

한국심리학회지: 건강  
The Korean Journal of Health Psychology  
2006, Vol. 11, No. 3, 437 - 455

## 만성 통증에 대한 구성개념화: 만성 통증 환자들의 구성개념적 대안주의?†

손정락†

전북대학교 심리학과

본 연구는 만성 통증 환자의 통증에 대한 구성개념화를 알아보기 위하여 개인적 구성개념 심리학의 Rep Grid 기법으로 검증하였다. 40명의 만성통증 환자들을 대상으로 12 구성개념 × 12 요소 Rep Grid, 통증 질문지, 단축형 McGill 통증 질문지 및 한국판 CES-D를 사용하였으며, INGRID 프로그램으로 분석하였다. 주요 결과는 다음과 같다: 첫째, 만성 통증 환자들에게 통증은 상부구성개념이다. 둘째, 만성통증 환자들은 통증이 있는 현재의 나에 보다 더 큰 의미를 두고 있다. 셋째, 만성통증환자들은 자신과 주변 사람들에게 분노와 우울 및 민감을 잘 표현하지 못하거나 억제하고 있다. 끝으로, 결과들을 선행연구와 앞으로의 연구방향과 관련지어 논의하였다.

주요어: 만성통증, 개인적 구성개념 심리학, 구성개념적 대안주의, Rep-Grid, MPQ, 관문통제 이론

모든 통증은 주관적이라고 볼 수 있다. 그러므로 통증은 복잡한 현상이며, 다양한 측면이 있기 때문에 이해하기가 쉽지 않다. 심리학자들이 연구와 치료에서 상당한 공헌을 해왔지만, 통증은 가장 널리 만연되어 있고, 치료 비용이 많이 드는

범국가적인 문제이다(Turner & Chapman, 1982). 지금까지 통증에 대한 이해는 단순한 감각 양상 모델로부터 많은 상이한 원인과 특질을 수반하는 중다 차원의 범주로서 통증에 대한 현재의 평가까지 발전해 왔다(예, Melzack & Wall, 1982;

† “이 논문은 2003년도 전북대학교의 지원 연구비에 의하여 연구되었음.”

‡ 교신저자(corresponding author): 손정락, (561-756) 전북 전주시 덕진구 덕진동 1가 664-14 전북대학교 심리학과, E-mail: jrson@chonbuk.ac.kr

Turk & Melzack, 1992; Wall, 1996). 그러나 통증은 그 원인과 기제에 관한 수많은 연구에도 불구하고 아직도 불명확한 분야이며, 만성통증에 대한 병리학이나 병인학이 명확하게 수립되어 있지 않다(Humphrey, 1980). 통증을 전달하는 말초 신경계와 중추신경계의 역할 그리고 신경전달물질들의 역할에 관한 많은 연구 업적에도 불구하고 통증의 지각 정도에는 감정 상태나 심리적 상태 또는 학습 등에 의해 차이가 있음을 알 수 있다(나철, 1995). 그러므로 지금까지의 연구들은 통증을 개념화하는데 신경학적 설명과 함께 심리학적 설명을 반드시 고려해야 한다는 강조가 있어왔다(예, Sarno, 2006). 즉, 신체적·심리적 사상들이 통증 경험에 어떻게 상호작용하는가를 설명하려는 노력들이 있어왔다.

국제 통증연구학회는 통증을 실제적이거나 잠재적인 조직 손상과 연관되거나 그러한 손상의 관점에서 묘사되는 불쾌한 감각 및 정서 경험으로 정의하였다(Brena, 1983). 이러한 정의는 신체적 상해와 통증의 직접적인 관계를 주장하는 합정을 회피하는 대신에 개인의 경험에 초점을 두고 있다. 통증은 주관적인 경험 현상이다. 그러므로 통증 경험의 복잡성을 심리적 요인으로 설명하려는 많은 노력이 있어 왔던 것이다(예, 김청송, 1997; 한국 건강 심리학회, 2002; 현명호, 1998; Bowers, 1968; Bradley, Prokop, Margolis & Gentry, 1987; Gatchel & Turk, 1999; Lynn & Eysenck, 1961; Wolff & Langley, 1968). 즉, 통증을 개념화하는 신경학적 설명과 함께 심리학적 설명을 반드시 고려하여야 한다는 강조가 있어왔던 것이다.

심리적 요인의 영향은 Melzack과 Wall(1965)

의 관문통제 이론에서 잘 설명되고 있다. 이 이론은 지난 30여 년간 가장 널리 받아들여지고 있는 통증 모델이다(Wall, 1996). 관문통제 이론은 통증이 항상 말초자극에 의해서만 발생하지 않는 이유, 상해가 치유된 후라도 계속 통증이 남아 있는 이유 등에 대해 설명할 수 있다(나철, 1995).

관문통제 이론에서는 신체 및 심리적 요인이 여러 단계의 통증 과정에서 영향을 미치고 모든 단계에서 상호작용을 한다고 본다. 통증 정보는 신경경로를 통해서 척수의 배각으로 이동되고 여기서 중추 신경으로 통증을 전달한다. 그러나 전달세포는 관문처럼 작동하는데 그 역할은 교양질이 담당하고 있다. 큰 섬유에서 온 정보는 관문을 닫고, 작은 섬유에서 온 정보는 관문을 연다. 이 두 활동의 비에 의해 통증 정보의 출력이 결정된다(현명호, 1992). 불안, 우울 및 기타 부정적인 정서들은 관문을 열게 하는데, 따라서 통증 경험을 강하게 한다. 이에 반하여, 이완이나 다른 활동에의 관여로 인한 주의 분산 같은 유쾌한 경험은 관문을 닫게 하고, 따라서 통증을 경감시킨다. 관문통제 이론에 따르면, 통증은 크고 작은 단위의 섬유들의 상대적인 활동에 의존하는 복잡한 과정이다. 관문통제 이론은 심리적 요인이 어떻게 통증 지각에 영향을 미치는가를 이해하는 유용한 모델을 제공하고 있다.

행동 및 심리적 요인은 만성통증에서 특히 중요한 역할을 하고, 통증 행동에 뚜렷한 영향을 미친다. 통증은 개인적인 경험이다. 즉, 통증을 겪는 사람이 아니면 누구도 실제로 통증이 존재한다고 주장할 수 없다. 왜냐하면 오직 고통을 겪는 사람만이 통증 자체를 알 수 있기 때문이다. 통증은 환경과 타인의 반응에 강한 영향을 받는다(손정

락, 1999).

Fordyce(1976)는 만성통증과 그 치료에서 행동 및 심리 사회적 요인의 중요성을 강조하였다. 그는 특별히 많은 치료 절차와 통증환자 주변의 사람들이 통증에 대해서 불평하거나 통증행동을 보일 때 그 통증행동에 보상을 주게 되는 것이라고 강조하였다. 잠정적으로 탐색적인 통증 약물치료도 통증호소에 강화를 주게 된다. 따라서 Keefe와 Gil(1986)이 지적한 바와 같이, 통증호소는 조작적 조건 형성으로 획득될 수 있고, 환자가 통증행동을 보임으로써 보상되고 미래에 비슷한 행동을 보일 가능성은 더욱 높아지게 된다. 또한 주의나 강화와 같은 환경적 유관도 통증 행동에 큰 영향을 미쳐서 통증이 하나의 강화제 구실을 하여, 환자는 흔히 통증의 이유를 알지 못하는 경우가 많으며, 그래서 통증은 더 이상 경고신호로 작용하지 못한다(김청송, 1997).

만성통증에 비해 급성통증에는 명백한 두 가지 특징이 있다. 그것은 급성 통증이란 신체기관에 보내는 경고이며, 진통과 진료를 바라는 긴급 요청이라는 것이다. 급성통증에 동반되는 증상은 만성통증에 동반되는 증상과는 상반된다. “급성통증에서는 통증이 병의 증상 중의 하나라면, 만성통증에서는 통증 그 자체가 병이다”(Stembach, Wolff, Murphy & Akesson, 1973). 다시 말해, 만성통증은 급성통증과 임상적으로도 다르지만, 원래 병의 원인이었던 것과 구별되는 독자적인 병리학적 실체로 받아들여야 하며, 신체적, 심리적 및 사회적으로 특유의 해로운 결과를 야기하기도 한다는 것이다. 많은 만성통증 환자는 또한 감정 표현을 잘 하지 못하는 성격특징을 보인다(Blumer & Heilbronn, 1982). 즉, 감정이 미분화되

고, 빈약하게 언어화되고, 주로 신체적인 영역으로 경험되어지는 경향이 있다는 것이다. Sarnor(2006)는 불안, 나르시시즘, 분노 및 억압의 개념으로 통증을 설명하였다. 즉, 통증 환자의 강한 자기 중심적 성향은 분노를 일으키면서도 분노가 무의식 속에 억압되어 있기 때문에 본인은 그 사실을 알지 못한다. 분노와 불안은 대개 일과 관련되어 나타나는 경우가 많지만 인간 관계에서도 이와 같은 억압된 감정들을 많이 만들어 낼 수 있다. 분노에 대한 인식으로 통증이 서서히 사라지는 경우는 이 설명을 뒷받침해준다. 분노는 무의식 깊숙한 곳에 자리 잡고 있기 때문에 본인은 이 감정에 대해서 알지 못한다. 그리고 그런 부정적인 감정이 무의식을 벗어나지 못하게 하기 위해 통증이 계속되는 것으로 보는데, 이것은 소위 만성통증의 이차적 이득 이론으로 설명된다. 행동주의 심리학자는 통증을 유발하지 않는 행동에 대해서는 보상을 주고, 통증을 유발하는 행동을 벌주기만 하면 통증은 사라진다고 아주 간단하게 생각하기 때문에 만성통증 환자들의 이차적 이득에 관하여 설명하는 것을 선호하는 경향이 있다.

또한 만성 통증은 흔히 특정 유형의 정신병리와 연합된다. 심한 만성통증을 가진 사람들은 그렇지 않은 사람들보다 특정 유형의 정신병리로 고통받을 가능성이 훨씬 더 크지만, 그 인과 관계의 방향이 항상 분명하지는 않다(Gatchel & Turk, 1996). 따라서 만성통증으로 고통받고 있는 환자들은 우울해질 가능성이 더 높지만(한국건강심리학회, 2002), 위에서 살펴본 바와 같이, 우울의 정서 표현은 잘하지 못할 것으로 보인다. Schwob(1997)에 따르면, 만성통증은 개개인에 따라 의미하는 바가 다르다. 꼭 참고해야 할 환자의

병력, 환자가 목표로 삼는 것, 환자가 누릴 수 있는 이차적 이득, 그리고 분석의 대상이 되는 심리적 구조 등에 따라 통증의 의미는 천차만별이 될 수 있을 것이다.

본 연구의 목적은 이러한 만성통증의 복잡한 양상을 개인적 구성개념 심리학(Kelly, 1955)의 용어로 분석하고 해석하는 것이다. 개인적 구성개념 심리학에서 나온 Rep Grid(Role Construct Repertory Grid, 역할구성개념 목록 그리드)를 사용한 연구들은 환자들이 어떻게 특정한 양식의 구성개념에 매여 있을 수 있는지에 대한 가치있는 설명을 하여 왔다. 즉, 병리적인 증상도 환자의 구성개념화의 결과이며, 이러한 증상이 그 환자에게는 긍정적인 의미나 이득이 될 수도 있다는 것이다(예, Rowe, 1971). 다시 말하면, 동일한 사상이 대안적으로 범주화될 수 있다. 사람들이 사상 자체를 변화시킬 수는 없지만, 상이하게 해석할 수는 있다(Fransella, 1995; 손정락, 2002에서 재인용). 그것은 곧 Kelly가 구성개념적 대안주의(constructive alternativism)라고 하는 것이다. Kelly는 구성개념의 절대적인 사실성보다는 구성개념의 편의성(convenience)에 관심을 가졌던 것이다. 심리학자가 부적절한 이론을 고집할 수 있는 것과 마찬가지로, 이를 환자의 경우로 본다면, 환자 자신의 구성개념에 자신을 고정시킬 수 있고, 딜레마에 처한 것으로 자신을 해석하여 그것을 사실로 믿을 수 있다는 것이다. 따라서 이 경우 심리치료의 작업은 개인적 구성개념이 정교화되고, 그것들이 내포하는 바를 검증하고, 필요하다면 수정될 수도 있는 조건을 제공하는 것이다. 과학자와 마찬가지로(Kelly는 이를 Man as a scientist!로 표현하였음) 환자는 새로운 경험에 비

추어 구성개념을 점진적으로 수정하는데 있어서, 개인적 구성개념을 타당화 시키거나 비타당화 시키는 기회가 필요하다. 그런데, 증상은 환자가 생존할 수 있는 잘 정의된 다른 대안이 없는 경우에 고수하게 될 “생활방식”(Fransella, 1972)을 제공해 주는 핵심 구성개념으로 통합이 될 수도 있다. Rep Grid 기법은 환자가 자신과 세상을 어떻게 해석하는지에 대한 가치 있는 통찰을 제공해 줄 수 있다. 또한 통증의 평가(예, 현명호, 1992)와 통증의 심리학적 치료 프로그램, 즉 조작적 조건형성 프로그램(예, Cairns & Pasina, 1977; Fordyce, 1976; Fordyce, Brockway, Bergman & Spengler, 1981; Linton & Gotesman, 1985; White & Sanders, 1985), 이완과 바이오피드백 훈련(예, Dolce & Raczynski, 1985; Nouwen & Solinger, 1979), 그리고 인지행동 접근 프로그램(예, Keefe, Jacobs & Edwards, 1997)등이 성공적으로 수행되기 위해서도 먼저 만성통증 환자의 통증에 관한 해석과 이해는 필수적이다.

선행 연구들을 토대로 다음과 같은 가설을 설정하고 검증하였다:

1. 만성통증 환자들에게서 구성개념 통증은 상부 구성개념이며 하나의 생활방식일 것이다.
2. 만성통증 환자들은 분노를 덜 표현할 것이다.
3. 만성통증 환자들은 우울을 덜 표현할 것이다.
4. 만성통증 환자들은 주변 사람들에게 덜 민감할 것이다.
5. 만성통증 환자들은 통증이 없는 나와 이상적 자기보다 현재의 나와 더 많은 의미를 두며,

다른 대안없이도 이러한 구성개념적 대안을 고수할 것이다.

## 방 법

### 연구대상

만성통증(긴장성 두통, 편두통, 요통, 관절염 등) 환자들은 J시에 있는 병·의원의 통증의학과, 재활의학과 및 한방병원 등에서 최종 40명이 선 발되었다. 연구 대상자들은 정신과적 장애나 뇌손 상이 없는 만성통증 환자들이었다.

이들의 평균 통증 기간은 7.21년(범위, 1.4년~19.8년)이었으며, 평균 연령은 33.10세(범위, 22세~72세)였다.

### 도구

#### 1) McGill 통증 질문지-단축형(The Short-Form McGill Pain Questionnaire; SF-MPQ)

이 질문지는 Melzack(1987)의 표준형 MPQ에서 소수의 대표성 있는 감각차원과 정서차원으로 된 통증을 나타내는 15개의 형용사로 구성되어 있는데, 여기에 현재의 통증강도(Present Pain Intensity; PPI)와 통증 정도를 시각적으로 나타내 주는 시각 아날로그 척도(Visual Analogue Scale; VAS)로 구성되어 있어서 전반적인 통증 강도 지수를 얻을 수 있다(김청송, 1997 참조). 15개의 형용사 중 11개는 감각차원을 나타내는 통증 형용사로 되어 있으며, 나머지 4개는 정서 차원의 통증 형용사로 구성되어 있다.

통증 평정 지수(Pain Rating Index; PRI)는

피험자가 자신의 통증을 묘사하기 위해 통증 형 용사에 대한 등급 값을 토대로 산출된다. 현재의 통증강도(PPI)는 5점 평정척도에서 얻어지며, 시 각 아날로그 척도(VAS)는 10cm의 수평선 상에서 자신의 통증 정도를 표시하게 하여 구해진다(이배 환, 손진훈, 1996 참조).

#### 2) 역할 구성개념 목록 그리드(Role Construct Repertory Grid; 이하 Rep Grid)

Rep Grid는 Kelly(1955)의 개인적 구성개념 심리학에서 개인적 구성개념을 산출해 내는 측정 도구의 하나이다. 초기의 Rep Grid를 토대로 다양 한 Rep Grid가 만들어 질 수 있는데(예, Fransella & Bannister, 1977; Fransella, Bell, & Bannister, 2004; Jankowicz, 2004; Slater, 1977), 연구자가 이 러한 Rep Grid 패러다임을 토대로 하여 12구성개 념 × 12요소 Rep Grid를 만들었다(손정락, 1999 참조).

기본적인 Rep Grid는 일련의 구성개념 (construct) 차원에서 요소(element)를 평정하거나 등급을 매기는 매트릭스이다(Fransella & Bannister, 1977; Slater, 1977). 요소는 평가되어질 사상으로서, 특히 사회적 맥락에서는 일상생활에 서 흔히 만나는 인물들이다. 즉, 각 역할을 대표하 는 인물들이 요소로 선정된다. Rep Grid의 기본 가정은 첫째, 개인의 생활에서 의미있는 역할 인 물들이 요소로 선정되며, 둘째, 개인은 자신에게 이미 존재하고 있는 개인적 구성개념을 유도해 내게 되며, 셋째, 개인에게서 유도된 개인적 구성 개념들은 그 자신의 경험세계를 해석하는데 사용 되며, 넷째, 개인적 구성개념의 명칭은 그 개인이 과거 사상을 어떻게 예측할 것인가에 관한 정보

를 제공한다. 흔히, Rep Grid는 피험자에게 평정할 구성개념들을 제시하는 제공 구성개념과 피험자에게서 구성개념들을 이끌어 내는 유도 구성개념을 함께 사용하는 절충형 Rep Grid가 선호되고 있다(Winter, 1985).

이 연구에서 요소는 Kelly(1955)의 역할구성 개념 목록 그리드와 이전 연구들(예, 손정락, 1985, 1989, 1999)로부터 선정되었는데, 통증이 없는 나와 통증 발병전의 나가 추가되었다. 따라서, 이 연구에서 사용된 요소는 다음과 같다: 현재의 나, 어머니, 이상적 자기, 아버지, 배우자 혹은 이성친구, 통증이 없는 나, 내가 존경하는 사람, 내가 싫어하는 사람, 의사, 내가 아는 아픈 사람, 통증 발병 전의 나, 내가 좋아하는 사람. 개인적 구성개념들은 7점 평정척도로 제시되었다. 제공된 개인적 구성개념은 다음과 같다: 통증이 없는-통증이 있는, 열심히 일하는-열심히 일하지 않는, 지배적인-복종적인, 우울하지 않은-우울한, 지적인-비 지적인, 사교적인-비 사교적인, 걱정이 없는-걱정이 많은, 타인에게 민감한-타인에게 둔감한, 결단성이 있는-결단성이 없는, 낙관적인-비관적인, 화나지 않은-화난, 소박한-꾸밈이 많은(부록 1, 참조).

### 3) 한국판 CES-D 척도

우울 측정 도구로 전경규와 이민규(1992)의 한국판 CES-D(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)를 사용하였다. 이 척도는 20문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 거의 드물게(0점)에서 대부분(3점)까지 4점 척도로 되어 있다. 점수 범위는 0점에서 60점이다. 점수가 높을수록 더 우울하다는 것을 의미한다. 16점 이상을 우울

증을 나타내는 분할 점수로 사용할 경우 정신과 주치의의 진단과 일치하는 양상으로 나타났다(전경규, 이민규, 1992). CES-D는 일반인들이 경험하는 우울을 보다 용이하게 측정하기 위하여 개발되었으며, 우울 정서에 초점을 맞추어 구성되어 있다. 이 척도는 정상인들 또는 신체 병리를 갖고 있는 환자들을 대상으로 자주 사용되고 있으며, 내적 일치도는 .91로 나타났다(전경규, 최상진, 양병창, 2001).

### 절차 및 분석

먼저, 단축형 McGill 통증 질문지(SF-MPQ)로 다음과 같은 지수를 구하였다: 현재의 통증 강도(PPI), 시각 아날로그 척도(VAS) 및 통증 평정 지수(PRI). 통증 평정 지수(PRI)는 PRI-감각 점수와 PRI-정서 점수를 각각 구하였다. 그리고, 한국판 CES-D를 구하고, PRI-감각, PRI-정서, PPI, VAS 및 CES-D간의 상관관을 구하였다.

12 × 12 Rep Grid를 Legg(1999, 2005)의 INGRID 프로그램을 사용하여 분석하였는데, 이는 Slater(1977)의 INGRID프로그램(Rep Grid 분석 프로그램)을 Window용으로 개발한 것이며, Rep Grid를 개별 분석하는데도 가장 광범위하게 사용되며, 매우 정교하게 결과 분석을 해주기 때문에 선호되는 프로그램이기도 하다. INGRID 프로그램은 주성분 분석이 주로 되어 있는데, 주 성분 상에서 개인적 구성개념들과 요소들의 부하량을 나타내주고 있다. 다시 말하면, 개인적 구성개념 공간에서의 심리적 내용과 요소 공간에서의 심리적 내용에 관한 상세한 정보를 나타내주고

있는데, 두 성분상에서 높은 부하를 보이는 개인적 구성개념들과 요소들은 심리적으로 중요한 의미를 지니고 있다. 12 × 12 Rep Grid 분석에서 다음과 같은 지수들을 얻었다;

**요소들을 교차하는 구성개념 평정치:** 이 지수는 어떤 요소에 구성개념의 어느 한 쪽 극으로 더 많이 적용하는 개인의 경향성을 나타내주는 측정치이다. 예를 들면, 만성 통증 집단과 급성 통증 집단의 구성개념 적용에서의 집단 차이를 알 수 있게 해주는데, 급성 통증 집단은 만성 통증 집단 보다 구성개념 *화난* 쪽으로 더 평정하는 경향이 있을 것으로 보는 것이다(예, 손정락, 1999).

**구성개념으로 설명되는 12 × 12 Rep Grid 변화량 백분율:** 각각의 개인적 구성개념에서, 평균으로부터의 편차 자승합이 계산되어 얻어진다. 모든 구성개념들의 전체 변화량을 더하고, 각 구성개념에 의해 기여되는 백분율이 구해진다. 이 지수는 요소들 간을 가장 잘 변별해주는 개인적 구성개념을 알 수 있게 해줄 뿐만 아니라, 요소들 간을 거의 변별해주지 못하는 개인적 구성개념도 알 수 있게 해준다. 즉, 이 지수는 개인의 상부 구성개념이 무엇인지를 알 수 있게 해주는데 (Bannister & Salmon, 1967), 변화량 백분율이 클수록 그 구성개념은 그 개인에게서 더 상부 구성개념이라는 것을 의미한다. 예를 들면, 우울함과 화난 구성개념은 급성 통증 환자에게서는 상부 구성개념이지만, 만성 통증 환자에서는 상부 구성개념이 아닐 것으로 예측된다.

**요소에 의해 설명되는 자승합 백분율:** 이 지

수는 어떤 사람의 개인적 구성개념 체계에서의 요소의 중요도를 알 수 있게 해준다. 다시 말하면, 이 지수가 작다면 그 요소는 모든 구성개념들의 양극단이 아닌 중간 근처에서 평정하고 있다는 것을 나타내는데(즉, +3에서나 -3이 아닌 중간의 0부분에서 평정하는 것), 이는 무관심을 의미하는 것이다.

**구성개념들 간의 상관:** 두 구성개념이 관계되는 정도를 나타내는 측정치이다. +99에서 -99까지의 범위에서 +99는 거의 같음을 의미하고, 0은 아무 관계가 없음을 의미하고, -99는 반대가 되는 관계를 의미한다.

**요소들 간의 거리(유사성/비 유사성):** 구성개념들을 교차하는 요소들에 대한 지각된 유사성/비 유사성 측정치이다. 수치가 높을수록 비유사성을 보이는 것으로 해석되며, 반대로 수치가 낮을수록 유사성을 보이는 것으로 해석된다.

주 성분들의 Eigenvalue와 이들의 상대적 중요성 백분율과 누가 백분율을 구하였다. 이들 주 성분 중 77%가 넘는 성분상에서의 구성개념과 요소의 부하량을 구하여 이들의 유의한 조합을 설명할 수 있게 해주며, 또한 이를 토대로 주성분상에서 좌표로 표시할 수 있다.

## 결 과

60명의 만성통증(긴장성 두통, 편두통, 요통, 관절염통) 환자들이 참여하였는데, 질문지를 완성하지 못하였거나, 잘못 응답하였기 때문에 20명이

자료처리에서 제외되어, 최종 40명의 자료가 분석되었다. 이 집단의 주요 특징은 표1과 같다.

표1에서 보는 바와 같이, 평균 통증기간이 7.21년(범위 1.4년~19.8년)이 될 정도로 통증기간이 길기 때문에 전형적인 만성 통증 환자들의 특성을 보일 것으로 예측되었다. 평균 연령은 33.10세(범위는 22세~72세)였다. 이러한 통증들은 만성화 되는 경향이 많은데, 이는 오랜 치료기간 때문에 환자들이 통증 자체에 적응되어 가는 것으로도 추론해 볼 수 있다.

McGill 통증 질문지-단축형(SF-MPQ)의 통증 평정 지수(PRI), 통증 평정 지수-감각(PRI-감각), 통증 평정 지수-정서(PRI-정서), 현재의 통증 강도(PPI) 및 통증 정도를 나타내 주는 시각 아날로

그 척도(VAS)지수들은 만성 요통 환자들(참조, 손정락, 1999)이 나타내는 지수와 유사한 지수를 보여 주었다. CES-D(우울지수)는 22.35로 높은 지수를 보이고 있다. 특징적인 점은, 우울 지수는 높으나 통증에 대한 다른 주관적 보고 지수는 낮다는 점이다.

통증 관련 지수들과 우울 지수 간의 상관 행렬은 표2와 같다. 표2에서 보는 바와 같이, 통증 평정 지수-감각(PRI-감각)은 통증 평정 지수-정서(PRI-정서)와는 유의한 상관이 있었으나, 현재의 통증 강도(PPI), 시각 아날로그 척도(VAS) 및 우울 지수(CES-D)와의 상관은 유의하지 않았다. 통증 평정 지수-정서(PRI-정서)는 통증 평정 지수-감각(PRI-감각), 현재의 통증 강도(PPI) 및 시

표 1. 만성통증환자들의 남녀, 나이, 통증기간, 통증평정치들 및 우울지수의 평균(표준편차)

남 여	나이 (22-72)	통증기간 (개월)	통증 평정치					CES-D
			PRI	PRI (감각)	PRI (정서)	PPI	VAS	
11 29	33.10 (13.85)	86.53 (68.64)	16.08 (8.50)	12.38 (5.97)	3.68 (3.01)	2.15 (0.90)	6.16 (1.85)	22.35 (8.19)

PRI-감각: 통증평정 지수-감각      VAS: 시각 아날로그 지수  
 PRI-정서: 통증평정 지수-정서      CES-D: 우울 지수  
 PPI: 현재의 통증 강도

표 2. PRI-감각지수, PRI-정서지수, PPI, VAS 및 우울지수의 상관 행렬

	PRI-감각	PRI-정서	PPI	VAS	CES-D
PRI-감각					
PRI-정서	.76**				
PPI	.29	.35*			
VAS	.27	.37*	.47**		
CES-D	.23	.18	.25	-.01	

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

PRI-감각: 통증평정 지수-감각      VAS: 시각 아날로그 지수  
 PRI-정서: 통증평정 지수-정서      CES-D: 우울 지수  
 PPI: 현재의 통증 강도



각적으로 나타낸 통증 정도(VAS)와는 유의한 상관관이 있었으나, 우울 지수(CES-D)와의 상관은 유의하지 않았다. 그래서, 우울 지수(CES-D)는 어떤 통증 지수와도 상관관이 유의하지 않았다.

표3은 12 × 12 Rep Grid를 INGRID 프로그램으로 분석한 요소들을 교차하는 구성개념 평정치와 구성개념으로 설명되는 Rep Grid 변화량 백분율을 보이고 있다. 상부 구성 개념(superordinate constructs)으로서 통증이 없는/통증이 있는, 걱정이 없는/걱정이 많은, 열심히 일하지 않는/열심히 일하는, 우울하지 않은/우울한, 화나지 않은/화난으로 밝혀졌다. 그런데, 요소들을 교차하는 구성개념 평정치로 보면, 열심히 일하지 않는/열심히 일하는 구성개념에서는 열심히 일하는 극 쪽으로 치우쳐 평정하고 있는 반면, 나머지 구성개념 즉, 통증, 걱정, 우울, 화에서는 상부 구성

개념이지만, 이를 극단적으로 평정하고 있지 않는 것으로 밝혀졌다. 타인에게 민감한 구성개념은 변화량 백분율에서는 중간정도였으나, 요소들을 교차하는 구성개념 평정치로 보아서는 이 구성개념을 극단쪽으로 평정하고 있지 않는 것으로 나타났다.

표4는 요소에 의해 설명되는 자승합 백분율을 나타내고 있는데, 내가 싫어 하는 사람, 내가 아픈 사람, 이상적 자기, 현재의 나 요소(즉, 인물)의 순으로 중요도가 밝혀졌는데, 통증이 없는 나보다 더 많은 의미를 부여하고 있는 것으로 나타났다.

표5는 만성 통증 환자의 구성개념 간의 상관을 나타내고 있는데, 소박한-꾸밈이 많은과 지배적인-복종적인은 유의한 부적 관계가 있으며 ( $p < .05$ ), 사교적인-비사교적인과 타인에게 민감

표 3. 요소들을 교차하는 구성개념 평정치와 구성개념으로 설명되는 Grid 변화량 백분율

	요소들을 교차하는 구성개념 평정치	구성개념으로 설명되는 Rep Grid 변화량 백분율
통증이 없는/통증이 있는	0.12 (0.96) <sup>a</sup>	14.58(6.84 )
열심히 일하지 않는/열심히 일하는	1.62(0.60)	9.73(10.31 )
지배적인/복종적인	0.87(0.63)	5.62(3.89 )
우울하지 않은/우울한	0.64(0.67)	9.13(3.46 )
지적인/비지적인	1.37(0.58)	6.07(4.19 )
사교적인/비사교적인	1.25(0.60)	6.18(4.20 )
걱정이 없는/걱정이 많은	0.11(0.70)	10.82(4.65 )
타인에게 민감한/타인에게 둔감한	0.62(0.57)	7.35(3.93 )
결단성이 있는/결단성이 없는	1.24(0.54)	6.75(4.18 )
낙관적인/비관적인	1.05(0.51)	7.33(3.32 )
화나지 않은/화난	0.62(0.60)	8.69(4.48 )
소박한/꾸밈이 많은	0.40(0.77)	7.77(5.29 )

<sup>a</sup> 평균(표준편차)

한-타인에게 둔감한, 그리고 낙관적인-비관적인 과 걱정이 없는-걱정이 많은은 유의하게 정적 관계가 있는 것으로 나타났다( $p < .05$ ). 통증과 분노, 그리고 통증과 우울은 거의 관계가 없는 것으로 나타났으며, 통증과 민감은 유의한 부적 관계는 아니지만 반대가 되는 관계로 나타났다.

표6은 만성 통증 환자들의 요소 거리를 보여 주고 있는데, 현재의 나와 내가 좋아하는 사람이 가장 유의하게 먼 거리로 밝혀졌다. 즉, 비 유사성을 보이고 있다. 통증이 없는 나와 현재의 내가 유의한 유사성을 보이고 있는 것으로 밝혀졌다 ( $p < .05$ ).

만성 통증 환자들의 주성분 Eigenvalue와 변 화량 백분율을 구하였다(부록2 참조). 제1성분, 제 2성분 및 제3성분에서의 구성개념과 요소의 부하

를 좌표로 표시하였다(그림 1). 그림 1과 부록 2 의 주요한 결과를 요약하면 다음과 같다: 첫째, 좋아하는 사람은 소박한에서 높았으며, 현재의 나 는 통증이 없는에서 높았고, 어머니는 걱정이 없 는에서 낮았으며, 존경하는 사람은 타인에게 민 감한에서 낮았다. 둘째, 아버지는 통증이 없는에 서 낮았으며, 통증이 없는 나는 소박한에서 낮았 다. 셋째, 싫어하는 사람은 열심히 일하는에서 낮 았으며, 존경하는 사람은 우울하지 않은에서 낮 았고, 아는 아픈사람은 낙관적인에서 낮게 나왔 다. 이를 전체적으로 보면, 성분 1, 2 및 3에서, 주 요 요소는 좋아하는 사람, 현재의 나, 아버지, 존 경하는 사람 및 아는 아픈 사람이었으며, 구성개 념에는 소박한, 통증이 없는, 지배적인이 높았으 며, 우울과 화는 매우 낮게 나왔다(부록 3 참조).

표 4. 요소에 의해 설명되는 자승합 백분율

	자승합 백분율
현재의 나	8.86(5.41) <sup>a</sup>
어머니	7.22(5.36)
이상적 자기	10.68(5.62)
아버지	8.13(6.79)
배우자/이성친구	5.36(3.54)
통증이 없는 나	7.90(9.15)
존경하는 사람	6.41(3.64)
의사	6.07(4.35)
내가 아는 아픈 사람	11.24(7.85)
내가 싫어하는 사람	17.66(10.08)
통증 방별전의 나	4.79(4.30)
내가 좋아하는 사람	5.77(5.61)

<sup>a</sup> 평균(표준편차)

표 5. 만성 통증 환자들의 구성 개념 상관

-15	22	-37	-38	27	-50	-43	61	53	-20	-79	지배
24	15	46	44	-34	45	41	-25	-48	13	소박	
10	41	39	51	-48	11	07	-34	-56	통증		
36	-03	-13	-48	80	03	-30	63	민감			
11	26	-12	-33	65	-07	-51	결단				
07	-08	03	11	-41	-07	화					
69	42	53	41	21	지적						
37	-20	-03	-49	사교							
21	42	70	걱정								
68	35	낙관									
41	우울										
열심											

표 6. 만성통증 환자들의 요소 거리(유사성/비 유사성)

1.07	0.09	1.34	1.14	0.97	0.83	1.09	1.02	0.56	0.71	1.78	현재의 나
1.19	1.27	0.96	1.35	1.36	1.26	1.14	0.99	1.46	1.54	좋아하는 사람	
0.93	0.87	0.94	1.13	0.77	0.77	1.13	0.87	0.64	배우자		
1.06	0.78	1.03	0.85	0.81	0.54	0.95	0.76	어머니			
0.77	0.84	0.68	0.66	0.83	0.59	0.54	의사				
0.81	1.07	1.18	0.81	1.04	0.71	아는아 픈사람					
0.85	0.83	1.03	0.89	0.90	통증진 나						
1.13	0.89	0.90	0.95	이상적 자기							
1.24	1.27	1.02	아버지								
1.08	0.93	존경하는 사람									
0.90	통증없 는나										
싫어하 는 사람											

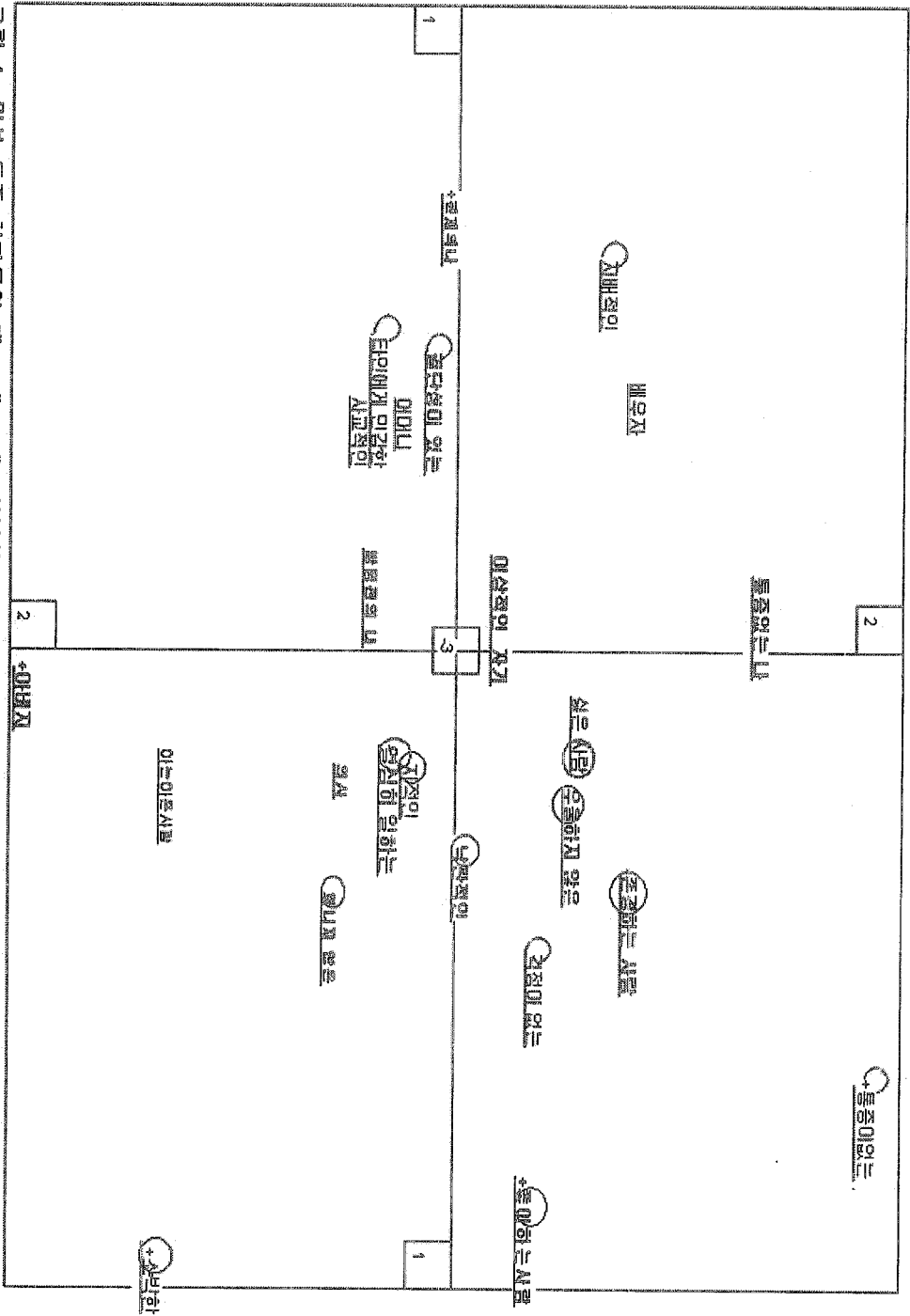


그림 1. 만성 통증 환자들의 제 1, 제 2, 제 3 성분상의 구성 개념과 요소들

## 논 의

통증은 복잡한 현상이다. 지금까지 연구들은 통증을 개념화하는데 신경학적 설명과 함께 심리학적 설명을 반드시 고려하여야 한다는 강조가 있어왔다. 관문 통제이론은 신체적, 심리적 사상들이 통증 경험에 어떻게 상호 작용하는가를 설명하는 하나의 시도였다. 주의나 정서 같은 심리적 요인이 문을 닫거나 여는 작용을 하여 통증에 영향을 주는 것 같다. 그러나 만성통증에 관한 병리학은 아직도 밝혀야 할 과제가 많은 것이 사실이다. 따라서, 본 연구에서는 특히 만성통증환자들의 심리적 특징을 개인적 구성개념 심리학으로 밝혀보고자 하였다. 만성통증환자들에게서 개인적 구성개념 통증은 상부구성개념이며, 하나의 생활방식일 것이다(가설1), 만성통증 환자들은 분노를 덜 표현할 것이다(가설2), 그리고 만성통증 환자들은 우울을 덜 표현할 것이다(가설3)가 지지되었다. 즉, Rep Grid 변화량 백분율에서 통증, 걱정, 우울 및 화의 순서로 나타나서, 특히 통증이 상부 구성개념으로 나타났다. 그러나 이들 요소들을 교차하는 구성개념 평정치로 볼 때 극단적으로 평정하고 있지 않은 것으로 보아서, 통증이 걱정, 우울 및 분노로 지각되지 않은 결과를 보여주고 있다. 다시 말하면, 통증은 만성통증 환자에게서 중요한 구성개념으로 작용하지만, 우울이나 분노 표현이 어렵거나 억제되는 생활 방식을 보이고 있는 것으로 해석된다.

이는 만성 통증환자들의 구성개념들 간의 상관에서도 나타나고 있는데, 통증과 분노, 그리고 통증과 우울은 관계가 없는 것으로 나타나서 또한 가설 1, 2 및 3을 뒷받침하는 보완해석이 될

수 있다.

또한, 주성분 상에서 만성통증환자들의 구성개념들과 요소들의 부하를 좌표로 표시할 수 있는데, 이 결과에서도 구성개념 통증은 높게 부하되어 있고, 우울과 분노는 낮게 부하되어 있어서 가설 1, 2, 및 3을 위의 결과들과 함께 지지하고 있는 것으로 볼 수 있다. 이러한 결과들은 또한 우울 지수가 어떤 통증 지수와도 상관없이 유의하지 않은 것으로 나타나서 주목이 되고 있다. 즉, 만성통증 환자들의 통증을 분노나 우울로 표현하지 못하거나 억제하는 것은 Kelly(1955)가 “어떤 구성개념의 잠수 극은 사람들에게 적용하기에 덜 유용한 구성개념이다”(p.532)라고 기술한 과정을 반영하고 있는 것으로 볼 수 있다. 즉, 통증 증상은 만성통증환자들이 생존할 수 있는, 잘 규명된 대안이 없는 경우에 고수하게 될 생활방식이라고 설명할 수 있다. 이는 또한 만성 통증 환자들일수록 통증 기간이 더욱 더 길어지고, 나이가 많은 경향이 있다는 사실과도 관계가 있는 것으로 보인다. 따라서 만성통증환자들에게는 대안을 모색하게 하는 지표를 강구해야 할 것으로 보인다(손정락, 1999). 즉, 만성 통증 환자들에게는 인지 행동치료나 바이오피드백이나 명상 등의 조합을 구체적으로 모색해 볼 필요가 있겠다.

만성통증환자들은 주변 사람들에게 덜 민감할 것이다라는 가설4는 부분적으로 지지되었다. 즉, 타인에게 민감한 구성개념은 구성개념으로 설명되는 Rep Grid 변화량 백분율에서는 중간 정도이었으나, 요소들을 교차하는 구성개념 평정치로 보아서 덜 민감한 것으로 해석된다. 이는 또한 통증 구성개념과 민감 구성개념의 부적 상관경향으로도 설명이 된다.

만성통증 환자들은 통증이 없는 나 및 이상적 자기 보다 현재의 나에 더 많은 의미를 두며 다른 대안이 없이 이러한 구성 개념적 대안을 고수할 것이다 라는 가설5는 부분적으로 지지되었다. 즉, 요소에 의해 설명되는 자승합 백분율에서는 현재의 나와 이상적 자기는 통증이 없는 나 보다 중요도에서 거의 비슷하게 지각되고 있다. 그러나, 주성분 1, 2 및 3에서의 요소와 구성개념의 백분율에서는 현재의 나와 통증이 훨씬 중요한 요소와 구성개념임을 알 수 있다. 다시 말하면, 통증이 있는 현재의 나 는 통증 이외의 다른 대안이 없는 즉, 통증이 하나의 생활양식이며, 이를 분노나 우울로 나타내지 않는 혹은 억제하는 생활 방식을 채택하고 있다고 해석된다. 이는 또한 만성 통증 환자들의 구성개념들 간의 상관에서 통증과 분노, 특히 통증과 우울이 거의 관계가 없는 결과를 보아서도 뒷받침 되고 있다. 더욱이, 현재의 나와 내가 좋아하는 사람은 비 유사성을 보이지만, 현재의 나와 통증이 없는 내가 유사성을 보이는 결과는 통증이 중요한 구성개념이면서도 이를 다르게 지각하지 않는 현상 즉, 아름다운 무관심(la belle indifférence)으로까지 보여질 수 있다고 해석이 된다.

이러한 결과는 특히 분노와 우울은 급성 요통 집단에서는 상부 구성개념이고 만성 요통 집단에서는 하부 구성개념이어서 대비가 되는 결과(예, 손정락, 1999)와도 일치하고 있다. 이는 통증이 만성화되어 감에 따라, 자신들의 분노나 우울한 느낌에 덜 초점적이 되는 경향이 있다는 생각과 일치되고 있다(Humphrey, 1980; 손정락, 1999에서 재인용). 이는 또한 통증이 억압된 무의식적 정서에 대한 관심을 두어야 할 필요성을 제기하고 있

다. 즉, 통증치료는 인지행동 치료 등의 심리치료가 조합될 필요성을 말해주고 있는 것이다.

요약하면, 만성 통증환자들은 통증을 일상 생활에서 중요한 상부 구성개념으로 지각하고, 현재의 나와 보다 더 큰 의미를 두고 있는데, 자신과 주변 사람들에게 분노와 우울 표현을 덜 하거나 억제하고 있으며, 또한 덜 민감한 구성개념화를 보이고 있다. 이러한 본 연구의 결과들은 만성통증의 심리적 측면을 개인적 구성개념 심리학의 Rep Grid 기법으로 분석하여, 만성통증 환자들의 구성개념적 대안주의를 확인 할 수 있다는 점에서 의의를 둘 수 있다. 그리고 주관적인 통증의 평가에 SF-MPQ가 유용하며, 우울 평가 특히 신체적 병리를 갖고 있는 환자들의 우울 평가에 한국판 CES-D가 활용될 수 있다는 점을 확인할 수 있었다. 앞으로 개인적 구성개념 이론, 통증이론 및 통증 평가 도구를 활용하여 다양한 만성통증 환자들의 심리적 구조를 확인하여 통증 치료에 심리치료를 조합하는 실무와 치료적 도움이 되는 연구로 더욱 확장될 필요가 있겠다.

#### 참고문헌

- 김청송(1997). 통증심리학. 서울 : 중앙적성출판사.  
 나철(1995). 만성동통의 원인과 기전. 정신신체의학, 3(1), 81-90.  
 손정락 역(2002). 성격심리학. 서울 : 시그마프레스.  
 손정락(1985). 개인적 구성개념의 변화에기, 의미성 및 분화가 자기변화에 미치는 영향. 사회과학연구 : 전북대학교 사회과학 연구소, 12, 149-165.  
 손정락(1989). 정신분열증 형태 사고 장애 환자의 이완 구성개념화. 한국심리학회지 : 임상, 8(1), 97-

- 115.
- 손정락(1999). 만성통증에 대한 구성개념화 : Rep Grid 기법으로 본 만성요통 환자의 심리적 구조. *한국심리학회지 : 건강*, 4(1), 123-139.
- 이배환, 손진훈(1996). 실험 및 임상 장면에서의 동통 측정법에 관한 고찰. *한국심리학회지*, 15(1), 163-188.
- 전경규, 이민규(1992). 한국판 CES-D 개발연구 1. *한국심리학회지 : 임상*, 11(1), 65-76.
- 전경규, 최상진, 양병창(2001). 통합적 한국판 CES-D 개발. *한국심리학회지 : 건강*, 6(1), 59-76.
- 한국건강심리학회(2002). *건강심리학*. 서울 : 시그마프레스.
- 현명호(1992). 동통의 정신 생리학적 연구. 성격 및 개 인차 연구, 1, 115-131.
- 현명호(1998). 통증 강도의 과대예측과 통증통제의 과소 기대가 통증 반응에 미치는 영향. *한국심리학 회지 : 건강*, 2(1), 186-208.
- Bannister, D., & Salmon, P.(1967). *Measures of superordinary*, Unpublished study.
- Blumer, D., & Heilbronn, M.(1982). Chronic pain as a variant of depressive disease : The pain-prone disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 381-406.
- Bowers, K. S. (1968). Pain, anxiety and perceived control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 596-602.
- Bradley, L. A., Prokop, C. K., Margolis, R. D., & Gentry, W. D. (1978). Multivariate analysis of the MMPI profiles of low back pain patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 253-272.
- Brena, S. F. (1983). Pain control facilities : Roots, organization, and function. In S. F. Brena & S. C. Chapman(Eds.) *Management of patients with chronic pain(pp.11-20)*. NY : Spectrum.
- Cairns, D., & Pasino, J. (1977). Comparison of verbal reinforcement and feedback in the operant treatment of disability due to chronic low back pain. *Behavior Therapy*, 8, 621-630.
- Dolce, J. J., & Raczynski, J. M. (1985). Neuromuscular activity and electromyography in painful backs : Psychological and biomechanical models in assessment and treatment. *Psychological Bulletin*, 97, 502-520.
- Fordyce, W. E. (1976). *Behavioral methods for chronic pain and illness*. St. Louis : Mosby.
- Fordyce, W. E., Brockway, J. A., Bergman, J. A., & Spengler, D. (1986). Acute back pain : A control-group comparison of behavioral vs. traditional management methods. *Journal of Behavioral Medicine*, 9, 127-140.
- Fransella, F. (1972). *Personal change and reconstruction: Research on a treatment of stuttering*. New York : Academic Press.
- Fransella, F., & Bannister, D. (1977). *A manual for repertory grid technique*. London: Academic Press.
- Fransella, F., Bell, R., & Bannister, D. (2004). *A manual for Repertory Grid technique*, Wiley.
- Gatchel, R. J., & Turk, D. C. (1996). *Psychological factors in pain : Critical perspectives*. Guilford Press.
- Humphrey, M. (1980). The problem of low back pain. In S. R. Rachman(Ed.). *Contributions to medical psychology(vol. 2)*. Oxford : Pergamon.
- Jankowicz, D. (2004). *The easy guide to Repertory Grids*. Wiley.
- Keefe, F., & Gil, K. M. (1986). Behavioral concepts in the analysis of chronic pain syndromes.

- Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 776-783.
- Keefe, F., Jacobs, M., & Edwards, C. (1977). Persistent pain : Cognitive-behavioral approaches to assessment and treatment. *Seminars in Anesthesia*, 16(2), 117-126.
- Kelly, G. A. (1995). *The Psychology of personal constructs*(vols. 1&2). New York : Norton.
- Legg, J. M. (1999, 2005). The INGRID thought processor. Personal Homepage of J. Maxwell Legg(<http://come.to/ingrid>)
- Linton, S., & Gotesman, K. G. (1985). Controlling pain reports through operant conditioning. *Perceptual and Motor Skills*, 60, 427-437.
- Lynn, R., & Eysenck, J. J. (1961). Tolerance for pain, extroversion and neuroticism. *Perceptual and Motor Skills*, 12, 161-162.
- Melzack, R. (1987). The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain*, 30, 191-197.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms : A new theory. *Science*, 150, 971-979.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1982). *The challenge of pain*(2nd ed.). New York : Penguin Books.
- Nouwen, A., & Solinger, J. W. (1979). The effectiveness of EMG biofeedback training in low back pain. *Biofeedback and Self-Regulation*, 4, 103-111.
- Rowe, D. (1971). Poor prognosis in a case of depression as predicted by Repertory Grid. *British Journal of Psychiatry*, 118, 297-300.
- Sarno, J. E. (2006). 통증혁명[Healing back pain: The mind-body connection]. (이재석 역). 서울: 국일미디어(원전은 1991에 출판).
- Schwob, M.(1997). 통증[La douleur]. (정승희 역). 서울: 영림카디널(원전은 1994에 출간)
- Slater, P. (1977). *The measurement of intrapersonal space by Grid technique*(vol.2). London : Wiley.
- Sternbach, R. A., Wolff, B. R. Murphy, R., W., & Akeson, W. M. (1973). Traits of pain patients : The low back 'loser'. *Psychosomatics*, 14, 226-229.
- Turk, D. C., & Melzack, R. (1992). *Handbook of pain assessment*. New York : Guilford.
- Turner, J. A., & Chapman, C. R. (1982). Psychological interventions for chronic pain : A critical review. *Pain*, 12, 1-21.
- Wall, P. D. (1996). Comments after 30 years of the gate control theory. *Pain Forum*, 5(1), 12-22.
- White, B., & Sanders, S. H. (1985). Differential effects on pain mood in chronic pain patients with time versus pain-contingent medication delivery. *Behavior Therapy*, 16, 28-38.
- Winter, D. A. (1985). Repertory Grid technique in the evaluations of therapeutic outcome. In N. Beail(Ed.). *Repertory Grid technique and personal constructs : Applications in clinical and evaluational settings*. London : Croom Helm
- Wolff, B. B., & Langley, S. (1968). Cultural factors and the response to pain : Review. *American Anthropologist*, 70, 494-501.

논문접수일: 2006년 3월 9일

수정논문접수일: 2006년 5월 20일

게재결정일: 2006년 7월 6일



한국심리학회지: 건강  
The Korean Journal of Health Psychology  
2006, Vol. 11, No. 3, 437 - 455

---

# The Construing of Chronic Pain : The constructive Alternativism of the Chronic Patients?

ChongNak Son

Department of Psychology  
Chonbuk National University

The present study was designed to test the chronic patients' construing of pain by means of the Rep Grid technique from Personal Construct Psychology. The subjects were 40 chronic pain patients. The instruments were the 12 constructs × 12 elements Rep Grid, Pain Questionnaire, SF McGill Pain Questionnaire, and Korean CES-D. The data were analysed by the INGRID Program. The main results were as follows: First, for chronic pain patients the pain was superordinate construct. Second, for chronic pain patients, **self now** with **pain** offered the more implications than other elements. Third, chronic pain patients had difficulty in expressing or inhibited anger, depression, and sensitivity toward themselves and others. Finally, the results were discussed with reference to the literature and suggestions are made for future research areas.

*Keywords: chronic pain, personal construct psychology, constructive alternativism, Rep Grid, MPQ, gate control theory*

부록 1. 역할 구성개념 목록 검사 (Rep Grid)

R E P G R I D	환자이름 _____							내가 좋아하는 사람												
	성 별 _____ 남 / 여																			
	나 이 _____ 만 _____ 세							내가 싫어 하는 사람												
								내가 아는 사람												
								의 사												
								내가 존경하는 사람												
								배 이 우 친 구 자												
								아 버 지												
								이 상 적 자 기												
								이 머 니												
								현 재 의 나												
	요소																			
	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	구상 개념												
통증이 없는								통증이 있는	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫
열심히 일하는								열심히 일하지 않는												
지배적인								복종적인												
우울하지 않은								우울한												
지적인								비 지적인												
사교적인								비 사교적인												
걱정이 없는								걱정이 많은												
타인에게 민감한								타인에게 둔감한												
결단성이 있는								결단성이 없는												
낙관적인								비관적인												
화나지 않은								화난												
소박한								꾸밈이 많은												

부록 2. 만성 통증 환자들의 주성분 분석의 Eigenvalue와 변화량 백분율

성분	Eigenvalue	변화량 백분율	누가
1	4.38	39.84	39.84
2	2.17	19.69	59.52
3	1.91	17.34	76.86
4	.84	7.65	84.51
5	.69	6.27	90.78

부록 3. 성분 1, 2 및 3에서 요소와 구성개념의 기여 백분율

요소 중요도	백분율	구성개념 중요도	백분율
0.96 좋아하는 사람 12	25.06	0.96 소박한 12	23.14
0.95 현재의나 1	13.15	0.97 통증이없는 1	21.80
0.96 아버지 4	12.13	0.91 지배적인 3	8.24
0.92 존경하는 사람 7	9.85	0.86 열심히 일하는 2	7.77
0.93 아는아픈 사람 9	8.33	0.91 타인에게 민감한 8	6.12
		0.82 결단성이있는 9	6.71
		0.79 걱정이없는 7	5.30
		0.86 사교적인 6	4.76
		0.78 우울하지 않은 4	4.00
		0.67 하나지 않은 11	5.17
		0.84 낙관적인 10	3.58
		0.60 지적인 5	2.42