 심하였다. 아들을 낳지 못하는 것에 대한 좌절감 및 죄책감을 느꼈으며 남편과 시부모들께 미안한 마음이 계속 들었고, 4년 전에 시댁 식구들의 반대에도 결혼한 아래 동서가 아들을 낳은 후 동서에 대한 시부모의 태도가 바뀔 줄을 알고 알 수 없는 배신감과 허무감이 들어서 의욕이 없어지고 신경이 예민해졌다고 한다.

1999년 4월부터 상기의 생각들이 많이 들고 아들을 못 낳는 자신이 보잘 것 없고 운도 없다는 생각과 나이 삼십이 지나서 아들만 낳으려고 노력하다가 몸만 버리고 아무 것도 못한 자신에 대해 후회되고 허무한 감정

을 계속 가지게 되었다. 이젠 나이도 있기에 시부모도 더 이상 아들 낳으라고 이야기를 하지는 않지만 늘 아래 동서와 비교되어 자격지심이 생기고, 시집의 대소사에 참여하지도 않고 일을 다해 놓은 후에야 등장하는 동서에 대해서 시어머니와 시동생이 아무 얘기도 없는 것에 대해 많은 스트레스를 받으면서 지냈다고 하였다.

2000년 2월부터 갑자기 심한 두통이 생기고 뒷목과 등을 중심으로 온몸이 아프고 감각이 둔해지는 증상이 생겨 여러 병원에서 두부 및 경추 자기공명촬영 및 여러 가지 검사를 하였으나 모든 검사에서는 정상 소견으로 나타났으며, 여러 통증클리닉에서 치료를 받으나 증상호전이 거의 없고 통증은 점점 심해지고 통증으로 인해 하루에 2~3시간밖에 잘 수가 없고 식사하기도 힘든 상태가 되었다고 하였다.

내원 일주일 전부터 수면제를 먹어도 불면이 지속되면서 자신감이 없어지고 불안 및 우울한 기분이 들고 "내 몸이 아프니까 모든 것이 싫고 애들도 싫고 그냥 죽고만 싶고 안락사를 당하는 것이 낫겠다."는 생각이 들었다. 이런 문제로 오빠의 권유로 2000년 5월 21일 정신과 외래로 방문하여 잠정진단으로 '통증장애' 및 배제진단으로 '가면성 우울증' 진단 하에 정신과 개방병동에 입원하여 치료를 받았다.

입원 초기 pyroxicam 1 tablet tid, venlafaxine 37.5 mg bid 및 amitriptyline 10mg과 lorazepam 1mg hs로 시도하여 불면이 조절되나, 입원 다음 날인 토요일 오후부터 "이상한 기운이 다리부터 시작하여 온몸으로 통증이 전달된다"며 투약 거부하여 휴일인 관계로 2일간 투약이 중단되었다. 환자가 치료자와 면담 후 입원 치료를 지속하기로 하고 sibelium 1 tablet bid, paroxetine 20mg과 amitriptyline 10mg을 저녁 투약 그리고 alprazolam 0.25mg bid로 투약변경하고 환자의 증상에 대한 지지적 접근 및 기저의 갈등에 대한 정신역동적 접근을 병행하였다. 입원치료가 계속되면서 증상이 호전되고 통증에 대한 호소는 줄어들지만 약에 대해서는 민감한 모습을 보이면서 지냈다. "다른 곳은 별로 아프지가 않지만 두통은 여전히 있어요."라고는 하지만 점차 통증 및 신체증상에 대한 집착이 줄어들면서 다른 환자들과 어울리는 모습을 보여 입원 15일경 2박 3일의 외박 후 일상생활에서의 문제점이 별로 나타나지 않아 수일간 관찰 후 입원 20일째 퇴원하였다. 입원기간 중 acetaminophen 500mg bid의 추가 외에

다른 약물은 변경 없이 지속적으로 사용하였다.

외래통원치료 중 통증과 관련된 환자의 내적 갈등(아들을 갖고 싶음)을 토로하였는데 이에 대해 시부모에 대한 죄책감으로 표현하는 피상적 수준으로 환자 자신의 소망으로는 별로 인식하지 못하는 상태였다. 치료결과 3개월이 지난 시점에서는 거의 병전 상태가 되어 통증은 전혀 없이 원만한 대인관계를 유지하고 해외여행도 다녀오고 할 정도로 양호한 편으로 지냈다. 그러나 "노력에 비해서 되는 게 없었다. 세상이 나를 버렸다."고 기저의 갈등을 외부의 탓으로 돌리는 병식 수준의 상태에서 환자 자의로 치료 중단하였으며 치료 중단 당시 사용약물은 paroxetine 20mg이었다.

2. 증 례 2

"통증이 여기 저기 돌아다니면서 온몸이 아프다. 특히 가슴부위가 견딜 수 없이 아프다." "이렇게 아픈데 고치지 못할 바에는 차라리 안락사라도 시켜 달라."는 것을 주소로 2000년 2월 내원하였으며, 당시 52세의 주부로 대졸(교육학 전공)이며 개신교를 믿고 있는 환자는 2남 5녀 중 막내딸로 아버지는 47세, 어머니가 42세 때 태어났으며, 소극적이며 부정적인 성격의 소유자로 두고두고 고민을 많이 하면서 자신을 괴롭히는 피학적이며, 물건을 정리 정돈하여야 마음이 편하다는 강박적인 성격 경향을 가지고 있었다. 30세 때 결혼하나 성격차이로 곧 이혼을 하고 초등학교 교사 생활을 하면서 십여 년간 혼자 지내다가, 이남 일녀를 둔 상처한 공무원과 마흔 살 무렵인 10여 년 전 재혼하여 생활 중이었다.

환자는 평소에도 건강에 대한 관심이 많고 여러 의사 및 병원을 찾아다니는 일이 많았고 불면증 때문에 수면제를 먹는 경우가 많았으며 1999년 3월 모 대학병원에서 '신경성 우울증'으로 진단 받고 수개월간 통원 치료를 받기도 하였다.

2000년 2월경에는 4달 전부터 다니기 시작한 교회에 앉아 있던 중 갑자기 엉덩이 살에서 통증을 느껴 검사를 받으려 "아무 이상이 없다"는 얘기를 들었으며 통증클리닉과 재활의학과에 다니며 치료받아도 효과가 없어서 불안하고 두려움을 느끼게 되었다고 한다.

2000년 4월 새벽에 일어났을 때 가슴에 통증을 느껴 검사하나 늘 정상소견이 나와 여러 병원에서 자기공명촬영 등의 제반검사를 하여도 정상소견이었고 여러 병

원의 통증클리닉에서 치료를 받아도 효과가 없고 ‘신경성’이라며 정신과 치료를 권유하여 모 병원 정신과에 진료예약 후 진료일을 기다리던 중 아파서 잠들기가 힘들 정도로 증상이 심하여져 단국대학병원 정신과외래를 방문하였다. 과거력 상 자궁근종 및 치핵으로 수술을 받았고 가족력 상 사촌 동생이 대학 재학 중 자살하였다고 하였다.

외래통원치료가 진행되면서 통증 및 통증에 대한 공포가 점차 감소되었으나 치료 초기에는 환자 자신의 심리적 문제가 신체증상(통증)에 미치는 영향을 관찰하려 하지 않았다. 치료 2개월이 경과하는 시점에는 통증이 거의 사라져서 해외여행을 다녀 올 정도로 호전되었으나 “모든 문제가 통증 때문에 생긴 것이고 그래서 자신감이 없다”며 환자에게서 나타나는 문제점들 모두를 신체증상으로 인한 문제로 돌리고 있었다. 6개월 가량 지난 2001년 1월에는 난소 낭종으로 수술을 받았으나 신체증상에의 집착이 일시적으로 증가하였다가 곧 사라지는 형태로 반응하였다. 9개월이 경과한 시점에서는 진료시간 중 전혀 신체증상의 호소를 하지 않는 경우가 나타나면서 대인관계에서의 갈등(전처 자식들에의 섭섭한 감정, 남편에게는 말도 못하고 남편의 뜻대로 따라가기만 하였던 삶)을 토로하기 시작하였다. 점차 치료시간 중 환자의 주된 내적 갈등이 다루어지기 시작하였고 나타나는 문제점은 10년이나 차이가 나는 남편과의 삶 및 미래에 대한 근심(남편이 자신보다 빨리 죽을 것과 전처 자식들이 자신을 돌봐줄 것인가에 대한 불안) 및 이와 관련되어 아들을 가지고 싶으나 남편의 문제(정관절제술 복원 수술의 실패)로 임신이 불가능한 것 등이었으며, 이러한 기저에 깔려 있는 문제들이 치료시간에 다루어졌다. 그러나 통증에 대한 심리적인 원인을 환자는 완전히 받아들이지는 못하는 것으로 판단되었다. 2001년 12월 환자의 거주지 이전 문제와 통증 증상의 해소로 약물 감량 중이었고 치료종결 문제는 환자가 주도적으로 결정하기로 하였다.

치료기간 중 약물은 paroxetine 40mg, trazodone 100mg, alprazolam 1.0mg, 진통제인 sibelium 3 tablet까지 사용 후 점차 감량하여서 2001년 12월 당시에는 paroxetine 10mg만 사용 중이었다.

3. 중 례 3

“꼬리 뼈 부위의 통증, 엉덩이가 빠져 내리는 것 같

고 감각이 무더진 것 같다.” “잠들기가 어렵다. 잠을 자야 할 시간에 잠을 자지 못하면 가슴이 답답하다.”는 것을 주소로 1997년 2월 내원하였다. 내원 당시 46세의 주부로 중학교를 졸업하였고 종교는 믿지 않는 환자는 3남 4녀 중 남동생이 하나 있는 막내딸로, 초혼에 실패한 후 현 남편(장손, 초혼)과 재혼하여 생활해오면서 많은 스트레스를 받았지만 신체적으로는 건강하게 지냈다고 하였다. 1984년 재혼하여 친정 방문 시 부부간에 말다툼이 발생하여 남편 혼자 귀가하자 환자가 뒤쫓아와서 음독(수면제) 자살 기도를 하였다고 한다. 환자의 성격은 꼼꼼하면서 더러운 것을 보지 못하고 정리정돈을 해야 마음이 편하다고 하는 강박적인 면과 본인이 바라는 대로 되지 않으면 견디지 못하고 짜증과 신경질을 부리는 미숙하고 의존적인 성격이었다. 이러한 환자의 성격 문제 및 남편의 음주문제로 인하여 1993년경부터 부부간에 각방을 쓰면서 부부관계 전혀 없이 대화도 거의 하지 않고 지냈으며 두 딸과의 사이는 괜찮은 편이라고 하였다. 중가 집 장손 며느리로서 일년에 10여 차례 이상의 제사를 지내야 하지만 남편과의 좋지 않은 관계로 인하여 늘 심리적으로는 불편한 데도 이런 환자의 사정을 이해하지 않고 환자의 희생만을 요구하는 시댁 어른들 및 시동생들과의 관계에서도 마음속에 쌓인 것이 많았다고 하였다.

1994년부터 몸이 아파 병원 방문하였을 때 고혈압으로 진단을 받았으며, 1995년부터는 몸이 좋지 않은 것과 잠을 자지 못하는 증상으로 1995년 4월과 1996년 5월 두 차례 내과에서 입원치료를 받았다. 1996년 12월부터는 꼬리 뼈 부위의 통증, 이와 관련된 엉덩이가 빠지는 느낌과 하체에 감각이 없어지는 증상이 나타나기 시작하여 개인의원에서 치료받으나 효과는 없고 점차 증세가 심해지면서 불면증도 나타나 견디기 힘들어 응급실을 경유하여 산부인과에서 입원치료 받았다. 1997년 1월부터 2월까지 산부인과에서 골반내염증의 잠정진단 하에 두 차례 입원하여 치료받았으나 증상은 계속 악화되고 있던 중 고혈압 치료를 담당하는 내과 의사의 권유로 정신과로 자문의뢰된 후 1997년 3월 3일부터 3월 14일까지 정신과 개방병동에서 입원치료를 받았다. 당시 진단은 통증장애 및 강박성 성격장애였으며 배제진단으로는 가면성 우울증과 건강염려증이 었다. 입원 당시 증세가 호전되면서 “빨리 병이 나아야겠다. 남편에 대해 미안하다. 혼자 있을 때 두려움을 느

기는 것 같다.”는 등의 감정을 표현하였고 불면 및 약물에 대해서 매우 민감한 반응을 보였으며 하체부위에 감각이 없는 것과 성관계 시 느낌이 없는 것에 대한 불안을 표현하였다. 당시 사용 약물은 trazodone 50mg, thioridazine 20mg, valium 4mg 등이었다.

퇴원 이후 규칙적으로 외래통원 치료를 받으면서 꼬리뼈 통증은 점차로 감소되나 건강에 대한 과도한 관심은 변동을 보이고 있었다. 점차 기저의 의욕상실, 짜증, 싫증, 근심 및 걱정이 주요 문제점으로 부각되어 ‘가면성 우울증’의 가능성이 높은 것으로 판단하여 항우울제를 주 치료제로 사용하였다. 당시 약물은 paroxetine을 80mg까지 사용하다가 부작용으로 인하여 fluoxetine 40mg으로 변경하여 사용하였고, 불안과 불면 및 과도한 집착 등의 증상을 목표로 하여 valium 10mg, amitriptyline 50mg, thioridazine 20mg을 사용하다가 점차 약물을 감량하여 1998년 1월부터는 fluoxetine 40mg과 amitriptyline 10~20mg의 고정용량으로 1998년 7월까지 사용하였다. 1998년 12월까지 통원치료 예정이었으나 환자가 자의로 치료 중단하였다.

치료중단 수개월이 지난 1998년 11월 환자가 “몸이 안좋고, 허리가 아프고 기분도 별로이고 신경질이 많이 난다. 그러나 꼬리뼈의 통증은 없다.”를 주소로 외래에 재방문하여 1999년 1월 말까지 규칙적으로 치료받다가 또다시 자의로 치료를 중단하였다.

이후 특별한 문제없이 집에서 생활하며 지내던 중 1999년 12월부터 불안, 불면이 시작되었다고 한다. 그냥 참고 견디었으나 점차 심해져 초조, 불안, 불면, 안절부절못하고 우울한 감정, 의욕상실 그리고 막연한 자살사고 등 전형적인 초조성 주요우울증의 증세로 응급실을 경유하여 2000년 1월 26일부터 2000년 2월 9일까지 정신과 개방병동에 입원하였다. 입원기간 중 초기에는 초조, 불안, 불면을 심하게 호소하였지만 치료반응이 나타나면서 점차로 안정을 찾았고, 우울감정은 경도로 지속되다가 부분적으로 관해되었으나 신체증상의 과도한 집착은 입원기간 내내 지속되었다. 특히 약물의 변화에 민감하였고 여러 가지 불평, 불만이 많았으며, 때로는 병실에서 남편과 심한 언쟁을 벌이기도 하였다. 치료전에게는 매달리지만 본인의 불편이 곧바로 해결되지 않으면 많은 비난과 투정을 부리는 미숙한 성격을 보였다. 입원 기간 중 사용한 약물은 sertraline 50mg, amitriptyline 50mg, alprazolam

1.5mg, perphenazine 2mg이었다.

퇴원 이후 규칙적으로 외래통원 치료를 받으면서 우울증은 완전관해되었고 점차적으로 신체증상의 호소도 줄어들었다. 환경적으로는 남편의 음주가 줄어들었지만, 많은 제사 문제는 집안 어른들의 주장으로 인하여 지속되었다. 치료가 진행되면서 신체증상의 집착보다는 아이들이 늦게 오므로 혼자 있을 때, 대화할 상대가 없을 때 느끼는 외로움 등과 같은 환자 자신의 심리적인 측면을 관찰하는 능력이 증가되면서 대인관계도 점차 증가되어 사람들과 잘 어울려 놀고 문화센터도 다니게 되었다. 이런 호전된 상태에서 2000년 8월 말 환자 자의로 치료를 중단하였다. 치료중단 당시 약물은 sertraline 50mg bid, trazodone 25mg hs, alprazolam 0.25mg hs를 사용하였다.

2000년 12월 23일 1개월 전부터 시작된 우울감, 슬픈 감정, 외로움, 의욕 및 흥미 상실, 불안, 초조, 목안의 이물감, 그리고 잠들기가 힘들고 식욕 및 성욕의 감퇴 등의 증상으로 외래를 재방문하여 이전 사용약물인 sertraline, trazodone, alprazolam을 재투여하였다. 이 치료기간 중 집안 어른들도 환자의 상태를 이해하고 일년에 8회인 기제사를 1회에 몰아서 하기로 결정하였다. 우울증상이 관해되면서 기저의 성격적인 문제 및 방어기제 중 투사의 과도한 사용과 이차이득의 문제 등이 치료의 주요한 문제점으로 부각되기 시작하였다. 재발방지를 위한 지속치료를 설명하나, 환자는 중세호전 환경변화에 만족하면서 점차 외래 진료시간을 늦추는 경우가 증가하여 한 상태에서 2001년 12월 당시 치료종결에 대한 환자의 요구를 다루고 있는 상태였으며 약물은 sertraline 50mg만 사용 중이었다.

고 찰

통증의 생리에 대한 생물학적 측면에서 새로운 지식이 폭발적으로 늘어나게 되면서, 통증에 대한 개념도 매우 많이 바뀌고 있다. 그러나 본 논문에서는 증례에서 제시하고 있는 심리적 요인과 관련된 통증장애를 중심으로 고찰하기로 한다.

통증환자들의 성격 및 정신역동을 특정화하려는 많은 시도가 있었는데, 전통적 시도 중의 하나가 Engel¹¹⁾의 ‘심인성 통증 및 통증에 취약한 환자’이다. 그는 통증환자들이 죄책감이 많으며 성공을 견디지 못하고 상

실의 대체물로서 통증을 이용한다고 하였다. Nemiah와 Sifneos¹²⁾는 통증환자에게서 감정을 경험하고 말하지 못하는 '감정표현불능증'이 특징적이라고 하면서, 그 결과로 환자들은 과도하게 신체증상에 주의를 기울인다고 하였다. 그러나 통증의 원인에 관한 이러한 이론들은 인식의 부재나 감정의 억압을 제시하였지만, 최근의 많은 연구들에서 통증환자들이 대조군에 비하여 심적 고통을 더 잘 받으며 덜 억압하고 있다고 하였다. 감정표현불능증 같은 신체화 경향과 신체화 증폭의 측정은 통증의 정도보다는 우울증의 정도를 더욱 증가시킨다고 한다. 증례 1의 환자는 죄책감이 많은 편이었고, 증례 1과 2의 환자들에서는 상실의 대체물이라기 보다는 갖고는 싶지만 가지고 있지 못한 아들의 대체물로 이해될 수 있을 것이다. 세 증례 모두에서의 환자들은 억압과 억제를 많이 하는 성격이었고 증례 2와 3의 환자 특히 증례 3의 환자는 감정표현불능증이 매우 높은 환자였던 점이 전통적인 시도에서의 가설과 부합된다고 하겠다.

심한 통증이나 유별난 통증행동을 가진 환자들 모두가 성격의 구조에서 정신병리적 조직의 원인이 되는 기능에 문제를 일으키는 어린 시절의 경험을 가진 것은 아니다¹³⁾. 그러나 환자가 통증을 어떻게 대처하는가에 영향을 미치는 피학적, 의존적, 자기애적 성격의 중요 특징이나 상처받은 삶의 경험에 대해 유념하여야 한다¹⁴⁻¹⁶⁾. 이와 관련하면 본 증례들에서는 증례 1의 자기애적 성격의 손상, 증례 2의 피학적인 성격, 증례 3의 의존적인 성격이 통증의 유발과 관련된 것으로 사료된다. 또한 통증과 우울 간의 관계와 마찬가지로 통증과 인격 간의 관계도 어떤 인격적인 문제가 통증장애를 잘 유발하는지, 통증장애가 기저의 인격특질을 강화시켜 인격장애의 수준으로까지 나타나게 하는지에 대해서는 명확하지 않다.

만성 통증은 가면성 우울증¹⁷⁾의 한 형태로 설명되어 지기도 하지만, 우울의 정도는 만성통증으로 고통받는 환자들에게서 매우 다양하게 나타난다고 한다. 증례 3이 가면성 우울증에 해당하는 것으로 볼 수 있는데 첫 발병 시에는 통증장애로, 두 번째 발병부터는 주요우울증 형태로 발현되었던 것으로 판단되며, 또한 겨울우울증의 진단도 가능한 것으로 생각된다.

통증과 우울증 간의 관련성에 대해서는 많이 언급되고 있지만 정확한 기전은 아직까지 명확히 확립되지 않

았다¹⁸⁾. 우울은 통증에 이차적일 수도 있고, 우울은 통증을 유발할 수도 있으며 통증과 우울이 독립적으로 공존할 수도 있거나 신경생리학적 기전을 공유할 수도 있다고 한다¹⁹⁾. 이 관계를 이해함에 있어서 수면장애, 식욕의 변화, 무기력감 및 피로감을 포함하는 우울증의 공통적인 증상들이 기분상태, 통증 혹은 기저의 신체장애에 의하는지를 판단해야 하는 문제도 있다²⁰⁾. 그러므로 거의 대부분에서 우울증을 동반하는 만성통증 환자의 진단에 있어서 주의를 요한다. 명확하게 우울증으로 나타난 증례 3뿐만이 아니라 증례 1과 증례 2도 우울증상은 어느 정도 동반하고 있었던 것으로 생각되지만, 현상학적 발현증상을 근거로 하여 진단을 내리는 현재의 진단기준에 따르면 통증장애를 주 진단으로, 주요우울증의 진단은 진단기준에 적합한 정도는 아니므로 배제 진단으로만 생각할 수밖에 없었다.

어떠한 신체증상도 심리적 문제의 표현을 위한 수단으로 선택되어질 수 있는데 이와 마찬가지로 통증도 심리적 원인에 의해 발생할 수 있고 바로 이것이 DSM-IV의 통증장애에 대한 가설이다²¹⁾. 이 관점에서 증례들을 고찰하면 증례 1에서의 환자는 아들을 갖고싶은 소망 및 이와 관련된 좌절감 및 죄책감이, 증례 2에서의 환자는 자신의 불확실한 미래에 대한 근심과 걱정 및 이와 관련된 아들을 갖고싶은 소망 충족이 이루어지지 않음이, 증례 3에서는 종갓집 며느리로서의 힘든 생활과 이를 이해하고 도와주지 못하는 남편에의 원망 등이 갈등의 근원이 되어 통증이란 신체증상으로 나타난 것으로 사료된다.

어떤 형태의 만성 통증도 환자의 인격과 가족역동을 바꿀 수 있으며, 때로 환자와 외부환경과의 관계를 변화시킬 수도 있고 환자의 내적 조절방식의 중심을 변화시킬 수도 있다⁷⁾. 세 증례들 모두가 심리적 원인이 통증을 유발한 경우로 이해되지만, 이와 더불어 기저의 인격이 더욱 강화되면서 갈등의 근원에 대한 통찰은 갖지 못하고 나타나는 모든 문제의 근원을 통증 탓으로 돌리는 상태였던 것으로 판단된다. 그러나 치료가 진행되면서 자신의 문제에 대한 인식이 조금씩 생기면서 통증에 집착하기보다는 자신의 갈등을 introspection 할 수 있는 상태가 되었고, 이러한 변화가 통증장애의 호전이라는 결과를 이끄는 데 도움이 되었던 것으로 평가된다. 가족역동의 변화 및 외부 환경의 조절이란 면을 살펴보면 증례 3에서 잘 나타나고 있는데 환자의

통증이란 문제는 남편이 환자의 어려움을 어느 정도나마 인정을 하게 하는 동기가 되었고 결국에는 십여 차례 지나야 하는 제사의 수를 줄이는 이차이득을 얻게 하였다. 그러나 이 환자의 경우에는 미숙한 성격과 방어기제의 사용 및 낮은 학력 등으로 인한 정신치료에서의 좋지 않은 예후인자들이 작용하면서 통찰은 거의 갖지 못하고 증상을 상대방의 조절과 일차 및 이차 이득의 획득에 많은 관심이 있었던 것으로 사료된다. 이 환자에서 진단기준에만 따른다면 주요 우울증으로 진단해야 하지만, 기저의 갈등이 우울증의 악화 및 재발에 작용한다는 점을 고려한다면 통증문제가 만성화되고 장애가 되는 것을 결정함에 있어서 가장 유용하고 좋은 가정은 의학적, 심리적 및 사회적 요인들의 결합이라는 Kirmayer 등²¹⁾의 제시를 적용함이 환자를 이해하고 치료함에 있어서 도움이 될 것이다. 또한 심리적 스트레스에 대한 반응으로 신체고통을 경험하게 된다는 Lipowski²²⁾의 제안도 이 경우에는 적합한 것으로 보인다.

세 증례에서 나타난 임상양상을 살펴보면 안락사를 요구할 정도로 통증으로 고통을 받고 있었던 까닭에 여러 의사, 병원 및 임상과에서 진료를 받고 있었으며, 나타나는 모든 문제를 통증 탓으로 돌리고 있었다. 또한 식욕감소, 흥미상실, 불면 등 통증장애에서 나타나는 부수적인 증상들을 포함하여 특징적인 통증장애의 임상양상 거의 모두를 보이고 있었다.

통증장애뿐만 아니라 다양한 만성 통증증후군 환자에서 수면장애는 흔하다. 통증증후군 그 자체가 많은 진단적, 치료적 초점을 요하기 때문에 통증환자에서의 수면장애는 대개 치료가 어렵고 잘 되지 않는다. 통증은 수면장애와 관계가 있고, 기본과 불안 역시 수면문제를 유발하거나 지속시키게 된다. 통증환자에서의 수면장애에서의 치료는 다음과 같은 네 가지 기본적 방법에 의한다. 첫째는 통증문제에 대한 철저한 평가 및 치료이고, 둘째는 공존하는 정신과적 질환의 인지 및 치료이며, 셋째는 수면장애의 동정 및 특성화, 그리고 마지막으로 약물요법 및 정신요법을 이용한 직접적인 수면장애의 치료이다. 벤조디아제핀 수용체 효현제 같은 새로운 진정-수면약물이나 수면-친화적인 항우울제가 약물치료에서 우선적으로 사용된다.

정신요법에서는 사별에 대한 훈습, 질병대응기법의 향상, 자기 진작 등이 강조되며 환자에게 장기적인 현신과 희망을 제공하여야 한다. 정신요법은 인지행동기

법을 이용하여 수면에 특별히 초점을 맞추어 기본적인 수면위생의 교정과 정상화하는 활동 및 침대와 침실을 수면과 성행위와만 관련시킨 조건화된 경향을 재건하는 수면형태를 포함한다²³⁾. 증례에서 나타난 환자들이 모두에서도 수면장애는 치료 초기에 많은 문제를 일으키는 증상이었고, 환자들은 불면에 대해 통증 못지 않게 힘든 문제로 받아들이고 있었다. 그러나 이러한 증세가 어느 정도 조절되면서 정신과 치료에 대한 초기의 부정적인 관점을 감소시키고 치료적 관계가 유지할 수 있는 요인이었던 것으로 평가된다. 즉, 불면과 통증 그 자체를 감소시킬 수 있다면 치료동맹의 형성 및 긍정적 치료관계의 수립과 유지에 도움이 되는 것으로 사료되므로 치료 초기에 이 문제들을 적극적으로 다루고 해결하는 방법을 모색해야 할 것이다.

통증장애 환자에서의 성공적 치료를 위해서는 환자 자신이 통증에 대해 생물정신사회학적 맥락에서 이해할 수 있도록 해야 한다. 또한 치료자들은 환자뿐만 아니라 가족 전체의 전반적인 면에서 나타나는 문제를 이해하는 것이 필요하다. 일단 확진이 되면 정기적으로 진료할 수 있고 환자의 호소에 관심을 가질 수 있으며 환자에게 상태가 좋아질 때까지 치료가 지속될 것이라는 확신을 줄 수 있는 의사가 외래통원치료를 수행하여야 한다. 가장 좋은 치료법은 약간은 통찰지향적인 지지치료와 필요하다면 항우울제의 사용이다. 그리고 통증장애 환자 치료의 관건은 정확한 진단과 환자의 기능수준에 초점을 맞추는 것으로 환자의 삶에서 가족의 역할을 판단해야 하고 가족 간의 문제를 중재해야 한다. 환자의 통증과 어려움에 대해서는 항상 인정해야 하지만, 기능이 작동하고 회복하도록 하는데 주 초점을 맞추어야만 한다. 통증장애 환자의 치료는 다분야적이고 다차원적인 치료가 필요하다. 통증강도의 감소를 위해 약물, 신경차단술, 국소 전기자극, 시각영화, 이완요법, 물리치료, 최면, 상담, 인지행동요법 및 지지정신치료 등의 다양한 방법을 이용하는데, 이는 환자에 맞게 조절하여야 한다. 어떤 형태의 정신치료를 선택하는가는 경험적인 근거와 개인의 선호에 의한다. 그러나 치료의 성공이 환자의 극심한 괴로움을 감소시키고 환자의 통증에 대한 감각적 조절을 증가시킨다는 것은 명백하다⁶⁾. 만성통증의 치료에 사용되는 약물로는 오피오이드제, 비마약성 진통제, 항우울제, 항경련제, 항히스타민제, 항부정맥제, 칼슘통로차단제, 벤조디아제핀

계 약물 등이 있다^{24,25)}.

만성통증에 사용되는 약물 중 상기 증례들에서 사용한 항우울제와 항불안제만을 중심으로 살펴보면 다음과 같다. 벤조디아제핀계의 항불안제는 만성통증 환자에서의 불안과 불면을 조절하기 위하여 많이 사용되고 있다^{26,27)}. 하지만 실제로 이 문제를 해결하는데 효과가 있음을 밝히는 연구결과는 없으며, 진정작용에 의한 부작용^{28,29)}, 인지기능의 장애³⁰⁾ 그리고 오피오이드 진통제의 작용을 방해하여 통증을 악화시키는³¹⁾ 등의 부정적인 효과가 더욱 잘 알려져 있다. 다만 삼차신경통, 긴장성 두통 및 측두하악 장애의 치료에 제한적으로 효과가 있다고 한다³²⁾.

만성통증 증후군의 치료에 삼환계 항우울제가 보편적으로 사용되고 있으며, 침해수용(nociception)과 신경변성통증에 대한 연구에서 동물모형이 확립되어 있다³³⁾. Magni³⁴⁾는 항우울제의 통증에 대한 효과가 norepinephrine과 serotonin의 농도를 증가시키고, 하행 억제성 신경들의 활성화를 강화시키는 작용을 하는 이 신경전달물질들의 재흡수 차단에 의한다고 하였다. 우울증에 대한 효과와는 별도로 삼환계 항우울제가 신경변성 통증에 효과가 있다고 한다^{35,36)}. 사환계 항우울제도 만성통증의 치료에 있어서 삼환계 항우울제만큼 효과가 있으며³⁷⁾, 선택적 serotonin 재흡수 차단제(SSRI)도 급성통증 동물모형에서 약한 항침해수용 효과가 있다고 한다^{38,39)}. 이 항침해수용 작용은 serotonin 수용체 길항제에 의해 차단되고 오피오이드 수용체 친화제에 의해 강화된다고 한다.

통증의 하행 차단에서의 생체아민의 역할이 모든 항우울제가 만성통증에 효과를 보이는 이유로 제시되고 있다. Bupropion 같은 norepinephrine과 dopamine 재흡수 차단제가 온도 침해수용에 효과가 있다고 한다⁴⁰⁾. Venlafaxine은 신경변성통증의 동물모형에서 통각과민(hyperalgesia)을 감소시킬 뿐만이 아니라 이의 진행을 방지하는 효과도 있다고 하지만⁴¹⁾, 통증치료에서 mirtazapin 등 새로운 항우울제의 사용은 좀더 많은 연구가 필요하다⁴²⁾.

이러한 약물학적 결과들을 근거로 한다면 심리적 원인에 의한 통증장애 환자들에게도 불면과 동반된 불안 및 우울증상, 그리고 통증을 해결하기 위해서는 치료 초기에는 충분하고 적절한 진통제, 항불안제 및 항우울제 등의 사용이 필요한 것으로 생각된다. 그리고 환자

의 심리적 갈등을 찾고 이를 해결할 수 있도록 돕는 정신치료적 접근과 함께 환경적 요인에 대한 적절한 증례를 약물치료와 병행함이 좋은 치료결과를 얻을 수 있는 방법으로 사료된다.

결론적으로 통증환자를 치료하기 위해서는 마음과 신체를 분리하여 생각하는 이분법적인 접근이 아니고 포괄적으로 이해하고 접근을 해야하기 때문에 이에 대한 많은 지식과 경험이 있고 숙달된 기술을 갖추고 있는 정신과 의사의 적극적인 참여가 필요하다고 생각된다.

REFERENCES

- 1) Merskey H, Bogduk N(1994) : Classification of chronic pain states. Seattle, IASP Press, pp212
- 2) Merskey H(2000) : Pain, psychogenesis, and psychiatric diagnosis. International Review of Psychiatry 12 : 99-102
- 3) Sullivan MD(2000) : DSM-IV Pain Disorder : a case against the diagnosis. International Review of Psychiatry 12 : 91-98
- 4) American Psychiatric Association(1980) : Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed, Washington DC, American Psychiatric Association Press
- 5) American Psychiatric Association(1987) : Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed Revised, Washington DC, American Psychiatric Association Press
- 6) American Psychiatric Association(1994) : Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed, Washington DC, American Psychiatric Association Press
- 7) Guggenheim FG(2000) : Somatoform disorder, In : Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th ed, Ed by Sadock BJ and Sadock VA, Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, pp1504-1532
- 8) Covington EC(2000) : The biological basis of pain. International Review of Psychiatry 12 : 128-147
- 9) Verma S, Gallagher RM(2000) : Evaluating and treating co-morbid pain and depression. International Review of Psychiatry 12 : 103-114
- 10) Fishbain DA(2000) : Non-surgical chronic pain treatment outcome : a review. International Review of Psychiatry 12 : 170-180
- 11) Engel GL(1959) : Psychogenic pain and the pain-prone patient. Am J Med 26 : 899-918
- 12) Nemiah JC, Sifneos PE(1970) : Psychosomatic ill-

- ness : a problem in communication. *Psychother Psychosom* 18 : 154-160
- 13) Aronoff GM (1997) : Psychiatric aspects of chronic pain and disability. *Curr Rev Pain* 1 : 93-98
 - 14) Bass C, Murphy M (1995) : Somatoform and personality disorders : Syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways. *J Psychosom Res* 39 : 403
 - 15) Weisberg J, Keeff F (1997) : Personality disorders in the chronic pain population. *Pain Forum* 6 : 1-9
 - 16) Aronoff GM, Feldman JB (2000) : Preventing disability from chronic pain : a review and reappraisal. *International Review of Psychiatry* 12 : 157-169
 - 17) Blumer D, Heilbronn M (1982) : Chronic pain as a variant of depressive disease : the pain-prone disorder. *J Nerv Ment Dis* 170 : 381-394
 - 18) Merskey H (1999) : Pain and Psychological Medicine, In : *Textbook of Pain*. 4th ed, Ed by Wall PD and Melzack R, Edinburgh, Churchill Livingstone, pp929-949
 - 19) King SA (1997) : Depression and pain : assessment and therapeutic strategies. *J Back Musculoskel Rehab* 9 : 223-231
 - 20) King SA (2000) : The classification and assessment of pain. *International Review of Psychiatry* 12 : 86-90
 - 21) Kirmayer LJ, Robbins JM, Paris J (1994) : Somatoform disorders : personality and the social matrix of somatic distress. *J Abnorm Psychol* 103 : 125-136
 - 22) Lipowski ZJ (1988) : Somatization : The concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 145 : 1358-1368
 - 23) Cohen MJM, Menefee LA, Doghramji K, Anderson WR, Frank ED (2000) : Sleep in chronic pain : problems and treatments. *International Review of Psychiatry* 12 : 115-127
 - 24) Clark MR (2000) : Pharmacological treatments for chronic non-malignant pain. *International Review of Psychiatry* 12 : 148-156
 - 25) Edmondson JD (2000) : Chronic Pain and the Placebo Effect, In : *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th ed, Ed by Sadock BJ and Sadock VA, Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, pp1981-2001
 - 26) Holister LE, Conley FK, Britt R, Shuer L (1981) : Long-term use of diazepam. *JAMA* 246 : 1568-1570
 - 27) King SA, Strain JJ (1990) : Benzodiazepine use by chronic pain patients. *Clin J Pain* 6 : 143-147
 - 28) Ganapathy S, Herrick IA, Gelb AW, Kirkby J (1997) : Propofol patient-controlled sedation during hip or knee arthroplasty in elderly patients. *Can J Anesth*, 44, 385-389
 - 29) Max MB, Schafer SC, Culnane M, Smoller B, Dubner R, Gracely RH (1988) : Amitriptyline, but not lorazepam, relieves postherpetic neuralgia. *Neurology* 38 : 1427-1432
 - 30) Hendler N, Cimini C, Ma T, Long D (1980) : A comparison of cognitive impairment due to benzodiazepines and to narcotics. *Am J Psychiatry* 137 : 828-830
 - 31) Sawynok J (1985) : GABAergic mechanisms of analgesia : an update. *Pharmacol Biochem Behav* 26 : 463-474
 - 32) DelleMijn PL, Fields HL (1994) : Do benzodiazepines have a role in chronic pain management? *Pain* 57 : 137-152
 - 33) Ollat H, Cesaro P (1995) : Pharmacology of neuropathic pain. *Clinical Neuropharmacol* 18 : 391-404
 - 34) Magni G (1991) : The use of antidepressants in the treatment of chronic pain : a review of the current evidence. *Drugs* 42 : 730-748
 - 35) Max MB, Culnane M, Schafer SC, Gracely RH, Walthers DJ, Smoller B, Dugner R (1987) : Amitriptyline relieves diabetic neuropathy pain in patients with normal or depressed mood. *Neurology* 37 : 589-596
 - 36) McQuay HJ, Tramer M, Nye BA, Carrol D, Wiffen PJ, Moore RA (1996) : A systematic review of antidepressants in neuropathic pain. *Pain* 68 : 217-227
 - 37) Watson CP, Evans RJ, Watt VR, Birkett N (1988) : Postherpetic neuralgia. 208 causes. *Pain* 35 : 289-298
 - 38) Gatch MB, Negus SS, Mello NK (1998) : Antinociceptive effects of monoamine reuptake inhibitors administered alone or in combination with mu opioid agonists in rhesus monkeys. *Psychopharmacology* 135 : 99-106
 - 39) Paul D, Hornby PJ (1995) : Potentiation of intrathecal DAMGO antinociception, but not gastrointestinal transit inhibition, by 5-hydroxytryptamine and norepinephrine uptake blockade. *Life Sci* 56 : 83-87
 - 40) Gatch MB, Negus SS, Mello NK (1998) : Antinociceptive effects of monoamine reuptake inhibitors administered alone or in combination with mu opioid agonists in rhesus monkeys. *Psychopharmacology* 135 : 99-106
 - 41) Lang E, Hord AH, Denson D (1996) : Venlafaxine hydrochloride (Effexor) relieves thermal hyperalgesia in rats with an experimental mononeuropathy. *Pain* 68 : 1151-1155
 - 42) Galer BS (1995) : Neuropathic pain of peripheral origin : advances in pharmacologic treatment. *Neurology* 45 : S17-S25

Pain Disorder Associated with Psychological Factors

- Case Report and Review -

Kyung-Kyu Lee, M.D.

Department of Psychiatry, College of Medicine, Dankook University, Cheonan, Korea

Recently many researches support the use of traditional psychiatric treatments in the management of chronic pain. Chronic pain is a significant public health problem and frustrating to everyone affected by it. Psychiatrists offer skills with treatments now recognized as effective in the management of chronic pain. In addition to the diagnosis and treatment of psychiatric co-morbidity, the application of psychological treatments to chronic pain, and the development of interdisciplinary efforts to provide comprehensive health care to the patient disabled with chronic pain, psychiatrists have particular skill in pharmacological treatment that have proven efficacy for a variety of chronic pain conditions.

With their expertise in the use of psychoactive medication plus their interest in the personal and family dynamics of patients, psychiatrists have the capacity to be involved in the treatment of patients with chronic pain.

So, the author reported three cases of patient with pain disorder associated with psychological factors, and reviewed to propose that psychiatrists in Korea should take an active role in the care of these patients.

KEY WORDS : Pain disorder associated with psychological factors · Case report · Review.
