

■ 원 저

만성요통환자에서 심인성 증상에 관한 연구

김경록, 장영식, 김은혁, 서영성, 김대현, 신동학

계명대학교 의과대학 동산의료원 가정의학교실

- 요약 -

연구배경: 요통은 전 인구의 70%에서 80%가 일생에 한 두 번은 겪게 되는 흔한 질환이다. 특히 45세 이하에서는 활동제한을 유발하는 요인중 첫 번째 원인이 된다. 많은 연구에서 만성요통을 가지는 환자의 대다수가 우울증, 불안장애, 약물남용 등의 정신장애가 있다고 한다. 본 연구에서는 일차의료에서 흔히 접하게 되는 만성요통환자의 심인성경향을 조사하였다.

방법: 계명대학교 동산의료원에서 실시하는 직장정기검진을 위해 방문한 283명을 선정하여 요통의 기간, 요통이 일상생활에 미치는 정도에 관한 설문지와 심인성증상간이검사(SCL-MPD)를 스스로 작성하게 하여 요통군 139명(남자 77명, 여자 62명), 대조군 144명(남자 101명, 여자 43명)으로 구분하였고, 심인성증상간이검사의 10개 척도에서 총점을 t 검증을 시행하여 비교하였다.

결과: 요통군과 대조군에서 평균연령은 각각 43.9 ± 9.5 세와 43.1 ± 10.9 세로 두 집단 사이에 차이는 없었고, 성비에 있어서도 대조군에서 남성이 81명(56.2%), 여성이 63명(43.8%)으로 유의한 차이가 없었다. 각 척도의 총점비교에서 신체화, 불안, 우울, 분노-적대감, 공포불안, 신경쇠약증, 건강염려증, 일반척도에서 $p < 0.001$ 로 유의한 차이를 보였고, 대인관계 예민성척도는 $p < 0.05$ 수준에서 유의한 차이를 보였다. 반면에 강박신경증척도의 총점비교에서는 두 집단에서 유의한 차이가 없었다($p > 0.05$).

결론: 만성요통환자에서 우울증상을 비롯한 다양한 심인성 증상을 가지고 있는 것은 명백하다. 따라서, 요통환자의 진단과 치료에는 일반의학적 접근 뿐아니라 정신의학적 접근이 동시에 이루어져야 한다.(가정의학회지 1998;19:16~28)

중심단어: 만성요통, 심인성증상간이검사, 우울증상

논문접수일자: 1997년 11월 10일

게재결정일자: 1997년 12월 11일

서 론

동통은 인간이 느끼는 가장 불유쾌한 증상 중 하나이며, 인체의 항상성을 유지하기 위해 반드시 필요한 요소이기도 하다. 동통은 회랍어의 poena라는 단어 즉, 처벌(punishment)이라는 뜻에서 유래하며 인간의 잘못에 대한 신의 처벌을 의미하고 있다.¹⁾

19세기 이후 동통에 대한 과학적 접근이 시도되었는데 Reule et al²⁾에 의하면 동통은 신경생리학적으로 복잡한 현상의 결과이기 때문에 관점에 따라 서로 다른 측면만을 강조할 수 있어서 임상가들이 서로 잘못된 개념으로 인식할 수 있다고 했다. 그리고, Jensen³⁾은 동통을 정신생리학적반응이며 생물학적, 사회적, 물리적 요인들 간의 복잡한 관계성의 결과라고 정의하였다.

동통 중에서도 요통은 현대 산업사회에서 가장 값비싼 대가를 치르는 장애 중의 하나이며, 전 인구의 70-80%가 일생중 한 번 이상의 요통을 경험하고^{4, 5)}, 45세 이하에서는 일상생활의 장애를 유발하는 첫째 원인이 된다.^{5, 6)} 그리고, 이러한 요통의 특징중 하나는 33-60%에서 재발을 하며 나이가 증가함에 따라 만성화 되는 경향이 있다.⁵⁾

요통에 대한 정신의학적인 연구는 제2차 세계 대전이후 본격적으로 연구되기 시작했는데 이들의 연구는 대체로 3기로 구분할 수 있다.⁷⁾ 제 1기는 요통이 기질성이나 기능성이나에 대한 이분법적 태도였다.^{8, 9)} 이 시기의 연구들의 목적은 심리적 요소가 요통의 치료결과를 예견할 수 있는지를 조사하고, 어떤 환자들이 수술적 처치로 이득이 있는지를 알아보는 것이었다. 하지만 이 시기의 연구들은 대상의 수가 너무 적고 선택적(selective)이었다는 점에서 단점이 되고 있으며 요통을 기질적, 기능적으로 명확하게 구분하기 힘든 모순을 안고 있었

다. 제 2기는 1970년대부터 시작되었는데 요통과 관련된 정신장애를 조사하기 위한 환자연구(patient study)를 시행하였으며, 이때부터 요통환자들에서 정신장애의 유병률을 확립하는 계기가 되었다. 제 3기는 역학연구(epidemiologic study)의 시기인데, 요통과 심리적 요소와의 관련성을 평가하기 위한 역학인구조사를 시행한 시기였다. 이 시기가 되어서야 비로서 표본이 커져서 연구결과들을 일반화시킬 수 있었으며, 정신병리를 평가하는데 표준화된 방법이 사용되었다. 이상의 연구들에 의하면 요통환자들이 정서적인 어려움을 많이 겪고 있으며 특히, 알코올 등의 약물남용(substance abuse)¹⁰⁾, 우울장애^{7, 11)}, 불안장애^{12, 13)}, 신체화장애¹³⁾ 및 인격장애^{13, 14)}의 빈도가 높다는 점은 요통의 이해와 치료에 있어서 정신의학적인 관점이 중요하리라는 것을 시사해준다. 따라서 요통과 정신장애와의 관계조사를 통해 요통의 정신의학적인 관점에 대한 이해를 높임으로써 일차의료에서 흔히 접하게 되는 요통환자의 진단과 치료에 도움이 되고자 본 연구를 시행하였다.

방 법

1. 연구대상 및 방법

본 연구는 1996년 5월 1일부터 9월 30일까지 5개월동안 계명대학교 동산의료원 가정의학과에서 실시하는 직장정기 신체검진을 받기 위해 내원한 사람들을 대상으로 요통의 유무, 기간, 요통이 일상 생활에 미치는 정도 등을 나타내는 설문지와 자기 보고형 정신질환 진단 검사도구 중 하나인 심인성증상간이검사(SCL-MPD ; Syptom check list-minor psychiatric disorders)를 배부하여 직접 작성하게 하고 이 중 한 문항도 빠지지않고 성실히 답변한 283명을 선정하였고 이들을 요통의 병력이 있는 139명과 요통의 병력이 없는 144명으로 분류

하고, 심인성증상간이검사의 각 척도별 점수를 산출하여 t 검증을 실시하였다.

2. 검사도구

심인성증상간이검사는 정우승 등¹⁵⁾에 의해 신뢰도와 타당도가 검증된 검사법으로, 67개의 신경증적 임상증상으로 구성되어 있으며 각각의 문항에 대하여 그 증상의 정도에 따라서 “전혀 없다”, “약간 있다”, “보통이다”, “꽤 심하다”, “아주 심하다”의 5단계로 평정하도록 되어 있는데 “전혀 없다”를 0점, “아주 심하다”를 4점으로 연계시켜 표시하도록 하였다. 신경증 환자들이 호소하고 경험하는 증상 67개 중 61개는 9개의 증상차원으로 분류되며, 6개의 증상은 일반문항으로 9개의 증상차원에 속하지 않고 항목으로 채점되지는 않으나 기타 증상차원과 연관이 있는 것이다.

증상차원 9개는 신체화, 불안, 우울, 분노-적대감, 대인관계예민성, 공포불안, 강박신경증, 신경쇠약 그리고, 건강염려증척도로 구성되는데, 이 중 신경쇠약증척도와 건강염려증척도는 SCL-90의 편집증척도와 정신증척도가 삭제되고 추가된 척도이다. 각 척도의 문항 수는 신체화척도가 11개 문항, 불안척도 8개 문항, 우울증척도 13개 문항, 분노-적대감척도가

6개 문항, 대인관계예민성이 5개 문항, 공포불안척도가 6개 문항, 강박신경증이 4개 문항, 신경쇠약증이 4개 문항, 건강염려증척도가 4개 문항, 일반척도가 6개 문항으로 총 67개의 문항으로 구성되어 있다.

결 과

1. 조사 대상자의 일반적 특성(Table 1)

대상자의 수는, 요통군에서 총 139명으로 남자는 77명(55.4%), 여자는 62명(44.6%)이었고, 대조군은 144명으로 남자가 81명(56.2%), 여자는 63명(43.8%)으로 양 군에서 통계학적 차이는 없었다.

평균 연령은 요통군이 43.9±9.5세이고 대조군은 43.1±10.9세였다. 교육수준은 고등학교 졸업이상의 학력자가 요통군에서는 114명(80.2%), 대조군에서는 130명(90.3%)으로 양 군 모두에서 대다수를 차지하였다. 그러나 연령과 교육정도에서는 통계학적으로 차이가 없었다.

2. 신체화척도의 비교(Table 2-1)

신체화척도의 11개 문항중 1번 문항 “머리가 아프다”와 4번 문항 “어지럽거나 현기증이 난다”, 36번 문항 “몸이 화끈거리거나 찢 때가

Table 1. Demographic distribution.

(%)

Characteristics		CLBP [†]	Control	Total
Sex*	Male	77(48.7)	81(51.3)	158(100.0)
	Female	62(49.6)	63(50.4)	125(100.0)
Mean age ±SD		43.9±9.5	43.1±10.9	
Education	uneducated	1(100.0)	0(0.0)	1(100.0)
	elementary school	13(76.5)	4(23.5)	17(100.0)
	middle school	11(52.4)	10(47.6)	21(100.0)
	high school	32(60.4)	21(39.6)	53(100.0)
	college graduates & over	82(42.9)	103(57.1)	191(100.0)

* P<0.001

† CLBP=Chronic low back pain

Table 2-1. Comparison of somatization dimension between both group.

M(SD)				
Dimension	Item No.	CLBP ⁺	Control	P value
Somatization	1	1.08(0.85)	0.59(0.73)	0.641
	4	0.77(0.78)	0.63(0.90)	0.171
	9	0.77(0.94)	0.34(0.70)	0.000
	21	1.47(1.07)	0.38(0.75)	0.000
	28	0.65(0.87)	0.38(0.73)	0.000
	29	1.23(1.14)	0.41(0.76)	0.000
	35	0.39(0.77)	0.15(0.46)	0.000
	36	1.02(1.03)	0.55(0.83)	0.093
	38	1.17(1.06)	0.55(0.80)	0.010
	39	0.61(1.00)	0.14(0.45)	0.000
	43	0.93(1.06)	0.35(1.08)	0.000
	Total		6.80(5.19)	5.01(3.42)

⁺ CLBP=Chronic low back pain

Table 2-2. Comparison of anxiety dimension between both groups.

M(SD)					
Dimension	Item No.	CLBP	Control	P value	
Anxiety	2	1.28(0.91)	1.00(0.89)	0.199	
	13	0.75(0.93)	0.25(0.61)	0.000	
	17	0.73(0.98)	0.24(0.62)	0.000	
	26	0.68(0.84)	0.31(0.65)	0.000	
	27	0.85(0.99)	0.31(0.63)	0.000	
	44	1.07(0.97)	0.64(0.80)	0.256	
	57	0.51(0.80)	0.23(0.56)	0.000	
	60	0.54(0.90)	0.90(0.31)	0.000	
	Total		6.80(5.19)	5.01(3.42)	0.000

있다”를 제외한 나머지 8문항에서 각각 $p < 0.05$ 로 유의한 차이를 보였다.

3. 불안척도의 비교(Table 2-2)

긴장, 초조 등을 나타내는 불안척도의 8문항 중 2번 문항 “신경질이 난다”와 44번 문항 “긴장이 된다”를 제외한 나머지 6개 문항에서 각각 $p < 0.001$ 로 유의한 차이를 보였다.

4. 우울척도의 비교(Table 2-3)

감정의 저조와 의욕감퇴 등 우울증상을 나타내는 우울척도의 13개 문항중 5번 문항 “성욕

이 감퇴되었다”를 제외한 나머지 12개 문항에서 각각 $p < 0.05$ 로 양 군간에 유의한 차이를 보였다.

5. 분노-적대감, 대인관계 예민성척도의 비교 (Table 2-4)

분노-적대감척도 6개 문항중 7번 문항 “사소한 일에도 짜증이 난다”를 제외한 나머지 5개 문항에서 $p < 0.001$ 로 유의한 차이를 보였고 대인관계 예민성척도 5개 문항중에서는 46번 문항 “남이 나를 쳐다보거나 나에게 관해서 이야기 할 때는 거부해진다”와 53번 문항 “다른

Table 2-3. Comparison of depression dimension between both groups.

M(SD)

Dimension	Item No.	CLBP ⁺	Control	P value
Depression	5	1.17(1.06)	0.83(0.98)	0.309
	11	1.01(1.08)	0.62(0.92)	0.309
	12	0.44(0.76)	0.17(0.44)	0.000
	14	0.62(0.86)	0.32(0.59)	0.000
	15	0.80(1.03)	0.20(0.67)	0.000
	20	0.90(0.95)	0.56(0.76)	0.004
	22	1.05(0.98)	0.51(0.78)	0.003
	23	1.40(1.05)	0.76(0.90)	0.036
	25	1.03(0.99)	0.56(0.80)	0.002
	41	0.85(1.06)	0.37(0.67)	0.000
	45	0.88(1.00)	0.50(0.69)	0.000
	55	1.00(1.02)	0.45(0.69)	0.000
	61	1.03(1.04)	0.47(0.78)	0.003
	Total		6.42(5.42)	2.99(3.33)

* CLBP=Chronic low back pain

Table 2-4. Comparison of anger-hostility and interpersonal sensitivity dimensions between both groups.

M(SD)

Dimension	Item No.	CLBP	Control	P value
Anger-hostility	7	1.32(1.02)	0.92(0.95)	0.152
	18	0.88(1.09)	0.33(0.65)	0.000
	47	0.40(0.78)	0.21(0.54)	0.000
	52	0.38(0.70)	0.19(0.52)	0.000
	58	0.76(0.90)	0.24(0.52)	0.000
	62	0.50(0.84)	0.13(0.36)	0.000
	Total		12.28(8.86)	6.36(5.90)
Interpersonal sensitivity	46	0.96(0.99)	0.69(0.85)	0.126
	53	1.19(0.99)	0.85(0.90)	0.471
	64	0.65(0.78)	0.44(0.72)	0.032
	66	0.92(1.01)	0.48(0.75)	0.000
	67	0.94(1.03)	0.51(0.74)	0.000
	Total		4.18(3.85)	2.00(2.40)

사람과 함께 있을 때는 나의 언행에 신경쓰게 된다”를 제외한 나머지 3문항이 각각 $p < 0.05$ 로 두 집단간에 유의한 차이를 보였다.

6. 공포불안, 강박신경증척도의 비교(Table 2-5)

공포불안척도의 6개 문항은 모두가 두 집단간에 유의한 차이를 보였다($p < 0.001$). 그리

고, 강박적 경향을 보이는 사고, 충동, 행동을 측정하는 강박신경증척도의 4개 문항에서는 31번 문항 “매사를 확인하고 또 확인해야만 마음이 놓인다”를 제외한 나머지 3문항에서 유의한 차이를 보였다($p < 0.05$).

7. 신경쇠약증, 건강염려증, 일반척도의 비교

Table 2-5. Comparison of phobic anxiety and obsessive-compulsive dimensions between both groups.
M(SD)

Dimension	Item No.	CLBP	Control	P value
Phobic anxiety	10	0.57(0.93)	0.20(0.64)	0.000
	19	0.31(0.69)	0.11(0.39)	0.000
	34	0.28(0.70)	0.04(0.23)	0.000
	37	0.57(0.81)	0.25(0.56)	0.000
	56	0.54(0.91)	0.32(0.63)	0.000
	59	0.46(0.82)	0.10(0.35)	0.000
Total		4.67(3.60)	2.97(2.94)	0.000
Obsessive-compulsive	3	1.19(1.03)	0.76(0.84)	0.009
	31	1.52(1.02)	1.10(2.76)	0.554
	50	0.77(1.97)	0.21(0.51)	0.000
	63	0.54(0.82)	0.17(0.43)	0.000
Total		2.69(0.82)	0.99(1.84)	0.087

Table 2-6. Comparison of Neurasthenic, hypochondriacal and general dimensions between both groups.
M(SD)

Dimension	Item No.	CLBP	Control	P value
Neurasthenic	8	1.87(2.96)	1.03(1.02)	0.158
	32	1.33(1.08)	0.66(0.82)	0.000
	40	1.12(1.16)	0.51(0.71)	0.000
	65	1.09(2.02)	0.54(0.77)	0.095
Total		5.42(4.93)	2.71(2.41)	0.000
Hypochondriacal	16	1.58(1.01)	1.30(1.00)	0.842
	24	1.44(1.06)	0.87(0.90)	0.002
	48	0.90(1.00)	0.24(0.59)	0.000
	54	1.14(1.14)	0.62(0.83)	0.000
Total		5.06(3.02)	3.02(2.32)	0.000
General	6	1.61(1.10)	1.13(0.91)	0.006
	30	0.86(1.09)	0.38(0.69)	0.000
	33	1.12(1.05)	0.69(0.83)	0.017
	42	1.27(1.97)	0.60(0.77)	0.018
	49	1.03(1.11)	0.76(1.04)	0.218
	51	0.92(1.12)	0.49(0.81)	0.000
Total		6.80(5.19)	4.01(3.42)	0.000

(Table 2-6)

정신적 피로감, 사고의 불명료를 나타내는 신경쇠약증척도 4문항에서는 8번 문항 “정신적으로 쉽게 피로를 느낀다”와 40번 문항 “정신이 맑지 못해서 생각이 잘 떠오르지 않는다”

를 제외한 나머지 2문항에서 유의한 차이를 보였다(p,0.001) 건강염려증척도 4문항 중에서는 16번 문항 “건강에 관하여 관심이 많다”를 제외한 나머지 3문항에서 각각 $p < 0.05$ 로 유의한 차이를 보였다. 일반척도 6문항에서는 49번

Table 3. Comparison of total score of each dimensions between both group.

M(SD)

Dimension	CLBP	Control	P value
Somatization	10.05(6.22)	4.31(4.56)	0.000
Anxiety	6.42(5.42)	2.99(3.33)	0.000
Depression	12.28(8.86)	6.36(5.90)	0.000
Anger-hostility	4.18(3.85)	2.00(2.40)	0.000
Interpersonal sensitivity	4.67(3.60)	2.97(2.94)	0.005
Phobic anxiety	2.69(3.82)	0.99(1.84)	0.000
Obsessive-compulsive	4.03(3.40)	2.24(3.27)	0.087
Neurasthenic	5.42(4.93)	2.71(2.41)	0.000
Hypochondriacal	5.06(3.02)	3.02(2.32)	0.000
General	6.80(5.19)	4.01(3.42)	0.000

문항 “새벽에 일찍 잠이 깬다”를 제외한 나머지 5문항에서 각각 $p < 0.001$ 로 유의한 차이를 나타내었다.

8. 각 척도의 총점 비교(Table 3)

요통군과 대조군에서 각 척도의 총점을 비교해 보면 신체화, 불안, 우울증, 분노-적대감, 공포불안, 신경쇠약증, 건강염려증, 일반척도에서는 모두 $p < 0.001$ 로 유의한 차이를 보였고 대인관계 예민성척도는 $p < 0.05$ 의 수준에서 유의한 차이를 보였다. 그러나, 강박신경증척도는 총점비교에서 양군간에 유의한 차이가 없었다($p > 0.05$). 따라서 요통군에서는 대조군에 비해 우울증, 불안 등을 포함한 다양한 심인성 증상을 나타내는 것으로 조사되었다.

고 찰

요통은 요부의 해부병리생리적 장애에 의해 오지만 그 복잡한 구조와 다양한 양상으로 인해 일차의료에서 흔히 오진하기 쉬운 난제이다.

요통의 진단을 위해서는 철저한 병력청취가 중요하다. 즉, 동통의 특성과 그 분포영역, 방사통의 부위, 동통 발병 당시의 상황, 동통을

악화시키고 경감시키는 요인, 이상 감각, 기타 자각적인 감각 변화 그리고, 운동장애의 유무 등에 관해 관심을 두어야 한다. 특히, 동통과 정서적 요인과의 상관성에 대해서도 자세히 물어보아야 한다.

요부에 대한 이학적 및 신경학적 검사도 반드시 필요하다. 상부 요통의 경우, 복부와 골반 및 직장의 이상 여부를 함께 조사해야 한다. 척추나 골반에 대한 X선 촬영 등의 영상 검사, 혈액검사, 뇨검사 및 기타 임상검사도 필요하며 정신의학적 면접 및 임상 심리학적 검사도 필요하다.¹⁶⁾

심인성 요통과 기질성 요통의 감별은 힘들지만 심인성 요통의 경우, 동통의 위치가 일정하지 않고 해부학적 구조와도 맞지 않으며, 피상하게 확산되는 경향이 있다.¹⁷⁾ 그리고 기질적 요통을 악화시키거나 경감시키는 방법에 대해 반응이 없으며 흔히 신경증적 증상을 호소하는 것을 특징으로 하는데 이는 동통이 심할수록 이러한 경향은 확산된다.^{18,19)} 또한 동통의 회복여부에 관해 큰 관심을 보이지 않으며 오히려 동통을 즐기고 있는 듯한 태도(la belle indifference)를 보이며, 동통을 통하여 어떠한 2차적 이득, 즉 주위의 관심을 끌고 불쾌하거나 괴로웠던 직장생활이나 임무를 모면하고 더

나아가서는 유리한 보상(compensation)을 받으려는 의식적, 무의식적 소망이 깃들여 있는 경우를 흔히 볼 수 있다.^{20,21)}

17세기에 Spinoza는 동통을 슬픔의 한 형태, 일차정서(primary emotion)의 하나라고 했으며, Szasz²²⁾는 신체적 통합의 위협으로 자아에 의해 인지된 결과로 동통이 생긴다고 했다. 그는 불안이 외부 대상의 상실에 대한 위협으로 생기는 것과 같이 신체의 상실이나 손상에 대한 위협으로 동통이 생긴다고 했으며, 동통은 도움을 요청하는 의사소통의 수단이 되고 공격성의 한 형태이거나 속죄(expiation of guilty)²¹⁾의 역할을 하기도 한다고 했다. Engel²³⁾도 동통경향 환자(pain-prone patients)에서 동통은 공격성, 죄책감, 상실 및 우울증과 연관되어 있다고 믿었으며 그는 동통이 말초 수용체에서 기인한다는 생각을 버리지 않으면 동통을 이해한다는 것은 불가능하다고 생각했다. Merskey와 Spear²⁴⁾는 동통이 신경섬유에서 일어나는 전기적 자극이 아니라 그것은 심리적 현상이라 했으며 많은 동통환자들은 중추신경계와 말초신경계가 복합되어 동통이 나타난다고 생각했다. 또한 Swanson²⁵⁾은 불안 및 우울증과 더불어 6개월 이상 지속되는 만성동통을 “제 3의 병적 정서(a third pathologic emotion)”라고 명명한 바 있다.

동통의 정신역동학적 측면을 종합하면, 동통은 중요한 보호자(caregiver)로부터 사랑을 획득하기 위한 것과 연관될 수 있는데, 정당성이 결여된 정서적 고통이 신체의 문제로 전치(displacement)되면서 의존적인 욕구 충족을 위한 합법적인 주장으로 환자 자신이 느끼는 것이다. 또 다른 중요한 점은 아동기때 부모로부터의 학대나 과도한 처벌을 받은 고통스러운 경험을 당한 사람이 성인이 되어서 억압된 분노가 내재화되어 동통을 느낄 수 있다. 아동기 때의 고통스러운 기억을 가진 환자들 중 일부

에서는 동통경향이나 고통스러운 기억에 대한 과도한 반응을 과거의 기억과 잘 연관시킬 수 있는가 하면 어떤 환자들은 그 기억이 너무 깊이 묻혀 있어 장기간의 자유연상, 꿈해석, 또는 심리검사를 통해서만 그 기억을 드러내는 경우도 있다.^{23,26)} 모든 동통환자들이 이런 아동기의 기억을 가지는 것은 아니지만 임상가들은 이러한 가능성에 대해 항상 경각심을 가져야 한다. 그들이 마땅히 고통을 당해야 한다고 확신하고 있는 의식적, 무의식적, 심리적 요소들이 많은 동통환자들로 하여금 치료에 저항하게 되는 이유 중에 하나일 수 있다.

동통환자들이 가질 수 있는 방어기제로는 전치(displacement), 대치(substitution), 억압(repression) 등이 있으며 부모와 같이 양가적인 감정을 가진 애정대상(love object)이 동통을 가지고 있을 때, 이를 동일시(identification)하는 과정에서 동통을 배울 수도 있다.

우울장애는 요통환자들에서 가장 많이 관련되는 정신장애이다.^{1,7,13,27~29)} Blumer와 Heilbronn³⁰⁾은 심지어 만성동통은 우울증의 한 변형된 형태라고까지 주장했다. 일반인구집단에서 우울장애의 유병률은 5-26%라고 한다.³¹⁾ 이에 대해 만성요통환자들의 우울장애의 빈도는 연구에 따라 다르지만 대개 34-57%에 달한다.^{32~34)} 하지만 여기에 감정부전장애(dysthymic disorder)와 우울증을 동반한 적응반응을 포함하면 요통환자들이 겪는 우울증의 빈도는 훨씬 높아질 것이다.¹³⁾ 이는 본 연구의 우울척도 비교에서 $p < 0.001$ 로 요통군에서 우울성향이 높게 나타난 것과 일치한다. 요통환자들의 45%에서 주요우울장애의 증상이 보였으며 이들 중 54%는 요통이 시작되기 전부터 우울증상이 있어왔고 46%는 요통이 시작된 후 우울증상이 나타났다고 보고했다. 이상에서 일반인구에 비해 요통환자들에서 우울증의 빈도는 확실히 높으며 이들 우울증은 요통의 발

생 전후에 비슷한 비율로 발생했다는 점을 보여준다.^{13, 27)}

요통환자에서 나타나는 우울장애는 대개 비전형적이다.⁷⁾ 첫째로, 가면우울증(masked depression)이 나타날 수 있는데, 가면우울증은 우울한 기분은 없으면서 다른 우울증상, 즉 절망감, 자기연민, 자존심 저하, 신경질적임 및 허무적인 사고 등이 있는 것을 말하며 특히, 이들에게 신체증상이 자주 동반된다. 두번째는 감정표현불능증(alexithymia)인데, 이것이 만성동통과 관련되어 있다는 보고는 다수 있다.^{35 ~ 37)} 이 개념은 1970년대에 Sifneos³⁸⁾가 개념화한 것으로 그 의미는 “감정을 말로 표현하지 못하는 것”이다. 이 환자들의 특징은 공상이 결핍되고 꿈을 거의 꾸지 않으며 갈등을 피하기 위해 직접적인 행동화를 잘하며 특히, 신체 증상이나 사소한 환경적인 문제들에 집착하게 된다. 따라서, 감정표현불능증이 요통환자에서 우울증이 은폐되어 있는 이유를 설명할 수 있는 것이다. 그리고 우울증은 일반인구집단에서도 자주 나타나는 증상이므로 요통과 우울장애의 관련성에 있어서 단순하고 명확한 인과론으로는 설명할 수 없다.^{6, 27)}

불안성향과 요통과의 관계에 대해서, Keefe³⁹⁾는 잘못된 인지반응과 정동반응이 만성동통 경험의 주관적 요인으로 작용하며 특히, 불안증, 공포증과 같은 잘못된 인지반응과 정동반응을 가진 환자들이 만성동통환자들의 대부분을 차지한다고 했다. 또한, Houpt⁴⁰⁾는 만성동통증후군에서 불안증이 흔하며 그 중에서도 운동긴장, 염려증상은 흔한 반면, 자율신경계 항진증상은 별로 많지 않아 광장공포증이나 공황장애는 드물다고 했다. 이 외에도 동통과 불안증이 관련된다는 보고는 다수 있다.^{1, 26 ~ 28, 41 ~ 43)} 본 연구에서도 불안, 공포불안, 건강염려증척도 비교에서 요통군이 불안과 관련된 성향이 높은 것으로 나타났다($p < 0.001$). 그러나 강박

신경증의 척도에서는 유의한 차이가 없었다. 한편, 최근 Peter¹³⁾에 의하면 요통환자에서의 불안장애의 유병률은 일반인구집단에 비해 큰 차이가 없다고 했다.

신체화장애와 요통과의 관계를 보면 만성요통환자의 25.8%에서 12가지 이상의 신체화 증상을 나타내었고, 우울장애와 알콜의존이 신체화장애의 정도와 관련된다고 한다.⁴⁴⁾ 본 연구의 신체화척도 비교에서도 요통군이 유의한 신체화 경향을 나타내었다($p < 0.001$).

인격장애와 요통과의 관계는 수동-공격성 인격장애가 많은 것으로 보고되었다.^{13, 45)} 그 외에 히스테리성, 망상성, 경계성 그리고 의존성 인격장애들도 요통환자들에서 증가되어 있다는 보고도 있다.³²⁾

약물남용은 요통환자에서 두번째로 많은 정신의학적 증후군이다.^{6, 13, 27)} Fishbain 등³²⁾에 의하면 만성동통환자들에서 약물남용의 빈도가 다소 증가되어 있으나 동통 이전의 빈도는 일반인구와 차이가 없다고 했다. 그러나, Peter 등¹³⁾은 요통환자의 34%에서 약물남용이 있다고 했으며 이들의 94%는 요통의 발병 이전 부터 약물남용이 있어왔다는 흥미로운 보고를 하여 약물남용이 심인성 요통의 원인이 될 수 있음을 시사해 주었다.

요통에 대한 치료의 원칙은 다체계적(multidisciplinary)이고 다차원적(multidimensional)인 접근이 요구되며 진단과 치료에서 일반의학적인 접근, 정신의학적인 접근이 동시에 이루어지는 treatment team planning이 중요하다. 요통에 대한 치료는 그 원인이 기질성이든 심인성이든 안정, 견인(traction), 물리치료(physiotherapy)와 적절한 요부운동(low back exercise), 일상생활방식의 교정과 잘못된 자세의 교정 등 일반적 치료법이 필수적이다. 다만 심인성 요통의 경우 최면요법, 정신치료, 그리고 항정신성 약물치료가 유용할 수

있으며, 가정과 직장내에서 파생된 정신적 스트레스나 부수적인 정신장애를 적절히 처리해주는 것이 중요하다.¹⁶⁾ 동통지각 역치(threshold)는 biofeedback, 이완요법, 운동, 명상, 최면, 위약(placebo) 등으로 40%정도 증가시킬 수 있다고 알려져 있다.

약물치료로는 진통제, 진정제 그리고 항불안제 등은 남용과 의존성의 문제로 주의해서 사용해야 한다. 따라서 때때로 amitriptyline, imipramine, doxepine 등의 항우울제가 유용하기도 하다. 항우울제가 효과적인 이유는 만성동통환자의 다수에서 우울증이 동반되어 있을 뿐아니라, 이 약물 자체가 동통의 역치를 향상시켜 동통을 줄여주는 효과가 있기 때문이다. 또한, 동통으로 인한 불면도 적지않은 고통 중의 하나인데 이 약물이 수면효과도 높기 때문에 매우 유용하다.^{5, 26)} 그리고 일부 동통환자들에서 clomipramine, fluoxetine과 같은 세로토닌계 항우울제에 반응을 보이는 경우가 있는데 이는 동통장애의 병태생리에서 세로토닌이 관련되었을 가능성을 시사해준다.

정신치료는 환자에 따라 차이가 있겠으나 심리적 소인이 강한 요통환자에서는 역동적 정신치료가 필요할 수 있다. 정신치료의 첫 단계는 환자의 고통을 공감하면서 강한 치료 동맹(therapeutic alliance)을 구축해야 한다. 비록 요통에 대한 의학적인 증거가 없는 상태라 하더라도 '문제는 마음이다'라는 식의 성급한 해석은 금물이다. 환자에게 그 고통은 직접적인 현실이며 치료자는 그 점을 충분히 이해하고 공감할 필요가 있다. 그 후 동통의 정서적인 측면을 조사하기 위해서는 환자의 대인관계의 여러 측면을 조사하고 부부관계, 아동기 등의 발달과정, 요통이 환자에게 주어지는 의미, 환자의 인지상태 등을 조사하여 동통의 정서적 측면을 환자가 이해하고 이를 극복해 나아가도록 도와준다.

요통의 심인성 요인과 심리적 작용은 요통의 정신역동학적 이해보다는 단순히 사병(malingering), 즉 꾀병이라고 속단하여 무시되어 왔다. 그러나 요통은 심리적 요소와 밀접한 관계를 맺고 있는 정신생물학적 현상이다. 따라서 요통에 대한 철저한 일반의학적 조사와 함께 요통에 동반되는 정신의학적인 증상에도 반드시 주의를 기울여야 한다. 이러한 정신의학적 증상은 요통의 치료와 예후에 밀접히 관련되어 있을 뿐 아니라 때로는 요통의 원인이 되는 경우도 있으므로 요통의 치료적 접근에는 반드시 포괄적이고 다체계적, 다차원적인 접근이 요구된다. 우리가 관심을 가져야 될 것은 요통 자체만이 아니라 요통으로 고통을 당하는 인간임을 명심해야 할 것이다.

마지막으로 본 연구는 몇가지 제한점을 가지는데 먼저 대상 선정이 성인병 검진을 위해 병원을 방문한 사람만을 대상으로 하여 일반적인 인구 전체를 대표하기 어렵고, 요통의 기간, 정도에 대한 정확성이 결여되었다.

참 고 문 헌

- 1) 박익생, 나철, 이재우, 이길홍. 심인성 동통환자의 불안 및 우울 성향. *한국의과학* 1992;24(4): 494-504.
- 2) Reuler JB, Girard DE, Nardine DA. The chronic pain syndrome: Misperception and Management. *Ann Int Med* 1980;93:588-96.
- 3) Jensen J. Life events in neurological patients with headache and low back pain(in relation to diagnosis and persistence of pain). *Pain* 1986;32:53-7.
- 4) David Borenstein. Low back pain. In: L. Randol Barker editor. *Principles of ambulatory medicine*. 4th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 870-84.
- 5) James JH. Low back. In: John Noble editor. *Primary care medicine*. 2nd ed. St. Louis: Mosby, 1026-40.
- 6) Robert JG, Peter BP, Tom GM. The domi-

- nant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back pain disability. *Spine* 1995;20(24):2702-9.
- 7) Joukamaa M. Depression and back pain. *Acta Psychiatr Scand* 1994;Suppl 377:83-6.
 - 8) Hanvik LJ. MMPI profiles in patients with low-back pain. *J Consult Clin Psychol* 1951; 15:350-3.
 - 9) Adams KM, Heilbronn M, Silk SD, Reider E, Blumer DP. Use of the MMPI with patients who report back pain. *Psychol Rep* 1981;48: 855-66.
 - 10) Claes-Göran W, Carl H, Bengt L. The personality of back patient. *Clinical orthopaedics and Related Research* 1972;87:209-16.
 - 11) Guido Magni, Cesare C, Silio RL, Herald M. Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the general population. An analysis of the 1st National Health and Nutrition Examination Survey data. *Pain* 1990;43:299-307.
 - 12) Feuerstein M, Sult S, Houle M. Environmental stressors and chronic low back pain : Life events, family work environment. *pain* 1985; 22:295-307.
 - 13) Peter B, et al. Psychiatric illness and chronic low-back pain. *Spine* 1993;18:66-71.
 - 14) Robert G, Large MB. DSM-III Diagnoses in chronic pain. *J Nerv Ment Dis* 1986;174(5): 295-303.
 - 15) 정우승, 장환일. 심인성증상간이검사(SCL-MPD)의 신뢰도 및 타당도 검증에 관한 연구. *신경정신의학* 1987;26(1):138-50.
 - 16) 민병근. 요통의 정신역동. *대한의학협회지* 1975;18(7):36-40.
 - 17) MacBryde CM, Blacklow RS. Sign and symptoms, Philadelphia, Toronto : J.B. Lippincott Co., 1970.
 - 18) 기백석, 유영식, 나철, 박두병, 이영식, 이재우 등. 심인성 동통의 임상양상에 관한 연구 1992; 24(1):40-9.
 - 19) Pilowsky I, chapman CR, Bonica JJ. Pain, depression and illness behavior in a pain clinic population. *Pain* 1977;4:183-92.
 - 20) Freedman AM. Modern synopsis of comprehensive textbook of psychiatry, Baltimore : The William Co., 1972.
 - 21) Kolb LC. Modern clinical psychiatry, 6th ed. Philadelphia, London, Toronto : WB Saunders Co., 1973.
 - 22) Szasz TS. Pain and pleasure : A study of bodily feelings. New York : Basic Books, 1957.
 - 23) Engel GL. Psychogenic pain and pain-prone patient. *Am J Med* 1959;26:899-918.
 - 24) Merskey H, Spear FG. Psychological and psychiatric aspect In : Tindal & Gassel editor. *Pain*. London : Baillere, 1967.
 - 25) David WS. Chronic pain as a third pathologic emotion. *Am J Psychiatry* 1984;141(2):210-14.
 - 26) 송지영. 만성동통의 정신의학적 관점. *대한의학 협회지* 1991;34(7):723-9.
 - 27) J Hampton A, Mark AS, Thomas LP, Igor G, Steven RG. Prevalence, onset, and risk of psychiatric disorders in men with low back pain : control study. *Pain* 1991;45:111-21.
 - 28) 유영식, 기백석, 나철, 박두병. 만성 동통에 관한 임상적 연구. *한국의과학* 1990;22(4):417-27.
 - 29) Craufurd, F Creed, Jayson. Life event and psychological disturbance in patient with low-back pain. *Spine* 1990;15(6):490-4.
 - 30) Blumer D, Heilbronn N. Chronic pain as a variant of depressive disease : The pain prone disorder. *J Nerv Ment Dis* 1982;170:381-94.
 - 31) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd edition. Revised, Washington, DC, 1987.
 - 32) 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;26:181-97.
 - 33) Katon W, Egan K, Miller D. Lifetime psychiatric diagnoses and family history. *Am J Psychiatry* 1985;142:1156-60.
 - 34) Krishnan K, France R, Pelton S, et al. Chronic pain and depression II : Symptom of anxiety in chronic low back pain patients and their relationship to subtype of depression. *Pain* 1985;22:289-94.
 - 35) Mendelson G. Alexithymia and chronic pain : Prevalence, correlates and treatment result. *Psychother psychosom* 1982;37:154-64.
 - 36) Sriram TG, Chaturvedi SK, Gopinath PS, Shanmugam V. Controlled study of alexi-

- thymic characteristics in patients with psychogenic pain disorder. *Psychother Psychosom* 1987;51:11-7.
- 37) Acklin MW, Alexander G. Alexithymia and somatization : A Rorschach study of four psychosomatic groups. *J Pers Assess* 1987;51:462-79.
- 38) Sifneos PE. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychothr Psychosom* 1973;22:255-62.
- 39) Keefe FJ. Behavioral assessment and treatment of chronic pain. *J Consult Clin Psychol* 1982;50:896-911.
- 40) Houpt JL. Chronic pain management. Stou-bemire A editor. *Principles of medical Psychiatry*. 1st ed. Orlando : Grune & Stratton, 1985: 58-65.
- 41) Katon W, Kleinman A, Rogen G. Depression and somatization : A review part II. *Am J Med* 1982;50:896-911.
- 42) Lesse S. Masked depression : diagnostic and therapeutic problems. *Diseases of the Nervous system* 1968;29:289-94.
- 43) Gross RT, Collins FC. On the relationship between anxiety and pain : A methodological confounding. *Clinical Psychological Reviews* 1981;1:375-86.
- 44) Nancy MK Bacon, Steven FB, Hampton A, mark AS, Thomas LP, et al. Somatization symptoms in chronic low back pain patients. *Psychosomatic Medicine* 1994;56:118-27.

— Abstract —

A study of psychogenic symptoms in chronic low back pain patients

Kyoung Rok Kim, M.D., Eun Hyuk Kim, M.D., Yeong Sik Jang, M.D.,

Young Seoung Seo, M.D., Dae Hyun Kim, M.D., Dong Hak Shin, M.D.

Department of Family Medicine, School of Medicine, Keimyung University

Background : Chronic low back pain (CLBP) is one of the most common afflictions of humans. Between 70% and 80% of the population experience back pain some time during their lives. Especially, back pain is the most common cause of limited activity in individuals under age 45.

Methods : The prepared questionnaire and SCL-MPD (symptom check list—minor psychiatric disorders) were presented to subjects who visited our hospital for occupational routine check. The questionnaire was composed of duration and severity of back pain. The subjects were divided into two groups, respectively with chronic low back pain history and without history. The differences of psychogenic symptoms between both groups were analysed.

Results : In general characteristics, there was no significant difference between both groups. There were significant differences in somatization, anxiety, depression, anger-hostility, phobic anxiety, neurasthenic, hypochondriacal, interpersonal sensitivity and general dimensions between both groups ($P < 0.05$). There was no significant difference in obsessive-compulsive dimension between both groups.

Conclusions : These results showed the presense of various psychogenic symptoms in chronic low back pain patients. Such psychosocial variables will need to receive additional careful attention in primary care setting. (J Korean Acad Fam Med 1998;19:16~28)

Key words : chronic low back pain, psychogenic, SCL-MPD