

# 측두하악장애의 정신심리학적 측면



박 기 창\* · 이 원 유\*\*

/연세대학교 원주의대 정신과학 교실\*

/연세대학교 치과대학 원주의대 교정학 교실\*\*

## 서 론

### 초

두하악장애는 1934년 Costen이 저작기관의 기능성장애를 Costen syndrome이라고 기술한 이래, 수많은 이름들이 쓰여져 왔으며, 미국치과의사협회는 temporomandibular disorder(TMD)라는 용어를 공식 선정하기에 이르렀다.<sup>1</sup> TMD는 외상, 해부학적 구조 및 교합부조화, 정신심리적 요인, 병리적인 원인이 복합 또는 단독적으로 기인하여 나타난다고 알려져 있다.<sup>2</sup>

현재 TMD의 치료개념은 신체적인 면과 심리적 면의 두가지를 동시에 고려하여 치료하는 것이다. 신체적인 병인에 대하여는 많이 밝혀지고 있으나 심리적 측면에 대하여 아직 연구와 관심이 많지 않은 상태이다. 특히 급성 TMD보다 만성 TMD에서 심리적 요인이 더욱 중요시되고 있다. 특히 통증행동(pain behavior)은 다른 사람에게 자신의 고통을 알리는 여러 가지 행동 형태를 말하며, 이는 만성에서 치료결과를 좌우하는 중요한 요소이다. 통증행동은 성격, 정신질환, 스트레스 등의 정신심리와 밀접한 관계를 가지고 있다. 그러나 지금까지

의 치의학 교육과정에서 급성 동통을 치료하는 데 많은 시간을 할애하여 왔으나 만성 동통과 이와 관련된 정신심리학에 대한 교육은 적절하지 못하였다. TMD와 정신심리학적 측면을 알아보려 한다.

## 본 론

### I. TMD에서 심리적인 면의 중요성

#### 1. 동통과 TMD

TMD의 3대 증상은 관절잡음, 개구제한, 동통이라고 한다. 3대증상 중 관절잡음과 개구제한에 대한 것은 많이 밝혀진 상태이나 통증은 그 원인이 아직 잘 밝혀지지 않고 있다. 신체적 병인을 충분히 제거한 후에도 통증은 남을 수 있다. TMD는 일종의 임상증후군이라고 할 수 있으나 요즈음의 견해로는 “기능이 악화되지 않으며, 스스로 회복되는 일종의 만성질환(self limiting chronic illness)”이다.<sup>4</sup>

일련의 연구에 의하면 전체 TMD환자중 70-80%는 대체로 급성으로서 치료하기 쉬우며 별 문제가

되지않으나, 20-30%가 만성으로서 치료하기 어렵고 많은 문제를 일으킨다. 만성 TMD환자들은 심한 우울, 신체화(갈등이 신체의 증상으로 나타남), 의료기관의 높은 방문횟수를 보인다. 만성 TMD환자들은 긴장성두통, 요통등과 같은 만성동통환자들과 유사한 점들이 많으므로 급성과는 전혀 다른 일종의 “만성 동통환자”로 진단되고 치료하여야 한다. 특히 만성통증은 TMD 증상중 가장 치료하기 어려운 것으로 현재 연구의 과제가 되고있다. Parker<sup>5</sup>등(1993)은 TMD환자들에게 다면적 인성검사(MMPI)를 시행하여 성격특성을 분석한 결과 52%가 정신생리적 이상반응, 11%가 우울, 12%가 방어반응, 24%가 정상이라고 하여 다른 만성통증환자들과 비슷한 심리적 특성을 보였다. 만성 TMD의 통증은 만성동통환자들의 행동(behavior)과 심리로써 취급되어야 한다.

2. 동통의 의미

단순한 동통의 의미는 신체일부의 손상으로인한 아픈 감각을 가리킨다. 동통의 어원은 Latin어로 poena, Greek어로 poine으로, penalty, punishment의 뜻이다. 요즈음 동통에대한 개념은 단순한 불유쾌한 아픈 감각에서 과거의 경험된 고통스러운 감정과 경험으로 점차 바뀌고 있다(도표 1). 즉 통증은 파블로프의 조건반사처럼 “고통스러운 경험”이라는 것이다. .

< 동통의 개념 >

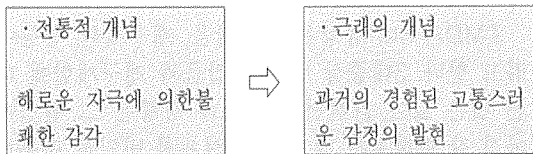


도표 1.

동통은 말, 신음, 표정, 자세로 의사소통의 수단으로써 표현되며 3가지의 상징성을 갖는다. 첫째 적개심의 표현, 둘째 죄책감의 해소, 셋째 남을 조정하려는 수단의 3가지이다 (도표2). 또한 심하게

상실된 감정을 완화시키기 위해서도 동통이 생기기도 한다. 동통은 주관적이며 객관적 증상은 아니다. 발한, 근육긴장, 심장박동의 증가 또는 위장활동의 변화와 같은 자율신경계의 증상을 동반할 수도 있다. 동통의 객관적 측정이 어렵기때문에 진단과 연구에 어려움이 있다.

동통의 상징적 의미

- 적개심의 표현
- 죄책감의 해소
- 남을 조정하려는 수단



도표 2.

치료도중 통증의 강도는 일정하지 않다. 주로 환자의 사회심리적 요소들이 여기에 관여한다. 그러나 치료자와 관계도 관여한다. 환자 통증의 강도가 높아지는 것은 치료자의 무관심, 치료자에 대한 분노의 표시이며, 치료자와의 관계를 다시 맺고자 하는 비언어적 표현일 수도 있기 때문이다.

따라서 통증의 시작, 경과, 치료과정등에 대한 자세한 조사 후에도, 환자의 소아시절부터의 발달사적인 개인력과, 가족력, 윤리적 배경, 질병에 대한 태도, 과거 질병시의 환자의 경험 등에 대해 자세한 정보를 얻을 수 있어야 한다.

3. 동통으로 인한 이득

질병행동중 흔히 나타나는 증상인 동통은 일차 및 이차이득이 있다. 일차 이득은 동통으로 무의식적 심리갈등을 상징적으로 해결하고 불안을 줄이며 갈등을 알아차리지 못하게 하는데 있다. 이차이득이란 외부로부터 이익을 얻거나 책임에서 벗어날 수 있는 것을 말하며 이것은 동통을 강화시키고 지속시킬 수 있다.

이차 이득(도표 3)으로

- 첫째, 책임감으로부터 벗어날 수 있고,
- 둘째, 사랑받고 싶은 사람에게 계속 의존할 수 있으며,
- 셋째 자신에게 벌을 줄 수 있고,

넷째, 의사들에게 자신의 적개심을 간접적으로 표현할 수 있다.

특히 두부, 안면부, 경부의 통증은 정신 신체적 문제가 겹쳐져 있는 경우가 많아서 정신적 신체적 면을 함께 고려해야 한다.

### 동통의 이차 이득

- 책임감에서 회피
- 자책
- 분노의 표출
- 의존



도표 3.

## II. TMD와 관련된 심리적 요인들

질병으로 얻어지는 일련의 행동형태(질병행동)에 영향을 미치는 요인들은 문화, 사회 경제, 심리, 경험, 기억, 학습 등이다. 과거 30여년 동안 TMD의 심리적 요소들과 신체증상들 사이의 관계에 대한 여러가지 가설들이 제기되었다. TMD에 영향을 주는 심리적 요인에는 다음 세가지가 있다.

1. 성격 2. 정신 질환 3. 스트레스 (도표 4).

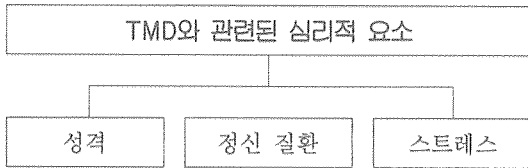


도표 4.

### 1. 성격과 TMD의 관계

감정과 가장 밀접한 신체부위는 얼굴부위로 알려져 있다. 얼굴표정은 마음상태에 따라 근육의 자율적인 운동에 의해서 일어나고 지속된 근긴장은 저작근육장애와 관절장애를 일으킬 수 있다. TMD를 잘 유발하며 통증을 쉽게 느끼는 성격들은 다음과 같다.

#### 1) 불안한 성격 (Anxious personality)

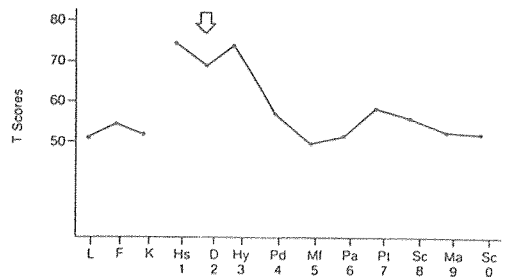
불안한 성격은 일상적으로 일어나는 스트레스에 대해서 과도한 걱정과 불안 증세를 보인다. 불안한 성격의 사람들은 불안의 정도가 참을 수 없는 정도로 증폭이 될 수도 있다. 새로운 환경과 불확실성은 불안을 쉽게 증가시킨다. 보통사람에서도 예후가 불확실하거나 증세가 오래 지속되면 불안은 증가된다.

Heloe와 Heiberg<sup>7</sup>(1987)은 TMD환자들이 다른 치과환자들에 비해, 보다 많은 적개심을 억압하고 있으며, 억압된 감정으로 더 불안하다. Solberg<sup>8</sup>등(1972)은 TMD환자들이 정신쇠약증과 불안정도가 높다고 하였고, Moulton<sup>9</sup>(1955)도 TMD환자들에서 불안과 긴장이 높음을 발견하였다.

#### 2) 우울 및 주기적 성격

(Depressive and cyclothymic personality)

통증이 만성적으로 지속되면 우울증을 유발하며, 우울증은 통증을 강화시킨다. 주기적 성격이란 우울이 주기적으로 나타나는 것을 말한다. 만성 TMD환자들도 만성 통증으로 인하여 우울이 나타나게 된다. Lupton<sup>10</sup>(1969)은 다면적 인성검사에서 TMD 환자들이 V자형을 나타내며 신경증의 3대 특징(neurotic triad)인, 건강염려증과 히스테리가 높게 나타나고 우울정도는 약간 높게 나타난다고 하였다. Schumann<sup>11</sup>등(1988)도 유사한 결과를 발견하였다(그림 참조).



V자형 모습 (Hs:건강염려증, D:우울증, Hy:히스테리의 수치가 높어 나타나 V 형을 나타낸다)

#### 3) 히스테리성 성격 (Hysterical traits)

감정표현이나 대인관계가 미숙하여, 깊은 사고를 하기보다는 피상적이며, 극적인 연출과 주목받기를 좋아하는 성격유형이다. 이들은 통증이나 질병을 통하여 상대방에게 자신의 마음을 전달하려 할 수 있다. 전환장애를 잘 일으키며, TMD환자들에서도 이러한 성격유형을 많이 볼 수 있다. Zach<sup>12</sup>(1991)는 TMD여성환자들에서 Crown Crip Experimental Index를 이용하여 성격특성을 파악한 결과, 신체화(somatization)와 히스테리 척도가 상승되어 있음을 발견하였다.

#### 4) 건강염려증 성격 (Hypochondriasis)

또는 심기증, 침울증

신체징후와 증상에 대한 잘못된 편견으로 자신이 심각한 질병에 걸려있다고 생각하는 것으로 철저한 의학 검사에도 불구하고 증상을 계속한다. 신체에 약간의 이상한 징후가 나타나도 큰 병에 걸린 양 호들갑을 떨 수 있으며, 의사 방문하기를 많이 하여 doctor shopping이라는 말도 쓴다. 이런 유형의 TMD환자들은 자신을 배척한다고 생각되는 의사를 포기하고 쉽게 다른 의사를 찾아다니게 된다.

#### 5) 강박적 성격 (Obsessive traits)

높은 도덕감을 갖고 변화를 싫어하고, 사소한 일상적인 일에도 순서를 지키고, 의식을 행하려는 성격유형이다. Lupton<sup>13</sup>(1966)은 몇가지 심리검사들을 이용해서 TMD환자들의 성격유형을 '과도한 정상(hypernormal)'이라 하였고, Stenn<sup>14</sup>등(1979)은 TMD환자들이 완벽하고 분명한 성격의 소유자로서 타인들의 평가에 민감하고, 모험을 하지 않으며, 불확실한 것을 싫어한다고 하였다. Blumer와 Heilbronn<sup>15</sup>(1987)도 TMD환자들이 과도하게 완벽한 성격의 소유자라 하였다.

기타 통증을 쉽게 호발하는 성격<sup>16</sup>은 우울, 염세, 의사에 대해 적대적 감정과 원망을 보인다. 또한 말로써 갈등을 표현하지 못하는 감정부진증(Alexythymia)경우에도 자신의 갈등을 신체증상과 통증으로 표현한다.

## 2. 정신질환과 TMD

(Psychiatric Comorbidity)

Bouckoms와 Hackett<sup>17</sup>(1991)는 통증을 잘 호소할 수 있는 9가지 정신질환을 열거하였다.

### 1) 우울증 (Depression)

우울증이란 우울한 기분 또는 모든 것에 대한 흥미나 즐거움의 상실을 말하며 '주요우울증'일 경우 최소 2주간 이런 증상이 계속되는 경우이다. 가장 흔하게 불면증과 관계가 있다고 한다. 또한 우울은 체험, 인종적 문화적으로 독특하게 나타난다. 즉 우울증은 슬픔이나 죄책감보다 신체적 증상으로 표현될 수 있어 두통, 신경과민 피로감, 불균형으로 표현된다. 약 60-100%의 통증환자들이 우울증의 증상을 갖는다. 통증환자 중 일부는 통증이나 만성질환 때문에 우울증상을 갖게 되는 것은 자연스러운 과정이다. 그러나 우울차체가 주된 문제일 때 이를 철저히 부정하는 경우가 문제가 되며 분노의 감정도 만성통증에서 매우 중요하다. 분노의 감정이 부정되는 것이 만성 통증환자의 44%에서 나타난다. 만성통증환자의 약 25%에서 DSM-III-R 또는 Research Diagnostic Criteria의 주요우울증의 진단기준에 합당한 주요우울증이 나타난다.

(DSM-III : 미국에서 많이 사용되는 정신질환 진단을 위한 기준지침으로 Diagnostic and statistical manual of mental disorder의 3rd. edition의 약자)

### 2) 불안증 (Anxiety)

불안으로 인하여 감각이상 즉 마비감, 저리거나 짜릿한 감각이 생길 수 있다. 통증 환자들은 불안, 의심, 신경과민을 부정하는 경우가 흔하다. 불안한 느낌을 병적으로 부정하는 경우는 신경증, 건강염려증, 전환장애, 성격장애, 인위성 장애등에서 나타나게 된다. "나는 불안하지 않아요, 통증이 내머리에 있는 것이 아니니까" 하는 말은 불안한 느낌을 병적으로 부정하는 경우이다. 보통사람은 통증에 관해서 걱정을 하는 것이 정상이다. 불안의 기간, 정도가 DSM-III-R의 기준에 맞는 경우가 난치성 통증환자의 약 30%에서 나타난다. 대개 범불안 혹은 공황불안이 생긴다. 우울이나 약물중독등이 동

반되는 경우가 많으므로 이를 확인하고 이들에 대한 치료를 하는 것이 중요하다.

불안의 원인은 다양하며 신체기능의 파괴, 자신감의 상실, 사랑하는 사람과 단절등은 만성통증 환자의 1/3 내지 1/2에서 나타난다. 이는 자기애의 손상으로써 건전한 신체적, 정신적 활동을 방해하게 된다.

분노는 불안의 또다른 근원이다. 이는 대개는 부정어 되며, 신체화 증상으로 표출이 된다. 또한 가벼운 뇌손상증상의 경우에 인지기능의 감퇴로 인한 적응의 실패로 인하여 불안을 나타낼 수가 있다.

### 3) 신체화 장애(Somatoform disorder)

육체적 질병의 증상과 명백한 신체적 질환이 없으나 심리적 갈등에 의해 나타나는 증상을 말한다. 치료된 만성 통증 환자의 5-15%에서 나타난다. 의사가 대하는 환자의 주소증 20-80%가 명백한 기질원인이 없다는 보고가 있듯이 심리적 갈등이 신체적 증상으로 많이 나타난다. 두통과 흉통이 가장 흔한 것이다. 한 조사에 의하면 직장에서 병가의 48%가 신체화 장애였다는 보고가 있다.

### 4) 전환 장애(Conversion disorder)

심리적 갈등으로 감각기관이나 수의운동의 극적인 기능상실이 주로 나타나는 것으로 실제 신체적인 질병은 없고 무의식적으로 일어나기 때문에 환자 자신이 심리적 원인을 모르고 있는 것이 특징이다. 전통적으로 '전환'이란 용어는 개인의 신체적 증상이 무의식적인 심리적 갈등을 상징적으로 해결하고 불안을 줄이고 갈등을 알아차리지 못하게 하는 데 기여하고 있다(동통의 일차 이득)는 가설에서 유래한 것이다. 주로 나타나는 증상은 통증, 마비, 허약감의 3대증상이다. 사회심리적 스트레스와 증상발현은 시간적 관계가 있다. 통증으로 인하여 얻을 수 있는 일차 이득과, 이차 이득의 역할이 중요하다.

그러나 임상에서 실제 중병이 있는데도 히스테리 성격으로 인한 사회심리적 스트레스에 인한 것으로, 즉 전환장애로 오진되어 제대로 치료를 못받고 죽음에 직면하는 경우가 있다. 쾌장암, 다발성

경화증, 뇌종양, 심혈관장애등이 나중에 발견되는 수가 있으니 신체적 질병의 원인을 간과해서는 안 될 것이다. TMD와 유사한 통증도 뇌종양, 구강암, 상악동염, 신경병변등에 의하여 일어날 수 있다.

### 5) 건강염려증(Hypochondriasis)

비현실적으로 자신이 중병을 가지고 있다고 생각하여 신체증상이나 감각을 비정상적으로 생각하는 증상을 말하며 불안, 우울, 강박 인격성향이 흔하다. 환자는 논리적으로 여러증상을 설명하지 못한다. 증상에 관한 질문에 대해 "예", "아니오"의 대답은 매우 드물다. 통증을 절대로 심리적인 것으로는 받아들이려 하질 않으며 정신과에 갈 것을 권유해도 비현실적인 공포나 생각때문에 거부하는 일이 많다. 흔히 나타나는 종류는 두통, 안면통, 심장통이며 소화불량성 통증, 가려움고 화끈거리는 통증, 둔감이다.

이런 경우 일정하게 지속되는 증상들에 대해서는 가능한 기질적 질병들을 배제해야 하며, 환자를 비난하거나 거부하지 않고, 지지해 주어야 한다. 비적응적, 위험한 행동의 가능성을 간과해서는 안 되며, 열려있고, 따뜻하지만 분명한 마음의 기준을 갖고 환자와 관계해 나가야 한다. 심한 건강 염려증의 이면에 있는 우울증이나 정신병을 놓쳐서는 안 된다. 정신병적 신체망상이나 기분장애가 있는지 여부를 확인해야 한다. 노인에서 일시적인 건강 염려증은 흔하며 유능한 의사는 이러한 애매모호한 증상 호소를 잘 다룰 줄 알아야 한다.

### 6) 신체화 동통장애

(Somatoform pain disorder) .

통증이 주된 증상이며 환자는 이 통증을 상당히 심각한 것으로 생각한다. 사회적 직업적으로 심각한 장애를 준다. 분류로는 심리적 요인과 관련된 동통장애, 심리적 및 신체적 요인과 관련된 동통장애로 나눌 수 있다. 통증은 일상생활을 여러모로 붕괴시키며 실직, 능력 부진, 가정문제를 일으킨다. DSM-III-R에서는 이 범주의 진단을 확대해석하는 경향이 있다는 비판이 있으나 심리적 요소가 없어도, 통증의 강도에 맞는 명백한 기질적 병변이 없으면 진단을 내릴 수가 있다고 하였다. 그러나

실제로 명백한 기질적 병변을 알 수 없는 통증환자가 20-80%인데 이들이 모두 정신과적인 원인은 아닐 것이므로 통증환자를 모두 신체화 통증장애로 진단하는 것은 바람직하지 않다.

#### 7) 신체 증상을 동반한 허위성 장애

(Factitious disorder with physical symptoms)

허위성 장애란 신체적 혹은 심리적 징후나 증상을 의도적으로 만들어내는 것이다. 원인은 환자가 되고 싶은 심리적 욕구때문으로 통증을 의도적으로 형성한다. 신체화와 다른 점은 의도적으로 통증을 느끼는 것이므로 의료진과의 감정의 마찰이 심하다. 가장 흔한 3대 증상은 신장 산통(renal colic), 구강안면통, 복통이다. 이 질환을 대표적으로 잘 나타내는 말로는 석쇠모양의 배의 흉터라는 말이 있는데 이는 일부러 배가 아프다하여 수술을 여러 번하여 흉터가 열기설기 나있는 것을 말한다. 대개 이런 증상은 성인 초기에 시작되며 연속적인 입퇴원이 평생 지속된다.

아편중독, 여러병원에서 다른 이름으로 입원, 가족들과 만날 기회를 안주고, 걸으려는 온화한 듯하나 잔인한 것등이 특징이다. 이전의 입원, 퇴원 경력등을 자세히 물어보게 되면, 거역퇴원을 하게 된다. 피부에서처럼 증상이 갑자기 없어지지 않는다.

#### 8) 꾀병(Malingering)

어떤 명백한 목적(돈, 약물, 책무회피)을 위해서 증상을 가장하는 경우로 면담, 최면, 다면적 인성검사도 소용이 없는 경우가 많다. 다면적 인성검사 MMPI상 타당도척도인 L, F, K가 증가(70이상)되면 의심을 할 수 있는데, 확진의 기준으로 삼으면 안된다. 오히려 인성검사를 완강히 거부하는 경우가 의심스럽다.

\* 다음 사항의 경우 꾀병을 의심해야 한다. 영어로 첫글자만 따 오면 (WASTE)가 된다.

1. 정확한 증상을 알려주지 않는다. (Withholding of information).
2. 반사회적 성격 (Antisocial personality)

3. 신체검사에서 결론을 내릴 수 없고 수시로 변함 (Somatic examination inconclusive and changeable)
4. 치료는 비협조적이고 애매함 (Treatment is erratic with noncompliance and vagueness)
5. 의료보상과 법적인 문제로 외적인 이득을 얻으려함 (External incentives such as medicolegal context)

#### 9) 정신분열증(Psychosis)

다른 정신병증상의 한 부분으로서 특히 피해망상의 한 요소로서 통증을 호소할 수 있다. 오히려 만성 정신병에서는 통증이나 이의 중요성이 부정되는 경우가 많다. 치매의 경우도 마찬가지이다. 그래서, 정신병동에서 의사가 모르는 심근경색증(silent myocardial infarction), 십이지장 궤양, 충수염의 천공등이 종종 늦게 발견된다. 통증이 망상체계의 한 부분이라든지, 건강염려증이나 치매의 고정된 사고라면, 환자는 자신의 불편함(통증)을 적극적으로 없애려 하지 않는다. 실제 치료하겠다는 제안에 멍뚱하고 거부할 수도 있다. 정신병환자를 다루는 의사들은 항상 얼굴표정, 걸음걸이의 이상, 몸균형의 이상등 통증의 외관적 징후에 대해 잘 살펴보아야 한다.

### 3. 스트레스와 TMD의 관계

TMD의 원인을 심리적인데서 찾으려 하는 시도들 중 가장 비중있게 연구되는 것이 바로 TMD와 스트레스와 불안의 관계이다. 이 이론의 근간은 스트레스는 근육긴장도를 증가시켜 강직을 일으키고 이것이 TMD을 일으킨다는 것이다. 이에 대한 견해는 두가지로 요약될 수 있다.

#### 1) 스트레스의 양과 TMD

스트레스에 관한 연구는 Holmes와 Rahe<sup>18</sup> (1967)가 개발한 자가설문지형식의 척도인 Social Readjustment Rating Scale(SRRS)를 이용해서 많이 연구되었다. 지난 1-2년 동안의 겪었던 스트레스항목들을 물어보고 스트레스의 상대적인 비중에 따라 매겨진 점수들을 합산하는 것이다(도표 5). 최고의 스트레스를 100으로 기준할 때의 수치이다.

도표 5. 최고의 스트레스를 100으로 표시할 때 한국인과 미국인의 각항에 대한 스트레스의 정도

사회재적응평가척도

한국(홍강의, 정도연, 1982)			미국 (Holmes & Rahe, 1967)		
순번	삶의 변화	점수	순번	삶의 변화	점수
1	자식 사망	74	1	배우자의 사망	100
2	배우자 사망	73	2	이혼	73
3	부모 사망	66	3	부부별거	65
4	이혼	63	4	징역	63
5	형제자매 사망	60	5	가까운 가족 사망	63
6	혼외 정사	59	6	병·부상	53
7	별거 후 재결합	54	7	결혼	50
8	부모의 이혼, 재혼	53	8	해고	47
9	별거	51	9	부부 재결합	45
10	해고, 파면	50	10	은퇴	45
11	정든 친구의 사망	50	11	가족의 병	44
12	결혼	50	12	임신	40
13	징역	49	13	성문제	39
14	결혼약속	44	14	새 가족 등장	39
15	중병·중상	44	15	사업 재정비	39
16	사업의 일대 재정비	43	16	경제상태 변화	38
17	직업전환	43	17	정든 친구 사망	37
18	정년퇴직	41	18	직업 전환	36
19	해의취업	39	19	배우자의 언쟁빈도 변화	35
20	유산	38	20	1만불 이상의 부채	31
21	임신	37	21	저당물상실	30
22	입학시험·취직실패	37	22	직위변화	29
23	자식의 분가	36	23	자식의 분가	29
24	새 가족 등장	36	24	시댁·처가와 알력	29
25	가족 1명의 병	35	25	개인적 성취	28
26	성취	35	26	아내의 직장생활 시작·중단	26
27	주택·사업·부동산 매입	35	27	학업 시작·종료	26
28	정치적 신념변화	35	28	생활조건 변화	25
29	시댁·처가·친척과의 알력	34	29	개인성의 개조	24
30	학업의 시작·중단	34	30	상사와의 알력	23

Fearon과 Serwatka<sup>19</sup>(1983)는 이 척도를 이용하여 기질적 원인이 뚜렷하지 않은 TMD 환자들과 기질적 원인이 뚜렷하면서 비슷한 증상을 보이는 환자들을 비교하였다. 지난 2년동안의 스트레스 사건들이 기질적 원인이 없는 TMD환자들에서 의미 있게 더 많이 경험되었으며, SRRS점수가 더 높았다. Speculand<sup>20</sup>등(1984)은 또 다른 설문지 방법인

Life Events Assessment를 이용하여 TMD환자들과 일반 치과환자들을 비교 연구한 결과 TMD환자들에서 통증이 발현되기전 지난 6개월 동안에 스트레스 사건들이 2배나 많음을 발견하였다. 특히 직장에서의 지위나 부서이동, 경제적인 어려움등의 두가지 스트레스가 현저히 많았다. Marbach와 Lipton<sup>22</sup> (1978)은 TMJ Clinic에 의뢰된 170명의

환자들 중, 62%의 경우에서 TMJ통증의 시작이 치과치료 시작직후(24%), 사랑하는 사람과의 사별(23%)같은 스트레스 사건이후에 발생함을 발견하였다. 그들 중 31%는 과거 정신과 혹은 심리적 치료를 받았던 적이 있었다. 그러나 이에대한 반대의견으로 Marbach<sup>21</sup>등(1988)은 Psychiatric Epidemiology Research Interview Life Events Scale을 사용하여 TMD환자들과 대조군을 조사한 결과 지난 1년동안 총 스트레스 사건들의 양이 두군에서 차이가 없으며 TMD환자들은 신체질환과 손상에 관계되는 사건들을 더 많이 경험하였다.

이러한 일련의 연구결과들이 TMD환자에서 스트레스가 중요한 발생요인을 시사한다. 하지만, TMD의 증상때문에 정서적 안정감을 잃어버릴 수 있고, 같은 종류의 스트레스라 하더라도 각 개인에게 주는 정서적 부담은 매우 다르다는 것을 고려해야한다. 또한 스트레스들을 정확히 측정한다는 것은 사실상 어렵다는 점도 고려해야 한다.

참고로 Lupton<sup>13</sup>(1966)은 최초로 TMD를 스트레스에 의하여 일어나는 정신신체질환(psychosomatic illness)의 범주에 포함시켰으며 Heloe<sup>23</sup>등(1980), Berry<sup>24</sup>(1969), Feinmann과 Harris<sup>25</sup>(1984)는 TMD환자들이 다른 정신신체질환 즉 편두통, 요통, 피부소양증 등을 동반한다고 하였다.

## 2) 스트레스에 대한 반응의 차이

TMD환자들이 스트레스에 대처하는 방법이 정상인들과 다른가를 연구한 보고들이 있다.

① 정상인과 TMD군이 다르지 않다는 의견 - Rugh와 Montgomery<sup>26</sup>(1987)는 TMD환자들과 정상인들의 교근활성도를 평상시와 스트레스하에서 EMG(근전도)를 비교하였다. TMD환자들의 평상시 근육의 활성도는 정상인들보다 높았으나, 스트레스시의 근육의 활성도는 두군에서 차이 없었다. TMD환자들은 평소 근육긴장도가 높았지만, 급성 스트레스에 대한 신경생리적 대처방식에는 차이가 없다고 결론지었다.

② TMD군은 정상인과 스트레스 반응정도에 따라 다르다는 의견 - Mercuri<sup>27</sup>등(1979)은 카드분류작업을 시키기 전후에 근육의 활성도를 TMD환자들과 대조군을 검사한 결과 전후 모두에서 TMD환

자들의 교근과 전두근활성도가 대조군보다 높았다. 그들은 TMD환자들의 경우 스트레스시에 저작근의 반응이 특별히 과도하게 일어나 TMD를 발생시키는 요인 될 수 있다고 추론하였다. Thomas<sup>28</sup>등(1973)은 실험적으로 불안과 좌절을 야기시키는 연구를 하였다. TMD환자들과 대조군에게 아픈 전기쇼크를 주어 불안을 야기시켰고, 퍼즐문제를 풀 때 중간 중간 못풀게 방해하여 좌절을 시키는 실험을 하였다. TMD환자들에서 두조건 모두 교근과 측두근의 긴장이 증가하였으며, 특히 좌절을 야기시키는 경우에 더 증가하였다. TMD증상발현에 불안보다도 좌절이 더 영향을 많이 줄 수 있음을 시사해 준다. Beaton<sup>29</sup>등(1991)은 스트레스시의 증상을 자가설문지방식으로 조사한 결과 정상인에 비해 TMD환자들이 신체증상, 심리증상, 행동증상등을 더 빈번하고, 많은 증상을 보였다고 하였다.

이러한 심리적 이론을 종합해 볼 때 스트레스가 TMD증상을 발현시키고 유지시키는데 중요역할을 한다는 가설이 지지받는다 하겠다. 따라서 이런 심리적 요인을 찾기 위해서 정신심리 검사법이 필요하다. Beck Depression Inventory나 Zung's Self-Rating Depression Scale, Zung's Self-Rating Anxiety Scale, Symptom Check List-90(SCL-90)은 쉽게 이용할 수 있는 자가설문식 검사이다.<sup>30</sup> Oakley<sup>31</sup>등(1993)은 TMD환자들의 심리적문제를 평가할 수 있는 간이질문지를 개발하여 그 유용성을 강조하였다. TMD를 위한 간단하게 개발된 검사법들(IMPATh, Reaserch Diagnostic Criteria)에는 심리검사를 위한 질문지가 포함되어있다.

## 4. TMD의 정신심리 치료

TMD환자들의 불안과 우울을 없애주고 근육을 이완시켜주는 정신심리적 치료들이 있다. 대표적인 것이 상담, 바이오피드백 치료, 이완요법, 최면 치료등이 있다.

특히 다음의 경우에 해당될 때 심리적인 면을 고려해야 한다.<sup>3</sup>

(1) 지난 한해동안 스트레스를 크게 줄만한 일이 있었던 경우



- (2) 다른 정신신체질환을 동반하는 경우
- (3) 다른 정신질환이 동반된 경우
- (4) TMD문제로 인해 여러번 치료를 받았음에도 불구하고 성공적이지 못한 경우이다.

만성 TMD환자의 치료시 이러한 심리적요인을 염두에 두고 치료에 임하는 것이 좋을 것이다. 환자가 의사에게 마술적인, 기적적인 치료해주기를 기대하는 경우가 있는데 환자에게 정확한 현실을 인식시켜 주면서 끈기있게 최선의 치료를 하는 것이 중요하다. 기질적이며 신체적 치료이외의 것들에 대해서도 대화를 하고 환자의 어려움을 들어주고 상담해 주는 여유도 필요할 것이다. 소위 좋은 감정을 갖고 치료하고 치료받으면 좋은 결과가 나오게 된다. 이를 소위 전이치료(transference cure)라 한다. 우리나라의 전통적인 한의사들이 이런 전이치료(transference cure)를 잘하고 있다고 볼 수 있다. 의사의 한마디 한마디가 환자에게는 매우 중요한 의미를 주게 된다.

그러나 지나치게 의사에게 의존하여 의사가 부담스러워질 수 있으니 항상 객관적인 입장에서 의사-환자관계를 통찰하는 시간을 가져야 한다. 이런 관계를 이용하거나 착취하는 비윤리적인 태도는 경계해야 될 것이다.

#### 5. 정신과에 자문 또는 치료를 요청하는 경우

약간의 정신심리적인 문제가 있더라도 간단한 장애는 정신과 의사가 개입할 필요가 없다. 또한 명백한 병인이 있거나, 이차적인 정신과 문제가 없는 경우도 정신과의사의 개입이 꼭 필요한 것은 아니다. 정신과에 자문을 하는 경우에는 적절한 시기와 요령이 필요하다. 즉 일반적으로 의사나 치과 의사들은 통증의 원인을 못찾거나, 효과적으로 치료를 못하게 되면, “당신에게는 병이 없어요, 모두 마음에서 생긴 신경성이에요” 라고 한다. 이 말은 잘못된 것이다. 이 말은 마치 환자에게 “당신 마음은 잘못 됐어요. 당신은 미친 것이예요” 하는 말로 들려 환자는 모멸감을 느낄 수도 있다. 불행하게도 이런 일은 흔하며, 환자들은 가장 바람직하지 못한 민간치료나 종교치료등의 다른 특수치료를 찾게 된다.<sup>32</sup> 이런 환자들에게 정신적 요인이 통증에 큰 영향을 미칠 수 있다는 것을 잘 이해시킴으로써 스

스로 정신과나 심리치료를 받도록 유도해야 한다.

정신과의 치료법은 크게 3가지로 분류할 수 있다. 첫째, 약물치료등의 생물학적 치료법이다. 이를 통하여 우울증이나 뇌 안의 화학적 불균형을 고쳐주는 것이다. 둘째, 개인정신치료, 집단치료등의 정신치료기법이다. 심리적 갈등을 해소시켜 자신의 심리에 대한 통찰력을 갖도록하여 왜곡된 자아개념, 대인관계 등을 개선시켜주는 치료이다. 셋째, 행동치료기법으로 잘못된 습관교정, 스트레스 대처방식의 교육, 이완요법, 바이오피드백 훈련등을 통한 교정 등이 있다. 상벌체계의 적용도 행동치료기법으로 자주 이용된다.

### III. 증 례

#### <증례 1>

\* 42세 이혼한 여성 주소 ; 치과 마취주사후 치은 통증, 부은 듯한 느낌, 두통, 얼굴이 비뚤어진 느낌  
 \* 병력 : 좌측 구치부 보철하기 위해 주사 맞은 후부터 주증상이 유발됨, 본인은 잇몸을 높이기 위한 파라인 주사를 맞았다고 생각함. 그후 냄새가 나고, 노란 물이 나오며 주사맞은 방향으로 살이 물려 얼굴이 뻣뻣해 졌다고 생각함. 딱딱한 살과 근육이 이동하여 뒷머리와 정수리를 오르내린다고 함.

\* 진단 :

1. 신체기형장애
2. 근막통(두부 및 얼굴부위)

\* 기여요인 :

1. 행동적 요인 ; 신체기형장애와 우울과 불안울 부정함
2. 감정적 요인 ; 우울, 불안한 감정을 부정하며, 경조증(輕躁症 : 들뜨고 유쾌한 기분이 약간 있는 상태)을 보임
3. 심리사회적 요인 : 이혼, 자녀를 보고싶으나 만나지 못함, 경제적 어려움

\* 치과 치료 :

1. 물리치료
2. 유발점 주사
3. 운동요법

\* 정신심리치료 :

1. 정신 분열적 사고 경향을 보여 항 정신병 약물 투여
  2. 자아개념과 비현실적 사고에대한 지지적 토의
- \* 치료 경과 ; 치료후 6 개월 냄새, 치통, 노란 물 분비 등은 거의 사라졌다고 함. 그러나 스트레스로 신경을 쓰면 신체기형감이 다시 재발하며 두통도 재발한다고 함. 정신과 치료와 치과 치료를 같이하여 점진적으로 개선을 도모함.

## 결 론

심각한 만성통증과 기능장애를 갖고 생활에 지장을 받고 있는 환자는 반드시 정신적인 문제를 동반하고 있으므로 정신심리치료를 병행하는 것이 바람직하다. 이를위해 면담과 질문지로서 환자의 심리상태를 충분히 이해한 후 치료의 방향을 설정해야 한다.

치과적 문제와 더불어 정신적 문제를 동반할 경우 해결방법에는 3가지가 있을 수 있다. 첫째, 정신적인 면을 무시하고 치과문제만 해결하면 신체증상과 정신적 문제도 해결될 것으로 믿는 경우이다. 이때 정신심리적 원인을 흔히 놓칠 수 있다. 둘째, 치과 의사가 환자의 정신심리요소를 고려하며 치료하는 것이다. 환자의 심리, 사회생활등에 대하여 관심을 갖고, 의사와·환자사이 전이, 역전이 문제를 살피며 치료하는 것으로 이때 어느 정도 정신심리지식이 필요하게 된다. 셋째, 정신적인 문제가 심각할 경우 정신심리 전문가에게 의뢰하는 것이다. 꾸준한 치료에도 불구하고 만성 통증이 계속되는 경우에, 정신과 전문가에게 자문을 구하여 환자의사관계를 재평가해보고 정신심리전문가와 공동치료하는 것이 바람직하다. 아직 국내에서는 환자들의 정신과에대한 인식이 좋지않아 의뢰할 때는 세심한 주의가 필요하다.

## REFERENCE

1. Okeson JP : Management of temporomandibular disorders and occlusion (2nd ed). The C.V. Mosby Company pp 147-172 1989
2. Okeson JP : Bell's Orofacial Pain, Chicago, Quintessence 1995
3. King SA : Psychologic Aspects : In Temporomandibular Disorders. Diagnosis & Treatment Kaplan AS, Assal LA(ed.) W.B. Saunders company pp 515-534 1991
4. Dworkin SF : Perspectives on the interaction of biological, psychological and social factors in TMD. J Am Dent Assoc. 125(7) : 856-863 1994
5. Parker MW, Holmes EK, Terezhalmay GT : Personality characteristics of patients with temporomandibular disorders : diagnostic and therapeutic implication. J Orofacial Pain 7(4) : 337-414 1993
6. Rocabado M, Iglarsh ZA : The musculoskeletal approach to maxillofacial pain. J.B. Lippincott Company, Philadelphia pp 94-98 1991
7. Heloe B, Heiberg AN : A multiprofessional study of patients with myofascial pain -dysfunction syndrome II. Acta Odontol. Scand. Pract. 5 : 225-232 1987
8. Solberg WT, Flint RT, Brantner JP : Temporomandibular joint pain and dysfunction : Aclinical study of emotional and occlusal components. J Prosthet. Dent 28 : 412-422 1972
9. Moulton RE : Psychiatric considerations in maxillofacial pain. J Am Dent Assoc 51:408-414 1955
10. Lupton DE : Psychologic aspects of temporomandibular joint dysfunction. J Am Dent Assoc79 : 131-136 1969
11. Schumann NP, Zwiener U, Nebrich A : Personality and quantified neuromuscular activity of the masticatory system in patients with temporomandibular joint dysfunction. J Oral Rehabil 15 : 35-47 1988
12. Zach GA : Evaluation of the psychological profiles of patients with signs and symptoms of temporomandibular disorders. J Prosthetic Dentistry 66(6) : 810-812, 1991
13. Lupton DE : A preliminary investigation of the personality of female temporomandibular jointdysfunction patients. Psychother Psychosom 14 : 199-216, 1966
14. Stenn PG, Mothessill KJ, Brooke RI : Biofeedback and a cognitive behavioral approach totreatment of myofascial pain dysfunction syndrome. Behav. Ther 10:29-3, 1979
15. Blumer D, Heilbronn M : Depression and chronic pain. In Presentations of Depression. O. G.Cameron(ed.), John Wiley & Sons, New York, 1987
16. Engel G : Psychogenic pain and the pain-prone patient. Am J Med 26 : 899, 1959
17. Bouckoms A, Hackett P : The Pain Patient : Evaluation and Treatment. massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry Mosby-Year Book, Inc. Cassem NH(ed.) 3rd ed. pp 39-68, 1991

- 
18. Holmes TH, Rahe RH : The social readjustment rating scale. J Psychosom Res 11:213-218, 1967
  19. Fearon CG, Serwatka WJ : Stress : A common denominator for nonorganic TMJ pain- dysfunction. J Prosthet Dent 49 : 805-808, 1983
  20. Speculand B, Hughes AO, Goss AV : Role of recent stressful life events experience in the onset of TMJ dysfunction pain. Community Dent. Oral Epidemiol 12 : 197-202, 1984
  21. Marbach JJ, Lennon MC, Dohrenwend BP : Candidate risk factors for temporomandibular pain and dysfunction syndrome : Psychosocial, health behavior, physical illness and injury. Pain 34 : 139-151, 1988
  22. Marbach JJ, Lipton JA : Aspects of illness behavior in patients with facial pain. J Am Dent Assoc 96 : 630-638, 1978
  23. Heloe B, Heilberg AN, Krogstad BS : A multiprofessional study of patients with myofascial pain-dysfunction syndrome I. Acta Odontol. Scand. 38 : 109-117, 1980
  24. Berry DC : Mandibular dysfunction pain and chronic minor illness. Br Dent J 127 : 170-175, 1969
  25. Feinmann C, Harris M : Psychogenic facial pain I. The clinical presentation. Br Dent J. 156 : 165-168, 1984
  26. Rugh JD, Montgomery GT : Physiological reactions of patients with TM disorders vs symptom free controls on a physical stress task. J Craniomandib Disorders : Facial oral pain 1 : 243-250, 1987
  27. Mercuri LG, Olson RE, Laskin DM : The specificity of response to experimental stress in patients with myofascial pain dysfunction syndrome. J Dent Res 58 : 1866-1871, 1979
  28. Thomas LJ, Tiber N, Schireson S : The effects of anxiety and frustration on muscular tension related to the temporomandibular joint syndrome. Oral Surg 36 : 763-768, 1973
  29. Beaton RD, Egan KJ, Nakagawa-Kogan H, Morrison KN : Self-reported symptoms of stress with temporomandibular disorders : comparisons to healthy men and women J Prosthetic Dentistry 65(2) : 289-93, 1991
  30. Rugh JD, Woods BJ, Dahlstrom L : Temporomandibular disorders : assessment of psychological factors. Advances in Dental Research 7(2) : 127-136, 1993
  31. Oakley ME, McCreary CP, Flack VF, Clark GT : Screening for psychological problems in temporomandibular patients. J Orfacial Pain 7(2) : 143-149, 1993
  32. Shapiro DA : The Psychiatric aspects of Head, Neck, and Facial Pain. In Management of facial, head and neck pain. Cooper BC, Lucerte FE(eds.), W.B. Saunders Company pp 287-298 1989
- 

- ABSTRACT -

## PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS

Ki-Chang Park, MD\*, Won-You Lee, DDS, Ph. D\*\*

*Department of Psychiatry,\* and Department of Orthodontics\*\*  
Wonju Christian Hospital, Wonju Collge of Medicine, Yonsei University*

There are many etiologies of temporomandibular disorders. One of them is a psychological problem. Psychological factors include personality characteristics, psychiatric comorbidity, and stressful events. Personal characteristics which frequently present pain are anxious personality, depressive personality, hysterical traits, hypochondriasis, obsessive traits. Psychiatric disease which are somatoform disorder, conversion disorder, malingering, and psychosis are able to produce TMD pain. Also TMD symptoms