

만성 통증장애의 정신과적 치료*

노 승 호**†

Psychiatric Treatment of Chronic Pain Disorder*

Seung Ho Rho, M.D.**†

국문초록

만성 통증은 신체적, 심리적, 사회환경적 요인들이 복합적으로 작용한 결과로서 나타나기 때문에 생물정신사회적 관점에서 접근해야 하며 치료는 다각적이고 포괄적인 체제하에서 상호 긴밀한 협력을 필요로 한다. 치료의 목표는 즉각적인 통증을 해소보다는 재발에 초점을 맞추어 환자의 활동과 기능이 증진됨에 따라 부수적으로 통증이 완화될 수 있도록 해야 할 것이다. 정신과적 영역에서 만성 통증의 치료는 정신 의학적 평가로부터 시작하는데 여기에는 스트레스와 연관된 통증의 정신생리적 기전과 이상 질병행동과 관련된 조작적 조건화 기전, 그리고 증상으로서 통증을 동반하거나 만성 통증에 의해서 유발되는 정신과적 질환들에 대한 평가가 포함된다. 정신과적 치료를 약물치료와 심리적 치료로 나눌 때 약물치료에는 마약성 진통제, 비스테로이드성 소염제, 항정신성약물, 항경련제 등이 포함되는데 그 중에서도 항우울제가 가장 중요한 역할을 한다. 심리적 치료로는 역동적 정신치료와 행동치료적 방법들이 있고 행동치료적 접근법에는 자가조절기법과 조작적 조건화기법 등이 포함되는데, 환자가 갖는 대인관계의 어려움, 신체적 손상, 이상 질병행동 등을 고려하여 적절한 방법을 적용하게 된다.

중심 단어 : 만성통증 · 약물치료 · 행동치료.

서론

통증은 가장 흔한 증상 중의 하나로서 본질적으로 조직의 상해 또는 손상과 연관되어 나타나는 불쾌한 감각과 정서 및 지각을 포함하는 고통스런 경험으로 정의된다¹⁾. 이러한 통증은 그 기간에 따라 급성과 만성으로 분류되는데 만성 통증은 개인의 기능을 방해할 정도의

통증이 의학적인 치료에도 불구하고 호전되지 않은 채 적어도 6개월 이상 지속되는 경우를 말한다²⁾. 만성 통증은 급성과는 달리 자율신경계의 변화를 동반하지 않고 신체검사와 각종 진단 검사에도 그 원인이 잘 드러나지 않으며 불안, 우울, 약물남용 등 다양한 정신과적 문제와 이상 질병행동들을 유발한다³⁻⁵⁾.

조직의 손상은 특수화된 통증 수용기에서 지각되어 고통과 통증행동을 유발하는데 통증이 장기간 지속되는 것은 개인의 인격과 경험, 사회문화적인 상황 등 신체적, 심리적, 사회환경적 요인들이 복합적으로 작용한 결과라고 볼 수 있다⁶⁾. 이처럼 만성 통증은 전적으로 신체적인 것으로 또는 심리적인 것으로만 여길 수는 없

*본 논문의 요지는 1999년도 한국정신신체의학회 춘계학술대회에서 발표되었음.

**원광대학교 의과대학 정신과학교실

Department of Psychiatry, School of Medicine, Wonkwang University, Iksan, Korea

†Corresponding author

는 것이기 때문에 그 치료는 생물정신사회적 관점에서 접근해야 하고 의사, 심리학자, 간호사 등 의료진의 노력뿐만 아니라 환자와 가족들의 긴밀한 상호 협력을 필요로 한다.

정신과적 평가

1. 스트레스에 대한 평가

개인이 경험하는 스트레스는 신경기전을 통하여 생리적 현상들을 유발하는데 이들이 통증의 일차적 원인으로 작용할 수 있다. 그러나 개인은 스트레스와 통증의 관련성을 인식하지 못하는 경우가 많다. 이러한 환자들로부터 스트레스의 근원에 대한 정보를 얻는 데는 구조화된 병력조사, 가족과의 면담, 증상과 생활사건들에 관한 일기 등이 도움이 된다⁷⁾.

병력조사는 일반 정신과적 평가 때와 마찬가지로 현 병력, 과거력, 가족력, 사회적, 정신상태 검사들을 포함하는데, 특히 통증과 관련하여 이정표가 될 수 있는 사건들이 발생한 시기와 날짜를 알아보는 것이 필요하다. 이러한 정보들은 스트레스 유발 사건과 증상의 발생 또는 악화 사이의 연관성에 대한 윤곽을 그려내는데 기본적인 자료가 될 수 있기 때문이다. 환자로부터 병력을 조사한 후에는 가능하면 가족들을 만나 환자의 문제들에 대한 추가적 정보를 얻고 환자의 어려움에 대한 그들의 평가를 확인하는 과정이 필요하다. 가족들은 환자가 인식하지 못하는 증상의 원인과 통증을 악화시키는 스트레스 사건을 간단 명료하게 짚어 내는 경우가 많기 때문이다.

병력조사를 포함한 첫 면접을 마친 다음에는 환자에게 증상과 관련된 사건들에 대한 일기를 쓰도록 한다. 일기는 치료 계획에 대한 기초를 제공하며 생활사건과 증상 사이의 연관성을 조명해준다. 일기에는 환자의 일상적 활동 사항뿐만 아니라 통증의 심도를 기록하도록 한다. 환자가 주관적으로 경험하는 통증은 visual analogue scale(VAS)⁸⁾의 점수로 정량화 하여 일정한 간격으로 표기하도록 하고 환자가 방문할 때마다 그와 함께 일기를 검토하면서 VAS 점수가 높고 낮았을 때 그가 어떤 활동을 하고 있었는지 조사해 보면 환경 자극과 환자의 활동이 통증에 어떤 영향을 미치는지에 대한 단서를 얻게 될 것이다. 환자가 일기를 성실히 잘 작성하는지 여부는 치료 동기에 대한 지표가 될 수 있다. 또한

일기는 그 자체가 치료적으로 이용될 수 있다. 즉, 과거의 기록과 비교함으로써 호전을 인식하지 못하는 환자에게 긍정적 되먹임을 제공하고 과거에 이루어 낸 호전을 상기시킴으로써 앞으로도 더욱 호전될 수 있을 것이라는 낙관적인 전망을 유도해 낼 수 있기 때문이다.

2. 조작적 조건화 기전의 평가

행동은 그 결과에 의해서 조절된다는 것이 조작적 조건화의 기본 개념이다⁹⁾. 환자의 통증 호소와 행동은 사회환경적 요인들에 의해 악화될 수 있다고 보는 것이다. 우리 사회는 관례적으로 병자에게 일어나 책임 등 정상적인 사회적 의무를 면제해 주고 의무를 이행하지 않았을 때에도 비난을 하지 않는다. 가족 중 어느 한 사람이 병을 앓게 되면 나머지 가족들은 심리적 항상성을 위한 조정 기간을 거친 후 환자의 질병 행동에 적응하고 환자의 책임을 떠맡는 데 익숙해짐으로써 그 가족의 새로운 행동 규범이 확립된다. 이와 같이 병은 가족이나 친지들로부터의 동정심, 헌신적인 간호, 과잉보호, 힘든 업무와 책임감으로부터의 도피, 경제적, 금전적 이득 등 일련의 보상반응을 이끌어 낸다. 이러한 반응들은 실제적인 통증 경험의 정상적인 과정을 넘어서 통증행동을 영속화하는 데 중심적 역할을 하는 것이다¹⁰⁾.

따라서 만성 통증을 갖는 환자를 평가할 때는 환자의 병이 가족들에게 어떠한 영향을 미치는지, 가족들은 환자의 병에 어떻게 적응을 하고 있는지, 병이 시작된 후 가족들의 생활은 어떻게 변했는지, 환자의 병은 그 배우자에게 어떤 영향을 주었는지, 환자는 하루를 어떻게 보내고 어떤 활동을 하는지, 병이 경제적으로, 법적으로 환자의 삶에 어떤 영향을 미치는지, 그리고 환자는 자기 병의 경과에 대해서 어떤 견해를 가지고 있는지를 알아보는 것이 치료 대책을 수립하는데 중요하다.

3. 동반이환 정신과적 장애

1) 우울증

우울증은 만성 통증과 서로 밀접한 관련을 갖는다. 만성 통증은 우울증을 야기하고 우울증은 통증을 악화시킬 수 있으며 통증이 우울증의 증상으로 나타나는 경우도 있다. 조사에 따르면 만성 통증 환자의 25~50%에서 주요 우울증이 발생하고 통증 환자의 60~100%에서 기분전장에 또는 우울 증상을 갖는다고 한다^{11,12)}.

치료적 관점에서 주요 우울증과 우울 증상들을 구별

할 필요가 있다. 만성 통증과 우울증이 모두 항우울제에 반응하는데 만성 통증과 우울 증상은 비교적 낮은 용량에도 효과를 보이는 반면 주요 우울증은 보다 높은 용량을 필요로 하기 때문이다^{11,13}. 통증장애에 동반되는 우울증과 우울 증상을 감별할 때는 생장징후 및 증상, 무쾌감증, 일주기 변동, 실제적인 체중 감소, 정신운동 지연 등 내인성 증상의 유무, 우울증의 가족력, 신경내분비검사 등이 도움이 된다⁷.

2) 불 안

불안은 주로 급성 통증에서 나타나지만 만성 통증에서도 드물지 않게 발생한다. 급성 통증에서 발생하는 불안은 빈맥, 말초 혈류량 증가, 혈압 상승, 근육 긴장, 동공 확대, 발한, 위장운동 저하 등을 동반하지만 만성 통증의 경우에는 이러한 자율신경계 항진 증상들이 나타나지 않고 운동성 긴장, 경계성, 근심과 염려 등의 증상을 주로 하는 범불안의 형태를 취하는 경우가 많지만 공황장애나 강박장애와 관련되는 경우도 드물지 않다^{13,14}.

3) 신체형장애

신체적 증상들은 자존감과 대인관계를 유지하는 방법으로 사용될 수 있다. 이러한 경우 통증은 애정을 얻기 위한 방법, 잘못을 행한 데 대한 처벌, 죄악감의 속죄, 타인을 조종하고 이득을 꾀하는 도구로 사용될 수 있다. 그러나 환자의 통증 지각 역치가 낮기 때문에 그가 경험하는 통증은 현실이며 실제적인 것이다.

(1) 신체화장애

신체화장애는 주로 30세 이전에 시작하는데, 여성에 많고, 서로 다른 장기 체계에 관련된 4가지 이상의 다발성 증상을 나타낸다. 이 병은 유전적 요소가 있어서 환자의 여자 친척 중에는 신체화장애, 남자 친척에서는 알콜리즘과 반사회적 인격장애가 많다¹⁵. 치료에 앞서 심리적 항상성을 유지하는 데 있어 증상의 역할을 인식해야 하며 침투적 치료방법은 피해야 하고 정기적인 진료 일정을 세워 지지하고 기능을 격려하며 보존적 약물요법을 시행한다.

(2) 건강염려증

환자는 중병에 걸렸다는 생각에 집착하고 두려움을 갖는데 이 경우에는 대개 한 가지 특정 질병에 대한 염려에 제한되며 통증 지각의 역치가 저하되어 정상적으

로 경험할 수 있는 신체적 자극에서 통증을 경험하기 때문에 이를 그 병에 대한 징후로 왜곡한다¹⁶. 신체화장애보다는 늦은 나이에 시작되며 발병률은 남녀가 비슷하다. 환자는 난치병을 가지고 있다고 확신하기 때문에 과도하게 환자를 안심시키려는 치료자의 태도는 도움이 되지 않는다. 일단 체계적인 검사를 실시한 후 어떠한 질병도 발견되지 않았음을 지적하고 계속해서 정기적으로 병에 대해서 평가하겠다는 약속을 하며 보존적 치료와 지지 치료를 병행한다. 건강에 대한 염려가 우울증이나 강박증과 연관되는 경우는 항우울제에 반응한다¹⁷.

4) 물질 남용

만성 통증 환자에서는 알코올, 진정제, 수면제 등의 남용과 의존이 흔하기 때문에 병력을 취척할 때 이에 대하여 조사를 해야 하고 가족들로부터 추가적 정보를 얻어야 한다. 통증을 치료하기 전에 이러한 물질 남용 문제를 먼저 치료해야 한다⁷.

5) 허위성 신체장애

관심과 돌봄을 얻고자 하는 무의식적 동기에서 의식적으로 증상과 징후를 만들어 내는데 통증은 순전히 허구적으로 조작한 병력이거나 또는 실제로 유발해 낸 병의 결과로 발생한다. 의식적 또는 작위적 행동이 발견되거나 치료에 대한 비생리적 반응이 나타나거나 알약이나 주사기 등 허구성의 증거물이 드러나게 되면 확진이 가능해지게 되는데 환자에게 검사 소견이 증상과 징후를 뒷받침하지 못함을 지적하고 새로운 약물이나 물리치료, 생체되먹임 등 새로운 치료법을 제시하고 만약 이들이 효과가 없으면 퇴원하여 통원치료를 받도록 하겠다고 통보하여 환자가 체면을 유지하면서 증상을 포기하도록 한다¹⁸.

환자 교육

만성 통증에는 신체적, 인격 및 정서적, 사회문화적 요인 등 다양한 요인들이 작용하는 만큼 순수한 신체적 또는 심리적 치료법만으로는 치료가 어렵고 다학제적 접근을 해야 한다. 치료의 일차적인 목표는 환자가 더 이상 진단과 치료를 찾아 방황하지 않도록 함으로써 의인성 손상으로부터 환자를 보호하는 일이다. 그러기 위해서는 통증에 영향을 미치는 다양한 요인들에 대하여

환자와 솔직한 대화를 나누고 만성 통증에는 마술적인 특효약은 없고 산탄총이 필요함을 환자가 충분히 이해할 수 있도록 도와주어야 한다. 환자는 자신이 만성적인 문제를 가지고 있고 이를 해결하는 데는 오랜 노력이 필요하다는 사실을 인식하고 즉각적인 통증 완화를 목적으로 하는 시도는 장기적인 관점에서 보면 항상 부정적인 결과를 낳는다는 것을 이해할 수 있어야 한다. 따라서 치료의 목표는 통증을 즉시 해소시키기보다는 최소화함으로써 기능을 증진시키는 것이며 통증의 완화는 그에 부수적인 것임을 인식해야 한다¹⁰⁾.

정신과에 의뢰되는 환자는 장기간 치료를 받아도 통증이 호전되지 않은 데 대하여 좌절하고 치료하는 의사가 자신이 경험하는 통증을 실제적인 것으로 믿어주지 않는다는 생각에서 화가 나 있을 수 있다. 치료자는 환자가 경험하는 통증이 실제적인 것임을 공감하고 지지적 태도를 견지해야 한다. 치료의 성패는 다른 어느 경우에서와 마찬가지로 견실한 치료동맹을 형성할 수 있는지 여부에 달려 있다. 이러한 치료관계를 기초로 환자가 치료 중에 다른 치료법을 시술 받고자 할 때 치료자에게 먼저 상의하도록 하고 치료자의 계획 하에서 시행되는 자문의뢰를 제외하고는 양 한방과 대체의학을 넘나드는 치료법을 병용하는 것을 허용해서는 안 된다.

정신과적 치료

1. 약물치료

만성 통증의 치료에는 마약성 진통제, 비스테로이드성 소염제, 항정신성 약물 및 항경련제의 범주에 속하는 약물들이 사용되는데 마약성 진통제는 주로 급성 통증의 치료에 쓰이고 만성 통증에는 용도가 극히 제한적이다. 비스테로이드성 소염제는 경도와 중등도의 통증에 사용하는데 탐닉이나 의존성이 없다는 장점이 있으나 만성 통증에 단독으로 사용할 때 큰 효과를 나타내지 못하는 경우가 많다^{7,11,19)}.

진통제를 사용할 때는 다음과 같은 원칙을 염두에 두어야 한다: 1) 통증은 즉시 치료한다. 2) 통증을 효과적으로 조절할 만큼 적절한 용량을 사용한다. 3) 충분한 진통 효과를 얻을 정도로 적절한 빈도로 사용한다. 4) 진통제와 항우울제를 병용하면 상승 효과를 얻을 수 있다. 5) 위약 효과를 최대화한다. 환자뿐 아니라 의사까지도 진통제에 대한 약리작용을 잘 모르고 진통제의

의존성에 대한 비현실적인 두려움을 갖기 때문에 가능하면 진통제를 사용하지 않으려 하고 사용하더라도 낮은 용량에서 시작하여 점진적으로 증량하는 방법을 취한다. 그러나 참을 만큼 참아보다가 도저히 안될 때 진통제를 찾는 것은 통증에 대한 불안과 예민도를 증가시키고 강박관념과 좌절감을 강화시키기 때문에 도움이 되지 못한다. 진통제는 처음부터 통증을 완화시킬 정도의 충분한 용량을 사용해야 하고 환자가 통증을 조건으로 치료진을 찾게 하기보다는 진통 효과의 지속시간을 고려하여 적절한 간격으로 투약함으로써 조건화 기전을 제거하는 것이 바람직하다¹¹⁾.

만성 통증의 치료에 사용되는 항정신성 약물로는 삼환계 항우울제(TCAs), 단가아민 산화효소 억제제(MAO-Is), 선택적 세로토닌 재흡수 차단제(SSRIs) 등의 항우울제와 lithium, 그리고 항경련제들이 사용된다. 항우울제가 진통 효과를 나타내는 기전에 대해서는 본질적으로 항우울작용과 동일한 serotonin-dopamine 재흡수 차단에 의한다는 설과 하행성 통증억제경로를 자극하여 endorphin 분비를 증가시킴으로써 직접적인 진통 효과를 나타낸다는 설, 그리고 calcium과 sodium 통로에 작용한다는 설이 있고 정확한 기전은 확실히 밝혀져 있지 않지만 만성 통증의 치료에는 항우울제가 가장 중요한 역할을 한다¹⁹⁾.

항우울제 가운데 어떤 약물이 진통 효과가 가장 강한가에 대해서는 논란이 있지만 대체로 TCAs가 가장 효과적이고 SSRIs와 MAOIs의 효과는 전자보다 낮은 것으로 알려져 있다. 만성 통증에 대한 TCAs의 용법은 용량에서 차이가 있다는 점을 제외하고는 모든 면에서 우울증의 경우와 동일하다. 즉, 약물의 선택은 부작용적 단면에 기초하고, 낮은 양으로 시작하여 점진적으로 증량하며, 진통 효과의 지속 시간도 항우울 효과와 비슷하여 하루 한 차례 투여할 수 있고, 진통 효과는 투여한지 몇 주가 지난 다음에 나타나기 때문에 적절한 기간 동안 지속해야 한다. 현재까지는 amitriptyline이 가장 많이 사용되지만 항콜린성 작용이 강하다는 단점이 있고 반면에 nortriptyline, desipramine, venlafaxine 등은 진통 효과가 우수하면서 부작용이 가볍다는 장점이 있다¹¹⁾.

만성 통증의 치료에 benzodiazepine을 사용하는 것에 대해서는 논란이 있지만 clonazepam과 alprazolam을 제외하고는 통증을 완화시키기 보다는 오히려 약

화시키는 경향이 있어 통증으로 인한 수면장애를 개선할 목적 외에는 사용하지 않는 것이 좋다^{7,11,19)}.

통증 치료에 사용되는 항경련제로는 carbamazepine, phenytoin, topiramate 등을 들 수 있는데 이들은 삼차신경통이나 설인신경통, 외상성 또는 수술후 신경통과 같은 신경병리적 동통증후군에 효과적이며, 통증이 삽화성으로 악화되거나 발작성 뇌파를 보일 때, 그리고 칼로 짚는 듯하거나 또는 전기에 감전된 듯한 통증으로 나타나는 경우에도 도움이 될 수 있다. 그러나 이러한 장애들은 TCAs에도 반응을 하고 심각한 부작용이 더 적기 때문에 TCAs를 먼저 사용하고 이에 효과가 없을 때 이차적으로 항경련제를 사용한다^{7,11,19)}.

Lithium은 군집성 두통과 같은 만성 두통이나 신경병리적 동통증후군의 보조 치료제로 사용되며 용량은 양극성 장애의 경우와 동일하다¹⁹⁾.

2. 심리적 치료

1) 역동적 정신치료

통증을 주소로 하는 환자는 정신치료를 저항감을 갖기 쉽다. 환자는 정신치료로 통증을 치료한다는 것은 통증이 실제로는 없는 것인데 마음속 상상에서 만들어진 것이라는 의미로 해석하고, 자신의 통증은 상상에서 나온 것이 아니고 현실적이고 실존하는 것이라고 믿기 때문이다. 따라서 치료자는 환자의 통증이 전적으로 심리적인 문제에서 기인한다는 확신을 가지고 있는 경우에도 모든 것이 마음에서 나온 것이라는 식의 접근은 금물이고, 환자에게 통증은 실제적인 것이고 그것이 현실임을 인정하고 환자의 고통에 공감함으로써 견고한 치료동맹을 형성하도록 노력해야 한다¹¹⁾. 만성 통증에 대한 역동적 정신치료는 장기간 대인관계에서 어려움을 겪거나 어린 시절에 학대를 받은 병력이 있는 환자에게 도움이 될 수 있다. 그러나 이러한 치료는 통증으로 기능을 하지 못하는 환자에게 퇴행을 조장하기 쉽기 때문에 도움이 되지 못할 수 있다¹⁹⁾.

2) 행동치료

행동치료적 접근법은 자가조절기법과 조작적 조건화 기법으로 나뉜다. 자가조절기법에는 생체피드백, 인지행동요법, 이완훈련, 최면 등이 포함되는데 이러한 기법들은 조직 손상의 근거가 있을 때, 증상의 기간이 짧을 때, 환경에서 통증을 증가시키는 긍정적 강화가 없

을 때 도움이 되며 환자가 자신의 증상을 스스로 조절하기 때문에 자존감을 고취시킬 수 있다는 장점을 갖는다. 조작적 조건화기법은 행동이 그 결과에 의해서 조절된다는 개념을 기초로 하는 것으로 신체적 손상의 근거가 거의 없고 과도한 통증행동을 보이는 환자에게 사용된다²⁰⁾.

(1) 생체피드백

환자가 자신의 신체적 기능에 대한 정보를 계속 피드백 받음으로써 생리적 균형을 회복해 나가도록 훈련하는 치료로서 근전도를 이용하여 근육의 긴장도를 조절하는 방법과 특수한 체온계를 이용하여 신체 특정 부위의 체온과 혈류량을 조절하는 방법이 자주 사용된다. 근전도 생체피드백에서는 목표로 하는 근육에 전극을 위치시키고 청각적, 시각적 표식으로 근전도 활동에 대하여 피드백을 줌으로써 근육의 활동을 조절한다. 예컨대, 긴장성 두통의 경우에는 전극을 전두부의 근육 위에 위치시키고 근전도 훈련을 통하여 이완 훈련을 시킨다. 이러한 치료법은 인지행동요법에 기초한 재활치료 프로그램에 포함시켜 사용하는데 편두통, 만성 요통, 환형사지통(phantom limb pain)에 효과가 있다^{7,21)}.

(2) 인지행동요법

환자의 왜곡된 태도, 믿음, 기대를 밝혀내어 수정하는 치료법으로 치료의 목표는 환자가 통증을 악화 또는 완화시키는 요인들을 인식하도록 하고 그에 따라 행동을 수정하도록 하는 것이다. 여기에 동원되는 기법들로는 부정적 사고와 행동들에 대한 인지행동요법적 중재 및 인지적 재구조화, 자기주장훈련, 이완훈련, 주의 전환, 일기쓰기 및 과제주기 등이 있다. 이러한 방법들을 통하여 환자의 자동적 사고와 치료에 역행하는 비생산적 행동들을 수정하도록 유도하고 유쾌한 사건들에 대한 상상을 하도록 하며 환경에서 오는 여러 가지 일들에 초점을 맞추고 통증 이외의 다른 감각들에 집중하도록 함으로써 통증을 조절하고 그에 따라 통증을 스스로 극복한다는 느낌을 갖도록 하는 동시에 자기 인생을 자신이 주도한다는 자신감을 증진시킨다. 보조요법으로 가족치료와 물리치료를 병행할 수 있는데 이들을 통하여 가족들을 재활 프로그램에 적극적인 참여자로 개입하도록 하고 적극적인 활동을 증진시켜 자신이 상상했다고 포기한 기능들이 건재함을 확인할 수 있도록 한다²²⁾.

(3) 조작적 조건화기법

환자의 건강한 행동을 강화하고 통증을 유지시키는 행동은 수정하는 것을 목표로 하고 있으며, 치료자는 환자가 말이나 행동으로 고통을 호소하고 통증과 연관된 수동 의존적인 행동들을 보일 때 이를 무시하고 반대로 적극적이고 건강한 행동을 보일 때는 관심을 주고 격려를 하는 등 무시와 보상의 기법을 적절히 사용함으로써 환자의 적극적인 활동을 증진시키는 치료법이다²⁰⁾. 이러한 치료법은 통증의 신체적 원인보다는 과도한 통증행동과 환경적 강화 인자가 통증을 지속시키는데 중요한 역할을 할 때 사용되며 환자의 통증행동에 대한 가족들의 반응을 제한시켜야 하고 진통제와 진정제의 사용을 최소화하고 진통제는 필요할 때만 투여하기보다는 고정된 시간에 맞추어 투약해야 하며 치료진과도 통증을 조건으로 만나기보다는 통증과 관계없이 규칙적으로 예정된 시간에 만나는 것을 보장해야 한다¹¹⁾.

결 론

만성 통증은 순수하게 신체적인 질환도 아니고 전적으로 심리적인 장애도 아니기 때문에 생물정신사회적 관점에서 접근되어야 하며 치료는 다학제적 체제(multidisciplinary system)하에서 상호 긴밀한 협력을 필요로 한다. 치료의 목표는 통증 해소보다는 재활에 초점을 맞추어 환자의 활동과 기능이 증진됨에 따라 부수적으로 통증이 완화되도록 해야 할 것이다. 정신과의사는 공존하는 정신과적 장애를 진단하고 치료하며 통증에 대한 정신약물치료와 심리적 치료에 주도적 역할을 수행해야 한다.

REFERENCES

- 1) Spear FG(1967) : Pain in psychiatric patients. J Psychosom Res 11 : 187-193
- 2) American Psychiatric Association(1994) : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed, American Psychiatric Association, pp458-462
- 3) Black RG(1971) : The chronic pain syndrome. Surg Clin N Am 55 : 999-1011
- 4) Bonica JJ(1977) : Neurophysiologic and pathologic aspect of acute and chronic pain. Arch Surg 112 : 750-761
- 5) Reich J, Tupen JP, Abramowitz SI(1983) : Psychiatric diagnosis of chronic pain patients. Am J Psychiatry 140 : 1495-1498
- 6) Jensen J(1988) : Life events in neurological patients with headache and low back-pain(in relation to diagnosis and persistence of pain). Pain 32 : 57-63
- 7) Houpt JL(1987) : Chronic pain management. In : Principles of Medical Psychiatry. Ed by Stoudemire A and Fogel BS, Orlando, Grune & Stratton, Inc, pp389-401
- 8) Huskisson EC(1974) : Measurement of pain. Lancet 2 : 1127-1131
- 9) Fordyce WE, Fowler RS, Lehmann JF Jr, Delateur BJ, Sand PL(1973) : Operant conditioning in the treatment of chronic pain. Arch Phys Med Rehabil 54 : 399-408
- 10) Mechanic D(1972) : Social psychological factors affecting the presentation of bodily complaints. N Engl J Med 286 : 1132-1139
- 11) King SA(1999) : Pain disorders. In : Textbook of Psychiatry. 3rd ed. Ed by Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA, Washington, DC, American Psychiatric Press, pp1003-1021
- 12) Smith GR(1992) : The epidemiology and treatment of depression when it coexists with somatoform disorders, somatization, and pain. Gen Hosp Psychiatry 14 : 265-272
- 13) Eisendrath SJ(1995) : Psychiatric aspects of chronic pain. Neurology 45(suppl 9) : 26-34
- 14) Beitman BD(1992) : Pain disorder in patients with angiographically normal coronary arteries. Am J Med 92(suppl 5A) : 33-40
- 15) Smith GR Jr, Rost K, Kashner TM(1995) : A trial of the effects of a standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. Arch Gen Psychiatry 52 : 238-243
- 16) Kellner R(1987) : Hypochondriasis and somatization. JAMA 258 : 2718-2722
- 17) Kellner R(1992) : Diagnosis and treatments of hypochondriacal syndromes. Psychosomatics 33 : 278-289
- 18) Eisendrath SJ(1994) : Factitious physical disorders. West J Med 160 : 177-179
- 19) Sullivan MD(1997) : Diagnosis and treatment of pain disorders. In : Current Psychiatric Therapy. 2nd ed. Ed by Dunner DL, Philadelphia, W.B. Saunders

ers, pp353-364

- 20) Fordyce WE, Roberts AH, Sternbach RA(1985) : The behavioral management of chronic pain : a response to critics. *Pain* 22 : 113-125
- 21) Chapman SL(1986) : A review and clinical perspective on the use of EMG and thermal biofeedback

for chronic headaches. *Pain* 27 : 1-43

- 22) Turk DC, Meichenbaum D(1994) : A cognitive-behavioral approach to pain management. In : *Textbook of Pain*. 3rd ed. Ed by Wall PD and Melzack R, Edinbrugh, Churchill Livingstone, pp1337-1348

— ABSTRACT —

————— *Korean J Psychosomatic Medicine* 7(2) : 256-262, 1999 —

Psychiatric Treatment of Chronic Pain Disorder

Seung Ho Rho, M.D.

Department of Psychiatry, School of Medicine, Wonkwang University, Iksan, Korea

Because chronic pain disorder may have multiple causes or contributing factors, including physical, psychological, and socio-environmental variables, the treatment of patients with the disorder requires biopsychosocial approaches in a multidisciplinary setting. In treating chronic pain, it is important to address functioning as well as pain, and treatment should be to increase functional capacity and manage the pain as opposed to curing it. Therefore treatment goal should be adaptation to pain or minimizing pain with corresponding greater functioning. Treatment begins with the initial assessment, which includes evaluation of psychophysiologic mechanisms, operant mechanisms, and overt psychiatric comorbidity. Psychiatric treatment of the patients requires adherence to sound pharmacologic and behavioral principles. There are four categories of drugs useful to psychiatrist in the management of chronic pain patients : 1) narcotic analgesics, 2) nonsteroidal antiinflammatory drugs, 3) psychotropic medications, and 4) anticonvulsants, but antidepressants are the most valuable drugs in pharmacotherapy for them. Psychological treatments tend to emphasize behavioral and cognitive-behavioral modalities, which are divided into self-management techniques and operant techniques. Psychodynamic and insight-oriented therapies are indicated to some patients with long-standing interpersonal dysfunction or a history of childhood abuse.

KEY WORDS : Chronic pain · Pharmacotherapy · Behavior therapy.
