

요통의 정신의학적 관점

계명대학교 의과대학 정신과학교실 및 의과학연구소

정철호 · 박필상

서 론

동통은 인간이 느끼는 가장 불쾌한 증상 중의 하나이나 인체의 항상성을 유지하기 위해 반드시 필요한 요소이기도 하며 때로는 동통이 인간의 언어를 대신하기도 한다. 동통의 어원은 희랍어의 *poena*란 단어, 즉, 처벌(punishment)에서 유래하였으며 인간의 잘못에 대한 신의 처벌이라는 의미를 내포하고 있다. 그후 동통에 관한 과학적 접근이 시도되었는데, Reuler 등 (1980)은 동통은 신경 생리학적으로 복잡한 현상의 결과이기 때문에 관점에 따라 서로 다른 측면만을 강조할 수 있어서 임상가들이 서로 잘못된 개념으로 인식할 수 있다고 했고, Merskey (1980)는 동통이란 기본적으로 상해된 조직과 연관된 “불유쾌한 경험”이라고 했으며, Korff 등 (1988)은 동통증상이 발현되는 요인으로 객관적인 신체적인 상해 뿐만 아니라 주관적인 평가 및 동통에 대한 행동반응의 특성도 연구해야된다고 했다. 이들의 의견을 종합해 보면 Jensen (1986)이 언급한 바처럼 동통이란 정신생리적 반응이며 생물학적, 사회적, 생리적 요인들간의 복잡한 관계성의 결과라고 정의할 수 있겠다.

동통 중에서도 요통은 현대 산업사회에서 가장 값비싼 대가를 치르는 장애 중의 하나이며 45세이하에서 일상생활에 장애를 초래하는 첫번째 원인이다 (Robert *et al.*, 1995). 산업사회에서 연간 약 3-4%의 인구에서 일시적인 요통을 경험하며 노동 인구의 1% 이상에서 영구적인 장애를 초래한다.

요통에 대한 정신의학적인 연구는 제 2차 세계대전 이후 본격적으로 연구되기 시작했는데 이들의 연구는 대체로 3기로 분류할 수 있다 (Joukamaa, 1994). 제 1기는 요통이 기질성이나, 기능성이나에 대한 이분법적인 태도였다. 이 시기의 연구들의 목적은 심리적 요소가 요통의 치료결과를 예견할

수 있는지를 조사하고, 어떤 환자들이 수술적 처치로 이득이 있는지를 알아보는 것이었다. 하지만 이 시기의 연구들은 대상 수가 너무 적고 선택적이었다는 점에서 문제가 있으며 요통을 기질적, 기능적으로 명확하게 구분하기 힘든 모순을 안고 있었다. 제 2기는 1970년대부터 시작되었는데 이 시기는 요통과 관련된 정신장애를 조사하기 위한 환자연구를 시행했으며 이때부터 요통환자들에서 정신장애의 유병률을 확립하는 계기가 되었다. 제 3기는 역학연구의 시기인데 요통과 심리적 요소와의 관련성을 평가하기 위한 역학인구조사를 행한 시기였다. 이 시기가 되어서야 비로소 표본이 커져서 연구결과들을 일반화시킬 수 있었으며 또한 정신병리를 평가하는데 표준화된 방법이 사용되었다. 이상의 연구들에 의하면 요통환자들은 정서적으로 어려움을 많이 겪고 있으며, 특히 요통 환자에서 alcoholism 등의 물질남용 (substance abuse), 우울장애, 불안장애, 신체화장애 및 인격 장애의 빈도가 높다는 점은 요통의 이해와 치료에 있어서 정신의학적인 관점이 중요하리라는 점을 시사해 준다. 따라서 요통이 기능적이나 기질적이나는 이분법은 부적절해 보인다. 즉, 순수한 심인성 요통은 대단히 드물고 반대로 대부분의 만성 동통환자들에서 심리적 요소가 관련되어 있다고 볼 수 있다. Peter 등 (1993)의 연구에 의하면 만성요통환자의 98%에서 DSM-III-R 진단기준의 Axis I 진단을 가진다는 보고가 있다. 따라서 저자들은 이 논문에서 요통과 정신장애와의 관계를 조사해 보면서 요통의 정신의학적 관점에 대한 이해를 넓히고자 한다.

진 단

요통은 요부의 해부 · 병리 · 생리적 장애에 의

해 오지만 그 복잡한 구조와 다양한 양상으로 인해 신경외과, 정형외과 및 산부인과 의사들이 흔히 오진하기 쉬운 난제중의 하나이다.

요통의 진단을 위해서는 철저한 병력청취가 중요하다. 즉, 동통의 특성과 그 분포영역, 방사통의 부위, 동통 발병당시의 상황, 동통을 악화시키고 경감시키는 요인, 이상감각, 기타 자각적인 감각 변화, 그리고 운동장애의 유무 등에 관해 관심을 두어야 한다. 특히 동통과 정서적 요인과의 상관성에 대해서도 자세히 물어보아야 한다 (민병근, 1975).

요부에 대한 이학적 및 신경학적 검사도 반드시 필요하다. 상부요통의 경우, 복부와 골반 및 직장의 이상 여부를 함께 조사해야 한다. 척추나 골반에 대한 X선 촬영 등의 영상검사, 혈중검사, 노검사 및 기타 임상검사도 필요하며 정신의학적 면접 및 임상심리학적 검사도 필요하다.

심인성 요통과 기질성 요통의 감별은 힘들지만 심인성 요통의 경우 동통의 위치가 일정하지 않고 해부학적 구조와 일치하지 않으며 괴상하게 확산되는 경향이 있고, 기질적 요통을 악화시키거나 경감시키는 방법에 대해 반응이 없고 흔히 신경증적 증상을 호소하는 것을 특징으로 한다(Mac-Bryde & Blacklow 1970). 또한 동통의 회복여부에 관해 큰 관심을 보이지 않으며 오히려 동통을 즐기고 있는 듯한 태도 (*la belle indifference*)를 보이며, 동통을 통하여 어떠한 이차적 이득, 즉, 주위의 관심을 끌고 불쾌하거나 괴로웠던 직장생활이나 임무를 모면하고 더 나아가서는 유리한 보상을 받으려는 의식적, 무의식적 소망이 깃들여 있는 경우를 흔히 볼 수 있다 (Freedman *et al*, 1972; Kolb, 1982). 또한 심인성 요통과 기질적 요통이 공존하여 서로 영향을 줄 수 있으므로 세심한 진찰이 요망된다.

동통의 정신역동적 측면

17세기에 Spinoza는 동통을 슬픔의 한 형태, 일차 정서 (primary emotion)의 하나라고 했으며 Szasz (1957)는 동통은 자아가 신체적 통합의 위협으로 인지된 결과로 생긴다고 했다. 그는 불안이 외부대상의 상실에 대한 위협으로 생기는 것과

같이 신체의 상실이나 손상에 대한 위협으로 동통이 생긴다고 했으며 동통은 도움을 요청하는 의사 소통의 수단이 되고 공격성의 한 형태이거나 속죄의 역할을 하기도 한다고 했다. Engel (1959)도 동통경향환자들 (pain-prone patients)에서 동통은 공격성, 죄책감, 상실 및 우울증과 연관되어 있으며, 동통을 이해하기 위해서는 동통이 말초 수용체에서 기인한다는 생각을 버려야 한다고 하면서 심리적인 측면을 강조하였다. Merskey & Spear (1967)는 동통이 신경섬유에서 일어나는 전기적 자극이 아니라 심리적인 현상이라고 했으며 상당수 동통 환자에서는 중추신경계와 말초신경계가 복합되어 동통이 나타난다고 생각했다. 또한 Freud (1926)는 만성동통이란 개인의 역할능력을 모두 소비시켜버리는 동통으로 인해 정서적으로 몰입된 상태라고 했다. Swanson (1984)은 불안 및 우울증과 더불어 6개월 이상 지속되는 만성 동통을 “제 3의 병적 정서 (a third pathologic emotion)”라고 명명한 바 있다. 동통의 정신역동적 측면을 종합하면 동통은 어머니와 같은 중요한 대상으로부터 사랑을 획득하기 위한 것과 연관될 수 있다고 했는데, 정당성이 결여된 정서적 고통이 신체의 문제로 전치 (displacement)되면서 의존적인 욕구 충족을 위한 합법적인 주장으로 환자 자신이 느끼게 되는 것이다. 또 다른 중요한 점은 아동기때 부모로부터의 학대나 과도한 처벌을 받은 고통스러운 경험을 한 사람이 성인이 되어 억압된 분노가 내재화되어 동통이 생길 수 있다는 것이다. 아동기때의 고통스런 기억을 가진 환자들 중 어떤 환자들은 동통경향이나 고통스런 기억에 대한 과도한 반응을 과거의 기억과 잘 연관을 시킬 수 있는가 하면, 어떤 환자들은 그 기억이 너무 깊이 묻혀 있어 장기간의 자유연상, 꿈해석이나 심리검사를 통해서만 그 기억을 드러내는 경우도 있다. 모든 동통환자들이 이런 아동기의 기억을 가지는 것은 아니지만 임상가는 이러한 가능성에 대해 항상 경각심을 가져야된다. 그들이 마땅히 고통을 당해야 한다고 확신하고 있는 의식적, 무의식적, 심리적 요소들은 많은 동통환자들이 잘 치료되지 않는 이유 중의 하나일 수 있다. 요통의 경우는 특히 심한 우울증환자에서 자신의 성격(性的)인 무능력 또는 불감증을 은폐하려는 방어의 하나로

작용하기도 한다 (Kolb, 1982). 동통환자들이 일반적으로 사용하는 방어기제로는 전치 (displacement), 대치 (substitution), 억압 (repression) 등이 있으며, 부모처럼 양가적인 감정을 가진 애정대상 (love object)이 동통을 가지고 있을 때 이를 동일시 (identification)함으로 동통을 배우게 될 수도 있다.

요통과 정신장애와의 관계

우울장애는 요통환자들에서 가장 많이 관련된 정신장애이다 (Joukamaa, 1994). Blumer와 Heilbronn (1982)은 심지어 만성동통은 우울증의 한 변형된 형태라고까지 주장했다. 일반인구집단에서 우울장애의 유병률은 5~26%라고 한다. 이에 대해 만성요통환자들의 우울장애의 빈도는 연구에 따라 다르지만 대개 34%에서 57%에 달한다. 하지만 여기에 감정부전장애(dysthymic disorder)와 우울증을 동반한 적응반응을 포함하면 요통환자들이 겪는 우울증상의 빈도는 훨씬 높아질 것이다. Peter 등 (1993)의 연구에 의하면 요통환자들의 45%가 주요우울장애의 증상을 보였으며 이들 중 54%는 요통이 시작되기 전부터 우울증상이 있어 왔고 46%에서는 요통이 시작된 후 우울증상이 나타났다고 보고했다. 이상에서 일반 인구에 비해 요통환자들에서 우울증의 빈도는 확실히 높으며 이들 우울증은 요통의 발병 전후에 비슷한 비율로 발병했다는 점을 보여준다.

요통환자들에서 나타나는 우울장애는 대개 비전형적이다. 첫째로 가면우울증(masked depression)이나타날 수 있는데 이것은 hidden depression 또는 smiling depression이라고도 불린다. 가면우울증은 우울한 기분은 없고 다른 우울증상, 즉, 절망감, 자기 연민, 자존심 저하, 신경질적임 (irritability) 및 허무적인 사고 등이 있는 것을 말하며 특히 이들에게 신체증상이 자주 동반된다. 둘째는 감정표현 불능증 (alexithymia)인데 감정표현 불능증이 만성 동통과 관련되어 있다는 보고는 다수 있다 (Mendelson *et al.*, 1982; Spiram *et al.*, 1987). 이 개념은 1973년에 Sifneos (1973)가 개념화한 것으로 그 의미는 “감정을 말로 표현하지 못하는 것”이다. 이 환자들의 특징은 공상이나 상상력이 부

족하고 꿈을 거의 꾸지 않으며 갈등을 피하기 위해 직접적인 행동화를 잘 하며 특히 신체증상이나 사소한 환경적인 문제들에 집착을 하게 된다는 점이다. 이러한 점들은 감정표현 불능증이 요통환자들에서 우울증이 은폐되어 있는 이유를 설명할 수 있을 것이다. 그러나 우울증은 일반인구집단에서도 자주 나타나는 증상이므로 요통과 우울장애의 관련성을 단순하고 명확한 인과론으로는 설명할 수 없다. Menges (1983)는 요통을 포함한 모든 만성 동통은 세가지 측면이 있다고 했는데 그것은 신체적 측면, 우울적 측면 및 사회적 측면이며 이들 각각의 상대적 비율에 따라 세 집단으로 분류했다(Fig. 1).

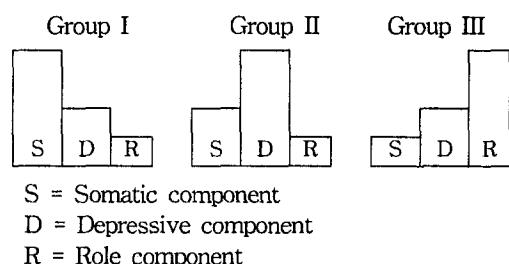


Fig. 1. Three groups of chronic pain. (Menges LJ, 1983)

제 1집단에서는 신체적 측면이 중요하며 이들은 일반의학적인 치료가 요구된다. 제 2집단에는 우울적인 측면이 우세하나 통증으로 인해 가면우울증으로 나타난다. 이들은 대개 요통이 시작되기 전에 생활의 스트레스가 종종 발견된다. 이들의 치료에서 가장 중요한 것은 정신의학적인 치료이고 일반의학적인 치료는 이차적이다. 제 3집단에서는 사회적 측면이 우세한 것으로 이들은 사회적인 역할을 피하기 위해 통증을 이용하여 그들의 인생사는 이러한 합병증으로 점철되어 있는 것이 특징이다. 이들의 치료로는 일반의학적인 치료는 해서는 안되고 정신치료가 원칙이나 환자들은 위협을 느끼고 치료를 거절하는 경우가 종종 있다.

물질남용은 요통환자에서 두 번째로 많은 정신의학적 증후군이다(Peter *et al.*, 1993). 병적 물질로는 alcohol, sympathomimetics, cannabis, cocaine, hallucinogen, inhalants, opioids, phencyclidine,

진정수면제 및 항불안제 등이 있다. Katon 등 (1985)과 Fishbain 등 (1986)에 의하면 만성동통 환자들에서 물질남용의 빈도가 다소 증가되어 있으나 동통이전의 빈도는 일반인구와 차이가 없다고 했다. 그러나 Peter 등 (1993)은 요통환자의 34%에서 물질남용이 있다고 했으며 이들의 94%는 요통의 발병이전부터 물질남용이 있어왔다는 흥미로운 보고를 하여 요통발병 이전의 물질남용 빈도에 대해서는 차이를 나타내고 있어서 물질남용과 요통발병과의 시기적 관계는 향후 연구되어야 할 것이다.

불안성향과 동통의 관계에 있어서 Keefe (1982)는 잘못된 인지반응과 정동반응이 만성동통 경험의 주관적 요인으로 작용하며 특히 불안증, 공포증 같은 잘못된 인지반응과 정동반응을 가진 환자들이 만성 동통환자들의 대부분을 차지한다고 했다. Houpert (1989)는 만성 동통 증후군에서 불안증이 흔하며, 그 중에서도 운동긴장, 염려증상은 흔한 반면 자율신경계 항진증상은 별로 많지 않아 광장공포증이나 공황장애는 드물다고 했다.

Lesse (1968)와 Krishnan 등 (1985)은 동통환자에서 불안이나 우울증은 흔히 동반된다고 했으며, Katon 등 (1982)은 신체증상이 불안이나 정서적 장애를 표현하는 하나의 형태라고 개념화시켰고, Gross와 Collins (1981)는 불안과 동통의 생리적 반응이 상당히 겹쳐지는 것을 알 수 있다고 했다. 그러나 최근 Peter 등 (1993)에 의하면 요통환자의 불안장애의 유병률은 일반인구집단에 비해 큰 차이가 없었다고하여 이에 대한 향후 연구도 필요할 것이다.

인격장애와 요통과의 관계는 수동-공격성 인격장애가 많은 것으로 보고되었다(Fishbain *et al.*, 1986; Peter *et al.*, 1993). 그외 망상성, 회피성, 경계성 및 의존성 인격장애들도 요통환자들에서 증가되어 있다는 보고도 있었다(Reich *et al.*, 1983; Widiger *et al.*, 1989).

치료

요통에 대한 치료의 원칙은 다체계적 (multi-disciplinary)이고 다차원적 (multidimensional)인 접근이 요구되며 진단과 치료에서 일반의학적 접근

근, 정신의학적인 접근이 동시에 이뤄지는 treatment team planning이 중요하다. 요통에 대한 치료는 그 원인이 기질성이든 심인성이든 안정, 견인, 물리 치료와 적절한 요부운동, 일상적 생활방식의 교정과 잘못된 자세의 교정 등 일반적 치료법이 필수적이다. 다만 심인성 요통의 경우 최면요법, 정신치료 및 향정신성 약물치료가 유용할 수 있으며 가정이나 직장에서 파생된 정신적 스트레스나 부수적인 정신장애를 적절히 처리해 주는 것이 중요하다. 동통지각 역치를 biofeedback, 이완요법, 운동, 명상, 최면, 위약 등으로 40% 정도 증가시킬 수 있다고 알려져 있다.

약물치료로는 진통제, 진정제 및 항불안제 등은 남용과 의존성의 문제로 주의해서 사용해야한다. 따라서 때로는 amitriptyline (Elavil[®]), imipramine (Tofranil[®]), doxepine (Sinequan[®]) 등의 항우울제가 유용하기도 하다. 항우울제가 약물의 항우울 작용을 통해서 동통을 호전시키는지, 아니면 항우울제 자체의 진통효과 때문인지에 대해서는 아직 불확실한 상태이다. 또한 일부 동통환자들에서 clomipramine, fluoxetine과 같은 세로토닌성 항우울제에 반응을 보이는 경우가 있는데 이는 동통장애의 병태생리에서 세로토닌이 관련되었을 가능성을 시사한다.

정신치료는 환자에 따라 차이가 있겠으나 심리적 소인이 강한 요통환자에게는 역동적 정신치료가 도움이 될 수도 있다. 정신치료의 첫 단계는 환자의 고통에 공감하면서 강한 치료적동맹을 구축해야 한다. 비록 요통에 대한 신체 의학적인 증거가 없는 상태라 하더라도 '문제는 마음이다'라는 식의 성급한 해석은 금물이다. 환자에게 그 고통은 직접적인 현실이며 치료자는 그점을 충분히 이해하고 공감할 필요가 있다. 그후 요통의 정서적인 측면을 조사하기 위해서는 환자의 대인관계의 여러 측면을 조사하고 부부관계, 아동기 등의 발달과정, 요통이 환자에게 주는 의미, 환자의 인지상태 등을 조사하여 요통의 정서적 측면을 환자가 이해하고 이를 극복해 나가도록 도와준다.

결론

요통의 심인성 요인과 심리적 작용은 요통의 정

신역동학적인 이해보다는 단순히 사병, 즉, 괴병이라고 속단하여 무시되어 왔다. 그러나 요통은 심리적 요소와 밀접한 연관을 맺고 있는 정신생물학적 현상이다. 따라서 요통에 대한 철저한 일반 의학적 조사와 함께 요통에 동반되는 신체의학적 인증상에도 반드시 주의를 기울여야 된다. 이러한 정신의학적인 증상은 요통의 치료와 예후에 밀접히 관련되어 있을 뿐 아니라 때로는 요통의 원인이 되는 경우도 있으므로 요통의 치료적 접근은 반드시 포괄적이고 다채계적, 다차원적인 접근이 요구된다. 우리가 관심을 가져야 될 것은 요통자체만이 아니라 요통으로 고통을 당하는 인간임을 명심해야 할 것이다.

참 고 문 헌

민병근 : 요통의 정신역동. *대한의학협회지* 1975 ; 18(7) : 308-312.

Blumer D, Heilbronn N : Chronic pain as a variant of depressive disease : The pain prone disorder. *J Nerv Ment Dis* 1982 ; 170 : 381-394.

Engel GL : "Psychogenic" pain and the pain-prone patient. *Am J Med* 1959 ; 26 : 899-918

Fishbain D, Goldberg M, Meagher R, Steele R, Rosomoff H : Male and female chronic pain patients categorized by DSM-III psychiatric diagnostic criteria. *Pain* 1986 ; 26 : 181-197.

Freedman AM : *Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of Psychiatry*, The Willkins Co., Baltimore, 1972.

Freud S : Inhibitions, symptoms, and anxiety (1926), in complete psychological works, standard edition, vol 20. translated and edited by Stachy J. Hagarth Press, London, 1955.

Gross RT, Collins FC : On the relationship between anxiety and pain: A methodological confounding. *Clin Psychol Rev* 1981 ; 1 : 375-386.

Houpt JL : Chronic Pain Management. *Principles of Medical Psychiatry*. 1 ed., Stoubernire A., Fogel BS, Grune & Stratton,

Orlando, 1989. pp 389-401.

Jensen J : Life events in neurological patients with headache and low back pain(in relation to diagnosis and persistence of pain). *Pain* 1986 ; 32 : 53-57.

Joukamaa M : Depression and back pain. *Acta Psychiatr Scand* 1994 ; Suppl 377 : 83-86.

Katon W, Egan K, Miller D: Chronic pain: Lifetime psychiatric diagnoses and family history. *Am J Psychiatry* 1985 ; 142 : 1156-1160.

Katon W, Kleinman A, Rogen G : Depression and somatization: A review part II. *Am J Med* 1982 ; 72 : 241-247.

Keefe FJ : Behavioral assessment and treatment of chronic pain. *J Consult Clin Psychol* 1982 ; 50 : 896-911.

Kolb LC : *Modern Clinical Psychiatry*, 10th Ed. WB Saunders Co., Philadelphia, London, Toronto, 1982.

Korff M, Dworkin SF, Resche LL, Kruger A: An epidemiologic comparison of pain complaints. *Pain* 1988 ; 32 : 173-183.

Krishnan KRR, France RD, Pelton S, McCann DJ, Urban BJ : Chronic pain and depression II. symptoms of anxiety in chronic low back pain patients and thier relationship to subtypes of depression. *Pain* 1985 ; 22 : 289-294.

Lesse S : Masked depression: Diagnostic and therapeutic problems. *Dis Nerv System* 1968 ; 29 : 169-173.

MacBryde CM, Blacklow RS : *Signs and symptoms*. J.B. Lippincott Co., Philadelphia, Toronto, 1970.

Mendelson G : Alexithymia and chronic pain: Prevalence, correlates and treatment results. *Psychosom* 1982 ; 37 : 154-64.

Menges LJ : Chronic low back pain: A medical-psychological report. *Soc Sci Med* 1983 ; 17 : 747-53.

Merskey H : Some features of the history of the idea of pain. *Pain* 1980 ; 9 : 3-8.

- Merskey H, Spear FG : Pain: *Psychological and Psychiatric Aspects*. Bailliere, Tindal & Cassel, London, 1967.
- Peter BP, Regina KK, Robert JG : Psychiatric illness and chronic low-back pain. *Spine* 1993 ; 18(1) : 66-71.
- Reich J, Tupin J, Abramowitz S : Psychiatric diagnosis of chronic pain patients. *Am J Psychiatry* 1983 ; 140 : 1495-1498.
- Reuler JB, Girad DE, Nardine DA : The chronic pain syndrome: Misperception and management. *Ann Int Med* 1980 ; 93 : 588-596.
- Robert JG, Peter BP, Tom GM : The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back pain disability. *Spine* 1995 ; 20(24) : 2702-2709.
- Sifneos PE : The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychothr and Psychosom* 1973 ; 22 : 255-62.
- Spiram TG, Chaturvedi SK, Gopinath PS, Shanmugam V. : Controlled study of alexithymic characteristics in patients with psychogenic pain disorder. *Psychother Psychosom* 1987 ; 47 : 11-17.
- Swanson DW : Chronic pain as a third pathologic emotion. *Am J Psychiatry* 1984 ; 141(2) : 210-214.
- Szasz TS : Pain and Pleasure: A Study of Bodily Feelings. Basic Books, New York, 1957.
- Widiger T, Rogers J : Prevalence and comorbidity of personality disorders. *Psychiatric Annals* 1989 ; 19(3) : 132-136.