

전환장애의 치료와 관리

오덕원
영동세브란스병원 물리치료실

Abstract

Treatment and Management of Conversion Disorder

Oh Duck-won, R.P.T., O.T.R.

Dept. of Physical Therapy, Yongdong Severance Hospital

Conversion disorder is a psychologically produced alteration or loss of physical functioning suggestive of a physical disorder. Conversion symptoms are often superimposed on organic disease and can be overlooked. Psychological techniques are central to the management include the following: avoiding confrontation with the patients; avoiding reinforcement or trivializing the symptoms; reviewing results of tests and exams and creating an expectation of recovery; educating the patient before a treatment is begun; evaluating the patient's emotional adjustment and considering it at a treatment; using caution in labeling the condition; considering referral for psychotherapy; establishing particularly a treatment plan and making a definite treatment program; adjusting patient's environment; letting participate a family at appropriate time; developing a reinforcement program for a treatment of chronic symptoms; developing a home program for outpatients. Use behavior therapy reinforcement may be helpful with more chronic or resistant symptoms, especially when there is a history of vague or excessive somatic complaints or significant secondary gain.

Key Words : Conversion Disorder; Behavior Therapy; Management; Principles; Reinforcement.

I. 서론

전환장애는 감당할 수 없는 정신적·정서적 스트레스가 신체적인 증상으로 상징화되어 나타나는 질환이다. 전통적으로 전환(conversion)이라는 용어는 무의식적인 심리적 갈등이 상징적으로 해소되어 신체적 증상으로 표현되는 것을 의미하며, 이는 불안을 감소시키고 갈등을 의식 밖으로 유지시키려는 것을 포함한다는 가설에서 출발하였다. 심리적 상태에 영향을 줄 수 있는 요소들이 일상생활중 어디에나 있기 때문에 어떠한 특별한 심리적 요소가 원인적으로 이 증상에 관계되는지를 판단하기가 매우 어렵다. 그러나 과거에 유사한 상황에서 전환반응이 있었다면, 갈등 혹은 스트레스가 증상의 발생이나 악화와 어떤 밀접한 관계가 있는지를 아는 것은 대단히 도움이 된다. 전환장애로 인한 증상은 sick role을 만들거나 물질적 이득을 위해 의식적으로 혹은 고의적으로 만들어지는 것이 아니다. 그러나 결과적으로 그 증상으로 인해 사회적 지지를 받거나, 혹은 불유쾌한 상황을 회피하도록 강화되는데, 전환증상은 이러한 것들에 의하여 계속 유지될 수 있다(Silver, 1996). 의존성과 sick role은 치료 과정 중에 갖게 될 수도 있다. 전환 장애의 치료는 오래 전부터 정신과 의사들이 담당하였으나, 근래에 들어오면서 정신 치료보다는 행동치료가 부각되면서 물리치료의 중요성이 크게 대두되기 시작하였다. 임상치료사들은 이러한 환자를 치료함에 있어서 많은 혼동을 느낄 것이다. 또한 치료사의 치료 행위가 환자의 상태를 더욱 악화시킬 수 있음을 생각해 볼 때 보다 세심하고 조심스런 접근이 필요하다. 그러므로 환자의 증상을 치료하고, 이를 적절히 관리하기 위해서 임상치료사들은 전환장애에 대한 이해와 더불어 환자 치료에 대한 보다 전문적인 식견을 가지고 있어야 한다. 이에 본 저자는 전환장애에 대한 이해를 넓히고, 이들을 치료·관리하는데 도움이 될 수 있도록 전환장애의 전반적인 사항

들을 요약해서 보고하는 바이다.

II. 전환장애의 이해

1. 전환장애의 정의와 개념

전환장애는 환자의 증상이 기존에 알려진 질병 구조 내에서 설명되지 않을 때, 즉 생리학과 해부학의 일반적인 원칙을 따르지 않거나 혹은 증상에 대한 기질적 병리상태가 발견되지 않을 때 진단되는 특이하고 지속적인 감각 운동 장애이다. 그 증상은 상당히 복잡하며, 이러한 기능장애는 해부학적, 혹은 생리학적 지식으로 설명되지 않는다(Cardenas 등, 1986; Caplan과 Nadelson, 1980; Maisami와 Freeman, 1987; Goodyer, 1981; Rock, 1971; Proctor, 1958; Leslie, 1988).

전환장애를 설명하는데에는 두 가지 기제가 있다. 첫째, 내적 갈등이 있음에도 이를 인식할 필요를 없게 한다. 예를 들면 심한 말다툼 후 내적 갈등을 억누르기 위해 실성증 또는 팔의 마비를 가져오므로써 심리적 갈등을 인식하지 않고 이를 부분적으로 해소하며, 정신적·정서적 항상성을 계속 유지할 수 있는 것이다. 이를 일차적 이득이라고 한다. 둘째로, 환자에게 원하지 않는 특별한 행위(말싸움이나 폭력)를 하지 않을 수 있도록 할 뿐 아니라 주위환경으로부터 관심과 보호를 받을 수 있고 나아가 외적 이익이 주어진다거나 좋지 않은 업무, 혹은 책임 등을 피할 수 있는 것이다. 이를 이차적 이득이라고 한다. 이러한 일차적·이차적 이득 때문에 환자는, 실제 고통스러운 증상이 있는데도, 그것에 대해 걱정하지 않고, 무관심한 태도가 나타난다. 이를 "기분 좋은 무관심(la belle indifference)"이라고 한다(민성길 등, 1995; American Psychiatric Association, 1994). 이들은 종종 암시적이며 그 증상은 외부 환경에서 오는 정보(cue)를 바탕으로 수정되거나 해소되지만, 이러한 것들은 전환장애에서만 특별히 존재하는 것은 아니며, 일반적인 의학적 문제에서도

발생할 수 있다.

2. 전환장애의 임상적 특성

전환증상은 모든 연령대에서 발생할 수 있다(Dvornich 등, 1991). 아래의 표는, 미국심리학회에서 제시하고 있는, 전환장애를 진단하는 기준 항목을 나타내고 있다. 히스테리성 전환반응(hysterical conversion reaction)은 우리나라에서는 일반적인 질환이 아니라서 정확하고 다양한 역학 조사가 이루어지지 않았지만, 정신과에 의뢰되는 환자의 5-15%가 이 장애라고 추정하고 있다(민성길 등, 1995). 그 발병률과 유병률 대한 견해 차이가 많지만, 영국에서는 소아정신과 환자의 0.5 - 1%, 성인

에서는 1%정도로 보고 있으며(Goodyer, 1981; Marsden, 1986), 미국에서는 그 비율을 10만 명당 11 - 300명정도로 보고하고 있다. 일반적으로 전환증상은 단기간(약 2주)에 발생하며 일년 이내에 환자의 약 25%가 재발된다(Silver, 1996). 전환증상은 여자에게서 많으며, 신체의 오른쪽보다 왼쪽에서 더 많이 발생하는 것으로 보고되고 있다. 남자에서는 종종 직장 사고와 군대 문제와 관련되어 있다. 전환증상은 10대에서 20대후반까지 나타나며, 10세전 혹은 40세이후에는 거의 발생하지 않는다. 전환장애가 중년 또는 노년기에 발생하면 신경학적 혹은 다른 의학적인 상태일 가능성이 높다.

표. 전환장애에 대한 진단적 기준

-
- A. 신경학적 또는 기타 일반적인 의학적 상태를 암시하는 수의적인 운동 혹은 감각 기능에 영향을 미치는 한가지 이상의 증상이나 결함.
 - B. 갈등이나 다른 스트레스가 있을 후, 증상의 시작 혹은 악화가 발생하기 때문에 심리학적 요인이 증상에 연관되어 있다고 판단된다.
 - C. 이 증상과 결함은 의도적으로 만든 것이거나 피병을 부리는 것이 아니다(인위성 장애나 피병처럼).
 - D. 적절한 검사 후에도 증상이 일반적인 의학적 상태에 의하여, 물질의 직접적 영향에 의하여, 혹은 문화적으로 승인된 행동이나 경험에 의하여 충분히 설명되지 못한다.
 - E. 증상이나 결함은 임상적으로 사회적, 직업적, 혹은 그 외의 기능이나 정당한 의학적 평가의 중요한 영역에서 심한 혼동이나 손상을 야기시킨다.
 - F. 증상이나 결함은 통증이나 성기능 장애에 국한되지 않고, 신체화장애에서처럼 광범위하게 발생하지 않으며, 다른 정신장애로 더 잘 설명되지 않는다.

증상이나 결함의 특별한 유형

- 운동계 증상이나 결함을 동반
 - 감각계 증상이나 결함을 동반
 - 경련이나 발작을 동반
 - 혼합된 양상
-

3. 전환증상

전환증상은 건망증, 연하 곤란, 실성증(aphonia), 말더듬(speech dysfluency), 귀먹음(deafness), 축소시야 혹은 침침함(tunnel or blurred vision), 실명(blindness), 감각 상실, 의식불명 혹은 의식 혼탁, 위발작(pseudo seizure), 보행장애, 그리고 마비 혹은 근약화이다. 많은 경우에서 환자의 기능장애를 관찰해 보면 증상 형태가 일치되지 않은 모호한 면을 보이고, 다분히 비해부학적이며, 혹은 증상이 대단히 극적으로 변화되기 때문에 이로써 전환장애를 생각할 수 있다. 의학적 지식이 빈약한 사람은 의학적으로 용납하기 어려운, 상황에 전혀 맞지 않는 증상들을 보일 것이며, 의학적 지식이 풍부한 사람들은 아주 미세한 증상들을 보여 신경학적 혹은 다른 의학적 상태와 혼동되기도 한다. 대개 한번에 한 증상이 나타난다. 한 증상이 없어지면 얼마 후 새로운 증상이 나타날 수 있다. 개개의 전환증상의 발병 기간은 짧다. 갑자기 나타나 수일내 또는 1개월 정도 지속되다가 갑자기 없어지기도 한다. 10세 이하의 어린이의 전환증상은 보통 경기(seizure) 혹은 보행 장애인 경우가 많다. 전환장애는 대개 급성적으로 발생하나 점차적으로 증상이 증가될 수도 있다. 갑작스럽게 발병했을 때, 원인이 되는 스트레스요인이 있을 때, 병전 적응이 좋았을 때, 다른 정신과적 장애가 없을 때, 발병후 치료받기까지 경과된 시간이 짧은 경우, 지식 정도가 높은 경우, 그리고 진행 중인 재판 문제가 없을 때 예후가 좋다. 발병 기간이 긴 과거력이 있거나 이차적 이득이 있으면 예후는 나쁘다(민성길 등, 1995). 마비, 발성 불능, 그리고 시각 상실과 같은 증상은 비교적 예후가 좋으나 진전(tremor)과 경기(seizure)는 그렇지 않다(American Psychiatric Association, 1994).

4. 전환증상의 특징

전환증상은 환자가 가지는 의사소통 수단으로서 존재한다. 비록 신체 기능은 변화했다라도 신체적 병변은 없다. 그 동기가 무의식적

차원이기 때문에 환자 자신은 그 원인을 이해하지 못한다. 그러면서도 증상을 가짐으로써 악화된 환경이나 불리한 상황에서 벗어나려는 이차적 이득을 갖게 되며, 자신은 증상에 무관심한 태도를 보인다. 의료진들은 알려져 있는 기질적 질환, 혹은 상해 기전과 일치되지 않는 비전형적인 요소를 발견할 수 있을 것이다(Bangash 등, 1988). 전환증상은 검사를 반복해서 시행했을 때 다양하게 나타날 수 있다(Dvonch 등, 1991). 그리고 발생된 문제와 관련된 극단적인 정서적 반응이 있다. 환자들은 종종 최근에 다른 사람에게서 관찰된 신체적 증상들을 모방하는 경우가 있다. 이같은 증상들은 개방적으로 인정될 수 없는 정서적 스트레스가 있는 시기에 빈번하게 나타난다. 전환증상은 타인의 증상을 모방할 수 있을 정도로 사회성을 충분히 지니고 있지 않은 아주 어린 아이에게서는 나타나지 않는다(Ehrlich와 Risher, 1977). 사춘기 이후에 전환증상은 여자에게서 더욱 많이 나타난다(Spierings 등, 1990). 흔히 주변의 중요 인물이나 그들의 병을 동일시하여 나타나는 수가 많다. 따라서 가까운 사람이 죽었을 때, 애도반응 동안 죽은 이의 병이 증상 표현의 모델이 되는 수가 많다(민성길 등, 1995). 전환장애는 가족과 관련된 스트레스 후에 발생하며, 해결할 수 없는 슬픔의 반응으로 인하여, 그리고 가족과의 의사소통 문제로 인하여 발생된다(Maloney, 1980). 특히 우리 나라에서는 전통적인 사회 문화적 특징 때문에 서구와는 달리 가족간 스트레스로 인한 전환증상이 많다. 전환반응을 일으키는 스트레스를 구체화시키는 것은 증상이 빨리 해결되도록 촉진할 수 있지만, 증상을 일으키고 있는 스트레스가 무엇인지 정확히 알아내는 것은 매우 어렵다. 전환증상의 특징은 변하기 쉽고 다양하다는 것이다. 새학기가 시작되는 봄, 혹은 기말 고사와 같은 중요한 시험을 치르게 될 때 전환증상이 나타나게 되는 경우가 많으며, 이것이 오랫동안 전환증상을 만드는 원인적 요소로 간주되어 왔다. 어린이의 경우, 대개 가족과 학교로부터 학업에 대

한 압박을 많이 받고 있는, 학업 성취도가 높은 환자가 많다(Smith 등, 1988).

5. 유사한 질환과의 구별

전환반응은 참을 수 없는 정서적 반응이 신체적 증상으로 나타나게 되는 것으로, 이는 갈등을 조절하는 강력한 도구인 셈이다. 이는 고의적인 의도를 가진 피병(malingering)이나 인위적 장애(factitious disorder)와는 구분되어야 한다. 전환반응으로부터 이차적 이익이 올 수 있지만, 이는 피병이나 인위적 장애와는 달리 어떠한 이익을 얻기 위해 고의적으로 만들어지는 것은 아니다. 엄격히 말해서 인위적 장애는 아프려는 목적으로 스스로 증상을 유도하거나 자극받는 질환이다. 피병은 물질적인 이득 혹은 처벌을 피하기 위한 목적으로 자극받는 경우를 말한다. 또한 전환장애는 더욱 심하게 변화되는 신체화장애(somatization disorder)와 구별될 필요가 있다. 신체화장애는 광범위하게 나타나는 신체증상의 오랜 병력으로 말할 수 있다. 만약 신체적 증상(somatic complaint)이 단지 앓고 있는 신체 질환에 대해 초과되는 통증이라면, 이를 전환장애라고 하지 않고 통증 장애라고 진단한다(Silver, 1996).

III. 전환증상의 치료

1. 검사와 평가시 주의 사항

전환증상의 형태가 어떤 지역에서는 스트레스를 표현하는 하나의 문화적 방식으로 허용될 수 있는 경우도 있다. 그러므로 임상치료사들은 전환증상이 특별한 사회적 전후 관계에서 완전히 설명되는지와 그러한 것들이 임상적으로 중요한 스트레스, 장애, 혹은 role impairment를 초래하는지를 평가해야만 한다. 평가의 목적은 두 가지이다. 첫째, 환자 생활의 어떤 부분이 기능장애를 나타나도록 하는지를 결정하고, 둘째, 치료에 방해가 될 만한 사항에 대해서 예견하는 것이다. 이를 위해

의료진의 관심은 대인적, 개인내면적, 그리고 환경적 요소들에 집중되어야 한다. 이러한 요소들의 정확한 평가없이 치료 프로그램은 성공하기 어렵다(Cardenas 등, 1986). 의학적 검사와 평가는 비정상적 증상에 대한 의학적, 사회적 주의 집중과 같은 모든 긍정적 강화들이 배제된 상태에서 시작되어야 한다. 면밀한 진단적 과정이 끝나고 확실한 진단이 내려지면 부적절한 행동이 보여질 때 모든 긍정적 강화는 철회되어야 하며, 더 이상의 진단적 검사와 의학적 검사는 수행되지 말아야 한다(Trieschmann과 Montgomery, 1970). 진단적 검사는 환자가 기질적 질환을 가지고 있지 않다는 것을 나타내 주는 중요한 역할을 하지만, 계속되는 진단적 검사와 평가는 여러 가지 나쁜 영향을 준다. 많은 증상들은 지나친 진단과정과, 부적절한 의학적 의견으로 인하여 만들어 질 수 있으므로, 이러한 과정이 길어지면 문제를 인식시키는 것이 더욱 어려워진다. 또한 많은 검사를 하다 보면 아주 미약한 이상이 발견되어질 수 있는데, 이것은 정신과적 질환이라는 것을 확신시켜 주는 것이 아니라 오히려 이를 약하게 만들 수 있으며, 더 많은 검사를 요구하게 된다. 검사와 평가를 계속할수록 적절한 치료는 지연되는 것이다. 전환증상의 기질적 원인을 찾기 위해 계속되는 진단적 과정과 환자 평가는 증상에 대한 주의 집중을 증가시킴으로 환자의 비적응적인 행동을 강화시킬 것이다(Cardenas 등, 1986). 그러므로 조기 진단은 전환장애의 재활 과정을 단축시킬 수 있으며, 많은 시간과 노력, 비용들을 절감시킬 수 있다(Black, 1993). 조기 진단의 핵심은 신체적 평가를 줄이고, 진단적 검사를 최소한으로 유지하며, 주의 깊은 병력 청취를 통해 기능적 증상을 구체화시키는 것이다(Berry 등, 1994). 환자의 상태를 확신하기 위하여 가능한 한 빨리 심리학적 접근을 시도하여야 한다. 환자의 상태를 위한 회복은 단지 환자의 상태가 강화되지 않도록 이같은 환자의 행동을 만드는 체계를 수정하는 것이다(Black, 1993; Haggins, 1990).

2. 치료시 고려 사항

전환장애를 가지고 있는 환자를 치료하는데 있어서 딜레마는 기질적 질환의 유무를 평가하고 치료하는 것이 전환증상을 강화시킬 수 있다는 것이다(Buschbacher, 1995). 치료의 결과는 심리학적 평가를 포함한 의료진의 숙련도와 환자의 간호에 직접적으로 관계된다. 치료프로그램의 일반적인 목표는 비적응적인 반응을 학습하지 못하도록 하는 것과 더욱 새롭고, 더욱 적응적인 행동들을 배우도록 하는 것이다. 특별한 목표는 어느 정도 보행을 할 수 있도록 하는 것이며, 환자의 직업에 맞는 활동, 예를 들어 주부의 경우에는 집안일을 잘 할 수 있도록 하는 것이다. 가정 생활을 포함하는 치료프로그램의 목적은 일상생활 동작의 수행을 높이는 것이다. 이는 작업치료를 통한 접근이 이루어져야 한다. 환자의 주변 사람들은 환자에게 적절한 강화를 제공하고 환자의 치료 프로그램을 지지하는 방법을 배워서 가정과 지역사회 안에서 환자가 잘 적응할 수 있도록 도와야 한다(Klein 등, 1985). 작업치료프로그램은 일로 복귀하는데 필요한 행동을 적절히 강화시키고, 가정과 가족내에서의 책임감을 완전히 회복할 수 있도록 계획되어야 한다(Cardenas 등, 1986). 일단 환자의 상태가 정상화된다면 치료상황내에서만 아닌 지역사회 안에서의 활동을 포함하도록 치료가 계획되어야 한다. 더 나아가 치료프로그램안에 가족과 함께 보내는 시간을 포함시키거나 지역사회 여행 등을 포함시키는 것이 바람직하다.

병원에 오기 전에 시도된 치료는 증상을 강화시키는 주변 인물에 의사가 포함되는 경우가 많기 때문에 치료에 상당히 좋지 않은 영향을 미친다(Smith 등, 1988). 복잡한 증상을 보이지 않는 환자는 최소한의 심리 치료를 포함하고 있는 재활의학적 처치에 잘 반응할 것이다. 그러나 우울증, 소외감, 의료시스템에 대한 분노감과 같이 심리적으로, 정서적으로 다른 문제가 있는 환자들은 치료하기가 매우 어렵다. 이들은 처음에는 치료에 잘 반응하겠

지만, 치료가 진행되면서 치료에 대한 참여도가 떨어져 치료 목표를 이루지 못하는 경우가 많다. 외래 치료를 통해 전환증상을 치료·관리하는 데에는 많은 제한점이 따르기 때문에 전환장애의 치료에 있어서 입원치료를 적용하는 것이 바람직하다. 입원치료를 통해 환자와 보호자들은 환자의 증상을 중요하고 심각히 생각하게 된다. 또한 이를 통해 환자와 보호자들은 현 상태의 문제와 문제의 해결에 많은 관심을 갖는다. 입원치료는 환자가 이전의 환경과 sick role로부터 벗어나도록 하여 증상의 치유와 재활을 강력히 촉진한다. 또한 환자들이 "doctor shopping"을 하지 않게 하여 의료 비용을 절감할 수 있다. 환자가 입원치료를 좋아하지 않을 경우라도 완전히 치유될 때까지 병원에 있게 하며 물리치료상에 호전되는 징후가 보이면 주말에는 잠깐 집에 가는 것을 허락해 준다. 이를 긍정적 강화제로 사용하여 증상의 호전을 유도할 수도 있다. 정상 기능을 학습하는 동안, 환경을 조절하는 기간을 포함하여, 입원 기간은 4주 이하가 적당하다(Trieschmann과 Montgomery, 1970). 치료가 장기화되면 sick role이 심해지고 환자가 퇴행되어 치료가 어려워진다(민성길 등, 1995). 병실은 환자가 사회적 기회를 많이 제공받을 수 있도록 조정되어야 한다. 정상 기능이 회복된 후 퇴원을 하더라도 스트레스에 대한 대처 기술을 강화할 수 있도록 외래 환자 물리치료가 필요하다. 물리치료는 환자가 스트레스를 받는 시기에 환자에게 많은 도움을 줄 수 있으므로 전환증상의 해결과 전환장애의 관리에 대단히 효과적이다(Leslie, 1988; Maisami와 Freeman, 1987; Splaingard, 1987; Thomson과 Sills, 1988; Warzak 등, 1987). 특히 전문적인 심리치료가 필요한 어린이 환자에서 물리치료는 환자와 부모들을 위한 상담이 잘 이루어지도록 촉진시킬 것이다(Ehrlich와 Risher, 1977). 또한 물리치료를 통해 자신감을 회복하고 환자의 무관심을 없앨 수 있다(Leslie, 1988).

3. 환자의 치료

전통적으로 전환장애는 연상법, 정신치료, 최면요법, 근전도 biofeedback, 그리고 기능적 전기자극 치료 등을 사용하여 정신과 의사들이 치료·관리하였다(Silver, 1996). 전환반응에 대한 전통적인 치료 접근 방식은 재활의학적인 방법은 포함시키지 않은 채 정서적인 상태를 향상시키고 불필요한 의학절차를 최소화시키는 것에 중점을 두고 있었으나(Monson과 Smith, 1983), 1960년대에 들어서면서부터 재활의학적인 상황에서의 행동치료에 중점을 두게 되었다(Gooch 등, 1977). 환자들이 증상을 야기하는 기질적 질환을 가지고 있지 않기 때문에 이같은 환자들에게 물리치료를 적용하는 것을 의아하게 생각할 수도 있다. 그러나 그들이 증상을 의식적으로 나타내는 것이 아니라라는 것을 고려해야 한다. 만약 정신과적 치료가 환자의 증상을 해결해 주지 못한다면 환자는 이같은 질환으로 인해 여러 합병증들을 가져올 수 있을 것이다. 비록 전환장애가 기질적인 원인에 의한 것이 아닐지라도 환자들은 근위축, 구축과 같은 다른 합병증들을 가져올 수 있을 것이다. Stewart(1983)는 히스테리성 마비가 종종 정신치료와 최면요법과 같은 전통적 치료 접근 방식이 잘 맞아 들어가지 않는다고 지적하였고 이같은 환자들은 회복시까지 이차적으로 발생할 수 있는 구축과 유착을 예방할 수 있도록 물리치료의 필요성을 강조하였다. 환자의 기능장애를 해소하고 부동(immobility)으로 인한 합병증을 예방하며, 가능한 한 기능을 많이 회복하기 위하여 물리치료는 매우 중요하다(Buschbach, 1995). 기질적 장애를 발견할 수 없을 때 보조장구를 사용하는 것은 환자의 행동을 강화시킬 수 있으므로 꼭 필요한 경우를 제외한 경우에는 배제되어야 한다(Klein 등, 1985). 환자치료에 있어서 중요한 요소는 환자에 대해 편견과 선입견을 두지 말아야 하는 것과 환자가 sick role을 벗어날 수 있도록 하여 정상 기능으로 돌아가도록 돕는 것이다. 그리고 환자의 진단을 확실히 하는 것보다는 계속적인 follo

w-up을 통해 증상이 사라졌는지를 확인하는 것이 더욱 중요하다. Maisami와 Freeman(1987)은 치료가 효과적으로 안되었을 시에 가까운 장래에 유사한 문제가 다시 발생할 수 있다고 지적하였다. 의료진들은 증상의 원인과 스트레스에 대한 접근방법을 환자와 가족들에게 교육하여 환자의 개인적 성격을 변화시키고 장래에 발생할 수도 있는 문제들을 예방해야 할 것이다.

물리치료사는 환자의 증상에 대한 변화를 계속적으로 비교·분석하기 위해 정확한 기록을 유지하여야 하며, 이를 위해 정기적으로 환자를 평가해야 한다. 환자나 보호자에게는 변화시킬 수 있는 것만을 말해 주며, 변화시키기 어려운 것은 언급하지 않는다(Woltersdorf, 1995). Leslie(1988)는 물리치료가 환자의 상태를 호전시키도록 환자를 격려해주는 매우 효과적인 영역이라고 주장하였다. 또한 물리치료는 환자가 향상되어 가는 것을 환자의 보호자에게 직접 보여주므로, 의료진에 대한 보호자의 신뢰를 더욱 높일 수 있는 장점이 있다. 그러므로 물리치료사는 환자의 자존심과 기능을 보조하고, 환자의 일반적인 모든 상태를 증가시킬 수 있도록 행동 수정에 대한 충분한 식견이 있어야 한다(Cardenas 등, 1986).

4. 전환장애 환자들에 대한 재활의학적 관리와 운동치료의 원칙

증상을 호전시키고 환자의 상태를 향상시키기 위해 특별한 치료 전략이 필요하다. 환자의 병력을 청취할 때 과거에 모호하고 비전형적인 신체증상이 있었는지를 주의 깊게 들어야 한다. 지나친 신체적 증상의 병력이 있었거나, 혹은 증상으로부터 중요한 이차적 이득이 있는 환자는 치료하기가 대단히 어렵다(Silver, 1996).

아직까지 우리 나라에서는 전환장애의 치료에 대한 이해가 부족하여 적절한 시기에 물리치료를 적용하지 못하는 경우가 많다. 또한 물리치료사들도 이에 대한 식견이 충분치 않아 전환장애를 치료함에 있어서 많은 오류를

범하고 있는 것이 사실이다. 이에 본 저자는 물리치료사들이 전환장애를 치료하는데에 도움이 될 수 있도록 몇 가지 치료 원칙을 제공하고자 한다. 다음의 치료에 대한 12가지 원칙은 환자를 치료한 경험과 여러 문헌들에 대한 고찰을 통해 기초되었다.

(1) 환자에게 일반적인 상태에 대해 직접적으로 말하지 말라.

“당신 스스로가 문제와 증상을 만들고 있다”, “현재 아무런 문제도 없다”, 혹은 “모든 문제가 당신 머리속에 있다”라고 말하지 말아야 한다. 이것은 “기분 좋은 무관심(*la belle indifference*)” 상태를 유발할 수 있으며 치료에 대한 저항을 증가시키고 현 상황에 대한 부정적 생각을 강하게 할 것이다(Buschbacher, 1995).

(2) 전환증상을 자극하거나 강화하지 말라.

전환장애 환자를 치료할 때 환자에게서 보여지는 신체적 증상이 환자에 있어서 단지 효과적인 의사 소통 수단이며 스트레스에 대한 대처 방안일 뿐이라는 것을 명심해야 한다. 만약 치료를 시행하는 중에도 증상이 호전되지 않으면 증상을 강화시키는 요소들을 최소화시키는 방향으로 치료적 접근을 시도해야 한다.

(3) 환자의 검사 결과를 면밀히 검토하고 예상되는 증상의 회복을 생각하고 있어야.

환자에게 취해졌던 여러 가지 검사 소견들을 환자와 함께 검토한 후 증상을 야기하는 병리적 소견이 미약하거나 혹은 없다는 것을 환자에게 설명해 준다. 그런 후 증상이 호전될 것이라고 말해 주며, 생리적 기능이 정상적이라는 것을 입증할 수 있도록 근전도 결과를 참고해서 설명한다(Trieschmann 과 Montgomery, 1970).

(4) 치료에 앞서 먼저 환자를 교육하라.

신체적인 면에서 시작하여 정신적인 면으로

서서히 설명의 중점을 변화시킨다. 처음에 환자는 자신의 상태를 낙인찍듯이 대하는 것에 반발할 것이며, 자신의 증상이 신체적인 것이 아니라고 설명하는 것을 크게 부정할 것이다. 그러므로 환자를 교육하기 위한 첫단계는 신체적인 면을 조절하는 뇌의 역할을 가볍게 설명해 주는 것이다. 뇌에 대해서 설명할 때 뇌를 분리된 실체처럼 언급해야 한다. 이것은 환자의 자기 방어적 느낌을 감소시키고 정신과적 질환이라는 것에 대한 모멸감을 완화시킬 수 있다. “당신의 뇌에서 근육으로 가는 신호가 일시적으로 차단되었다”는 식으로 뇌가 어떻게 신체적 증상을 야기할 수 있는지에 대해 설명하면 환자의 저항감을 어느 정도 완화시킬 수 있다. 그런 후 뇌의 역할에 대해 언급하는 것에서 더 나아가, 전환증상이 많은 경우에서 건망증과 같은 신경인지적인 성향으로 인해 발병한다고 말해 주고 직접적으로 정신적인 면을 설명하기 시작한다. 일단 뇌의 역할이 설명되면 두 번째 단계는 뇌를 설명할 때 사용했던 용어로 정신 개념을 접합시키는 것이다. 가능하면 정신 차단 혹은 스트레스의 *subconscious channeling*과 같이 증상을 설명하기 위한 정신 기전을 구체화시킨다. 이러한 시도를 통해 환자의 건강과 질환에 대한 이해를 신체적인 면에서부터 정신학적인 면으로 변화시킨다. 신체적, 정신적, 그리고 사회 문화적인 면으로 이를 설명하고 이러한 다차원적인 면에서의 건강, 질환, 그리고 치료의 중요성을 강조한다. 또한 이러한 것들이 서로 영향을 미칠 수 있음을 인식시킨다. 단순한 생리학적인 용어로 스트레스의 효과를 설명하면 건강과 질환의 요소로서의 스트레스를 이해시키기가 쉽다. 이것은 의사, 심리사, 그리고 환자의 치료에 영향을 줄 수 있는 모든 의료진들과의 긴밀한 협조가 필요하다.

(5) 환자의 정서상태를 충분히 검토하고 치료시 이를 고려하라.

심리 평가를 면밀히 검토하여 현 생활에서 오는 스트레스, 감정, 불안 수준, 주변 사람들

과의 유대 관계, 이전 병력, 그리고 그의 정신과적 문제들에 대한 정보를 이해하고 있어야 한다. 이러한 문제들을 반복해서 묻거나 다시 평가하는 것은 좋지 않은 결과를 가져올 수 있으므로 주의하여야 한다. 현재의 스트레스를 알고 있는 것은 정신건강을 참고할 수 있는 좋은 지침이 될 수 있으므로 치료에 많은 도움이 될 수 있을 것이다.

(6) 편견과 선입견을 가지고(labeling) 환자를 대하지 말라.

환자와의 유대관계가 아주 좋다면 환자에게 뇌와 정신이 의식에 관계없이 신체를 변화시켰다는 것을 강조하면서 직접적으로 전환장애라는 말을 할 수 있겠지만, 정신과적 용어를 잘못 사용하거나 남용했을 시에는 오히려 환자의 저항과 부정을 유발할 수 있다.

(7) 심리치료를 참고하라.

몇몇 환자들은 이미 구체화되고 평가되어진 정서적 문제들을 성공적으로 치료받고 있을 것이다. 심리치료에 잘 반응하지 않는 환자를 위해 임상치료사들은 만성적인 신체 증상의 가능성을 감소시키고, 환자가 신체적 증상을 발생시키는 정신학적 요소들의 역할을 인식하도록 치료 방향을 세워야 한다. 그러므로 심리치료사와의 친밀한 협조가 매우 중요하다.

(8) 치료 계획을 세부적으로 수립하여 구체적인 치료 프로그램을 작성하라.

기능적 목표의 달성을 위해 일련의 목표들을 세부적으로 나누어 구체적으로 치료 프로그램을 작성하여야 한다. 즉 원하는 기능적 행동을 작은 동작으로 세분하여 프로그램을 구성한다. 이를 행동 구성 전략(behavioral shaping strategy)이라고 한다(Cardenas, 1986; Klein, 1985; Mizes, 1985). 이 방법은 입원환자의 치료를 위하여 매우 효과적으로 사용된다. 예를 들어 비정상적 보행을 보이는 환자에 대한 치료 계획을 수립할 시 치료적 단계를

세분한다. 즉, 무릎을 편 상태에서 양발에 체중이동시키기, 무릎을 편 상태에서 앞뒤 혹은 양옆으로 몸을 넘어지지 않고 조금씩 흔들어서 보기, 무릎 펴고 서서 발꿈치 들기, 무릎 펴고 서서 발가락 들기, 한 무릎씩 교대로 잠깐잠깐 구부리기, 한 무릎씩 구부리면서 발뒤꿈치를 조금씩 들어보기, 교대로 한 발씩 들어올리기, 앞뒤 혹은 양옆으로 한 걸음 내어보기, 앞으로 한 걸음씩 옮기며 걸어 보기 등으로 훈련 단계를 나누어 보행 훈련을 시행한다. 훈련을 시행할 시 한 단계가 완전해질 때까지 다른 단계로 넘어가서는 안되며, 각 단계를 처음 시작할 때에는 이전 단계를 다시 한번 시행하여 본다. 그리고 재활 훈련과 운동 치료를 시키는 치료사는 항상 같은 사람이어야 한다(Trieschmann과 Montgomery, 1970). 성공적인 보행 훈련을 위해서는 의사, 간호사, 심리사, 사회사업가 등 여러 의료진들과의 긴밀한 협조가 필요하며, 직접 발걸음을 옮겨서 걷도록 하기까지는 환자와 치료사간의 유대관계가 무엇보다도 중요하다.

(9) 성공적인 치료를 위해서는 환자의 치료 환경을 적절히 조정하라.

운동 치료의 효과를 높이기 위해 치료 환경을 치료의 목적에 부합되도록 조정해 준다. 이는 다른 의료진들과의 상담을 통하여 이를 수 있을 것이다. 치료 장소를 여러 곳으로 정하지 말고 한 곳으로 일관되게 정하여 환자가 치료에 대해 혼동하지 않도록 한다. 즉 보행 훈련을 할 때는 치료실에서만, 그리고 치료 시간에만 보행을 할 수 있도록 허용하며, 그 외의 시간에, 그 외의 장소에서는 휠체어를 이용하도록 하여 보행을 하지 못하도록 통제한다. 치료중 바람직한 행동(보행)에 대해서는 긍정적 강화를 제공한다. 치료실에서의 보행이 어느 정도 달성되었다고 생각되면 보행을 평행봉에서 하도록 하고, 점차로 보행 훈련의 장소를 치료실 밖으로 옮겨서 시행한다. 이때 부터는 휠체어를 이용하지 못하도록 하며 치료사와 같이 정상적 보행을 할 수 있도록 한

다. 더 나아가 보행에 다른 행동도 결부시켜 시행할 수 있도록 한다. 치료사는 환자의 올바른 행동에 대해서 많은 칭찬과 격려를 아끼지 말아 환자가 바람직한 행동을 더 많이 할 수 있도록 동기를 유발한다.

(10) 적절한 시기에 가족들을 치료에 참여시켜라.

치료에 대한 증점은 항상 환자의 전반적인 삶과 생활에 있으므로 환자의 자신감을 증진시킬 수 있도록 하는 것에 많은 관심을 두어야 한다. 적절한 시기에 가족들을 참여시키는 것은 퇴원 후의 환자 관리에 대단히 중요하다. 이를 위해서는 먼저 가족들을 선교육시키는 것이 필요하다. 즉, 환자의 비정상적인 행동에는 관심을 두지 않고 정상적인 행동에만 주의 집중하도록 가족들을 교육시켜야 한다. 또한 정상적인 행동이 완전히 설립된 후라도 스트레스에 대한 대처 방안을 강화시키고, 퇴원 후 가정 치료 프로그램을 시행하기 위해서 가족 성원들의 참여가 꼭 필요하다.

(11) 만성적인 증상의 치료를 위하여 강화프로그램을 만들라.

강화 프로그램은 운동치료와 재활의학적인 측면에서 신체적인 증상을 관리하기 위하여 효과적으로 사용된다(Teasell과 Shapiro, 1994; Trieschmann과 Montgomery, 1970). 이것은 칭찬하는 것 혹은 기능적인 면을 향상시키도록 강화하는 것과, 증상에 대한 주의집중을 없애고 증상을 강화시키는 요소들을 억제하는 것을 포함한다. 특히 기능이 회복되는 것을 칭찬하고 격려해 주는 것은 자신감이 약한 환자들의 치료에 매우 효과적이다.

(12) 외래환자를 위하여 가정 치료 프로그램을 만들어 시행하라.

외래환자를 위한 기능 향상의 방안은 간단한 운동과 활동들을 포함하고 있는 가정 치료 프로그램을 처방하는 것이다. 가정 치료 프로그램은 가능한 수준에서 시작해야 하며, 환자

들 스스로가 자신들의 수행을 확인하고 기록할 수 있도록 그 틀이 잡혀 있어야 한다. 예를 들어 실성증(aphonia)을 보이는 전환장애 환자들은 소리치기, 소리내어 웃기, 기침하기 등과 같은 것들을 매일 연습해야 한다. 혹은 소리내는 것이 약간 가능하다면 매일 일정시간을 전화로 이야기하도록 일종의 숙제를 내줄 수도 있다. 목표된 수준이 달성되면 한층 높은 목표를 세우고 그에 맞는 활동들을 처방하여 준다.

IV. 결론

전환장애는 진단되지 못하고 그냥 지나쳐 버리는 수가 많다. 특히 전환증상이 기질적 질환의 증상들에 같이 병합되어서 발생할 때 더욱 그러하다. 전환장애는 스트레스, 혹은 부정적인 감정 상태에 효과적으로 대처할 수 없는 자신감이 빈약한(poor self-confidence) 사람에게서 종종 보여진다(Silver, 1996). 이들은 지역사회와의 접촉이 저하되고 자신들의 활동도 줄어들게 되므로, 신체에 나타나는 의학적 상태에 집중하게 된다. 비록 몇몇 경우에 전환 증상이 스스로 해소될 수 있을지라도 이를 관리하고 치료하기 위한 특별한 프로그램은 증상을 해결하기 위하여 반드시 필요하다. 치료를 통하여 전환 증상을 완전히 완화시킬 수도 있겠지만, 몇몇 사람들은 스트레스, 상해, 혹은 질환에 대한 반응으로 재발될 수도 있다. 이러한 증상들이 만성적으로 지속되고 또 다른 증상으로 대치되지 못하게 하는 것이 치료의 핵심이다. 만성적인 전환증상은 이차적 이득과 같은 행동적 요소에 의해서 지속되는 경우가 많다. 그러므로 환자의 치료를 위해서는 이차적 이득을 통제하고 환자가 표출하고 있는 증상을 조절하는 것이 절실히 요구된다. 특히 최근의 견해들로 비추어 볼 때 환자의 신체적 증상과 행동을 치료·관리하는데에는 물리치료사와 작업치료사의 역할이 대단히 중요하며, 실제로 환자의 치료에 매우 큰

비중을 차지하고 있다. 그러므로 치료사의 치료 행위가 환자에게 많은 영향을 줄 수 있다는 것을 인식하여 보다 조심스럽고, 보다 계획적인 치료가 이루어 질 수 있도록 세심하고 적극적인 접근이 필요할 것이다.

인 용 문 헌

- 민성길 등. 최신정신의학 3 ed. 일조사. 1995; 296-272.
- American psychiatric association, Washington DC. Diagnostic and statistical manual of mental disorder : DSM-IV 4th ed. R.R. Donnelley & Sons Company. 1994; 452-457.
- Bangash IH, Worley G, Kandt RS. Hysterical conversion reactions mimicking neurological disease. *AJDC*. 1988; 142: 1203-1206.
- Berry JF, Hillis RE, Hitzman SE. Factitious triplegia : case report. *Arch Phys Med Rehabil*. 1994; 75: 1161-1164.
- Black W. Resource implications of Munchausen syndrome. *Psychiatry*. 1993; 162: 847-848.
- Buschbacher R. Gullain-Barre syndrome leading to a conversion reaction in a teenager girl. *Am J Phys Med Rehabil*. 1995; 74(3): 230-233.
- Caplan LF, Nadelson T. Multiple sclerosis and hysteria: lessons learned from their association. *JAMA*. 1980; 243: 2418-2421.
- Cardenas DD, Larson J, Egan KJ. Hysterical paralysis in the upper extremity of chronic pain patients. *Arch Phys Med Rehabil*. 1986; 67: 190-193.
- Dubowitz V, Hersov L. Management of children with nonorganic (hysterical) disorders of motor function. *Dev Med Child Neurol*. 1976; 18: 358-368.
- Dvonch VM, Bunch WH, Siegler AH. Conversion reactions in pediatric athletes. *J Pediatr Orthop*. 1991; 11(6): 770-772.
- Ehrlich EL, Risher RL. Orthopaedic conversion reactions in children and adolescents. *Conn Med*. 1977; 41; 681-683.
- Ey H. Hysteria: history and analysis of the concept, in Roy A (ed): *Hysteria*. New York, John Wiley & Sons, Ltd. 1982; 3-21.
- Gooch JL, Wolcott R, Speed J. Behavioral management of conversion disorder in children. *Arch Phys Med Rehabil*. 1997; 78: 264-268.
- Goodyer I. Hysterical conversion reaction in childhood. *J Child Psychol Psychiatry*. 1981; 22: 179-188.
- Higgins P. Temporary Munchausen syndrome. *Br Psy*. 1990; 157: 613-616.
- Hryhorczuk LL. Conversion disorder: A developmental response to stress in adolescent ? *Psychosomatics*. 1981; 22: 636-639.
- Kendell R. A new look at hysteria. *Medicine*. 1974; 30: 1780-1783.
- Klein MJ, Kewman DG, Sayama M. Behavior modification of abnormal gait and chronic pain secondary to somatization disorder. *Arch Phys Med Rehabil*. 1985; 66: 119-122.
- Leslie SA. Diagnosis and treatment of hysterical conversion reactions. *Archives of Disease in Childhood*. 1988; 63: 506-511.
- Maisami M, Freeman JM. Conversion reaction in children as body language: a combined child psychiatry/neurology team approach to the management of functional neurologic disorders in children. *Pediatrics*. 1987; 80(1): 46-52.

- Maloney MJ. Diagnosing hysterical conversion reactions in children. *J Pediatr.* 1980; 97: 1016-1020.
- Marsden CD. Hysteria- a neurologists view. *Psychol Med.* 1986; 16: 277-288.
- Mizes JS. The use of contingent reinforcement in the treatment of a conversion disorder; a multiple baseline study. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 1985; 16: 341-345.
- Monson RA, Smith GR. Somatization disorder in primary care. *N Engl J Med.* 1983; 308: 1464-1465.
- Proctor JT. Hysteria in childhood. *Am J Orthopsychiatry.* 1958; 28: 394-408.
- Rock NL. Conversion reactions in childhood. *J Am Acad Child Psychiatry.* 1971; 10: 65-93.
- Silver FW. Management of conversion disorder. *Am J Phys Med Rehabil.* 1996; 75: 134-140.
- Silver LB. Conversion disorder with pseudo-seizure in adolescence: a stress reaction to un recognized and untreated learning disability. *J Am Acad Child Psychiatry.* 1982; 21: 508-512.
- Smith PG, Fairley M, Procopis P. Clinical features of conversion disorder. *Arch Dis Chil.* 1988; 63: 408-414.
- Spierings C, Poels PJ, Sijben N, et al. Conversion disorders in childhood : a retrospective follow-up study of 84 inpatients. *Dev Med Child Neurol.* 1990; 32: 865-871.
- Splaingard M. Conversion reaction mimicking quadriparesis in children. *South Med J.* 1987; 80: 794-795.
- Stewart TD. Hysterical conversion reactions : some patient characteristics and treatment team reactions. *Arch Phys Med Rehabil.* 1983; 64: 308-310.
- Teasell RW, Shapiro AP. Strategic-behavioral intervention in the treatment of chronic nonorganic motor disorders. *Am J Phys Med Rehabil.* 1994; 73: 44-50.
- Thomson APJ, Sills JA. Diagnosis functional illness presenting with gait disorder. *Arch Dis Child.* 1988; 63: 148-153.
- Trieschmann RB, Montgomery ED. An approach to the treatment of abnormal ambulation resulting from conversion reaction. *Arch Phys Med Rehabil.* 1970; 51: 198-206.
- Warzak WJ, Kewman DG, Stefans V, Johnson E. Behavioral rehabilitation of functional alexia. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 1987; 18: 171-177.
- Woitersdorf MA. Hidden disorder : Psychological barriers to treatment success. *PT Magazine.* 1995; 58: 58-66.