동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 13. No. 2, 2002

轉換障碍中 運動感覺障碍 患者 1例의 臨床的 考察

김보영 · 이승희 · 이승진 · 황선미 · 정대규
경산대학교 한의과대학 신경정신과학 교실

A case of motor and sensory disorder in conversion disorder

Bo-Young Kim · Seung-Hee Lee · Seung-Jin Lee · Seon-mi Hwang · Dae-kyoo Chung
Dept. of Oriental Neuropsychitray College of Oriental Medicine. Kyung San University. Taegu. Korea.

Conversion disorder has difficulties of clinic discriminationis. If it is possible at the early stage, rehabilitation time and cost will be reduced. This case is that of motor and sensory disorder. The clinic progress has well showed the characters of conversion disorder. This study will be helpful for the understanding of the conversion disorder.

Key Word : Conversion Disorder, Case study

Ⅰ. 緖 論

轉換障碍는 특별한 신체질환없이, 감각기관이나 隨意運動筋의 극적인 기능상실을 주증으로 하는 장애로, 超自我와 超自我가 용납할 수 없는 욕구와의 사이에서 부분적으로 억압에 성공하지 못한 금지된 욕구가 증상으로 轉換되어 나타난다고 추정되어진다[1-4].

轉換障碍중 運動系 증상으로는 조절과 균형의 약화를 의미하며 麻痺 또는 局所無力感, 發聲不能, 嚥下困難, 목의 異物感, 尿停滯 등이 나타나며, 感覺系 증상은 觸覺이나 痛症感覺의 상실, 複視, 귀머거리, 幻覺 등이 있고 경련이나 발작을 동반할 수 있다[5].

운동장애는 사지의 일부 또는 전체를 움직일 수 있는 능력의 상실로 가변성의 운동실조이며 특히 다리에 잘 일어나고 해부학적, 신경학적으로 일치하지 않으며, 腱反射, 筋電圖檢査도 정상이며[6], 轉換障碍 특유의 기분좋은 무관심(la bella indeference)을 볼 수 있으나[3,7] 환자가 마음대로 증상을 조절할 수는 없으며[8], 상황에 따라 재발하는 특성이 있다.

轉換障碍 환자의 임상적 특성을 파악하고 증상을 완화시키는데 도움이 되고자 2002년 3월 5일부터 2002년 3월 6일까지 右側上下肢無力과 麻痺를 호소한 轉換障碍 환자 1례의 임상적 관찰을 보고하는 바이다.

· 교신저자 : 김보영, 대구광역시 수성구 상동 165번지 경산대학교 대구한방병원 신경정신과 학교실(Tel. 053-770-2082, by5973@hanmail.net)

Ⅱ. 症 例

1. 患者 : 전○○, F/38
2. 主訴 : 右側上下肢無力, 麻痺感
3. 發病日 : 2002년 3월 4일 Pm11:30
4. 家族歷
   1) 부친 - CVA로 사망
   2) 여동생 - Anxiety neurosis
5. 過去歷
   1) 左上下肢無力, 無感覺, 右側上下肢痺症 - 3년전 본원 입원치료 1일후 호전
   2) 失神 - 3년전 local Hosp.에서 수액제제치료
   3) 장중첩증 - 12년전 local Hosp.에서 입원치료후 호전
6. 現病歷 : 며칠동안 신경을 많이 쓰며 무리한 상태에서 2002년 3월 4일 맥주2병을 마신채 동생과 싸운 다음 귀가한 후 pm11:30경 갑자기 右上下肢痙攣, 强直을 발하여 瀉血후 상태호전하였으나 한방치료를 받고자 MN:55경 본원 응급실을 통해 내원함.
7. 이학적 검사 및 검사실 소견
   1) Brain CT scan(02. 3. 5/ 02. 3. 6) : normal
   2) EKG : normal
   3) R-lab : WBC - 10800 Neutro - 76
      ESR - 18
   4) ER 내원시 활력징후 :
      B.P.130/80mmHg, Pulse 88회/min,
      Resp.20회/min, B.T. 36.3℃
   5) Babinski sign : both negative
      Nausea : negative
      Vomitting : negative
      Dysarthria : negative
      Dysphagia : positive
   6) D.T.R : normal
8. 處置
   1) 藥物處置
   ①祛痰淸心湯(慶山大 院內處方集 239)
萊菔子(炒), 當歸, 陳皮, 山藥, 元肉, 白茯苓, 半夏 各6g, 白朮, 麥門冬(去心), 麥芽(炒),枳實, 酸棗仁, 石菖蒲, 神曲(炒), 白茯神, 竹茹 各4g, 遠志, 川芎, 黃芩(酒炒) 各3g, 甘草 1g.
   ②蘇合香元『東醫寶鑑 · 氣門[9]』
白朮, 木香, 沈香, 麝香, 丁香, 安息香, 白檀香, 朱砂, 犀角, 訶子皮, 香附子, 薑撥 各2g, 蘇合油, 乳香, 龍腦, 各1g

   2) 鍼灸附缸處置
   ① 通氣鍼灸針(0.3×30mm,TONGKI Corporation)을 사용하여 1일 1회 원칙으로 시행하고 選穴位置는 體鍼의 百會, 合谷, 足三里, 太衝, 陽陵泉, 膻中, 三陰交, 內關 등의 穴을 위주로 하여 20분간 留鍼하였으며 刺針의 심도는 경혈에 따라 5-15mm로 하였다.
   ②灸處置는 中脘, 關元에 間接灸(햇님신기구, 보성사)를 각 2壯씩, 回春灸를 右側肩隅, 曲池, 陽溪, 陽池, 陽谷, 足三里, 懸鍾, 解谿, 丘墟, 中封에 각 3壯씩 1일 1회 시술하였다.
   ③附缸요법은 背兪穴부위에 乾式療法으로 排氣罐(대건부항, 대건양행)을 이용하여 5분간 1일 1회 시술하였다.

9. 臨床經過

년 월 일	시	臨床經過	處置
2002년 3월 4일	Pm11:30	취침후 갑자기 右側上下肢가 痙攣과 强直感을 發함.	
2002년 3월 5일	MN:55	응급실 내원시에는 右側上肢의 無力과 無感覺으로 증상이 바뀜. 문진은 가능하였으나 上下肢의 ROM측정에는 협조하지 않음. 연하곤란(+)	
	Am1:10	右側下肢無力과 牙關緊急증상으로 발전하고 發聲困難양상을 보임	手足井穴瀉血, 鍼시술 airway bite insert O_2 2L inhalation CT-scan, chest AP, EKG 검사실시
	Am3:00	증상이 완화되어 右側上下肢無力과 痲痺感의 상태임. 上肢 ROM은 WNL, 下肢ROM은 All can't이며 下肢는 자극은 인지되지 않으나 右側上下肢로 자발적 저림감이 있음. airway bite 제거후 語鈍증상이나 嚥下困難증상은 없음. 脈沈細澁 舌質紅苔微白	蘇合香元
	Am4:00	절대안정상황에서 폴에 의지한채 독자보행함.	수액제제치료
	Am5:30	구토1회 발한후 오심감 심해지고 사지저림감이 심해짐.	手足井穴瀉血
	Am6:00	右側上下肢無力과 痲痺感상태 사지저림감은 여전하나 오심구역감은 소실됨.	
	Am8:00	右側上下肢 ROM all can't며 자극시에도 감각이 없음. 폴을 잡고 독자보행 가능함. 대화에 비협조적임. 본인은 상지힘은 정상이나 하지무력감, 우측하지저림감, 감각저하를 호소함. 食事不得. 脈沈細 舌紅有刺	
	Am9:00	수면후에도 右側上下肢無力感 痲痺感 여전.	祛痰淸心湯
	Am9:30	上下肢 ROM all can't 자극시 반응 없음. 감각저하 저림감 여전(꼬집거나 침시술시 감각 全無). 심부건반사 정상, Babinski(-/-)	鍼, 灸, 附缸 시술
	Am10:00	痲痺感이 호전되었고 下肢보다 上肢가 빠른 호전을 보임.	
	Pm2:00	上肢 ROM WNL, 下肢 擧上 20도정도 가능. 무릎세우고 있진 못함.	祛痰淸心湯
	Pm4:00	上肢 ROM WNL, 下肢 擧上 40도, 足踝屈伸 · 足趾屈伸 can dull 무릎세우고 있진 못함.	수액제제치료
	Pm7:00	저녁식사 全得할 정도로 식욕은 호전되었으며 오심증상 없음.	祛痰淸心湯
2002년 3월 6일	Am6:00	上肢 ROM WNL, 下肢 擧上 40도. 마비감은 소실되었음.	
	Am8:00	上肢 ROM WNL, 下肢 擧上 60도, 足踝屈伸 · 足趾屈伸 can dull. 무릎을 세울 수 있음. 마비감은 건측과 비교시 차이가 있지만, 저림감은 없음.	
	Am9:00	熟眠후에도 병원에 있는 것이 더 불안하고 걱정된다며 퇴원을 요구함.	鍼시술 祛痰淸心湯 蘇合香元
	Am10:20	CT-scan상 별무소견 CT-scan결과에 무관심함.	
	Am11:00	上肢 ROM WNL, 下肢 擧上 80도로 下肢힘은 더욱 호전	灸, 附缸 시술
	Pm1:00	上下肢 ROM WNL이나 兩下肢 동시 거상시 5-10도 정도 차이가 남	
	Pm2:00	본인의 강력한 의사로 자퇴원서 작성후 퇴원	祛痰淸心湯

Ⅲ. 考察 및 結論

轉換障碍는 실제 신체적 질병없이 심리적 갈등에 의하여 감각기관이나 隨意運動의 극적인 기능상실을 주증으로 하는 장애를 말한다. 이것은 무의식적으로 일어나기 때문에 환자 자신은 적어도 증상이 있을 때는 그것이 심리적 원인임을 모르고 있는 것이 특징이다. 과거 히스테리라는 병명은 신체증상이 위주가 되는 전환형과 정신증상이 위주가 되는 해리형을 포함해서 명명된 것으로 근래 DSM-Ⅳ에서는 전환성히스테리 중에서 자율신경계 지배하의 증상을 나타내는 것은 신체화장애에 포함시키고, 나머지 전형적인 전환성히스테리를 轉換障碍로 묶어서 신체형장애의 한 아형으로 분류하였다[1-4,10].

평생유병율은 잘 연구되어 있지 않지만 일반인구 10만명당 22명이라는 보고가 있다. 정신과를 방문하는 환자중 8-10%정도로 여성에게서 2-5배 많다[11-2]. 현재 병원 응급실에서 진료의뢰된 환자 중 가장 많은 부분을 차지하는 질환 중의 하나가 轉換障碍이다[13].

이러한 장애의 발생동기에는 이해관계나 대인관계에서의 어려움이나 자극이 직접적 계기가 되어 극적인 증상을 나타냄으로써 여러 심리적 이득을 얻는 경우가 많다. 극적인 증상 자체로 자기의 내적 긴장을 푸는 1차적 이득을, 그런 극적 증상으로 주위 사람들의 관심을 끌고, 동정과 이해 및 자기 욕심 성취에 유리하도록 혹은 주위 사람을 조정하거나 불리한 상황을 피하는 계기가 되는 2차성 이득을 얻는다. 전환증상 형성에는 이같은 심리적 동기가 있기 때문에 환자는 이상할 정도로 증상에 대해 걱정을 하지 않는 무관심(la belle indifference)이 특징적으로 나타난다[14]. 그러나 이러한 무관심은 그들의 증상에 대해서만 나타내는 태도이며, 기타 생활면에서는 불안, 걱정 또는 근심 같은 감정으로 괴로움을 받게 된다[15].

운동장애증상에는 이상운동과 운동마비의 두가지 종류가 있다. 좀더 흔한 것은 사지의 어느 한부분을 침범하는 不全麻痺(paresis)와 麻痺(paralysis)이다. 不全麻痺는 대체적으로 팔·다리 중 어느 하나가 침범되는 경우도 있고, 때로는 偏不全麻痺(hemiparesis)나 對不全麻痺(paraparesis)의 형태로 나타나는 경우도 있다[15]. 근육의 허약감이나 마비감, 보행장애가 많은 것은 부담스러운 상황에 대한 자신의 내적인 취약성을 힘이 없고 걷지 못한다는 노골적인 신체증상으로 즉 의존성을 노골적으로 드러내 주위 사람들의 정에 호소하려는 특징을 보이는 것이다[16].

감각장애 중에서는 촉각, 통각 및 위치감각의 장애가 흔하다. 이러한 감각장애는 단독적으로 일어나는 경우도 있고 또는 운동마비가 일어난 사지에서 나타나는 경우도 있다[14].

다른 신경증의 경우와 마찬가지로 轉換障碍의 경과나 예후에 대해서도 확실한 것이 알려져 있지 않다. 임상적인 경험을 통해 보면 어떤 환자는 치료를 별로 받지 않고도 증상이 곧 호전되는 경우도 있고 또 어떤 경우는 아무리 치료해도 증상이 고착되어 호전되지 않는 경우도 있다.

진단은 기본적으로 신체질환 및 다른 정신질환을 배제함에서 이루어지나 신체적 소견이나 신경학적 소견에 이상이 없고 또 임상병리검사나 방사선검사가 정상으로 나왔다고 해서 그것만으로 진단을 내릴 순 없다. 轉換障碍의 가능성을 제시해 주는 요소들로서는

①과거력에서나 현병력에서 轉換障碍로 진단될 수 있는 운동마비나 무감각증이 있었거나 또는 있는 경우,

②뚜렷한 불안, 우울증, 강박증 또는 공포증 같은 기타 신경증의 기왕력이 있는 경우,

③성생활장애 즉 불감증이나 성생활에 대한 혐오가 있었던 경우,

④만족스러운 무관심(la belle indifference)이 있는 경우,

⑤증상의 발병 바로 전에 친숙했던 사람이 죽었거나 또는 기타 인간관계의 장애가 있었던 경우 등이다[15].

전환증상은 변하기 쉽고 다양하므로 면밀한 진단적 과정이 끝나고 확실한 진단이 내려지면 부적절한 행동이 보여질 때 의학적, 사회적 주의집중과 같은 모든 긍정적 강화는 철회되어야 하며, 더 이상의 진단적 검사와 의학적 검사는 수행하지 말아야 한다[17]. 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[18].

한의학적으로 轉換障碍는 卒然昏倒, 人事不省, 牙關緊急, 手足痙攣 및 厥逆 등이 나타나는 中氣症과 유사한 것으로 볼 수 있는데 中氣症은 발병 후 비교적 단시간 내에 깨어나고 깨어난 후에도 半身不遂, 失語, 口眼喎斜 등 후유증을 남기지 않는 急症의 하나이며, 暴喜·暴怒 등 정신적인 충격으로 인하여 氣의 순행이 厥逆하게 되는 것으로, 그 중에서도 심한 분노 끝에 오는 수가 많다[4]. 中氣症의 치료는 급성기에는 우선 薑湯이나 蘇合香元 등의 각성의 효과가 있는 약물을 先用한 후에 木香順氣散 등의 順氣之劑로 조절하였다[6].

38세의 여성 전○○씨는 성격이 매우 급하고 예민한데다 평소 不眠증상과 不安, 胸悶증상이 간헐적으로 發하며 며칠동안 신경 많이 쓰며 무리한 상태에서 2002년 3월 4일 음주중 여동생과 싸운 다음 귀가하여 취침하기 위해 자리에 누운지 30분정도 지나 갑자기 右側上下肢가 痙攣과 强直을 발하여 瀉血후 상태호전하였으나 한방치료를 받고자 MN:55경 본원 응급실을 통해 내원하였다. 과거력상 3년전 失神하여 응급진료받은 병력과 음주후 左側上下肢無力과 麻痺感, 右側上下肢 저림감으로 입원치료를 받은 병력이 있었다. 또한, 증상과 관련된 정확한 자극요인은 파악되지 않았지만, 발병전 음주중 동생과 싸웠다는 점에서 인간관계장애요인이 의심되었다.

내원시에는 증상이 右側上肢의 無力과 無感覺으로 바뀌었으며, 이학적 검사시 연하곤란증상이 확인되었다. 문진 도중 갑자기 右側下肢無力과 牙關緊急증상이 나타나 發聲困難양상을 보였다. 인사불성시 구급혈로 사용되는 手足井穴을 瀉血하고, 百會, 合谷, 太衝 등의 혈을 위주로 順氣開鬱을 목적으로 刺鍼하였다. 응급처치이후 CT-scan과 chest AP, EKG 검사를 실시하였으나 기질적 이상을 의심할만한 별다른 소견은 보이지 않았다. Am3:00경 中氣症 급성기에 사용되며 각성효과가 있는 蘇合香元을 先用하여 行氣開鬱하여 입실시에는 上肢 ROM은 WNL, 下肢 ROM은 All can't, 하지쪽으론 자극이 전혀 인지되지는 않으나 右側上下肢로 자발적 저림감이 인지되었으며, 脈沈細澁 舌質紅苔微白하였다. Am4:00경 수액제제 정맥투여 시작후 절대안정지시에도 불구하고 폴대에 의지한채 독자보행을 실시하였다. Am5:30경 약 100cc정도의 구토 1회 발한후 오심감과 사지저림감이 생겨 다시 手足井穴을 瀉血하여 通經氣시킨후 右側上下肢無力과 麻痺感상태, 사지저림감은 여전하나 惡心·嘔逆感은 소실되었다. Am8:00경 검사시 右側上下肢 ROM이 all can't를 나타내고 자극시에도 반응이 없었으나 정작 환자는 검사결과와는 다르게 上肢힘은 정상이라고 말하며 下肢無力感, 右側下肢저림감과 감각저하를 호소했지만 실제로는 폴대를 잡은채 보행이 가능하였다. 이는 객관적 검사결과와 주관적 호소증상, 실제 수행가능면에서 일치하지 않는 일종의 기능해리현상을 나타낸 것으로 보인다. Am9:00경 祛痰淸心調氣의 효과를 지닌 祛痰淸心湯을 복용하였으며 右側上下肢無力感과 麻痺感 상태는 여전하였다.

祛痰淸心湯은 補血安神湯과 溫膽湯을 合한 처방으로 補血과 祛痰을 목적으로 心虛手顫, 手指微細震顫, 緊張時尤甚, 神經症, 胸悶, 惡心, 眩暈, 頭痛, 心悸, 怔忡, 多夢을 主治한다. 구성약물 중 蘿蔔子는 下氣定喘, 消食化痰하고, 當歸는 補血和血, 調經止痛, 潤燥滑腸하며, 陳皮는 理氣, 調中, 燥濕, 化痰하고, 山藥는 健脾, 補肺, 固腎, 益精하며, 元肉은 補益

心脾, 養血安神하고, 白茯苓은 利水滲濕, 健脾寧心하며, 半夏는 燥濕化痰, 降逆止嘔, 消痞散結하고, 白朮은 補脾, 益胃, 燥濕, 和中하며, 麥門冬은 養陰潤肺, 淸心除煩, 益胃生津하고, 麥芽는 消食, 和中, 下氣하며, 枳實은 破氣, 散痞, 瀉痰, 消積하고, 酸棗仁은 補肝, 寧心, 斂汗, 生津하며 石菖蒲는 化濕開胃, 開竅豁痰, 醒神益智하고, 神曲은 健脾和胃, 消食調中하며, 白茯神은 寧心, 安神, 利水하고, 竹茹는淸熱化痰, 除煩止嘔하며, 遠志는 寧心安神, 祛痰利竅, 消散癰腫하고, 川芎은 活血行氣, 去風止痛하며, 黃芩은 瀉實火, 除濕熱, 止血, 安胎하고, 甘草는 和中緩急, 潤肺, 解毒, 調和諸藥한다[19]. 평소 매우 예민한 성격에다 不眠, 不安, 胸悶, 面白, 脈沈細 등 心血虛증상이 있던 중 暴怒로 인한 정신적 흥분상태에서 氣의 順行이 厥逆한 것으로 변증하여 補血祛痰하면서 白茯苓, 元肉, 酸棗仁, 白茯神, 遠志 등으로 安神시키며, 半夏, 蘿蔔子, 麥芽, 枳實, 神曲, 山藥, 白朮 등으로 建脾胃시켰다.

上下肢 ROM all can't 상태 유지되며 자극시에도 반응이 전혀 없었기에 行氣開鬱을 목적으로 百會, 合谷, 足三里, 太衝, 陽陵泉, 膻中, 三陰交, 內關 등의 穴을 위주로 하여 환측을 중심으로 자침하였다. 30분정도 후에 마비감이 감소되었으며, 下肢보다 上肢가 빠른 호전을 나타내었다. 식욕 및 소화기능 저하 소견을 보여 中脘, 關元에 間接灸를 하여 建脾胃를 도모하였고, 上下肢의 마비감과 운동력 호전을 위해 行氣에 도움이 되고자 回春灸를 右側 肩隅, 曲池, 陽溪, 陽池, 陽谷, 足三里, 懸鍾, 解谿, 丘墟, 中封 등 주요관절부에 위치한 穴을 위주로 시술하였다. 그리고, 背兪穴부위를 위주로 乾式附缸療法을 실시하여 五臟六腑의 기능회복을 도모하였다. Pm2:00경엔 上肢 ROM WNL, 무릎을 세우고 있진 못해도 下肢 擧上 20도정도 가능할 만큼 호전되었다. 2시간 뒤엔 上肢 ROM WNL, 下肢 擧上 40도, 足踝屈伸·足趾屈伸 can dull한 정도로 호전되었으나 여전히 무릎을 세운채 지탱할 수는 없었다. 또한, 저녁식사를 全得할 정도로 식욕이 호전되었고 惡心증상도 소실되었다. 다음날 아침 Am8:00경엔 상지 ROM WNL, 하지 거상 60도, 足踝屈伸·足趾屈伸 can dull하고 무릎도 세우고 있을 수 있었으며, 마비감은 건측과 비교시 차이가 있지만 점차 호전중이었고 저림감도 없었다. 다시 CT-scan을 했는데도 무관심한 채 입원진료 받는 것이 불편하고 불안하다며 퇴원을 요구하였다. 이는 본인의 증상에 대해 무관심하며 예후에 있어 걱정을 하지 않으며, CT-scan을 하여 결과를 보여주고자 하여도 굳이 볼 것 없다는 식의 전환장애 특유의 무관심(la belle indifference)한 행동양상으로 생각되어진다. Am11:00경엔 上肢 ROM WNL, 下肢擧上 80도 정도로 下肢힘이 더욱 호전되었고 Pm1:00경엔 上下肢 ROM은 WNL이나 兩下肢 동시 擧上시 5-10도 정도 차이가 나며 보행시 右側下肢를 끌면서 보행할 정도로 下肢힘의 차이가 나는 상태였으나 Pm2:00경엔 본인의 강력한 의사로 자퇴원서 작성후 퇴원하였다. 퇴원시 외래진료지시를 받았음에도 불구하고 시행하지 않아 이후의 추적조사는 불가능해졌다. 轉換障碍는 비교적 치료에 반응이 좋은 편으로 이는 이차적 이득을 취할시 더 이상의 이득이 없는 상태에서는 구태여 지속적인 증상호소를 할 필요가 없으므로 일단 입원해서 어려운 현실상황을 회피할 수 있게 되면 증상호소의 빈도가 줄며 외래치료기간도 이차이득이 해결된 상황에서 더 이상의 치료가 요구되지 않는 것으로 보인다.[16] 그러므로, 재발방지를 위해서라도 지속적인 통원치료가 필요함에도 불구하고 다수의 경우 통원치료에 비협조적이게 된다.

본 증례의 경우 다른 신체질환 및 정신질환들의 배제를 위해 기본적으로 방사선검사와 임상병리검사, 이학적 검진이 이루어졌고, 검사상 기질적 이상을 의심할 만한 소견은 없었지만 중추신경질환의 초기증상과의 감별진단을 위해 좀더 세밀한 관찰이 요구되었다. 이후의 임상관찰과정에서 검사결과상 기질적 질환의 별무소견, 증상의 급성적 발생,

현병력상 스트레스요인의 확인, 급격하면서도 신경학적으로 맞지 않는 증상변화, 3년전 유사증상의 병력, 특유의 무관심을 보이는 행동양태 등에 근거하여 轉換障碍중 運動感覺障碍로 진단한 경우이다.

실제 임상에서 그 진단과 관리 및 치료에 어려움이 많은 轉換障碍의 조기진단과 효과적인 관리 및 대책이 수립된다면 재활과정을 단축시킬 수 있고, 진료시 많은 시간과 노력, 비용 등을 절감시킬 수 있으므로 본 증례의 임상적 관찰을 통해 轉換障碍에 대한 이해 및 치료에 도움이 되고자 이에 보고하는 바이다.

參 考 文 獻

1. 李文鎬. 內科學. 서울:學林社. 1986:2490-5.
2. 이수원. 심리학 인간의 이해. 서울:정민사. 1993:317-8.
3. 李定均. 精神醫學. 서울:一潮閣. 1996:317, 338, 320-7.
4. 黃義完. 東醫精神醫學. 서울:現代醫學書籍社. 1992:533, 552,-64, 611-2, 873-4.
5. Allen Frances 외. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 4 edition. Washington DC. American Psychiatric Association. 1994;452, 457.
6. 金明進, 崔秉晩, 李相龍. 轉換障碍로 入院한 患者 41例에 對한 臨床的 考察. 2000;11(2)135-8.
7. 민성길 외. 최신정신의학. 서울:일조각. 2000:333, 335.
8. 李丙允. 精神醫學辭典. 서울:일조각. 1990:378.
9. 許浚. 東醫寶鑑. 한미의학. 2001;40.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Washington, R.R. Donnelley &Sons Company. 1994:452-7.
11. H. B. Hafeiz. Clinical aspect of hysteria. Acta Psychiatrica Scandinavica 1986; 73:676-80.
12. 김진국, 김현우. 히스테리아에 관한 임상적 고찰. 신경정신의학 1974;13:475-81.
13. 김시경, 신철진, 홍성도. 충북대학교병원 응급실에 내원한 전환장애 환자의 인구통계학적 특성에 관한 고찰. 충북의대학술지. 1997;7(1):87.
14. 金保問, 李相龍. 轉換障碍 失語症 患者1例에 對한 臨床報告. 동의신경정신과 학회지. 1996;7(1):170.
15. 이병윤, 서광윤. 현대정신의학. 일조각.

1994:114-6.

16. 김정일, 정인과, 곽동일. 전환장애와 신체화장애의 임상적 비교연구. 신경정신의학. 1987;26(2):315-6.
17. Trieschmann RB. Montgomery ED. Anapproach to the treatment of abnormal ambulation resulting from conversion reaction. Arch Phys Med Rehabil. 1970;51:198-206.
18. Cardenas DD, Larson J, Egan KJ. Hysterical paralysis in the upper extremity of chronic pain patients. Arch Phys Med Rehabil. 1986; 67:190-3.
19. 本草學教授 共編著. 本草學. 永林社. 1994: 178, 303, 348, 350, 371-2, 374, 409, 448, 467, 494, 496, 524, 536, 538, 541, 579, 586, 589.