

전환장애의 물리치료

- 증례보고 -

오덕원

영동세브란스병원 물리치료실

정낙수

신구전문대학 물리치료과

Abstract

Physical Therapy of Conversion Disorder

- Case Report -

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

Dept. of Physical Therapy, Yongdong Severance Hospital

Jung Nak-su, M.P.H., R.P.T., O.T.R.

Dept. of Physical Therapy, Singu Junior College

Conversion disorder is defined as a specific and enduring sensorimotor dysfunction that contradicts known neurological or musculoskeletal pathology or physical findings. The patient with conversion symptoms unconsciously adopts these symptoms to convert their psychological stress to a physical phenomenon. Conversion disorder often involves the mimicry of organic symptoms similar to those experienced by a relative or an acquaintance. Because conversion symptoms are produced by psychological stress, specific treatment strategy and reinforcement program are needed for treatment. Treatment comprises avoiding unnecessary medical tests and removing symptoms by using graded exercises given by physical therapists. Clinical therapists must maintain a continuous and detailed follow-up to completely recover from conversion symptoms. The goal of treatment is to emphasize health rather than disease, to resolve physical symptoms, and to prevent recurrence. This study looks into the case reports of 4 patients diagnosed with conversion disorder.

Key Words: Conversion disorder; Behavior therapy; Treatment; Management.

I. 서론

전환장애는 환자의 증상이 기존에 알려진 질병 구조내에서 설명되지 않을 때, 즉, 생리학과 해부학의 일반적인 원칙을 따르지 않거나 혹은 증상에 대한 기질적 병리상태가 발견되지 않을 때 진단되는 특이하고 지속적인 감각운동 장애이다. 그 증상은 상당히 복잡하며, 이러한 기능장애는 해부학적, 혹은 생리학적 지식으로 설명되지 않는다(Caplan과 Nadelson, 1980; Cardenas 등, 1986; Goodyer, 1981; Leslie, 1988; Maisami와 Freeman, 1987; Proctor, 1958; Rock, 1971). 이는 무의식적인 심리적 갈등이 신체화되어 통증, 감각장애 혹은 운동성 마비 등의 신체적 증상으로 나타나는 것으로, 스스로 감당할 수 없는 정신적·정서적 스트레스가 신체적인 증상으로 상징화되어 나타나는 질환이다. 심리적 상태에 영향을 줄 수 있는 요소들이 일상생활중 어디나 있기 때문에 어떠한 특별한 심리적 요소가 원인적으로 이 증상에 관계되는지를 판단하기가 매우 어렵다. 그러나 과거에 현증상이 발생하게 된 상황과 유사한 상태에서 전환반응이 있었다면, 이를 토대로 현상 상황에서 오는 갈등 혹은 스트레스가 증상의 발생이나 악화에 어떻게 관계되는지를 밝혀내는 것에 대단히 도움이 될 것이다. 전환장애로 인한 증상은 sick role을 만들거나 물질적 이득을 위해 의식적으로 혹은 고의적으로 만들어지는 것이 아니다. 그러나 결과적으로 그 증상으로 인해 사회적인 관심과 보호를 받거나 혹은 불유쾌한 상황을 회피할 수 있게 되는데, 전환증상은 이러한 것들에 의하여 계속 유지될 수 있다(Silver, 1996). 치료과정 중에 이러한 의존

성과 sick role이 생겨날 수도 있다. 전환장애의 치료는 오래전부터 정신과 의사들이 담당하였으나, 근래에는 정신치료보다는 행동치료가 부각되면서 물리치료의 중요성이 크게 대두되기 시작하였다. 임상치료사들은 이러한 환자를 치료함에 있어서 많은 혼동을 느낄 것이다. 또한 치료사의 치료행위가 환자의 상태를 더욱 악화시킬 수 있음을 생각해 볼 때, 보다 세심하고 조심스런 접근이 무엇보다도 중요하다. 그러므로 환자의 증상을 치료하고, 이를 적절히 관리하기 위해서 임상치료사들은 전환장애에 대한 이해와 더불어 환자치료에 대한 보다 전문적인 식견을 가지고 있어야 한다. 이 연구에서는 전환장애에 대한 이해를 넓히고, 이들을 치료·관리하는데 도움이 될 수 있도록, 전환장애 환자의 치료경험을 기술한 증례 4편을 보고한다.

II. 증례

I. 증례 I

환자는 12세된 남자로 사지의 약화와 보행장애를 호소하며 재활의학과에 내원하여 치료를 받았다. 환자는 입원 4개월전부터 잠을 많이 자고 눈꺼풀이 쳐지면서 점차로 사지가 약해지기 시작하였다. 독립적 보행이 어려워지자 환자는 몇몇 대학병원을 방문하여 진단적 검사를 받았다. 대뇌 자기공명영상(brain MRI)과 척수 자기공명영상(spinal MRI)을 촬영하였는데, 그 결과는 이상 징후없이 모두 정상으로 나타났다. 보호자들은 적절한 진단과 치료를 받지 못하였고 친지들의 권유에 따라 한방치료를 받았으나 별다른 효과를 보지 못하였다. 여러

병원들에서 환자에게 적절한 조치를 취해 주지 못하고 진단조차 내리지 못하는 상황에서 보호자들은 의료진에 대한 강한 불신감을 가지고 내원하였다. 처음 내원했을 때 환자는 외견상으로 중증근무력증, 혹은 운동신경원 질환(motor neuron disease)이 의심되었으나 근전도 검사를 실시한 결과 중증근무력증과 운동신경원질환의 소견은 보이지 않았다. 대뇌, 소뇌, 뇌신경 검사는 정상이었으며, 사지의 근력은 도수근력검사상 우수등급(good grade) 이었다.

환자의 치료가 진행되면서 환자의 증상에 있어서 일치되지 않는 모호한 면을 발견할 수 있었다. 근력의 변화정도가 매우 심하여 오전에는 정상적이다가 오후에는 팔을 들어올릴 수 없을 정도로 무기력하였다. 무기력함의 진위를 판별하기 위해서 간단한 검사를 해보았다. 치료사가 환자의 얼굴 앞으로 환자의 팔을 잡아 올린 후 팔을 갑자기 놓아 팔이 환자의 얼굴쪽으로 떨어지도록 하였다. 몇번을 시행하였으나 환자의 팔은 한번도 얼굴쪽으로 떨어지지 않았고 무기력함은 기질적인 요인과 관계되지 않는다고 판단되었다. 면밀한 진단적 과정이 끝난 후, 그 검사 결과와 불일치되는 환자의 증상을 토대로 환자는 전환장애로 인한 사지마비로 진단되었다. 진단이 내려진 후 전환증상을 일으키는 정신학적 원인이 무엇인지를 구체적으로 밝혀내기 위하여 심리검사가 실시되었다. 환자는 심리검사서 우울증상의 소견을 나타냈고 내면의 감정을 조절하고 표출하는데 적절한 기술을 갖지 못한 것으로 나타났다. 심리치료사는 환자의 이러한 심리상태가 부모와의 관계에서 유래되었을 것으로 생각하여 환자 부모에 대한 면담과 심리검사를 함께

시행하였다. 그 결과 부모 모두 정서상태가 다소 불안정하고 자식에 대한 걱정이 매우 많은 것으로 나타났다. 특히, 환자의 어머니는 부정적인 면이 많았고 정서적으로 냉담하고 고갈되어 있는 것으로 나타났다. 환자는 부모, 특히 어머니와의 관계에서 부정적인 영향을 많이 받았으며, 자신의 행동이나 표현에 대해 긍정적이고 적극적인 피드백을 받지 못하며 성장해 온 것으로 추정되었다. 환자는 욕구좌절에 대한 인내력이 매우 낮아 부정적인 감정을 적절히 조절하지 못하였고 그러한 감정을 분노로, 공격적이고 폭력적인 방법으로 표출하는 경우가 많았다.

환자의 부모는 학력에 대한 열등감을 가지고 있었고 이러한 열등의식을 자식에 대한 학습·교육열로 보상받으려 하고 있었다. 환자는 부모의 강요에 따라 많은 학원을 다녀야 했고, 이에 대한 불만사항을 다소 과격하고 공격적인 방법으로 표출하였다. 또한 환자는 연초부터 컴퓨터를 사달라고 조르기 시작하였는데 부모들은 사준다고 약속했다가 이를 공부에 방해된다고 거절해왔다. 환자는 부모가 이를 거절할 때마다 욕구좌절에 따른 감정을 공격적으로 표현하였다. 이러한 것들로 미루어 볼 때 전환증상으로 인한 이차적 이득은 컴퓨터 구입과 학업에서의 휴식으로 판단되었다. 환자의 치료에 앞서 우선 치료의 목적에 부합되고 환자에게 적절한 반응을 유도할 수 있도록 하기 위하여 보호자 교육에 많은 시간을 할애하였다. 보호자들은 치료의 중요성과 진행과정을 이해하였고 의료진의 지시대로 환자를 대할 때의 주의사항들을 이행하려고 노력하였다. 치료에 대한 목표를 정상 보행으로 정하고 목표달성을 위해

치료단계를 앓은 자세유지, 보조기를 착용하고 서있기, 보조기를 착용하고 발걸음 옮기기, 보조기를 착용하지 않고 서있기, 보조기를 착용하지 않고 걷기 등의 다섯 단계로 구분하였다. 보조기는 체간과 하지를 지지해 주는 흉요천추 보조기(thoracolumbosacral orthosis)와 장하지 보조기(long leg brace)를 사용하였고 보행운동은 보조기를 착용한 후 보행기(walker)를 이용하여 시행하였다. 첫 단계로서 앓은 자세를 유지하고, 앓은 자세에서 움직이는 것은 어렵지 않게 달성될 수 있었다. 보조기를 착용할 때 환자는 대단히 불편해 하였고 보조기 착용을 거부하기도 하였다. 그러나 환자가 보조기를 착용하고 치료에 대한 적절한 반응을 보일 때, 즉 서있고 걷는 동작을 제대로 수행할 때에만 보조기를 벗겨 주었다. 두 번째, 세 번째 단계가 성공적으로 달성되어 보행기없이 스스로 설 수 있는 단계까지 이르렀으나 완전치는 않았다. 체간을 완전히 펴고 양발에 체중을 옮길 수 있기까지는 2~3일이 걸렸다. 이 단계가 끝날 무렵에는 독립적으로 몇 걸음 발을 뻗 수가 있었다. 마지막 단계까지 완전히 달성되지는 못했지만 환자는 어느 정도 보행을 할 수가 있었고 이 상태에서 퇴원을 하였다. 운동치료와 병행해서 심리치료사는 환자가 욕구좌절에 대해 적절히 반응할 수 있도록 지속적인 상담과 심리치료를 하고 있었다. 환자가 퇴원할 때 가정에서도 치료적 운동을 계속할 수 있도록 가정운동 프로그램을 작성하여 환자의 부모에게 전해 주었고 부모가 직접 점검하고 검토할 수 있도록 보호자를 교육하였다. 환자는 퇴원 후 두차례 외래로 방문하여 진료를 보았다. 환자는 정상적으로 보행을 하고 있었다. 지

속적인 심리치료로 환자와 보호자의 심리상태가 다소 호전되었고 행동양식도 많이 변화되었다. 보호자들도 이에 대단히 만족하고 있었다. 그후로 2년이 지난 지금 환자는 증상의 재발없이 잘 지내고 있다.

2. 중례 II

환자는 39세된 여자로서 사지의 갑작스런 약화와 늘어증(dysarthria)을 호소하며 응급실을 통하여 내원하였다. 신경과로 옮겨진 후 증상에 대한 진단적 과정이 시작되었다. 대뇌컴퓨터단층촬영(brain CT)은 정상으로 판명되었고 뇌척수액 검사에서도 별다른 이상소견이 보여지지 않았다. 감각에는 이상이 없었으며 정신기능, 소뇌기능 등은 모두 정상이었다. 심부건반사(deep tendon reflex)도 정상이었다. 모든 신경학적 검사결과로 미루어 볼 때 증상의 원인이 기질적인 것보다도 정신학적인 것으로 판단되어 환자는 정신과로 옮겨졌다. 정신과로 전과될 때 가족들의 반발이 다소 있었지만 의료진의 상담과 설득으로 어렵지 않게 이해될 수 있었다. 환자는 10년전 이와 유사한 증상을 일으킨 적이 있었다. 이내 호전되기는 했지만 그 이후로도 몇 차례 비슷한 증상을 호소하였다. 환자와의 면담에서, 증상의 원인이 되는 스트레스는 가족간의 갈등인 것으로 생각되었다. 과거의 증상들은 남편과 다룰 때, 혹은 시댁 식구들과 사이가 좋지 않을 때 나타났다. 환자는 시댁 식구들에 대해 좋지 않은 감정을 가지고 있었다. 보호자들은 환자의 이러한 생각들을 이해하지 못했고 이것이 환자에게는 스트레스로 작용하고 있었다. 심리검사에서 환자는 자신의 처지를 슬프게 생각하고 있으며 식구들에 대한 분노의 감정이

내재되어 있는 것으로 나타났다.

환자는 재활의학과로 전과되지 않은 채, 정신과 치료가 주로 적용되는 상태에서 운동치료가 병행되었다. 환자의 전환증상을 조절하고 관리하기 위하여 보호자들에게 환자의 반응과 보호자들의 행동, 주의사항 등에 대해 설명하였고 그들도 이를 쉽게 이해하고 수용하였다. 치료실에서의 치료효과를 계속 연계시키기 위하여 병실에서도 단순한 치료동작들을 할 수 있도록 운동프로그램을 제시하여 주었다. 병실에 있는 동안 소리내는 것을 포함한 몇 가지 간단한 동작들을 하도록 환자에게 권유하였고 보호자들이 이를 감독하게 하였다. 환자의 늘어증은 많이 호전되어 3일째 되는 날에는 아주 유창하지는 않았지만 말을 잘 할 수 있었다. 환자의 근력은 불량(poor grade)을 보였고 거동하는 것이 거의 불가능하였으므로 환자에 대한 운동치료는 침대에서부터 시작하였다. 누운 상태에서 상하지의 움직임을 유도하였고 적절한 동작이 보여질 때 많은 칭찬과 격려를 해주었다. 근력이 향상되면서 비해부학적이고 일치되지 않은 경향이 다소 보여졌지만 환자의 근력은 5일만에 양호(fair grade) 이상으로 증진되었고 기능적 수준도 많이 향상되었다. 독립적으로 일어나 앉는 것이 가능하게 되었고 일어서는 동작을 훈련할 수 있게 되었다. 그 다음날 환자는 퇴원하였다. 환자는 퇴원하고 한달 후 병원을 다시 방문하였다. 환자의 보행이 완전하지는 않았지만 보호자의 부축을 받으며 어렵지 않게 걸었다. 현재 환자는 재활의학적 치료를 계속하지는 않지만, 심리적인 상태를 조절하고 스트레스에 대한 적응전략을 습득할 수 있도록 정기적으로 계속해서 심리치료를 받고 있다.

환자에 대한 치료는 기능적 수준을 향상시키는 것과 더불어 환자가 스트레스를 잘 조절하고 이를 전환증상으로 대치시키지 않도록 적절한 스트레스 대처방안을 습득하도록 하는 것에 초점이 맞춰 졌다. 비록 재활의학적 치료보다 정신과적인 치료에 많은 비중이 주어져 아쉬운 점이 많이 있었지만, 환자의 기능회복 상태로 미루어 볼 때 어느 정도 치료목표에 근접하였다고 생각되었다.

3. 증례 III

환자는 20세된 남자로 보행이상과 균형장애를 호소하였다. 신경과로 내원하여 진단적 검사를 받은 후 재활의학과로 옮겨졌다. 환자는 일년전 계단에서 넘어져 왼쪽 복숭아뼈 부위에 골절상을 입어 2개월간 석고붕대(cast)를 한 적이 있었다. 석고붕대를 제거한 후 걷는 것이 불편하고 다리에 힘이 없었으나 이내 정상으로 되어 생활하는데 별다른 지장을 받지 않았다. 4개월후 갑자기 자신도 모르게 무릎이 꺾이고 보행이 어려워졌으며 보행자세도 비정상적으로 되었다. 대뇌자기공명영상은 정상이었고 척수자기공명영상에서는 4-5번째 요추 부위에서 디스크의 탈출이 조금 보여졌으나 보행에 영향을 줄 수 있을 정도는 아니었다. 근육효소 검사에서도 근육병의 소견은 보여지지 않았다. 근전도 결과도 아무 이상이 없었다. 대뇌기능, 소뇌기능, 뇌신경기능은 정상이었으며 근력검사에서도 대단히 양호한 결과가 나왔다. 자세검사와 균형검사도 정상이었다.

심리치료사는 환자의 증상에 대한 심리적 요인을 찾기 위하여 심리평가를 실시하

였다. 심리평가에서 환자는 정신적으로 다소 미성숙되어 있는 것으로 평가되었고 성격은 순수하고 순진한 면이 많아 다양하고 변화있는 사회적 상황에 대한 적응력이 부족한 것으로 나타났다. 환자는 1개월후 군 입대를 앞두고 있었는데, 이것이 심리적인 스트레스가 되어 전환증상이 나타났다고 판단되었다. 이차적 이득은 군대문제와 관계된 것으로 생각되었으나 정확히 추정하기는 어려웠다. 환자는 전환장애에서 보여지는 특징적인 '기괴한 보행(bizarre gait)'을 보였다. 걷는 동안 무릎을 완전히 신전시키지 못하였고 체간을 어색하게 계속 흔들면서 보행하였다. 환자의 기능적 수준을 알아보기 위해 일반적인 보행외에 빨리 걷기, 뛰기, 계단 오르내리기 등을 시켜 보았다. 동작이 매끄럽고 유연하지는 않았지만 뛰거나 계단 오르내리기를 할 때는 걸을 때보다 훨씬 더 좋은 상태를 보였다. 특히 계단 오르내리기를 할 때에는 무릎을 완전히 신전시키고 근력을 조절해서 비교적 잘 수행할 수 있었다. 체간의 흔들림도 많지 않아 전반적으로 증상이 일치되지 않는 모호한 면을 발견할 수 있었다. 치료에 대한 목표는 활동이 부족해서 생기는 합병증을 예방하고 넘어지는 것 없이 균형을 잘 유지하며 걷는 것으로 정하였으며, 장기적으로 기능회복을 통해 사회로 수월히 복귀하도록 하는 방향에 중점을 두었다. 보행연습은 치료실에서만 시행하였으며 치료실 이외의 장소에서는 항상 의자차를 이용하도록 하였다. 치료는 단계를 보다 세분하여 단순한 동작으로 구성하였고 환자가 이를 쉽게 수행할 수 있도록 항상 거울 앞에서 훈련을 하였다. 환자는 선 자세에서의 균형이 양호하였기 때문에 기립자세를 유지하

면서 무릎을 펴는 동작부터 시작하였다. 가만히 서서 무릎을 신전시키는 것과 무릎을 펴고 양발에 체중을 옮기는 동작은 쉽게 달성될 수 있었다. 양 무릎을 교대로 구부렸다 폈다하는 동작에서 시간이 다소 지체되었지만 그런대로 잘 수행하였다. 발꿈치 들기, 앞꿈치 들기, 한쪽발 들기, 교대로 발 들기, 발을 앞으로 내기 등 여러 단계의 동작들을 수행하였다. 환자는 대부분의 동작들을 완벽히 수행하였지만 발을 들어올리는 동작에서는 무릎을 구부리고 몸통을 흔들는 등 적절하지 못한 반응을 보였다. 부적절한 행동이 보여질 때에는 치료를 중지하였고 환자의 그러한 행동에 관심을 두지 않았다. 행동에 대한 되먹임을 받지 못하자 환자의 부적절한 행동은 눈에 띄게 줄어들었다. 치료실내에서의 보행이 어느 정도 달성되었을 때 보행 훈련장소를 실외에 설치된 평행봉으로 바꾸었다. 많은 사람들이 지나다니는 장소였지만 평행봉을 잡고 하는 보행은 어렵지 않게 성공할 수 있었다. 그러나 평행봉 없이 걷도록 하자 환자는 어색하고 정상적이지 못한 행동을 많이 보였다. 심지어는 치료사가 지켜볼 때와 지켜보지 않을 때의 보행형태가 차이가 나기도 하였다. 환자가 이러한 행동을 보일 때마다 그에 따른 되먹임을 일체 주지 않았고 환자의 행동에 관심을 두지 않았다. 이러한 행동의 빈도는 급격히 줄어들었다. 보행이 잘 이루어진다고 판단되었을 때 병실에서도 의자차를 타지 말고 스스로 걸어서 움직일 수 있도록 허용해 주었다. 보호자가 직접 보행운동을 시킬 수 있도록 간단한 운동프로그램을 제공하여 시행하였다. 환자는 어렵지 않은 스포츠 활동도 무리없이 소화해 낼 수 있을 정도로 호전되었다. 환

자는 퇴원을 하였고 며칠후 외래를 방문하여 진료를 보았다. 그후로는 별다른 연락이 없었고, 환자는 군에 입대하였다.

4. 중례 IV

환자는 47세된 여자로 좌측 상하지의 근력이 떨어지고 감각이상이 초래되어 응급실을 통하여 내원하였다. 대뇌 컴퓨터단층촬영과 뇌전도상 이상소견이 보여지지 않았으며, 근전도 검사에서도 정상적으로 나타났다. 환자는 검사 결과 기질적 이상이 없는 것으로 판명되어 정신과로 옮겨졌다. 환자는 내원하기 한달전 상기 증상이 발생되어 준 종합병원 신경정신과에서 입원치료를 받았던 적이 있었다. 환자는 주로 약물치료를 받았는데, 극적인 치료효과를 보여 상당히 호전된 상태로 퇴원할 수 있었다. 그러나 증상이 재발되어 다시 입원했을 때에는 처음 증상이 나타났을 때처럼 약물치료의 효과가 높지는 않았다. 환자는 '기본 좋은 무관심' 상태를 보였다. 질의 응답에 대답도 하지 않았으며, 단지 부르는 소리에 잠깐 주의를 기울이는 정도였다. 심리치료가 계속되면서 환자의 상태가 좋아져 환자의 신체적 증상이 조금씩 호전되었다.

환자는 남편의 목회일을 도우며 어려운 생활을 하고 있었다. 그러던중 남편과의 말다툼이 잦아졌고, 남편은 불만사항을 다소 과격하고 거칠게 표현하였다. 환자는 이를 슬프게 생각하여 깊은 우울증에 빠졌다. 남편이 자신을 무시한다고 생각하였으며 남편이 더이상 자신을 필요로 하지 않는다고 여겼다. 이런 생각을 갖고 있던 중에 전환 증상들이 유발되었다. 심리치료사는 이러한 증상들이 환자의 가족들, 특히 남편과의 관계로 인해 비롯되었다고 판단하고 환자가

갖고 있는 남편에 대한 생각들을 환기시키고 노력하였다. 이와 더불어 신체적 증상과의 관계를 환자가 이해할 수 있도록 순차적인 설명을 조심스럽게 시작하였다. 의료진들은 환자의 심리적 요인을 해소시키는 것에 중점을 두고 정신과적 치료의 비중을 높였다. 환자를 잘 지지해주어 주변의 갈등요소들을 무리 없이 풀어 나갈 수 있도록 심리치료의 방향을 설정하였고 환자의 위약효과(placebo effect)를 유발하기 위하여 약물치료를 병행하였다. 의료진들은 환자의 증상이 보호자와의 갈등으로 인하여 발생했다고 판단하였기 때문에 보호자 및 가족 구성원들을 환자의 치료에 함께 참여시켰다. 꾸준한 심리치료와 약물치료로 환자는 20일만에 신체적 증상이 완전히 해결되어 퇴원할 수 있었다.

퇴원한 지 6개월후 환자는 사지마비 증세를 보이며 다시 입원하였다. 과거병력상 환자의 상태가 전환장애일 것으로 판단되었고 이에 맞는 치료계획이 설정되었다. 환자는 남편이 아들을 호되게 꾸짖는 것을 보고 전환증상을 일으켰다. 심리치료사와의 면담에서 환자는 남편에 대한 불만을 토로하며 강한 적대감을 보이기도 하였다. 환자 스스로가 하고자 하는 동기가 결핍되어 있었기 때문에 적극적인 치료를 시행하지는 못하였다. 의료진들은 환자의 증상관리와 더불어 가족에 대한 치료를 시도하였다. 가족들에게 환자의 상태를 이해시키고 환자에 대한 기본적인 식견을 갖도록 충분한 설명을 하였으며 계속적인 면담을 통해 이를 일깨워 주고 재확인 시켜주었다. 가족들의 태도가 조금씩 달라지자 환자의 상태도 호전되기 시작하였다. 환자는 4일만에 정상 기능을 회복하여 퇴원하였고 의료진들은

환자가 전환증상을 잘 조절할 수 있도록 지속적인 심리치료 계획을 마련하였다.

9개월후 환자는 하지마비를 호소하며 또 다시 입원하였다. 첫 번째, 두 번째, 세 번째 입원에서 나타났던 환자의 증상이 전혀 유사하지 않은 것으로 미루어 볼 때 환자는 입원 중에 관찰했던 다른 환자들의 상태를 흉내내는 것으로 생각되었다. 환자는 남편과 크게 다툰 후 하지마비 증세가 나타났다. 의료진들은 약물치료를 시행하여 보았으나 효과를 보지 못하고 심리치료에 큰 기대를 걸었다. 운동치료가 시행되었으나 큰 효과를 보지는 못하였다. 심리치료사는 환자와의 면담에 가족들을 참여시켰다. 면담이 계속 진행되면서 환자는 안정을 되찾았고 심리적인 스트레스는 점차로 해소되었다. 환자의 증상은 빠른 속도로 회복되었고 환자 스스로도 상당히 평온해 하였다. 입원 5일후 환자는 정상적 상태로 퇴원하였다.

Ⅲ. 고찰

전환증상은 모든 연령대에서 발생할 수 있다(Dvornich 등, 1991). 히스테리성 전환반응(hysterical conversion reaction)은 우리나라에서는 일반적인 질환이 아니기 때문에 정확하고 다양한 역학 조사가 이루어지지 않았지만, 정신과에 의뢰되는 환자의 5~15%가 이러한 장애라고 추정되고 있다(민성길 등, 1995). 일반적으로 전환증상은 단기간(약 2주)에 발생하며 일년 이내에 환자의 약 25%가 재발된다(Silver, 1996). 전환증상은 여자에게서 더 많이 나타난다. 남자에서는 종종 직장내 문제와 관계되는 경

우가 많지만, 증례 II에서처럼, 군대문제와 관련될 수도 있다. 많은 경우에서 환자의 기능장애를 관찰해 보면 증상형태가 일치되지 않은 모호한 면을 보이고, 비해부학적이며, 혹은 증상이 극적으로 변화되기 때문에 이로써 전환장애를 의심할 수 있다. 증례 I의 경우에, 환자의 증상이 일관적이지 못하고 시간에 따라서 변화하는 모호한 면이 있었다.

전환장애를 설명하는데에는 두 가지 기전이 있다. 첫째, 내적 갈등이 있지만 이를 인식하지 않는 것이다. 예를 들면 심한 말다툼 후 내적 갈등을 억누르기 위해 팔의 마비 혹은 감각이상 등의 신체적 증상을 가져옴으로써 심리적 갈등을 인식하지 않고 이를 부분적으로 해소하며, 이를 통해서 정신적·정서적 항상성을 계속 유지할 수 있는 것이다. 이를 일차적 이득이라고 한다. 증례 II의 경우에 일차적 이득은 가족으로부터 받는 스트레스를 인식하지 않는 것이었고, 증례 III의 경우에는 군대 문제로 인한 본인 스스로의 심리적 갈등을 잊는 것이었다. 둘째로, 환자에게 원하지 않는 특별한 행위(말싸움이나 폭력)를 하지 않을 수 있도록 할 뿐만 아니라 주위환경으로부터 관심과 보호를 받을 수 있고 나아가 외적 이익이 주어지거나 좋지 않은 업무나 책임 등을 피할 수 있는 것이다. 이를 이차적 이득이라고 한다. 증례 I에서 이차적 이득은 자신의 요구사항이 이루어지는 것이었고, 증례 II와 증례 IV에서는 가족들로부터 관심을 받는 것이었다. 이러한 일차적·이차적 이득 때문에 환자는, 실제 고통스러운 증상이 있는데도 그것에 대해 걱정하지 않고, 무관심한 태도가 나타난다. 이를 “기분 좋은 무관심(la belle indifferen-

ce)"이라고 한다(민성길 등, 1995; American Psychiatric Association, 1994). "당신 스스로가 문제와 증상을 만들고 있다", "현재 아무런 문제도 없다" 혹은 "모든 문제가 당신 머리속에 있다"라고 환자의 일반적 상태를 직접적으로 말하면, 이러한 "기분 좋은 무관심" 상태가 유발되어 치료가 어렵게 진행될 수 있으므로 이에 대한 많은 주의가 필요하다.

전환장애 환자들은 종종 최근에 다른 사람에게서 관찰된 신체적 증상들을 모방하는 경우가 있다. 그러므로 전환증상은 타인의 증상을 모방할 수 있을 정도의 사회성을 충분히 지니고 있지 않은 어린아이에게서는 나타나지 않는다(Ehrlich와 Risher, 1977). 증례 IV의 경우에, 환자의 증상이 편마비, 사지마비, 하지마비 등으로 나타난 것에 미루어 볼 때, 환자가 병원에서 보았던 다른 환자들의 상태를 모방하는 것으로 생각된다. 전환증상은 종종 가족과 관련된 스트레스와 관계되며, 해결할 수 없는 슬픔의 반응으로 인하여, 그리고 가족과의 의사소통 문제로 인하여 발생된다(Maloney, 1980). 특히 우리나라에서는 전통적인 사회문화적 특징 때문에 서구와는 달리 가족간 스트레스로 인해 발생하는 전환증상이 많다. 전환증상의 특징은 변하기 쉽고 다양하다는 것이다. 그러므로 환자를 평가하거나 치료할 때에는 비정상적 증상에 대한 의학적, 사회적 주의집중과 같은 모든 긍정적 강화들이 배제된 상태에서 시작하여야 한다. 면밀한 진단적 과정이 끝나고 확실한 진단이 내려지면 부적절한 행동이 보여질 때 모든 긍정적 강화는 철회되어야 하며, 더 이상의 진단적 검사와 의학적 검사는 수행하지 말아야 한다(Trieschmann과 Mo-

ntgomery, 1970). 진단적 검사는 환자가 기질적 질환을 가지고 있지 않다는 것을 나타내주는 중요한 역할을 하지만, 계속되는 진단적 과정과 환자평가는 증상에 대한 주의집중을 증가시킴으로 환자의 비적응적인 행동을 강화시킬 것이다(Cardenas 등, 1986). 그러므로 조기진단은 전환장애의 재활과정을 단축시킬 수 있으며, 많은 시간과 노력, 비용 등을 절감시킬 수 있다(Black, 1993). 환자의 상태를 확신하기 위하여 가능한한 빨리 심리학적 접근을 시도하여야 한다. 환자의 치료는 환자의 상태가 강화되지 않도록 환자의 행동을 만드는 체계를 수정하는 것이다(Black, 1993; Haggins, 1990). 치료를 시행함에 앞서 치료사는 치료에 대한 계획을 세부적으로 수립하여 구체적이고 단계적인 치료프로그램을 제시하여야 한다. 증례 I에서는 치료프로그램을 5단계로 구성하였고, 증례 III에서는 보행단계를 7단계로 세분하여 치료를 시행한 결과 만족할 만한 효과를 보았다. 치료의 목표는 비적응적인 반응을 학습하지 못하도록 하는 것과 더욱 새롭고, 적응적인 행동들을 배우도록 하는 것이다. 또한, 어느 정도 보행을 할 수 있도록 하는 것이며, 환자의 상황에 맞는 활동을 촉진시키는 것이다. 치료는 환자가 사회적 기회를 많이 제공받을 수 있도록 조절되어야 한다. 증례 III에는 치료환경을 조절하여, 치료를 치료실에서만 시행하기보다는 치료실 외의 상황에서도 다양한 경험을 갖도록 해주는 것이 좋으며, 그 상태에서의 문제점을 파악하여 보완하는 것이 더욱 중요하다. 환자의 주변 사람들은 환자에게 적절한 강화를 제공하고 환자의 치료프로그램을 지지하는 방법을 배워서 가정과 지역사회 안에서 환자가 잘 적응할

수 있도록 도와야 한다(Klein 등, 1985). 또한 환자가 주어진 과제를 잘 이행하고 있는지를 감독하기 위해서, 혹은 치료사가 제공하는 가정치료 프로그램을 잘 시행하기 위해서, 치료사는 보호자 교육에도 많은 시간을 필요로 하며, 적절한 시기에 가족들을 치료에 참여시켜 가족들의 이해를 높여야 할 것이다(오덕원, 1997). 정상기능이 회복된 후에도 스트레스에 대한 대처기술을 강화할 수 있도록 꾸준한 물리치료가 필요하다. 물리치료는 환자가 스트레스를 받는 시기에 환자에게 많은 도움을 줄 수 있으므로 전환증상의 해결과 전환장애의 관리에 효과적이다(Leslie, 1988; Maisami와 Freeman, 1987; Splaingard, 1987; Thomson과 Sills, 1988; Warzak 등, 1987). 특히 전문적인 심리치료가 필요한 소아 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). Maisami와 Freeman(1987)은 치료가 효과적으로 안되었을 시에 가까운 장래에 유사한 문제가 다시 발생할 수 있다고 지적하였다. 증례 IV는 재활의학적 상황에서의 행동치료보다는 심리치료의 비중을 높여서 치료를 시행한 예이다. 심리치료의 결과로, 일단은 환자의 증상이 사라졌지만, 과거에 비추어 볼 때 언제 또다시 전환증상이 나타나게 될 지는 예측하기 힘들다. 의료진들이 환자의 감정조절과 스트레스 관리에 많은 비중을 두어 치료를 시행하였지만, 증상이 계속 재발했던 것을 고려해 볼 때 치료에 만족하거나 혹은 치료 효과에 대해 확신할 수 없다. 환자의 치료를 위하여, 처음 전환증상을 보였을 때부터

적극적인 재활의학적 치료를 적용했다면 전환증상의 치료와 향후의 관리에 바람직하다.

전통적으로 전환장애는 연상법, 정신치료, 최면요법, 근전도 바이오피드백 그리고 기능적 전기자극 치료 등을 사용하여 정신과 의사들이 치료·관리하였다(Silver, 1996). 전환반응에 대한 전통적인 치료는 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 질환이 없기 때문에 이같은 환자들에게 물리치료를 적용하는 것이 의아하게 생각될 수도 있다. 그러나 그들이 증상을 의식적으로 나타내는 것이 아니라는 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. 환자의 기능장애를 해소하고 부동(immobility)으로 인한 합병증을 예방하며, 가능한한 기능을 많이 회복하기 위하여 물리치료는 매우 중요하다(Buschbach, 1995; Stewart, 1983). Leslie(1988)는 물리치료가 환자의 상태를 호전시키도록 환자를 격려해 주는 매우 효과적인 영역이라고 주장하였다. 또한 물리치료는 환자가 향상되어 가는 것을 환자의 보호자에게 직접 보여주므로써 의료진에 대한 보호자의 신뢰를 더욱 높일 수 있는 장점이 있다. 그러므로 물리치료사는 환자의 자존심과 기능

을 보조하고, 환자의 일반적인 모든 상태를 증가시킬 수 있도록 행동수정에 대한 충분한 식견이 있어야 한다(Cardenas 등, 1986). 환자를 치료함에 있어서 환자에 대해 편견과 선입견을 두지 말아야 한다. 정신과적 용어를 잘못 사용하면, 오히려 환자의 저항과 부정이 유발될 수 있으므로 치료전 환자를 교육할 때에는 이에 유의하여야 한다. 그리고 계속적인 추적조사(follow-up)를 통해 증상이 사라졌는지를 확인하는 것이 무엇보다도 중요하므로, 물리치료사는 환자의 증상에 대한 변화를 계속적으로 비교·분석하기 위해 정기적으로 환자를 평가하고 이에 대한 기록을 정확히 유지해야 한다.

IV. 결론

의학적으로 증상의 원인을 찾는데 관심이 집중되기 때문에, 전환장애는 적절한 치료를 받지 못한 채 그냥 지나쳐 버려 그 치료시기를 놓쳐 버리는 경우가 많다. 전환장애는 스트레스 혹은 부정적인 감정상태에 효과적으로 대처할 수 없는 자신감이 빈약한 사람에게 나타나며, 이들은 지역사회 내에서의 상호 유대관계가 낮고 사회활동 범위가 작기 때문에, 자신의 신체에 나타나는 의학적 상태에 집중하게 된다(Silver, 1996). 전환증상이 자연스럽게 해소될 수 있을지라도, 증상을 치료하기 위한 특별한 프로그램은 증상의 향후관리를 위해 반드시 필요하다. 전환증상이 완전히 치유될 수도 있겠지만, 경우에 따라서는 스트레스, 상해 혹은 질환에 대한 반응으로 재발되기도 한다. 치료는 이러한 증상들이 만성적으로 지속되고 다른 증상으로 대치되

지 못하게 하는 것에 중점을 두어야 한다. 만성적인 전환증상은 이차적 이득과 같은 행동적 요소에 의해서 지속되는 경우가 많다. 그러므로 환자의 치료에 있어서 이차적 이득을 통제하고 환자가 표출하고 있는 증상을 조절하는 것이 무엇보다도 중요하다. 최근의 견해들로 비추어 볼 때 환자의 신체적 증상과 행동을 치료·관리하는 데에는 물리치료사와 작업치료사의 역할이 중요하며, 실제로 환자의 치료에 큰 비중을 차지하고 있다. 그러므로 치료사의 다양한 치료행위가 환자에게 많은 영향을 줄 수 있다는 점에서 조심스럽고, 계획적인 치료가 이루어질 수 있도록 세심하고 적극적인 접근이 필요할 것이다.

인용문헌

- 민성길 등. 최신정신의학. 제 3판. 일조사, 1995:296-272.
- 오덕원. 전환장애의 치료와 관리. 한국전문물리치료학회지. 1997;4:77-88.
- American psychiatric association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder: DSM-IV. 4th ed. Washington DC, R.R. Donnelley & Sons Co., 1994: 452-457.
- Black W. Resource implications of Munchausen syndrome. Psychiatry. 1993; 162:847-848.
- Buschbacher R. Guillain-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 scleros-

- is and hysteria: Lessons learned from their association. *J Am Med Assoc.* 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.
- 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.
- 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.
- 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. *Arch Dis Child.* 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.
- 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 Adolesc Psychiatry.* 1971;10:65-93.
- Silver FW. Management of conversion disorder. *Am J Phys Med Rehabil.* 1996; 75:134-140.
- Smith PG, Fairley M, Procopis P. Clinical features of conversion disorder. *Arch Dis Child.* 1988;63:408-414.
- Splaingard M. Conversion reaction mimicking quadriplegia 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.
- 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, et al. Behavioral rehabilitation of functional alexia. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 1987;18:171-177.