

만성 통증의 정신의학적 치료

Psychiatric Treatment of Chronic Pain

한 진 희

가톨릭의대 정신과

Jin-Hee Han, MD

Department of Psychiatry, The Catholic University of Korea College of Medicine

E-mail : saintnp@chol.com

J Korean Med Assoc 2006; 49(9): 825 - 34

Abstract

Although pain is not only a physical but also an emotional and cognitive distress, psychiatric management of pain has commonly been overlooked. In this article the author will review the psychiatric assessment and treatment of patients with chronic pain. Pain is not a simple sensory process but a complex perception involving higher levels of the central nervous system, emotional states, and high-order mental processes. Thus the psychosocial aspect should be underscored in patients with chronic pain, and a multidisciplinary approach is necessary in the treatment of chronic pain. Tricyclic antidepressants are most widely used and have proven effective in patients with chronic pain. Anticonvulsants/mood stabilizers, anxiolytics, antipsychotics, and opioid analgesics are beneficial in some cases. Non-pharmacological and psychological therapy of chronic pain includes cognitive-behavioral therapy, relaxation techniques, biofeedback, hypnosis, psychotherapy, and family therapy. New psychotropic agents and various psychological therapies need to be developed and be proven to be effective and tolerable in patients with chronic pain through well-controlled and long-term follow-up studies. Psychiatric treatments, both pharmacological and non-pharmacological, are helpful in patients with chronic pain.

Keywords : Chronic pain; Psychiatric treatment;
Psychopharmacological treatment;
Psychologically based therapy

핵심용어 : 만성 통증; 정신의학적 치료; 약물치료; 비약물요법

서론

임상에서 환자들이 의사를 찾게 되는 가장 흔한 신체 증상 중 하나가 통증이다. 미국의 경우 전 인구의 1/3에서 급·만성 통증을 경험한다고 보고하였고(1), 급성 혹은 만성 통증에 의한 경제적 손실은 연간 850~900억 달러라고 한다(2).

통증을 호소하는 환자들이 의학적 도움을 요청할 때, 의사들은 종종 통증 치료의 중요성을 간과하거나 통증의 진단 또는 치료적 접근에 대한 자신감 부족으로 당황하게 된다. 또한 통증 환자들에게 만족스러운 도움을 주지 못하는 경우도 적지 않다. 이에 대한 원인으로는 의과대학에서의 학생 시절이나 전공의 수련기간 중에 통증에 대하여 충분한 교육을 받지 못했다는 점을 들 수 있겠다. 또 다른 측면으로 통증은 신체적 고통인 동시에 정서적, 인지적 장애이므로 통증

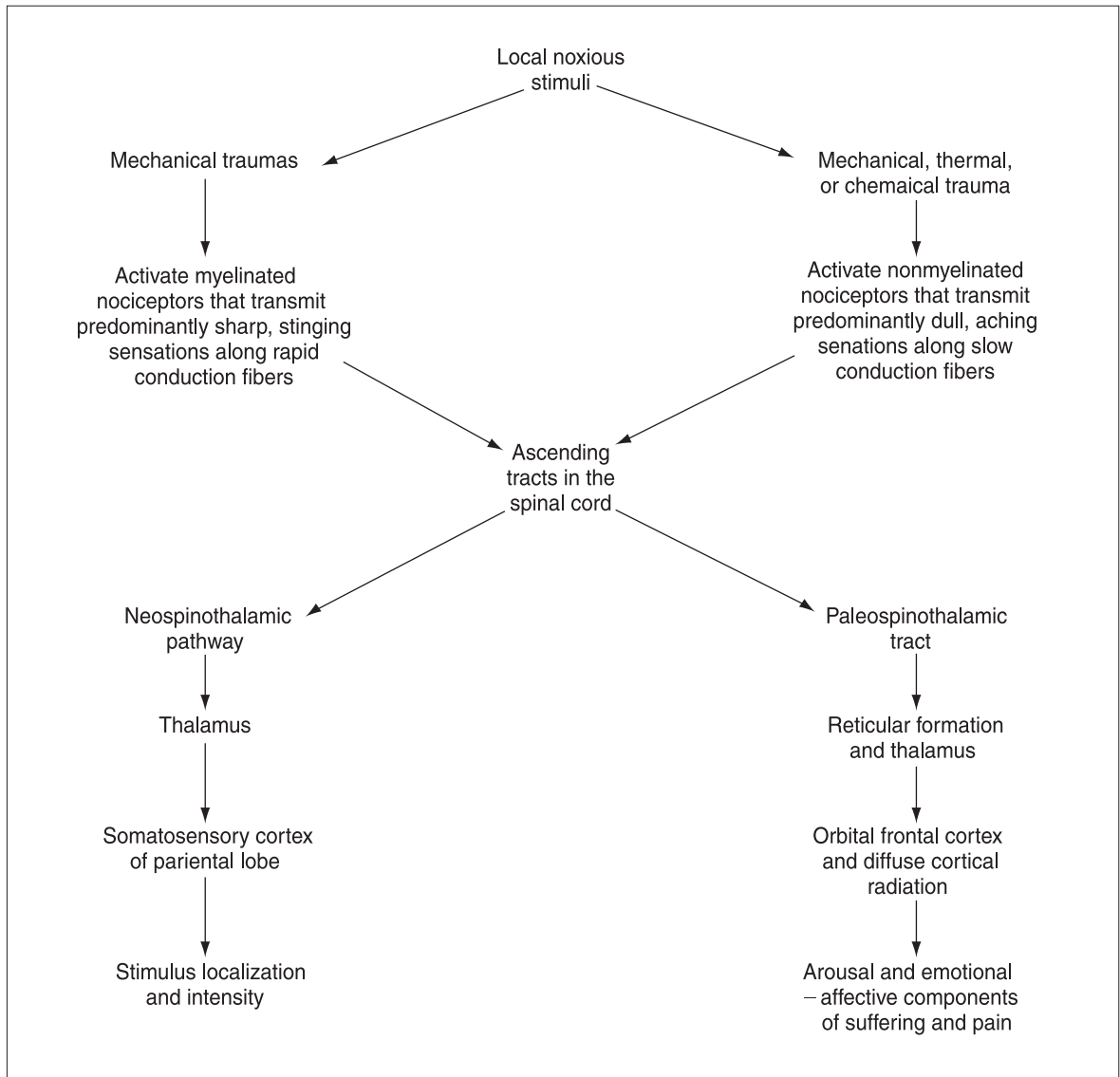


Figure 1. Neurophysiology of nociceptive pain

전문의를 포함하여 내과, 정신과 등 여러 전문 분야가 협진을 하는 다원적 치료 접근(multidisciplinary approach)이 필요하지만, 실제 임상에서는 이러한 협진이 이루어지는 경우가 많지 않다는 점도 통증에 대한 적절한

치료가 부족한 주요 이유 중의 하나이다. 이 외에 아편계 진통제 사용시 의사가 이후 환자의 약물 의존에 대하여 두려움을 갖거나 반대로 약물중독 혹은 약물 의존에 대해 환자가 두려움을 갖는 경우, 나아가 통증과 질병을 동일

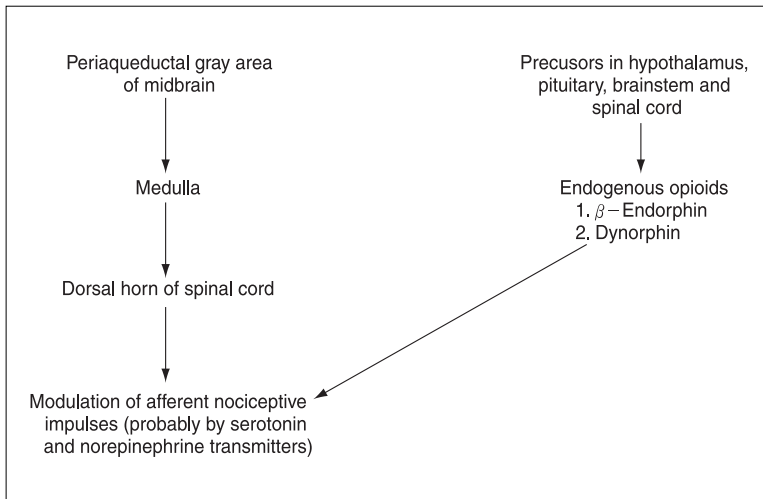


Figure 2. Endogenous pain suppression pathways

시하여 통증이 심할수록 질병이 심각하다는 의미로 받아들이게 되고 그 결과 통증을 부정하려 하는 환자의 태도 등이 통증 치료를 방해하는 요인들이다(3). 특히 만성 통증의 경우 이를 대하는 의사는 어려움을 느끼는 경우가 많다.

만성 통증 환자들에서 정신과적 약물치료로 증상의 호전을 보이는 경우가 자주 관찰되고, 정신과적 장애가 흔히 공존(comorbid)한다(3). 이에 본 의학강좌에서는 만성 통증의 정신과적 접근과 치료에 대해 개괄적으로 설명하고자 한다.

통증의 정의

과거 전통적인 개념에서는 통증을 정신적 질환으로 간주하지 않았으나, 현재에 이르러서는 심리적 측면이 통증의 경험에 있어 우선적인 요소로 여겨지고 있다. 통증의 정의로는 국제통증연구학회(International Association for the Study of Pain)의 제안이 가장 보편적으로 받아

들여지고 있는데 이는 다음과 같다.

통증이란 실제 혹은 잠재적인 조직 손상이나 손상과 연관된 불쾌한 감각적이고 정서적인 경험이다. 통증은 단순히 통각수용기(nociceptor)와 통증수용성 신경전달경로(nociceptive pathway)가 활성화 되는 것이 아니다. 통증에 대한 신체적 원인이 있을 때에도 통증은 항상 심리적인 상태이다(4). 또한 통증과 장애 및 만성 질병행동에 관한 의학위원회(Medicine Committee on Pain, Disability, and Chronic

illness behavior)도 통증에 대해 다음과 같이 보고하였다.

통증의 경험은 단순한 감각적 인식의 과정이 아니다. 통증은 고위 중추신경계, 정서적 상태 및 고위 수준의 정신적 과정을 포함하는 복잡한 인식의 과정이다(5).

이러한 최근의 정의들에서 알 수 있듯이 통증을 신체적 원인에 의한 실제 통증(real pain)과 심리적인 요인에 의한 가상의 통증(imaginary pain)으로 이분화하는 것은 적절하지 않으며, 통증에 대한 통합적인 이해와 접근이 필요하다(6). 임상 현장에서 의사들은 종종 통증의 정서적, 인지적 측면을 무시한 채 감각적 측면에만 매달려 치료에 성공하지 못하는 경우가 있으므로 통증의 정신의학적 측면을 이해하는 것은 통증 환자의 치료에 있어 필수적인 부분이라고 할 수 있다.

기간에 따른 통증의 분류

급성 통증은 유해한 자극에 따른 통증으로 대개 악화와 호전을 반복하며 통증이 수일에서 수주 이내에 호전되는

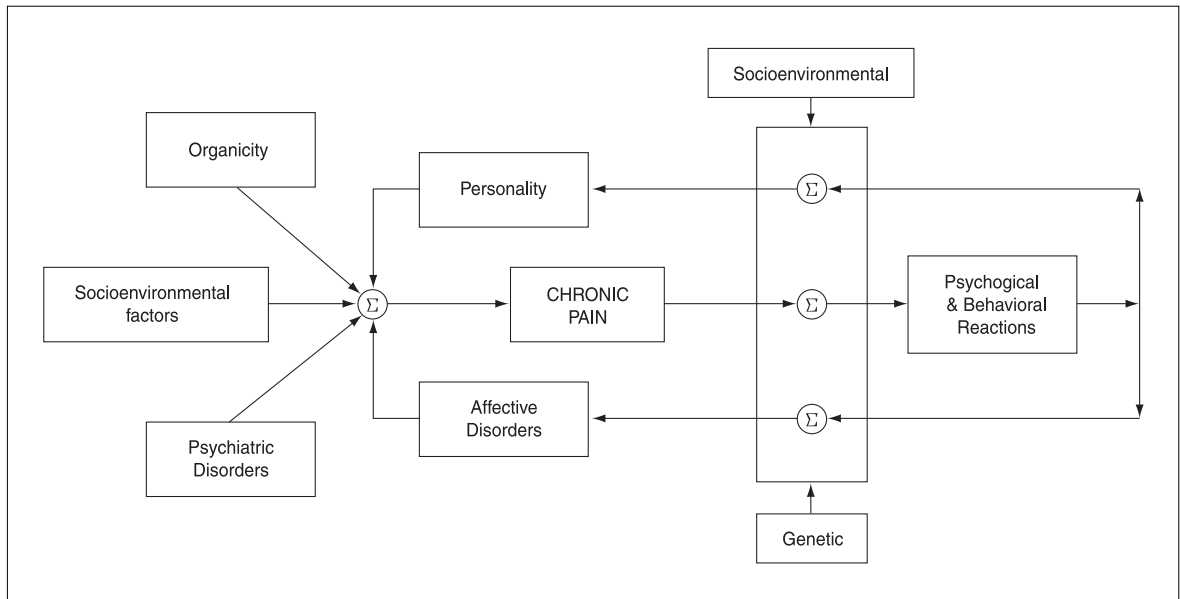


Figure 3. Systems model for chronic pain

경우이다. 이에 비해 만성 통증은 일반적으로 기대했던 것보다 늦게 호전되거나, 통증이 3개월에서 6개월 이상 지속되는 경우를 말한다(7).

통증의 기전

통증의 생리적인 측면에 대한 이해로는 대표적으로 Marguerite 등에 의해 제시된 통증의 신경생리(Figure 1)와 통증 억제의 신경회로 모델(Figure 2)이 있다(8).

만성 통증의 기여 요인들

만성 통증에서 고통과 장애를 발생, 증가시키는 요인들에는 신체적 요소, 사회/환경적 요소, 정신과적 장애, 성

격, 정서 등이 있다. 이러한 기여 요인들은 종종 상호작용을 통해 서로를 강화시키거나 상쇄시킨다(Figure 3)(9).

만성 통증에 흔히 동반되는 정신과적 장애

우울증, 불안장애, 신체형장애(somatoform disorder), 외상 후 스트레스장애, 불면증, 약물남용, 인위성 장애(factitious disorder), 꾀병(malingering) 등의 정신과적 장애가 만성 통증에 흔히 동반된다(3). 특히 우울증의 경우, Geisser 등은 만성 통증 환자의 33%에서 동반된다고 하였고(10), Krishnan 등은 만성 통증 환자의 20~40%가 우울증을 갖는다고 보고하였다(11). 불안증상의 경우는 만성 통증 환자의 약 30%에서(12), 신체형 장애의 경우는 5~15%에서 동반된다는 보고들이 있다(13).

만성 통증의 치료

만성 통증의 의학적인 치료에는 다음과 같은 방법들이 있다. 즉, ① 원인의 제거, ② 내과적 약물치료, ③ 수술적 치료, ④ 물리치료, ⑤ 신경자극치료, ⑥ 정신과적 개입과 치료 등이다(14).

1. 만성 통증의 정신의학적 치료

1) 만성 통증 환자의 평가

만성 통증을 대하는 의사는 우선 통증의 시작과 진행 과정, 악화 혹은 완화와 관련된 요소들, 정신과적 장애의 동반 여부, 과거 정신과적 장애의 병력, 현재 환자가 복용중인 약물의 종류와 용량, 약물의 효과와 부작용, 과거부터 현재까지 통증의 약물이나 그 외 치료법들에 대한 반응, 통증 치료 약물과 향후 사용하게 될 정신과적 약물의 상호작용, 약물과 관련된 정신과적 이상반응 등에 대해 평가를 시행해야 한다. 또한 환자의 사회적, 직업적, 경제적인 기능의 정도를 평가하고, 과거나 현재 물질남용(substance abuse) 여부에 대해 조사해야 한다. 이러한 조사 및 평가를 토대로 적절한 치료계획을 세운다(13).

2) 만성 통증 치료의 일반원칙

만성 통증의 치료는 주지하듯이 통증의학에 관련된 여러 전문가들에 의한 다원적이고 통합적인 관점에서 팀 접근법으로 이루어지는 것이 바람직하다. 다음에 제시하는 가이드라인은 만성 통증 환자의 치료시에 지켜야 할 일반적인 원칙과 고려사항들이다(13).

① 의학적 증거가 충분치 않다고 해서 선불리 “심리적”이라는 용어를 쓰지 않도록 한다. 의사는 전적으로 환자

를 신뢰하고 있음을 보여주어야 한다. 설사 심리적인 요인이 중요한 경우일지라도 통증의 실제 상태가 달라지는 점은 아무것도 없다. 더구나 급성기의 통증과 달리 만성 통증은 환자가 어느정도 이에 적응하고 있으므로 증상을 드러내기가 쉽지 않은 점이 있다.

② 의사는 환자에게 즉각적인 치료효과가 잘 나타나지 않더라도 치료는 지속되어야 함을 확고히 해야 하며, 나아가 환자의 실망에 대하여 의사 자신이 영향받지 않도록 경각심을 가져야 한다. 만성 통증 환자들이 흔히 갖는 두려움은 그들이 무시되거나 버림을 받지 않을까 하는 것이다. 만성 통증의 치료에는 희망을 주는 낙관론적 자세와 많은 끈기가 필요하다.

③ 통증에 대한 직접적인 교육과 함께 이완기법(relaxation technique), 요가, 침, 경피신경자극술(transcutaneous electrical nerve stimulation), 초음파, 마사지 요법 등에 대한 소개와 교육이 도움이 된다. 이러한 접근은 환자의 통증 완화에 대한 효과 뿐만 아니라 그들의 조절감을 고취시키고 더 이상 희생자이기 보다는 의사의 돌봄을 받는 치료의 참여자로 느끼게 해줄 것이다.

④ 위에 예시한 것 이외에도 통증 치료시에 고려되어야 할 사항들이 많지만 한 두가지만 더 소개해 보고자 한다. 만성 통증의 치료에 관련된 몇 가지 오해가 있는데, 첫째는 난치성 통증의 경우 구심차단술(deafferentation surgery)같은 신경절단술이 궁극적 해결책이라는 믿음이다. 그러나 실제로는 만성 통증의 많은 사례에서 신경차단술이 상황을 더욱 악화시켰다는 보고가 있으므로 적응증을 잘 선택해야 한다. 두번째는 위약효과(placebo effect)의 믿음에 관한 것이다. 위약효과가 나타나면 마치 심리적인 원인이 있고, 기질적 원인이 뚜렷하면 위약효과를 기대할 수 없다는 생각은 잘못된 것이다. 위약효과는 일종의 조건화 반응(conditioning response)으로 어떤

상황에서도 일어난다. 실제로는 수술 후의 통증이나 전이성 말기암 환자에서도 위약효과는 뚜렷할 수 있으며, 오히려 심인성 요인이 많은 우울증 환자의 통증에서 위약효과가 높지 않다는 임상보고도 있다.

3) 만성 통증의 정신의학적 약물요법

통증의 치료에 일차적으로 사용되는 내과적 약물들(아스피린계, NSAIDs, 마약성 진통제 등) 및 신경 블록의 사용 지침에 대해서는 여기에서 다루지 않고, 정신의학적 치료 관련 부분만 살펴보고자 한다. 통증의 일반적 치료 지침은 WHO에서 권장하고 있는 3단계 통증치료지침(WHO ladder)을 염두에 두는것이 좋겠다.

① 항우울제(Antidepressants)

항우울제는 35년 이상의 오랜기간 동안 만성 통증 환자에게 사용되어져 왔으며, 관절염(arthritis), 헤르페스 후 신경통(postherpetic neuralgia), 당뇨병성 신경병증(diabetic neuropathy), 긴장성 두통 혹은 편두통(tension or migraine headache), 섬유근육통(fibromyalgia), 만성 구강안면통(chronic orofacial pain), 과민성 대장증후군(irritable bowel syndrome) 등의 환자에서 효과적이라고 알려져 있다(15~19).

특히 삼환계 항우울제가 통증에 효과적이며, 이는 암성 통증(cancer pain)과 만성 비악성 통증(chronic non-malignant pain) 모두에 효과가 있는 것으로 보고되었다(6). 초기에는 항우울제에서 보이는 진통 효과가 항우울 작용의 한 부분일 것으로 여겨졌으나, 이후의 연구들은 항우울제가 항우울 효과와는 별도로 진통 효과를 갖는다고 보고하였다(6). 신경병증성 통증(neuropathy)과 연관된 만성 통증에는 삼환계 항우울제가 1차 선택 약제이며, 모든 삼환계 항우울제는 비슷한 정도의 통증감소

효과를 갖는 것으로 보인다(6). 진정작용이나 항콜린성 부작용이 적은 것으로 알려진 desipramine이나 nortriptyline이 선호되지만, 통증과 함께 수면 장애가 공존하는 경우, amitriptyline같이 진정 작용이 큰 삼환계 항우울제가 더욱 효과적이다(6).

최근 많이 사용되는 세로토닌 재흡수억제제(serotonin specific reuptake inhibitors, SSRIs) 계열의 항우울제는 삼환계 항우울제에 비해 진통 효과가 적은 것으로 알려져 있다(20). 세로토닌-노르에피네프린 재흡수 억제제(serotonin norepineprine reuptake inhibitors, SNRIs) 계열의 항우울제인 venlafaxine도 우수한 진통 효과를 가지며, 이는 mirtazapine이나 bupropion보다 우수한 것으로 보고되었다(21). 따라서 심혈관계 질환이 있거나 삼환계 항우울제에 부작용을 보이는 만성 통증 환자에서는 venlafaxine(25~225mg/day)을 고려해 볼 수 있다(6). 이 외에도 같은 계열의 duloxetine은 특히 당뇨병성 통증에 대하여 최근 미국 FDA로부터 인가를 얻은 바 있는데 1일 용량은 60~120mg이다. 같은 계열의 milnacipram은 섬유근육통에 효과가 있는 것으로 보고되었다.

과거에는 삼환계 항우울제의 진통 효과가 항우울 효과를 위한 것에 비해 낮은 용량에서 나타난다고 여겨졌으나, 최근에는 용량의존적인 것으로 보고되고 있다(6). 그러므로 만성 통증 환자에서 항우울제를 처방할 때는 소량에서 시작해 부작용이 나타나기 전까지 서서히 용량을 증가시킨다(6). 예를 들어 Amitriptyline의 경우, 잠자기 1~2시간 전 25mg을 복용하는 것에서 시작하여 부작용이 나타나기 전까지 3일 간격으로 25mg씩 증량한다. 항우울제의 진통 효과는 종종 수일 후부터 나타나기도 하지만, 항우울 효과와 마찬가지로 대개 수주 후에 나타난다(6).

② 항전간제/기분조절제

(Anticonvulsants/Mood Stabilizers)

항전간제/기분조절제 역시 진통 효과가 있는 것으로 알려져 있다(6). phenytoin, carbamazepine, sodium valproate 등의 항전간제/기분조절제가 통증을 완화시킨다는 보고들이 있다(22). 특히 carbamazepine은 삼차신경통(trigeminal neuropathy), 헤르페스 후 신경통, 환상지(phantom limb) 등의 치료에 효과적이며, sodium valproate는 편두통의 예방에 도움이 된다(6). Lithium의 경우, 급성 두통과 군발성 두통의 치료에 사용될 수 있다(6). 새로운 항전간제/기분조절제 중 가장 많이 연구된 약물은 gabapentin이다. Gabapentin은 항경련제로서 뿐만 아니라 신경병증성 통증에 대해 FDA로부터 정식으로 인가를 받았으며, 약물의 프로파일이 기존의 항전간제/기분조절제에 비해 부작용이 적다. 따라서 약물순응도가 좋고, 약물상호작용의 위험성이 적다는 장점이 손꼽힌다(23). Gabapentin은 1일 3회 각 100mg으로 시작하여 서서히 3,600mg까지 증량할 수 있다(6). 한편 gabapentin의 특허유�효기간이 지남에 따라 같은 회사에서 후속 약물로 개발된 pregabalin 역시 신경병증성 통증의 영역에 걸쳐 넓은 적응증을 가지고 있으며 내약성과 유효성의 측면에서 우수하다. 최대용량은 1일 300mg이다. 이 외에도 topiramate, oxcarbazepine, lamotrigine 등의 항경련제들도 진통 효과를 가지는 것으로 보고되고 있다(6).

③ 항불안제(Axiolytics)

만성 통증 환자에서 벤조디아제핀(benzodiazepine)계 약물의 치료 효과는 확실하지 않다(6). 오히려 벤조디아제핀이 만성 통증 환자의 통증을 증가시키거나(24) 아편계 진통제의 작용을 방해한다는 보고도 있다(25). 그러므

로 일반적으로 만성 통증 환자에서 벤조디아제핀의 처방은 권유되지 않는다. 다만, 불안이 심하거나 수면장애가 동반된 만성 통증 환자에서는 clonazepam같은 약물이 도움이 되기도 한다. 그러나 이러한 경우에도 항우울제나 buspirone과 같은 비벤조디아제핀계 항불안제의 사용을 고려해 볼 수 있다(6).

④ 항정신병 약물(Antipsychotics)

Haloperidol이나 chlorpromazine과 같은 항정신병 약물이 진통 효과가 있으며, 특히 신경 통증에 효과적이라는 보고들이 있다(6). 특히 methotrimeprazine과 phenothiazine은 대조군 연구에서 진통 효과가 있는 것으로 보고되었다(26).

4) 만성 통증의 비약물요법(정신-사회적 치료)

약물치료 뿐 아니라 인지행동치료, 이완요법, 바이오피드백(biofeedback), 최면, 정신치료, 가족치료 등의 치료법도 만성 통증 환자에게 도움이 되는 것으로 알려져 있다(28~32). 이러한 방법들은 환자의 인지, 감정 및 생활방식의 변화를 통해 환자가 통증에 적응하고, 스스로 조절감을 가질 수 있도록 하며, 기능을 개선하고 삶의 질을 향상시키도록 돕는다(27).

인지행동치료에 기반을 둔 대응기술(coping skills)을 발달시키도록 하는 것은 만성 통증 자체를 감소시키는 것 뿐만 아니라 통증관련 행동, 즉 질병행동(illness behavior)을 변화시키는 데에도 유리하다. 또한 주위의 관심이나 책임의 회피, 경제적 보상 등 소위 이차적 이득(secondary gain)은 만성 통증 환자의 치료를 복잡하게 만드는 요인이 되므로 적극적으로 차단하도록 한다.

정신역동적 측면으로는 통증으로 인한 고통과 함께 의존적 상태가 장기화되면서 자율성(autonomy)과 자존감

이 손상되고 수치감이 있으며 다른 한편으로는 보살핌과 의존에 대한 욕구가 증가하여 잠재되어 있던 예전의 갈등이 부활하는데, 이는 임상적 경과 및 회복에도 영향을 주게 된다. 일부 환자들은 만성 통증에 대한 반응으로 우울증의 양상을 나타내거나 반대로 증상을 부정하고 반의존적(counterdependent)이 되어 치료 거부, 비순응(non-compliance) 등을 나타내기도 한다. 역동적 정신치료의는 의사-환자의 틀 속에서 만성 통증으로 야기된 이러한 문제들이 어떻게 표출되고 있는지를 파악하고 치료가 옳은 방향으로 나아가도록 도모한다. 만성 통증 환자의 요구는 때로 감당하기 어려울 정도이나 의료진이 일관성있게 치료적 보호자(protective figure)로 남을 수 있는가의 여부가 치료 성패에 중요하다(13).

이 밖에 교육(education)도 환자와 가족들 모두에서 중요하다. 통증의 진단과 치료에 관해서는 잘못 알려진 믿음이나 오해가 많으므로 이를 교정해줄 필요가 있다. 심지어 의료진들도 통증의 치료에 대해 편견을 품고 있는 수가 많다. 가장 흔한 오해는 예컨대, 의료진들이 통증을 호소하는 환자에 대하여 충분한 용량의 약물을 주지 않거나, 약물의 작용시간을 실제보다 긴 것으로 잘못 알고 있어 약물투여 간격이 늘어난 경우이다. 또 약물의 습관성이나 중독성에 대하여 지나치게 예민한 경향이 있다. 만성 통증 환자의 치료에서는 교육도 치료의 일부로 간주되어야 한다.

결 론

통증은 신체적 감각인 동시에 정서적이고 인지적인 정신 과정을 포함하는 복합적 지각(perception)의 결과이다. 그러므로 만성 통증의 치료에는 다양한 전문 분

야 의사들의 협진을 통한 다원적 팀 접근이 필요하다. 만성 통증 환자에서 정신과적 약물 및 사회-정신치료가 모두 도움이 된다. 지금까지 만성 통증에 가장 많이 쓰이고 효과도 확립된 정신과적 약물은 삼환계 항우울제인데, 그 외에도 항진간제/기분조절제, 항불안제, 항정신병 약물, 아편계 약물 등도 경우에 따라 널리 사용된다. 또한 최근에는 일부 만성 통증에 적응증을 갖는 새로운 정신활성 약물들이 속속 개발되는 추세이다. 만성 통증에 도움이 되는 비약물요법에는 인지행동치료, 이완요법, 바이오피드백, 최면, 정신치료, 가족치료 등이 있다. ①

참 고 문 헌

1. Bonica JJ. Evolution and current status of pain programs. J Pain Symptom Manage 1990; 5: 368 - 74
2. Bonica JJ. Preface. In: Ng LKY, ed. New approaches to treatment of chronic pain: A review of multidisciplinary pain clinics and pain centers. Washington: NIDA, 1981: 7 - 10
3. Wise MG, Rundell JR, Textbook of consultation—liaison psychiatry, 2nd ed. American Psychiatric Publishing Inc 1996: 989 - 1013
4. Merskey H, Bogduk, eds. International association for the study of pain classification of chronic pain, 2nd ed. Seattle: IASP Press, 1994
5. Osterweisse M, Kleinman A, Mechanic D, eds. Pain and disability. Washington: National Academy Press, 1987: 13
6. Hales RE, Yudofsky SC, eds. The American Publishing Textbook of Psychiatry, 4th ed. Washington: American Psychiatric

- Publishing Inc 2005: 1023 - 40
7. Merskey H, Nindblom U, Mumford R. Pain terms: a current list with definitions and notes on usage. *Pain* 3(Suppl): 215 - 21
8. Sadock BJ, Sadock VA, eds. *Synopsis of psychiatry*, 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003: 1342
9. Krishnan KRR, France RD, Urban BJ. Systems approach to chronic pain syndromes. In: France RD, Krishnan KRR, eds. *Chronic pain*. Washington: American Psychiatric Press, 1988: 16 - 27
10. Geisser ME, Roth RS, Robinson ME. Assessing depression among persons with chronic pain using the Center for Epidemiological Studies—Depression Scale and the Beck Depression Inventory: a comparative analysis. *Clin J Pain* 1997; 13: 163 - 70
11. Krishnan KRR, France RD, Pelton S. Chronic pain and depression: classification of depression in chronic low back pain patients. *Pain* 1985; 22: 279 - 87
12. American Psychiatric Association *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Text revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000
13. Bouckoms AJ, Hackett TP. The pain patient: evaluation and treatment. In: *Massachusetts General Hospital handbook of general hospital psychiatry*, 3rd ed. Boston: CV Mosby, 1991: 39 - 68
14. Stoudemire A, Fogel F, Greenberg D, eds. *Psychiatric care of the medical patient*, 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2000
15. France RD, Krishnan KRR. Pain in psychiatric disorders. In: France RD, Krishnan KRR, eds. *Chronic pain*. Washington: American Psychiatric Press, 1988: 117 - 41
16. Clouse RE. Antidepressants for functional gastrointestinal syndromes. *Dig Dis Sci* 1994; 39: 2352 - 63
17. King RD, Turk DC, Rudy TE. The West Haven—Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain* 1995; 23: 345 - 56
18. Max MB. Antidepressants as analgesics. In: Fields HL, Liebeskind JC, eds. *Progress in Pain Research and Management*, vol 1. Seattle: IASP Press, 1994: 229 - 46
19. Saper JR. Diagnosis and symptomatic treatment of migraine. *Headache* 1997; 37(Suppl 1): 1 - 14
20. Smith AJ. The analgesic effects of selective serotonin reuptake inhibitors. *J Psychopharmacol* 1998; 12: 407 - 13
21. Ansari A. The efficacy of newer antidepressants in the treatment of chronic pain: a review of current literature. *Harv Rev Psychiatry* 2000; 7: 257 - 77
22. MacQuay H, Carroll D, Jadad AR, et al. Anticonvulsant drugs for management of pain: a systemic review. *BMJ* 1995; 311: 1047 - 52
23. Backonja MM. Anticonvulsants(antineuropathics) for neuropathic pain syndromes. *Clin J Pain* 2000; 16(Suppl): 67 - 72
24. DelleMijn PLI, Fields HL. Do benzodiazepines have a role in chronic pain management? *Pain* 1994; 57: 137 - 52
25. Gear RW, Miaskowski C, Heller PH, Paul SM, Gordon NC, Levine JD. Benzodiazepine mediated antagonism of opioid analgesia. *Pain* 1997; 71: 25 - 9
26. Monks R. Psychotropic drugs. In: Bonica JJ, ed. *The Management of Pain*. Philadelphia: Lea & Febiger, 1990: 1676 - 89
27. Lee KH. Psychiatric management of chronic pain. *J Korean Soc Biol Ther Psychiatry* 2003; 9: 146 - 53

28. Fordyce W. Behavioral methods for chronic pain and illness. St. Louis: CV Mosby, 1976
29. Fordyce W. The behavioral management of chronic pain: a response to critics. Pain 1985; 22: 113 - 25
30. Turner JA, Chapman CR. Psychological interventions for chronic pain: a critical review I relaxation training and biofeedback. Pain 1982; 12: 2 - 21
31. Turner JA, Chapman CR. Psychological interventions for chronic pain: a critical review II. operant conditioning, hypnosis, and cognitive behavioral therapy. Pain 1982; 12: 23 - 46
32. Keefe FJ, Williams DA. A comparison of coping strategies in chronic pain patients in different age groups. J Gerontol 1990; 45: 161 - 5



Peer Reviewer Commentary

송 지 영 (경희의대 신경정신과)

재활의학과, 통증 클리닉, 정형외과 의사들은 만성 통증 환자를 진료하면서 정신사회적 요소(psychosocial factor)가 진단과 치료에 중요하다는 점을 충분히 인식하고 있다. 더욱이 근래 교통사고, 산업재해와 관련하여 보상 평가와 법적 장애 판정시에 만성 통증에 대한 문제가 주요 문제로 대두되고 있다. 만성 통증 장애는 심인성 장애가 아닌 심신 상호 작용에 따른 복합 증후군으로 이해해야 한다.

본 논문은 만성 통증에 대한 이러한 최근의 상황에 발맞추어 이 장애에 대하여 포괄적으로 조망하면서 치료에 대해서도 최근의 결과를 제시하고 있다.

만성 통증과 관련된 복잡한 형태의 심리사회적 요소들을 이해하기 위해서는 진료시에 보다 많은 시간이 투자되어야 할 것이다. 그리고 치료에는 약물치료나 신경 차단술과 같은 기질적 치료와 함께 심리사회적 치료가 필수적으로 요망된다는 점이 강조된다. 한편 이들 환자를 평가하고 치료할 때 비록 불안과 우울증이나 공포증과 같은 정신적인 문제가 발견된다고 해서 무조건 정신과로 보내어 치료를 받도록 하기 보다는 해당 재활의학과나 통증 클리닉, 정형외과 치료와 함께 정신과가 협조하여 진료하는 형태가 바람직하다. 향후에 이러한 진료 시스템의 개선 확대가 요망된다. 또한 만성 통증은 의사 뿐만 아니라 환자에게도 이 장애에 대한 교육이 강조된다. 만성 통증에 대한 이해가 치료에 관건이 되기 때문이다.