

## 痛症에 關한 小考(II)

—정신의학적인 측면을 중심으로—

曹眞榮 · 金知赫 · 黃義完 \*

### I. 緒 論

통증은 고대로부터 인간에게 인식되어 온 불유쾌한 증상 중의 하나이며, 실제로 병원을 찾는 환자들의 가장 흔한 호소이다. 그러나 통증은 그 기전에 있어서 신체적 손상과 관련된 경우에는 쉽게 이해할 수 있으나 신체손상 없이 나타나는 통증에 대해서는 그 기전을 잘 모르고 있다<sup>12)</sup>. 국제통증학회에서 정의하였 듯이 통증은 실제조직의 손상이나 그럴 가능성과 관련된 언짢은 감각적 정서적 경험이며<sup>22)</sup>, 또한 심리상태에 의해서도 통증을 느낄 수 있다<sup>12)</sup>.

통증은 그 양상에 따라서 급성과 만성통증으로 나눌 수 있는 데<sup>22)</sup>, 정신의학적인 측면에서의 통증은 두통, 흉통, 복통, 배부통, 관절통, 사지통 같은 만성통증과 연관되어 생각할 수 있으며<sup>5,19)</sup>, 이들 통증은 심리적 갈등이나 정서적인 문제, 정신병적인 특성을 가지고 있다<sup>11,12,17)</sup>.

한의학에서는 통증을 氣血不通, 不營으로 인하여 통증이 생긴다고 하고<sup>16)</sup>, 七情은

인체가 외계로부터 받는 정상적인 적응성 정신반응으로 七情이 지나치면 氣의 失調를 가져와서 통증이 생긴다고 하였으며<sup>2)</sup>, 특히 喜를 제외한 나머지 六情이 氣를 鬱滯시켜 통증을 유발시킨다 하였다<sup>9)</sup>.

한편 의학이 발전되면서 과거에 히스테리아로 여기던 통증이 이제는 기질적인 원인이 밝혀지고 있으므로 정신과적인 통증을 주소로 하는 환자에게는 무조건적으로 심리적 문제라고 하는 것은 안된다<sup>12,13,14)</sup>.

최근에 통증을 주증상으로 하는 환자들이 임상의를 찾는 수가 증가하고 있으며, 이에 따른 치료방법적인 모색으로 저자는 통증에 대한 小考<sup>16)</sup>에서 일반적인 통증에 대한 연구를 하였으며, 그 연구에 이어 정신과적인 측면에서의 통증을 알아보기 위하여 연구를 하였다.

### II. 本 論

통증은 의학에서 매우 중요한 체감이며, 생존을 위해서도 매우 중요한 감각이다. 통

\* 경희대학교 한의과대학 신경정신과학교실

증이 존재함으로써 조직의 손상을 방지하거나 극소화시킬 수 있으며, 임상적으로 병을 진단하는데 매우 유용한 도구로 사용되어진다<sup>1)</sup>. 통증은 실제조직의 손상, 혹은 그럴 가능성이 있는 것과 관련된 언짢은 감각적, 정서적 경험이거나, 또는 조직이 손상된 것과 같은 말로 표현된 경우라고 정의할 수 있으나<sup>12,22)</sup>, 심리상태에 의하여 신체손상에서 나타나는 것과 똑 같은 통증이 있을 수 있다<sup>11,12,17)</sup>. 즉, 통증은 객관적인 현상이라기 보다 다소 주관적이며 통증의 역치 또한 개인적인 차이가 많으며, 통증에 대한 무감각한 사람이 있는 반면에 통증에 대하여 아주 민감한 사람도 있다<sup>8)</sup>. 이렇듯 통증은 그사람의 정서적 심리적 상태에 따라 다르게 느껴진다.

### 1. 심인성통증의 기전<sup>21)</sup>

정신과적인 질환이 통증을 가져오게 하거나 증악시키는 데는 4가지 기전이 있다.

가장 일반적인 것 중의 하나이고 통증을 악화시키는 것은 환자가 어떤 병소를 가지고 있고 그것에 대하여 신경을 쓸 때이다. 이러한 영향의 정확한 정신의학적이전은 알려져 있지 않다. 그럼에도 불구하고 다른 것에서 기대되는 것보다 병변으로부터 더 많은 통증을 경험한 불안한 상태의 환자에게서 종종 관찰된다. 불안의 감소는 그들의 통증을 감소시킨다. 아마도 이것은 Gate control theory로 설명되는 정신과적인 경우에 가장 적절한 통증일 것이다.

드물기는 하지만 가끔은 통증은 정신적인 환각에 기인한다. 이것의 가장 명백하고 드문 예는 정신분열증이다. 전형적인 정신분열증 환자는 통증에 대하여 거의 전적으로

관심이 없다. 정신분열증환자는 둔한 두통과 같은 약간의 통증은 갖고 있으며 환각으로 인식하지 못한다.

통증을 발현하는 3번째 기전은 잘 알려진 긴장성 통증기전이다. 적절한 순환이 없이 근육이 운동하게 되면 의심할 것도없이 불편감과 심한 통증을 야기하게 된다. 이것은 40년 전에 발표된 것으로 조직으로 부터 생산되는 노폐물의 부적절한 제거는 통증이 있는 유해한 자극을 공급한다는 것이 일반적인 학설이다. 모든 신체부위의 익숙치 않은 운동, 특히 감정적 긴장의 상황 아래서는 근수축에 기인하는 통증을 야기하게 된다. '근수축성두통'은 이러한 병인설을 함축한다. 일상적인 생활이, 또한 불안해하는 많은 사람과 근긴장이 증가되는 사람들 등 많은 경우에 있어서 완벽하게 적용된다. 그러나 정신의학적인 경우에서 모든 경우에 이학설을 적용하는 것에 한계가 있다.

4번째로는 명백한 신체적인 질환이 없는 만성두통이나 다른 만성통증의 환자에게 아마 적용될 수 있을 거라고 추정되는 데, hysterical mechanism으로 생기는 통증이 히스테리컬한 증후라는 생각은 고대부터 인식되어 왔고 최소한 중세시대에 널리 퍼졌다. 그것은 너무 일반적이어서 hysteria로 부터 기인하지 않은 약간의 통증은 너무 쉽사리 이런 방법으로 설명되어왔다. 아마도 환자의 생각이나 히스테리컬한 과정에서 생기는 통증의 가장 좋은 보기는 그의 아내가 분만할 때 느끼는 남편의 통증을 일으키는 couvade syndrome이다. 또다른 보기는 히스테리 발작을 일으킨 과거력이 있는 환자의 두통병력이다.

## 2. 만성통증

통증은 임상적으로 크게 급성과 만성통증으로 나눌 수 있는데, 만성통증은 확실한 기준은 없으나 신체장애에 따른 정상적인 회복기간을 지나서도 통증이 지속되는 경우, 혹은 3개월 내지 6개월 이상을 지속하는 통증을 말한다<sup>12,22)</sup>.

만성통증은 일반적으로 통증이 3개월 이상 지속되는 경우를 말하며, 이런 류의 환자에게는 부위와 특징, 지속시간들이 보다 애매하며 그렇기 때문에 자율신경의 적용 경우에는 자율신경계의 과민성이 보이지 않는다. 만성통증의 환자에게는 정신적, 사회적, 기능적인 중요한 변화가 발생하며 종종 약물학적인, 행동적인, 재활적인 측면에서의 다양한 치료방법이 고려된다<sup>22)</sup>.

한편, 급성통증의 경우는 불안증세가 크고 암시와 위약에 효과가 크나, 만성통증의 경우에는 암시와 위약에 별로 반응이 없다. 통증환자중 특히 만성통증이 문제가 되는 경우는 인구의 1/3이 1개 이상의 통증에 시달리며, 그로 인한 치료경비의 지출이 과다하며 작업능률의 감소가 따르기 때문이다<sup>12,21)</sup>.

이런 만성통증이 정신의학적인 측면에서 급성통증보다 더 관련되는 이유는, 첫째 통증을 호소하는 상당수의 환자들 중에서 기질적인 원인이 밝혀지지 않고 심리적인 원인에 의한 경우가 많기 때문이다. 둘째, 통증환자에서 불안 우울 등의 많은 정서장애가 동반되며, 통증이 정신과 병원에 찾아오는 환자들의 2번째 흔한 증상이기 때문이다<sup>12,21)</sup>

만성통증환자의 병인을 알아보면, 구조적인 질환에서 류마티스 관절염, 전이성 암,

거대 적혈구성 빈혈 등에서 발생하며, 또한 통증과 해방이 교대로 발생하며 통증의 크기가 적거나 줄어드는 특징을 가지고 있다. 정신적인 요인은 통증을 악화하거나 경감시키는 중요한 요인이 된다. 정신생리학적 장애도 통증을 야기한다. 이런 환자에게는 추간판탈출증이나 건파열과 같은 구조적인 질환은 존재하기도 하나 정신적인 요인이 만성으로 생리적인 변화를 가져와서 근육연축과 같은 질환이 치유된 이후에 지속적으로 통증을 야기한다. 전형적으로 이런 환자는 생리적으로 활발하지 않으며 많은 시간들을 그들의 통증에 대하여 말하고 생각하는 것으로 보내며, 종종 그들은 사회적이거나 감정적으로 격리되며, 환자들은 병리학적인 상태로 규정된 것보다 더 '만성적인 병태'에 의하여 파괴된다. 그들은 건강기구를 과도하게 사용한다. 성공적인 치료는 병리학적인 상태를 바로 잡아 주려는 의학적인 중개가 아니라, 통증행위를 교정해 주는 재활치료요법으로만 유일하게 할 수 있다. 신체망상에 기인하는 통증은 구조적이거나 생리학적인 기초로 하는 것이 아니다. 이런 환자는 심각한 정신적인 장애가 있으며 통증에 대한 병력은 다소 애매하고 기괴하며, 통처의 분포는 진단으로 추측하기는 다소 비해부학적이다. 이런 환자들은 오직 정신적인 치료에만 반응한다<sup>22)</sup>

따라서 만성통증증후는 기질적인 원인이 그 통증의 주된 원인이 아니고 정신적인 원인이 그 대중을 이루는 데 여기에는 3가지 유형이 있다. 첫째는 기질적인 원인이 있어서 이차적으로 정신과적인 통증증가요인이 발생한 경우이고, 둘째는 정신과적인 질환이 있는 경우의 환자가 정신과적

인 문제가 통증의 결과를 가져오는(effected pain, exaggerated pain) 경우, 셋째는 실제로 통증은 없으며 통증을 가장 하면 자기에게 유리하므로 생기는 통증(affected pain)을 들 수가 있다.<sup>17)</sup>

(1) 부위별 통증 5,19).

1) 흉통

흉통은 조직질환의 일반적인 증후군이다. 신체적인 질환이 없는 흉통은 또한 고통과 무력의 일반적인 원인이 된다. 흉통을 일으키는 조직질환이 있다. 심장성 원인중 가장 중요한 것은 심근허혈을 가져오는 관상동맥의 부전이다. 다른것으로는 관상동맥의 미세순환의 부전이다. 흉통의 또다른 원인은 경추와 흉추의 골관절염, 흉벽의 압통과 같은 골격의 질환이다. 흉통은 또한 소화성궤양, 식도역류, 식도운동장애와 같은 위장관으로부터 야기하며 과호흡도 흉통을 야기한다. 몇몇의 경우에는 원인을 알 수가 없다.

또한 감정의 장애도 흔히 흉벽통의 원인이 된다. 보통 임상양상은 꼭 조인다, 때로는 쑤시는 것 같다 등으로 표현하지만, 때로는 상당히 심한 통증이 발생하기도 한다. 이 증상은 거의 항상 압박감, 교액감을 동반하고 전흉부의 다른 부위에서도 느낄 수 있지만 흉골에 걸쳐서 느낄 때가 많아 심근허혈로 오인된다. 보통 30분 전후 계속되며 강도는 천천히 변동되고 1일간 지속될 때도 있다. 대개는 피로나 정신긴장을 동반하지만 환자는 그것에 신경 쓸 때까지 모르고 있으며, 또한 무의식중 장기간에 걸친 근긴장의 확대에 의해서 일어나는 것 같으며 때때로 과환기에 의하여 증강된다. 허혈성 통증과의 구별은 통증이 장기간이고

운동과는 아무런 관련이 없고 피로나 긴장을 동반하고, 며칠동안 주기적으로 출현하며 운동능력에 하등의 제한도 주지않는 점으로 구별된다. 비심장성 흉통은 정신병이 환과 관련이 있다. 비심장성 흉통을 가진 환자는 관상동맥질환자나 흉통질환자보다 더 우울해하고 불안하고 더 공포감을 갖고 있다. 많은 이런 환자들은 그들이 심각한 신체적질환을 갖고 있다고 믿는다.

2) 만성골반통

만성골반통은 여성을 극심하게 고통받게 하는 통증이다. 만성골반통은 전형적인 전(前)폐경기 증후이다. 특징적인 증후는 치골상부의 한쪽이나 양측의 장골외에 찌르는 듯한, 또는 타는 듯한 간헐적인 병세 악화를 가진 둔한 통증이다. 이 통증은 안쪽 대퇴부에도 방산된다. 통증은 생리전에 악화되고 종종 심각한 성교불쾌증을 초래한다. 통증은 자세의 변화나 걷는 것으로 부터 악화되며, 백대하증이나 방광의 불안정성과 관련되며 골반검사에서의 심각한 국부적인 경직 이외는 지속적인 신체적인 증후는 없다. 만성적인 골반통증의 다양한 신체적인 원인 - 만성골반염증이나 신경의 이상이 추정되어 왔다. 그러나 이러한 견해를 뒷받침하는 증거는 보이지 않으며, 다른사람들은 골반맥관염이나 울혈이 원인이라고 말한다. 또 다른 사람은 Trigger points로 표현하고, 피부절 근처의 신경과민과 관련된 과민에 기인한다고 하였다. 만성골반통을 가진 많은 환자들은 우울증의 과거력이나, 현재 우울한 증후, 약물남용, 현재 성적인 문제를 갖고 있다. 비록 통증을 가진 환자의 정신과적인 장애의 빈도가 증가한다고 지적하지만 독립적인 이러한 환자의 평가는

통증이 없는 그룹처럼 조직병리학적인 정도에서와 같은 수준이다. 장애의 본질에 대한 조사와 설명에도 불구하고 44%의 만성골반통 여성들은 그들이 질병을 갖고 있으며, 그들의 내과 의사는 그들의 질환을 정확하게 진단하지 못하고 있다고 믿는다.

### 3) 일과성 직장항문 신경통

일과성 직장항문 신경통은 직장의 간헐적인 통증을 주성상으로 하는 증후군이다. 통증은 극심하며 조여드는 것 같으며, 대개 갑자기 시작되며 수초에서 수분동안 지속된다. 때때로 발작은 방기에 의하거나 장운동 후, 그리고 빈도는 약하지만 성행위 후에 뒤따른다. 기절하거나 지속적인 발기들의 다른 증후들은 드물며 발작과 동시 또는 발작후 단시간 내에 발생한다. 대부분의 환자들은 일년에 6번 이상 발생하지 않으나 몇몇에서 그보다 자주 발생한다. 병인은 알려져 있지 않으나, levator ani 건의 연축이나 혈관장애와 같은 골반상(床)의 근육통증에 기인한다. 환자들은 평균 이상의 높은 지적 수준을 가진다. 세계의 신경성 경향의 MMPI 점수는 다른 환자에 비하여 약간 상승되어 있다. 보고된 연구에 의하면, 73%의 환자들은 불안과 긴장이 있으며, 67%의 완전벽, 40%의 심기증, 33%의 신경성증후군이 어렸을 때부터 있다.

### 4) Hysterical Pain(Conversion Pain, Psychogenic regional pain)

이 장애의 성상에 대한 완전히 일치된 견해는 없다. 신경분포의 해부학적 형태의 모순성을 갖기 때문에 이 통증은 말초신경자극으로 설명할 수 없다. 횡문근이나 평활근의 수축과 같은 생리학적인 활성으로 설명하기가 불가능하다. 이 통증은 다양한 정신

과적인 증후가 생긴다. 이 통증은 운동결함, 민감성, 많은 경우에 있어서 운동무력, 통각감퇴증과 같은 생리학적인 증후가 하나 또는 그보다 많이 관련된다. 이 통증의 본질에 대해서는 일치하지 않으며, 어떤 전문가들은 관련된 부위의 통증은 많은 경우에 hysterical로 간주하며 또한 어떤 사람들은 관련된 통증은 hysterical 과는 거리가 멀다고 한다. 그러나 특수한 검사를 하지 않고 일반적인 검사만 하였을 경우에는 관련된 통증을 가지는 환자들을 conversion disorder로 잘못 진단을 내린다. 히스테리의 많은 증후들이 조직학적인 병변에 발견되고, 게다가 conversion disorder 증후군과 증상은 통증의 존재를 믿을 수 없다. 상지에서 수의적인 힘을 검사할 때 몇몇의 환자는 통증의 결과나 상처로부터의 환자의 공포들에 대한 모순된 반응을 보인다. 유해한 자극에 대한 역치가 심한 통증을 가진 환자에게서 증가하기 때문에 conversion disorder의 증거로서 감각상실의 해석은 장기간의 고통과 심한 통증에 대한 환자의 결과이다.

5) 긴장성두통 및 정신과 질환에 동반이 되는 두통은 보통 양측성이고 두정부를 중심으로 해서 광범위하게 퍼져나가며 후두부, 경부에 국한되는 경우도 많다. 환자의 상태는 통증보다는 충만감, 긴박감, 압박감 등의 감각으로 표현하고, 서서히 시작하여 수주일 - 수개월 지속되며 이완됨이 없는 압박통이 특징이다. 수면은 가능하나 환자가 각성하였을 때에는 언제나 통증이 있고 일반적인 진통제는 통증이 강한 경우를 제외하고는 반응하지 않는다. 긴장성 두통은 중년기에 많고 불안과 우울이 수반되

어 나타난다. 월경전 두통의 대부분은 이러한 경우이고 폐경기에도 긴장성 두통의 빈도는 증가한다. 긴장성 두통이 있는 환자를 조사하면 불안신경증이나 건강염려증이 있고 가벼운 우울이 있다.

6) 심인성 복통은 일반적인 복통의 양상과는 다르며 이의 기전을 정의하기는 곤란하다. 보통 문제가 되는 것은 복통을 호소하는 히스테리성인 소녀가 젊은 여성으로 이들은 복통때문에 충수나 그의 장기를 상실한다. 그들은 단기간의 복부 불편감을 가져오는 배란 또는 그외의 생리적 현상을 대이변이 있는 것과 같이 과장한다. 심인성 복통에서는 그 형상과 위치는 천차만별이지만 식이섭취와는 관계가 없고 야간에 발병할 때가 많다. 구역, 구토를 호소할 때가 간혹 있으나 실제로 이것이 있을 때는 드물다. 복부장직은 있더라도 환자의 주위를 다른데로 돌리면 오래 계속되지 않는다. 한국성인 통증이 오래 지속되는 일도 드물며 있더라도 근육의 강직이 그 부위와 일치하지 않거나 또는 결여한다.

7) 하배부통은 대상성 히스테리, 假病, 불안, 신경순환무력증(신경무력증), 우울증, 건강염려증, 혹은 증상이나 호소가 어떤 정신병의 범주에도 속하지 않는 신경질적인 사람에게서 나타날 수도 있다. 물론 그와 같은 증례의 하배부통에 있어서도 원인이 척추나 척추 옆 조직에 있는 수가 많기 때문에 이를 염두에 두고 주의 깊게 원인을 찾아볼 필요가 있다. 그러나 정신적 요소가 공존하거나 2차적으로나마 영향을 주고 있을 때는 통증이 실제 이상으로 과장되며 오래고 쇠약감이나 무력감을 동반하게 된다. 특히 보상과 같은 개인적인 이득의 가능성

이 있을 때는 더욱 그러하다. 기질적으로 확실한 질환이 없는 하배부 통증을 오랫동안 호소하며 대상을 구하는 환자는 시간이 흐름에 따라 의사나 또는 참으로 아프냐고 묻는 사람들에 대해서 불신감과 적의를 갖게 되어 비협조적으로 된다. 그같은 환자는 통증을 호소하는 것보다 오히려 얼마만큼 몸이 말을 안듣고 또 잘못된 치료를 받고 있음을 강조한다. 이러한 특징이 있고 골부에 병적소견이 없으면 정신적 요인을 의심한다. 어떤 예에서는 대개는 假病이라는 것이 명백하지만 직립하여 걸을 수가 없어 직각으로 몸을 구부려 걷는 기묘한 자세를 취하기도 한다. 우울증환자와 심기증환자는 성가신 문제를 제시한다. 불안과 우울상태를 경시하는 것은 흔히 범하고 있는 잘못이며, 환자가 자기의 병과 이에 의한 사회적 영향을 걱정하는 것을 내버려 두는 것도 잘못이다. 골관절염과 체위에 의한 통증과 같은 흔히 있는 사소한 병도 신경질을 내고 자기의 몸만 생각하고 있으면 과장되어 참을 수 없게 된다. 이러한 환자는 잘못하여 무효한 수술을 받을 때가 있다. 척추의 기능이상에 비하여 몸을 움직이지 못하는 정도가 심하며, 환자의 주요증상은 불행감과 절망감이다.

(2) 정신과적인 측면에서의 만성통증증후군<sup>17)</sup>

만성통증증후군은 그것이 기질적인 원인에서 발생하였던지 아니던지 간에 정신과적인 문제가 항상 내포될 수 있다는 것을 명심하여야겠다. 이러한 만성통증증후군의 파악을 위하여 병전성격의 파악, 사회적환경원인분석이 중요하다. 객관적인 원인에 있어 발생한 만성통증증후에 정신적으로 과장되

거나 이차적으로 발생한 만성통증증후군, 잠재적으로나 정서적으로나 필요에 의해서 통증을 가장한 환자 등으로 나눌 수 있다.

#### 1) 객관적인 통증이 있는 환자

기질적인 원인이 판명된 경우에는 병전성격이 정상적이고 가정의 파탄, 대인관계, 정상적인 사생활을 유지하는 것이 보통이다. 통증이 만성적으로 진행된다면 우울증은 경험하게 되며 MMPI 검사에서 건강염려증, 우울증, 히스테리아의 소견이 나타난다. 자살에 관한 고려를 하며, 직장, 결혼생활에 문제가 있고 습관성약물을 남용하며 DOCTDR SHOPPING을 하며 여러번의 수술을 받게 된다.

원인이 확실치 않는 통증은 잠재성 악성종양환자에게서 발견되는데 통증의 예후는 병전성격이 중요한 인자로 작용한다.

#### 2) 과장된 통증을 가진 환자 (effected pain)

병전성격이 정신과적인 이상이 있는 환자에서 관찰된다. 일반 사회생활의 적응력이 없고 알코올 코데인 등 습관성 약물의 복용과거력이 있다. paranoid 환자에서 만성통증을 호소하는 환자가 많고, 히스테리 환자, 성격장애, 긴장증, 우울증의 증상으로도 나타난다.

기질적인 원인이 있는 정신장애에서의 과장통증은 병전에 집중력이 감소, 기억력 장애, 수면장애가 발견되는 것이 보통이다. 우울증, 지능의 감소, 작업수행능력이 떨어져 본인이 당황하게 된다. 기질적인 뇌증이 발생된 후 수년이 경과하여 발생되며 통증의 정도는 신체적 결함의 정도에 비례한다. 원인되는 질환은 뇌졸중, 픽스병, 알츠하이머병, 노쇠현상, 알코올등의 중독, 매독이나 만성바이러스 감염증이다.

편집성 정신분열병 환자나 편집증 환자의 과장통증은 피해망상이나 과대망상 등의 증상이 있는데 감별진단으로 암페타민정신증, 조증, 정신적 우울증, 진성 편집성 성격, 신경증, 기질적 뇌증, 알코올이나 다른 흥분제의 과도한 사용 등이 있다. 병전성격의 문제가 항상 있고 편집증의 증상이 나타나며 결혼생활이 원만치 않고 직장경력도 좋지 않은 경우가 많다.

정신신체성 인자에 의한 과장통증은 정신과적인 병리현상이 신체적으로 나타나는 기전에 의하여 발생하는데 정신과적인 요인이 근육긴장으로 전환된 상태이며 과장된 통증은 보이지 않으며 정신과적 인자가 근긴장의 결과를 가져온 상태 (effected)라고 말할 수 있다. 병전성격은 긴장되어 있고, 불안하고, 신경질적이며 결혼생활, 성관계 등이 좋지가 않고 빗을 지고 있는 경우가 많다. 근육이 긴장되거나 목 상지 양쪽어깨에 죄임감이 있고 비전형적인 안면통, 요통, 전두 및 후두부 두통을 호소하며 불안감으로 불면증이 있을 수 있다. 정신적인 문제가 신체증상으로 나타나므로 흥미롭다 하겠다.

정신적불안증 및 우울증환자에서의 과장통증은 불안신경증 및 우울신경증환자에게서 발견되는 경우인데 병전성격은 자기 주변의 가까운 사람이 사망하든지 이혼하든지 경제적 곤란, 법적인 문제 등이 문제가 될 수 있다.

의지성 성격장애에의 과장통증은 소년기에서부터 사회적응의 곤란을 경험하는 것이 보통이다. 부모에게 너무 과보호를 당한 경우가 많고 주체자립성이 없다. 의사에게 너무 의존적이고 바름 중독자가 많다

강박성 성격장애에서의 과장통증은 경직성과 감정표현의 억제가 너무 과하며 원칙에 너무 매달리고 확실성을 강조한다. 조그만 외상에 대하여도 심한 반응을 하며 정확한 진단을 받으려고 노력한다. 의사의 지시에 엄격히 매달리는 성격이며 너무 완벽하기를 희망한다.

히스테리 성격장애 환자에서의 과장통증은 대개 부인환자이며 파혼, 이혼경력이 있으며 스스로를 극화하기를 좋아하며 상대방을 유혹을 잘하고 간혹 성관계가 문란하다. 이기주의적이고 감정이 쉽게 동요되며 과장파 거짓말을 잘하며 불감증환자가 많다. 관심집중을 받기를 좋아하며 울고 웃기를 잘한다. 히스테리성격장애는 Briquet 증상과 달리 정신신체증상이 없고 기존증상을 과장하지 않는것이 다르나 90% 정도의 증상은 같다.

Briquet 증후에서의 과장통증은 다발성 신체성 증상이 히스테리 성격장애에 추가될 때를 말하는 것으로 일상생활의 스트레스에 적응을 못하는 성격이며 두통, 피로감, 불안감, 경도불순, 성적곤란, 변비 등 10여개의 증상군에서 55개의 증상이 있다.

### 3) 가장통증(affected pain)

기질적인 원인에 의하여 통증이 발생하였다가 그 원인이 없어졌는데도 통증을 호소하는 경우이며 통증이 있다고 호소하므로써 자기에게 유리할 때 발생한다. 간혹 전환반응으로 생기며 이때는 무의식적으로 자기 방어기전에 의하여 기인된다고 생각된다.

피병으로서의 가장통증은 만성통증환자 중 가장 공격적이며 히스테리 증상과 비슷하다. 자기의 피해를 보상받으려는 강한 심리가 통증의 원인이라고 생각된다. 병전성격은 가

정환경, 지능이 낮은 경우 등과 관련이 있고 경제적 이득에 대한 강한 동기가 있다. 상지통, 견부통, 요통 등으로 나타난다. 대개 위험스러운 상황으로부터 도피 경제적 이득, 타인의 동정 등을 얻기 위함이 내재된 기본 병리이다.

전환반응에서의 가장통증은 수동적이고 남에게 의지하는 사람에게서 가장 많이 발생한다. 외상성신경증, 초기의 정신병 또는 우울증환자에게서 관찰된다. 요통, 비정형성 안면통, 두통 등의 증상으로 나타나기도 하고 복통으로 나타나기도 한다. 병리기전은 감당할 수 없는 스트레스에 대하여 대결할 수 있는 방법으로 전환된 상태라고 하겠다. 이런 기전에서 발생한 통증은 무의식적으로 잠재하여 실제 있는 것으로 생각할 수 있다. 이러한 환자들은 피병환자와 달리 아주 협조적이다.

### 3. 심인성통증장애(psychogenic pain disorder), 신체형통증장애(somatoform pain syndrome)<sup>3,7)</sup>.

신체적인 질환 없이 혹은 신체적 원인으로 설명이 불가능한 통증을 주소로 하는 환자로서 그 원인이 심리적인 요인으로 간주되는 경우를 심인성 통증이라고 한다. 물론 이에 상응하는 다른 신체적 질환이나 정신질환이 없어야 한다. 이 종류의 장애는 과거에는 독립된 질환단위로 취급하지 않았고 대체로 정신신체장애에서의 통증과 전환장애에서의 통증은 같은 증상으로 불리어지던 것인데 DSM-III에서 독립된 질환단위로 처음 등장하였다<sup>4,8)</sup>. 매우 흔한 질환으로서 통증을 주소로 하는 환자 중에서 심인성 통증이 가장 많다. 남자보다 여



자에게서 훨씬 많다.

원인 및 발병 동기를 보면, 유전적인 것은 잘 알려져 있지 않으나 환자의 가족에게서는 통증이 주증상이 되는 신체 손상이나 질병을 앓은 사람이 일반인구에서 보다 훨씬 많은 것으로 알려져 있다. 유아기에는 말초신경자극이 직접 대뇌에 지각되나 나이가 들면서 생활과 관련된 감정, 개념, 행동양상, 인격 등에 따라 그 지각의 정도가 달라진다. 어린시절 심한 통증의 경험이 있으면 어른이 되어서도 통증이 지각될 때 그 경험에 의해 더욱 심각하게 느낄 수 있다. 심리적 요인을 보면, 통증은 두가지 상징적 의미가 있다. 첫째는 벌을 받는다는 상징적 의미를 갖는다. 그것은 어릴 때 벌을 받은 것에서 아픔을 느낀 경험에서 온다. 그래서 통증은 죄의식과 연결된다. 둘째는 사랑받는다는 점이다. 어릴때 질병이나 상처로 아픔을 경험했을 때 부모의 관심을 집중적으로 받았던 경험에서 통증을 느낌으로서 사랑의 배고픔을 배우고 관심을 끌려고 하는 심리가 생겨나기도 한다. 상징적으로 갖는 통증의 의미는 통증환자의 심리적 상황을 이해하는데 도움을 주나 그것이 곧 심인성 통증의 원인이라고 할 수는 없다. 병전인격은 별로 알려져 있지 않으며, 발병동기는 생활의 극히 어려운 일에 직면했거나 인격발달 과정중 단 한단계에서 그다음 단계로 이행하는 과정에서 일어난다.

심인성통증의 증상으로 나타나는 통증의 종류는 많다. 그러나 어떤 종류든지 신체적 질병이 없고 그런 신체적 요인으로 설명이 되지 않는다. 통증의 발생, 악화가 일시적이거나 자기 환경과 그곳에서 오는 심리적 자극에 의해 좌우되거나 통증이 자기에게

불리한 어떠한 상황에서 도피하는데 도움이 되거나, 앞으로 닥쳐올 불리한 상황을 미리 피하는데 도움이 되는 것임을 파악함으로써 통증의 심리적 요인을 알아낼 수가 있다. 환자자신은 심리적 요인에 의해 유발되었다는 사실을 극구 부인한다. 그리고 신체질환을 다루는 의사를 찾아 다니는데 자기의 질병을 인정해 주기를 바라면서 자기의 통증을 과장해심각하게 표현하는 경향을 가지고 있다. 통증은 좌골신경통이나 협심증과 같은 잘 알려진 증상을 모방하기도 하고 국소적일 경우 감각마비나 운동이상을 동시에 수반하기도 한다. 가장 흔한 통증의 종류는 두통, 요통, 흉부통, 복통, 관절통, 사지통 등이다.

심인성통증은 급작스럽게 일어나서 수일 또는 수주간에 더욱 심해지는 것이 보통이고 적절한 조치를 받거나 발병계기가 되는 환경여건이 제거되면 소실되는 것이 통례이다. 며칠 몇년 계속되기도 하며 극적인 복통호소로 불필요한 수술을 받기도 한다.

심인성 통증의 진단은 실질적인 신체적 질환이나 다른 정신질환이 없음을 확인해야 하고 그것이 심리적 요인에 의해 유발되었음을 확인함으로써 이루어진다. DSM-III의 진단기준에 의하면 4,9) ; 1) 통증이 주증상을 이루어야 하고, 2) 철저한 검사 끝에 신체질환이 없음을 확인하고, 3) 다음 중 하나에 해당되는 심리적 요인이 있어야 한다. 즉, 통증의 발생, 악화가 일시적이거나 자기 환경과 그곳에서 오는 심리적 자극에 의해 좌우되거나, 통증이 자기에게 불리한 어떠한 상황에서 도피하는데 도움이 되거나, 앞으로 닥쳐올 불리한 상황을 미리 피하는데 도움이 되는 것, 4) 통증에 상응하는 신체

질환이나 다른 정신장애가 없어야 한다. 피병과도 감별이 필요한데 이때는 감별이 매우 어렵다. 환자의 환경여건을 면밀히 살펴어서 피병의 동기가 있는지를 아는 길밖에 없다. 신체화장애, 전환장애, 우울증, 정신분열증에서도 여러종류의 통증이 있으나 이들의 경우 통증이 주증상이 아니라는 점, 그래서 그밖에 진단에 상응하는 증상들이 위주가 된다는 점에서 심인성 통증과는 구별이 된다. 긴장성 두통, 편두통 같은 경우는 그것들이 생리적 변화가 있기 때문에 심리적 통증으로 진단해서는 안된다.

다음 일곱가지 증상적 혹은 자신의 태도의 특징이 있을 때 그것이 심리적 원인과 결부된 증상일 가능성이 높다고 할 수 있다.

- 다발성 : 통증의 부위와 종류가 여럿이며 치료를 해서 하나의 통증이 소멸되면 또 다른 통증이 발생한다.

- 진실성주장 : 치료보다는 오히려 우선 자신의 통증이 진짜임을 알아주고 인정하고 믿어주기를 바란다.

- 부정 : 정서적 문제가 있음을 부정한다. 간혹 우울 불안을 인정한다 하더라도 그것은 통증 때문이지 그러한 감정이 통증에 미치는 영향은 없다고 말한다. 원래 기질적 통증은 그 경과에 기복이 있고 공포 분노 슬픔 등 정서상태의 반영을 받는것이 정상이다. 그러한 정서상태가 통증에 아무런 영향을 미치지 않는다고 주장한다면 일단 심인성통증을 의심해야 한다.

- 대인관계와 증상의 유관성 : 면담중에 환자와 직접, 간접으로 혹은 상징적으로라도 어떤 관계가 있는 사람의 이름이 나올 때 잘 살펴보면 환자가 표정을 찌푸리거나 그 순간 통증을 호소하는 것을 볼 수 있다.

면담중 그런 사람이 방안에 들어올 때 통증이 생기거나 악화되는 수가 있다.

- 유일성 : '이런 환자를 본일이 있습니까?' 라는 질문을 잘 하는 환자, 즉 자신의 증상이 이 세상에 유일한 증상이라고 생각하고 틀림없이 의사도 이런 증세는 처음 경험했을 것이라고 생각한다.

- 변동이 심한 대의사 관계 : 대개 이런 환자들은 처음에는 의사를 추켜 세우고 의사에 매달린다. 그러다 낮지 않으면 의사에게 대들고 불평하고 남에게 의사를 욕하고 헐뜯는 사람이다.

- 증세의 완고성 : 치료해도 낮지 않는다고 주장하고 오히려 더하다고 주장한다. 기질성 통증은 변동이 있기 마련이다.

#### 4. 통증을 수반하는 정신과적인 상태 11)

통증을 주소로 하는 정신과적인 장애유무를 알아보는 것이 중요하다. 즉, 우울증, 신체형장애, 보상신경증, 정신증, 피병증, 통증유발성 인격에 대하여 관찰하여야 한다.

우울증의 가장 흔한 증세로는 두통이 가장 많고 흉부통, 요통, 류마치스성 통증, 복통 등도 많다. 문제는 우울증에 수반된 통증 자체에 어떠한 특징이 없는 점이다. 따라서 진단은 통증을 일으킬 만한 이화학적 소견이 없으면서 어떤 손실 같은 유발사건이 있을 때 그리고 우울증의 증세, 즉 수면, 식욕의 장애, 정력의 감퇴, 피로감, 흥미상실 등의 증세와 죽음에 대한 생각의 집착이 있을 때 내릴 수 있다. 그러나 환자는 그러한 유발요인이나 부수된 증상에 대해서는 호소를 않거나 부정하고 통증에 대해서만 집착하기 때문에 유도해서 잘 물어

보거나 가족들에게서 제공받아야 할 경우가 많다. 우울증이 있어서 통증이 생기는 반면에 통증이 있어서 우울증이 생기는 경우도 있는데 이런 사람은 자신이 우울하다고 쉽게 인정한다. 이런 반응성 우울증에서는 체중감소, 식욕부진, 수면장애, 정력감퇴 등 신체증상이 없거나 가벼운 점이 특징이다.

신체형장애는 주로 여성에게 많은 만성장애로서 대체로 젊어서 시작하고 생애의 상당한 기간 동안 병이 있었다고 하는 사람들이다. 두통, 복통, 월경통, 성교시통증, 흉부통, 요통, 관절통, 사지통, 생식기 통증, 배뇨시 통증 등이 많다. 이외에도 특수 감각기관의 기능상실, 근육마비 등의 전환증세, 오심, 구토, 소화불량, 설사 등의 위장관장애, 여러가지 여성 생식기 및 성적인장애, 심계항진, 현운, 호흡곤란 같은 심폐증세 등이 부수되는 수도 많다. 증상호소 양상이 극적이고 과장되며 애매하다. 여러의사를 찾아 다니며 소위 종합검사를 자주하고 신경성이라는 진단을 받았다는 사람들이 대체로 이 범주에 속한다.

정신분열증과 기질적 정신증에서도 통증증세가 나타날 수 있다. 이런 경우 통상 통증은 현실감을 벗어난 망상적 수준에 있으며 그 분포나 성질상 괴이한 양상을 띤다. 그리고 통증이 다른 정신증적 증세, 예컨대 피해망상과 연결되어 나타나기도 한다.

보상신경증의 경우는 교통사고, 산재, 구타사건 등과 연관된 경우 외상은 다 치유되었는데도 계속 통증증세 등이 있다고 호소하는 경우가 많다. 보상문제에 대한 관심이 없다고 부인하지만 실은 보상문제에 매달려 있다. 이런 경우는 피병과 다르다. 외상의 정도를 감안할 때 지나친 증세를 과장해서

호소하거나 보상신경증에서는 통증이 실제 통증을 알아야 한다.

피병이 다른 심인성장애와 다른 점은 증세가 없으면서 의식적으로 있는 척 하는 점, 그리고 돈이나 어떤 특권을 얻어 내려 하거나 혹은 싫은 책임을 회피하려 하는 등 어떤 뚜렷한 목표가 있는 점이다. 그는 고통스런 검사과정을 싫어하여 되도록이면 피하려 한다.

통증유발인격은 의식적 혹은 무의식적인 죄책감이 있어서 통증은 그 죄책감에 대한 속죄의 의미가 있다. 이들은 자신의 성공을 스스로 방해하고 괴로움을 자초하며 우연해 보이는 사고나 여러차례의 수술 등을 통하여 통증을 유발한다. 통증은 스트레스가 큰 어떤 심리적 알력에 대한 반응으로 나타나며 그 부위도 어떤 사랑의 대상과의 무의식적 동일화에 의하여 결정된다고 한다.

## 5. 히스테리아에 대한 제고

예전에는 막연한 통증이 주소일 때에는 전환장애라 하였으나 DSM-III에서는 체성화장애(somatization disorder)로 분류하고 있다. 통증이 주소이며 심인성이 뚜렷한 것은 심인성 통증장애라 하였다<sup>8)</sup>.

체성화장애와 전환장애는 비록 뚜렷한 증상이 있음에도 불구하고 통증이 수많은 것 중의 하나의 성상으로 특징지어지고 특수한 진단으로 규정하는 것이 명백하다. 심각한 환자의 집단에서는 통증이 아마도 유일하고 일차적인 주소증이다. 만일 통증이 다른 체성화장애의 특징들을 수반하지 않으면 환경적인 스트레스-중종 인간관계에서의 중요한 변화-와 관계된 것이 명백하다<sup>20)</sup>.

과거 심인성 질환, 특히 히스테리아로 생

각하였던 것이 이제는 기질성 장애로 밝혀진 것들이 있다. 편측안면경축, 안면운동장애, 근육경축증, 경축성사경, 통증성, 하지증후군 등이 그것이다<sup>12)</sup>.

전형적인 마비증상이 - 그것이 해부학적 분포와 일치하지 않는 경우에 이는 마음의 문제에 의한 전환장애라고 쉽게 이해할 수 있으나, 감각장애가 이와 같다하여 마음의 문제로 생각해서는 않된다. 대표적인 예가 Myofascial Pain Syndrome(MPS)일 것이다<sup>12)</sup>.

MPS는 문자 그대로 근육과 근막조직의 통증을 말하는 것으로 골격근과 이를 싸는 근막 부착부위에 통증이 나타난다. 임상에서 가장 흔히 접하는 통증이면서도 또 제대로 치료되지 않는 질환인데 이 증상군에 대한 지식은 아직 의학교육에서도 잘 교육하지 않고 있으며 치료법도 아직 널리 알려져 있지 않고 있으면서 이 증상군이 차지하는 통증영역은 광범위하다. MPS를 일으키게 하는 질환은 추간판핵탈출증, viscerosomatic pain과 원인 불명의 근육통들이다. 외상, 바이러스, 세균감염, 관절고정, 심리적 긴장과 환경적 인자들에 의하여 유발된다. 이 질환의 임상적 양상은 촉진시 감각이 예민한 통점이 있고, 통증이 있는 단단한 소결절, 압박하면 원위부로 referring pain이 있고, 운동에 제한이 있으며, 보통 시행하는 임상병리 검사에서는 이상적

인 소견이 보이지 않는다. 각근육에 따라 독특한 분포양상을 띠면서 Trigger point<sup>1)</sup>에서 다른 부위로 전위되는 특성이 있으며, Trigger point가 활성화 되면 통증을 유발하게 되는 데 이 활성화는 급격한 과로 피로 직접적인 외상 신체부분 냉각에 기인하며, Trigger point는 다른 부위의 Trigger point에 의하여 간접적으로 활성화되며 또한 내장질환, 관절염, 감정적 우울 등에 의하여 활성화 된다. Trigger point의 감수성은 여러가지 요소에 의하여 잠재적인 상태에서 활성화 된 상태로 증가한다. Myofascial Trigger point에서 생기는 증상과 소견은 이 통증을 본래 유발시킨 제반 요소가 일단 제거된 후에도 계속되는 수가 있다. 그러나 이통증은 과거에는 순전히 정신적인 또는 심리적인 현상으로 간주하였고 저절로 나아버리거나 일시적인 증상으로 여겼었다<sup>13,14)</sup>.

## 6. 치료

### (1) 정신과적인 치료<sup>11,12)</sup>

치료의 일반원칙으로는 통증이 실제 통증을 이해하고 그렇게 이해되었음을 환자가 알게 해주어야 한다. 환자의 호소자체를 가지고 충분히 토의하는 것이 좋으며, 날씨와의 관계, 그동안의 일, 전반적인 건강상태와 통증과의 관계 등을 물어보고, 또한 환자에게 즉각적인 완화가 없더라도 치

1) Trigger point란 신체의 특정부위에 압박이나 자극을 주면 통증이나 특수감각이 다른 곳으로 뻗쳐 연관되어 나오는 특정부위로서, 이의 특성은 급성의 overload stress를 받고 있는 도중 또는 바로 직후에 갑자기 근육통증이 발생하거나 또는 연루된 근육에 만성적 overload에 의해 점진적으로 통증이 생기는 수가 있으며, Trigger point가 있는 근육에는 근력의 약화 현상이 나타나고 신장가동력에 제한을 받으며, 연루된 근육에 팽팽한 띠가 만져지며, 띠에는 손끝으로 누르면 압통점이 보이며, Trigger point를 침자하거나 튀기면 국소적 연축반응이 보인다.

료를 계속한다는 방침을 말해야 한다. 만성 통증환자의 반수 이상은 불안, 우울 등의 정서장애를 동반하고 있으므로 의사는 환자와의 관계형성에 노력해야 한다.

약물치료로는 만성통증 중 마약을 정기적으로 사용하는 수가 많으며 되도록이면 비마약성 약물을 사용하도록 하여야 하며, 그 외에 치료목적으로 환자의 감정상태에 따르는 약물 즉, 항우울제 등의 약물을 사용한다.

만성통증환자에게 일반적으로 정신분석이나 역동적 정신치료 만으로 증상완화가 어렵다. 그러나 환자의 대인관계의 관찰은 필요하며, 일반적인 지지와 격려도 필요하며, 통증을 가지고 자신의 생활에 적응할 수 있도록 도와주는 것도 중요하다. 최근에는 지지정신치료가 추천되고 있으며 환자의 방어기제에 대한 관심보다는 대처양식에 초점을 맞추고 치료자가 좀더 적극적인 역할을 하여 환자가 겪는 문제에 대해 긍정적으로 대응해 나가고 있으며 집단정신치료가 이용되기도 하고 우울증이 주된 문제일 경우 인지치료가 이용된다. 최면요법은 네사람증 한 사람 정도가 지속적 통증조절을 할 수 있을 정도의 최면상태로 유도될 수 있으며, 근육이완요법도 이 범주에 들어간다.

행동치료는 성격장애가 있거나 전환기제에 의한 통증에서 조작적 조건형성의 방법으로 행동을 교정하는 것으로 치료의 목표를 뚜렷이 정하여 긍정적인 반응에 대해서는 칭찬하고 부정적인 반응에 대하여서는 무시하는 방법을 이용한다. 그러나 이방법은 환자가 증상으로 스스로 환자 역할을 강조하려거나, 환자의 심리적인 특성이 무시되는 단점이 있다. 사회적응을 위한 재활을 목적으로 할 경우나 약용량을 줄여가려 할

때 효과적으로 이용되고 있다.

## (2) 물리적 치료 <sup>11,13)</sup>

피부신경자극(TENS)은 중추성 통증에는 효과적이어서 널리 이용되고 있으며, 짧은 강한 자극을 바늘이나 아주 찬것으로 자극하거나 생리적 식염수를 주사하거나 하면 근막이나 내장통을 장시간 이완시킬 수 있다. 그외 맛사지, 신경섬유의 통증전도를 직접 차단시키거나 지연시키는 한랭요법, 근육의 spasm을 이완시켜 국소적인 진정작용과 진통작용을 가져오는 온열요법, 수욕치료, 단계적운동 등의 물리치료 역시 만성통증에 도움이 된다.

## (3) 신경외과적치료 <sup>15)</sup>

약물로는 치료되지 않는 삼차신경통에서의 신경절단이나, 척수삭 절단술, 신경절 절제 등이 한정적으로 사용되고 있다.

## 7. 한의학에서의 七情痛症

한의학에서는 痛症을 寒熱 등의 六淫外邪, 飲食所傷, 七情九氣, 痰飲, 血虛, 瘀血, 등의 원인으로 인하여 氣血不通하거나 不營하여 생긴다고 하였으며 <sup>16)</sup>, 張子和 <sup>18)</sup>는 諸病皆生於氣 諸痛皆因於氣라 하여 모든 통증은 氣의 不和에 의하여 생긴다고 하였으며, 이의 병리적변화가 七情九氣이다. 七情은 喜怒哀思悲驚恐의 7가지 情志變化로서, 機體가 정상적인 조절아래 외계사물의 자극에 대한 다양한 적응성 정신반응이다. 情志는 사람이 무수한 외계의 사물이나 현상에 대하여 뇌의 思惟活動을 통하여 얻은 바를 분석하고 판단하는 태도의 반응으로, 사람은 사회 속에서 생활하고 사회적 활동을 하는 까닭에 사람의 情志는 본능적인면 뿐만 아니라 어떤 사회적인 면도 갖추게 된

다. 또한 七情은 사람의 情志活動과 밀접한 관련을 가지고 있으며, 氣血의 활동에 영향을 미치게 되어 七情이 지나치거나 情志의 자극이 지나치면 臟腑氣機의 昇降失常을 가져와서 氣滯血瘀하는 병변을 초래하게 된다<sup>2)</sup> 張<sup>18)</sup>은 그의 저서 儒門事親 因憂結塊에서 憂悲가 結塊하여 心痛을 일으키며 藥針灸 등이 소용이 없으며 오직 기쁘게 해주어 그의 멧힌 마음을 풀어주어 통증을 치료함을 언급하고, 또한 懷恐脇痛에서 誣告로 옥살이를 한 처자가 胃脇痛이 생한것을 약보다는 감정적인 처리로 치료하는 것을 예를 들어 언급하고 있다.

동의보감<sup>9)</sup>에 七情과 관련된 통증의 조문을 살펴보면 다음과 같다.

張子和曰 諸病皆生於氣 諸痛皆因於氣

七氣湯 治七情鬱結 心腹絞痛

神仙九氣湯 治九氣作痛

氣痛 入門曰 人身元氣與血循環 被橫行藏府之間而爲疼痛 積聚痰癥壅逆胸臆 之上而爲樞滿刺痛等證 多因七情飲食鬱爲痰飲 初期宜辛溫問鬱行氣消積刮痰 久則辛寒降火以除根  
 ………氣滯上焦爲心  
 胸樞痛, ………氣滯中焦爲腹脇刺痛,  
 ………氣滯下焦爲腰痛疝가

氣鬱 丹溪曰 氣之初病其端甚微或七情或感六氣或因飲食以致津液不行清濁相干自氣成積自積成痰氣爲之鬱或  
 被或痛

驚痰 因驚痰結成塊 在胸腹發則躁動痛不可忍

氣暈 七情過傷氣鬱生涎痰涎迷塞心竅而眩暈眉睫骨痛眼不可開

悸心痛 因七情怔忡驚悸以致心痛宜四七湯

七情心痛 七情者喜怒哀思悲驚恐 皆喜則氣散怒則氣上 憂則氣沈 思則氣結 悲則氣消 驚則氣亂 恐則氣下 六情蓋令心氣鬱結所以作痛 惟喜則氣散所以 散六情之鬱能止痛也

氣腰痛 凡人失志則心血不旺不養筋脈 氣滯腰痛不能久立遠行…… 憂思傷脾則腰痛忿怒傷肝則亦腰痛

氣鬱脇痛 大怒氣逆及謀慮不決 蓋令肝火動心 脇痛難忍

肩臂病因 七情臂痛宜白芥子散(治七情鬱結營衛凝滯肩臂背胛牽引作痛時發時止)

한편, 한의학에서는 七情으로 인한 통증을 張<sup>18)</sup>은 七情의 所勝하는 바를 따라 치료 하였으며, 許<sup>9)</sup>는 喜를 제외한 나머지 六情이 心氣를 鬱結하여 통증을 생성하므로 喜를 이용하여 통증을 없애야 한다고 하였다. 약물치료는 氣의 울체를 풀어주고 장부상호간의 기능을 회복시키는 약물, 오래 되었을 때 발생하는 虛火를 처리하는 약물을 사용하였다. 李<sup>6)</sup>는 사상체질을 구별한 체질침법으로 頭腹痛, 위암으로 인한 통증, 근육통, 요통 등의 諸痛症을 치료한다고 하였다. 심인성 질환이 인정되는 경우 약보다는 정신적인 치료를 중요시하여 精神療法<sup>10)</sup>을 행할 수 있는 데 한의학적인 精神療法으로 신체장기의 상호관계를 조정하는 것으로, 환자의 기분을 전환시키는 移精變氣療法, 감정상호간의 관계를 이용하는 五志相勝爲治療法, 환자에 대한 암시로 병을 치료하는 光治療法, 대화로 상대를 안정시키는 至言高論療法, 기혈순환을 촉진시키는 丹田呼吸法과 道人療法 등을 응용할 수 있으나, 모두 환자와 의사 관계가 원활해야 행할 수

있는 방법이다.

### III. 總 論

통증은 의학에서 매우 중요한 체감각이며, 생존을 위해서도 매우 중요한 감각으로 실제 조직의 손상, 혹은 그럴 가능성이 있는 것과 관련된 언짢은 감각적, 정서적 경험이거나, 또는 조직이 손상된 것과 같은 말로 표현된 경우라고 정의할 수 있으나, 심리상태에 의하여 신체손상에서 나타나는 것과 똑같은 통증이 있을 수 있으며, 그사람의 정서적 심리적 상태에 따라 다르게 느껴진다. 정신과적인 통증의 기전으로는 4가지가 있다. 가장 일반적인 것 중의 하나이고 통증을 악화시키는 것은 환자가 어떤 병소를 가지고 있고 그것에 대하여 신경을 쓸 때이다. 드물기는 하지만 가끔은 통증은 정신적인 환각에 기인한다. 통증을 발현하는 3번째 기전은 잘 알려진 긴장성 통증기전이다. 적절한 순환이 없이 근육이 운동하게 되면 의심할 것도 없이 불편감과 심한 통증을 야기하게 된 4번째로는 명백한 신체적인 질환이 없는 만성두통이나 다른 만성통증의 환자에게 아마도 적용될 수 있을 거라고 추정되는 데, hysterical mechanism 으로 생기는 통증이다.

정신과적으로 관심을 갖는 통증은 급성적인 통증보다는 만성적인 통증으로 만성적통증이 더 문제가 되는 것은, 환자의 상당수가 기질적인 원인 없는 또는 불명확하며 심리적 원인에 의한 경우가 많으며, 만성적인 과정을 거치는 경우가 많으며, 구조적인 질환이나 정신생리학적인 장애, 신체망상에 기인하여 만성통증이 생긴다. 이런 만성통증

의 임상적 양상은 두통, 흉통, 복통, 배부통, 골반통, 일과성 직장항문신경통, 전환반응의 통증 등으로 나타나며 기질적인 원인으로 인하여 통증이 나타나지만 통증의 특성상 이들과 다른 양상을 보이게 된다. 즉 통증이면에 심리적인 갈등이나 정서적인 문제, 정신병적인 특성을 갖고 있으며 어떤 환자에게는 지속적인 통증으로 인하여 부적절한 수술 등을 행하기도 한다.

정신적인 원인이 그 대증을 이루는 만성 통증증후군에는 3가지 유형이 있다. 첫째는 기질적인 원인이 있어서 이차적으로 정신과적인 통증 증가 요인이 발생한 경우이고, 둘째는 정신과적인 질환이 있는 경우의 환자가 정신과적인 문제가 통증의 결과를 가져오는(effected pain, exaggerated pain) 경우, 셋째는 실제로 통증은 없으며 통증을 가장하면 자기에게 유리하므로 생기는 통증(affected pain)을 들 수가 있다.

만성통증증후군은 그것이 기질적인 원소에서 발생하였던지 아니던지 간에 정신과적인 문제가 항상 내포될 수 있다는 것을 명심하여야겠다. 이러한 만성통증증후군의 파악을 위하여 병전성격의 파악, 사회적환경 원인분석이 중요하다. 객관적인 원인에 있어 발생한 만성통증증후에 정신적으로 과장되거나 이차적으로 발생한 만성통증증후군, 잠재적으로나 정서적으로나 필요에 의해서 통증을 가장한 환자등으로 나눌 수 있다. 객관적인 통증이 있는 환자는 기질적인 원인이 있거나 불명확한 원인으로 통증을 호소하는 환자로서 병전성격은 대체적으로 정상적이거나 병이 진행하면서 우울증 건강염려증 등의 소견이 보이는 것이며, 과

장된 통증을 가지는 경우에는 병전성격이 정신적인 이상이 있는 환자, 즉 기질적인 원인이 있는 정신장애, 편집증환자, 정신신체성 인자, 정신불안 및 우울증환자, 의지성 성격장애, 강박성 성격장애, 히스테리성 성격장애 등에서 관찰되는 데, 주로 사회 적응력이 없고, 히스테리, 성격장애, 긴장증, 우울증의 증상을 수반한다. 가장 통증은 기질적인 원인으로 통증이 있는 후 원인이 없어졌는데도 통증을 호소하는 것으로, 피병이나 전환반응에서 통증이 발생하고 통증이 있다고 호소하여 자기에게 유리하다고 할 때 발생하는 자기방어기전이다.

심인성통증장애는 신체형통증장애라고도 하며 신체적인 질환없이 또는 신체적 원인으로 설명이 불가능한 통증을 주소로 하는 환자로서 심리적인 인자가 인정될때를 말하는 것으로, 보통 여자에게서 많이 발생한다. 소인이나 발병 동기가 뚜렷하지 않으며 심리적 요인으로는 별을 받는다든지 사랑받는 상지적인 것으로 해석할 수 있으나 통증의 원인이라고 할 수는 없다. 이차적인 획득을 위하여 두통, 요통, 흉복통, 관절통, 사지통 등의 증상이 나타나는 데 환자는 이런 사실을 부인한다. 또한 심인성 통증은 수일 내지 수년간 심해지기도 하며 발병 계기가 되는 환경 여건이 제거되면 소실된다. 또한 심인성 통증은 다발성, 진실성 주장, 정서적인 문제 부정, 대인관계와 증상의 유관성, 유일성, 변동심한 의사와의 관계, 증세의 완고성 등으로 특징지어진다.

한편, 통증을 주소로 하는 환자에서 정신과적인 장애, 즉 우울증, 신체형장애, 보상신경증, 정신증, 피병증, 통증유발성인격 등을 관찰하여 구별하여야 한다. 우울증인 경

우, 국내에서 연구된 논문에 의하면 우울증 환자는 통각 둔감 현상이 나타나는 데, 이 현상은 우울상태에 의한 것이라기 보다는 우울증에 잘 이완되는 가족간의 경향성이 라고 하였다(김상엽).

과거 의료가기가 발달되지 않은 때는 기질성 장애가 보이지 않고 막연이 통증이 주증일 때는 히스테리아라고 하였으나, 근근막 통증증후군처럼 의학이 발달하면서 기질적인 장애가 밝혀진 것이 많다. 정신의학적으로 통증은 심리적 상태로 이해해야 한다고 하지만, 통증과 심리상태의 관계에서는 역시 물리적 변화가 관여되는데, 사고나 감정이 뇌의 생리화학적 변화와 밀접히 관련되며 이것은 나아가 말초신경의 변화에도 영향을 미쳐서 통증을 유발하는 것으로 추정하고 있다. 따라서 통증을 이해하는 데는 생리적 물리적 변화와 함께 심리적 요소를 모두 고려하여야 하며 통증을 주소로 하는 환자에게 무조건적으로 심리적이다라고 하여서는 안된다.

통증의 정신적인 치료는 가능한 환자의 상태를 이해하고 환자와의 상호의뢰에 기반을 둔 관계형성과 지속적인 치료가 중요하다. 약물치료 및 정신치료가 정신병증의 장애환자에게 필요하며 동시에 환자의 호소에 대한 대증치료로서 물리치료방법과 통증을 전달하는 신경의 차단을 해주는 신경외과적 치료가 필요하다.

한의학에서는 통증을 氣血不通하거나 不營하여 생기며, 張子和는 통증은 氣로 인하여 생긴다고 하였다. 한편 七情은 인체와 의계로부터 받는 정상적인 적응성 정신반응이나 七情이 지나치면 氣機의 失常을 가져와서 氣滯血瘀하는 병변을 가져와서 통증을



생기게 한다. 東醫寶鑑에 수록된 七情으로 인하여 생기는 통증은 氣痛, 悸心痛, 七情心痛, 氣腰痛, 肩臂痛, 氣暈으로 인한 眉稜骨痛으로 표현되어 있으며 이들은 모두 七情이 지나쳐서 氣鬱로 인하여 不通의 병변이 失意로 인하여 不營筋脈하여 통증이 생긴다고 설명하고, 七情心痛에서 息를 제외한 六情이 모두 心氣를 鬱結시켜 통증을 유발하는데 오직 息만이 氣를 散하므로 六情의 鬱로 인한 통증을 治한다고 하였다. 七情痛症의 치료는 七情의 鬱을 풀어주는 방향의 약물치료와 體質針을 이용한 太極針法 身體臟器의 상호관계를 조정하는 정신요법으로 치료할 수 있다.

#### IV. 結 論

1. 심리상태에 의하여 신체손상에서 나타나는 것과 같은 통증이 보이며, 신체손상에 의한 통증도 환자의 정서적 심리적 상태에 따라서 정도가 다르다.

2. 정신과적인 통증의 기전은 뚜렷한 병소에 대한 신경, 정신적인 환각, 긴장성 통증기전, hysterical mechanism 등이 있다.

3. 만성통증이 정신과적으로 더 밀접하며, 주로 두통, 흉복통, 배부통, 골반통 등으로 나타나며, 이런 증상들은 신체적인 질환이나 정신생리학적 장애, 신체망상에 기인하는 것이다.

4. 만성통증증후군은 어떤 원인으로 발생하였던간에 정신과적인 문제가 있으며, 병전성격, 사회환경적 원인 분석이 중요하며, 심인성통증은 신체적인 질환이나 정신병적인 상태가 아닐 때 발생하는 것을 말

하며, 기질성 장애가 보이지 않는다하여 심리적으로 보는 것에는 주의하여야 한다.

5. 한의학에서는 七情이 지나쳤을 때 통증이 발생할 수 있으며, 특히 息를 제외한 六情이 心氣를 鬱結시켜 통증을 유발한다.

6. 정신과적인 통증의 치료는 환자와의 사관계가 중요하며, 약물치료와 정신요법, 그리고 대증치료하는 물리치료와 신경외과적인 처치가 있으며, 한의학에서는 환자의 氣를 조정하는 측면에서의 약물치료와 정신요법이 있으며, 體質針法이 있다.

#### 參 考 文 獻

1. 강두희 : 생리학, 서울, 신광출판사, 1984, pp.15-5~15-7.
2. 문준전 외 2인 : 동의병리학, 서울, 고문사, pp.57-63.
3. 민성길 외 : 최신정신의학, 서울, 일조각, 1992, pp.222-223.
4. 이근후 : DSM-III-R 정신장애의 분류와 진단편람, 서울, 하나사, 1989, pp.162-163.
5. 이문호 외 : 내과학, 서울, 학림사, 1986, pp.1-48.
6. 이병행편저 : 국역편주침구대성, pp.344-353.
7. 이정균 : 정신의학, 일조각, 서울, 1988, pp.286-287.
8. 카톨릭대학원 : 통증, 서울, 수문사, 1982, pp.87-94.
9. 허 준 : 동의보감, 남산당, 서울, 1986, pp.88,89,90,92,128,131,203,263,265,280,298.
10. 황의완 : 동의정신의학, 서울, 현대의학

- 서적사, 1987, pp.783-791.
11. 김명정 : 정신과에서의 통증관리, 대한 의학협회지, 제 24 권 제 12 호, 1981, pp.1043-1048.
  12. 송지영 : 만성동통의 정신의학적 관심, 대한의학 협회지, 제 34 권 제 7 호, 1991, pp.723-728.
  13. 오정희 : 재활의학분야에서의 통증관리, 대한의학협회지, 제 24 권 제 12 호, 1981, pp.1067-1070.
  14. 전세일 : 근 근막 동통 증후군, 대한물 리치료학회지, 제 1 권 제 1 호, 1989, pp.9-13.
  15. 정상섭 : 신경외과에서의 통증관리, 대한의학협회지, 제 24 권 제 12 호, 1981, pp.1061-1065.
  16. 조진영 : 痛症에 관한 小考, 경희대학교 대학원, 1992.
  17. 한대희 : 만성 동통증후군에 대하여, 정 신의학보, 제 6 권 제 11 호, PP.278-284.
  18. 張子和 : 儒門事親, 臺北, 旋風出版社, 中華 67, 권 7, PP.10,14.
  19. Robert Kellner: PSYCHOSOMATIC SYNDROMES AND SOMATIC SYMPTOMS, American Psychiatric Press, Washington, 1991, pp. 165-188
  20. Guyton: Textbook of medical physiology(7th), london Toronto, Saunders Philandelfia, 1981,
  21. Patrick D. Wall, Ronald Melzack: Textbook of Pain, New York, Churchill Livingstone, 1989, pp. 660-661
  22. Wyngaarden and smith: Cecil textbook of medicine(18th), London, W. B Saunders company, 1988, pp. 104-112