동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 15. No. 2, 2004

만성골반통과 편마비를 동반한 신체형 장애 환자 1例의 임상보고

강희철 · 최우진 · 정민영* · 이승기
상지대학교 부속한방병원 신경정신과학 교실
상지대학교 부속한방병원 부인과 교실*

Clinical study on a case of somatoform disorder with chronic pelycalgia and hemiparesis

Heechul Kang · Woojin Choi · Minyung Jung* · Seunggi Lee
Dept. of Neuropsychiatry, College of Oriental Medicine, Sangji University
Dept. of Gynecology, College of Oriental Medicine, Sangji University*

Abstract

Objectives: The purpose of this study was to investigate the clinical application of oriental medical therapy(OMT) and psychotherapy to a somatoform disorder patient with chronic pelycalgia and hemiparesis.

Methods: We treated the patient with psychotherapy such as relaxation therapy and suggestion. OMT that we used is represented by retention enema therapy. The recovery of the pelycalgia was evaluated by Visual Analogue Scale(VAS).

Results: Following the treatment the patient's pelycalgia and hemiparesis was improved. The sum of VAS score was rapidly decreased(from 113 to 28).

Conclusion: OMT and psychotherapy have positive effects on the patient with chronic pelycalgia and hemiparesis.

Key Words: somatoform disorder, chronic pelycalgia, hemiparesis, psychotherapy, retention enema therapy

교신저자: 강희철, 강원 원주시 우산동 283 상지대학교 부속 한방병원 신경정신과
Tel. 033-741-9370 Fax. 033-732-2124. E-mail: marvinhouston@hanmail.net
◆ 접수: 10 / 19 수정: 11/8 채택:1 11/13

Ⅰ. 緖 論

신체형 장애는 정신적 원인에 의해 신체 증상이 발병한 것으로, 의학적 상태나 약물남용 및 다른 정신장애로는 충분히 설명되지 않는다. 일반적으로 신체형 장애에서의 신경학적 증상 중 편마비와 같은 수의운동기능의 극적인 상실은 김 등[1]의 증례와 같이 선행되는 심리적 갈등과 스트레스가 비교적 뚜렷한 전환 장애의 경우에서나 볼 수 있는 급성 증상으로 알려져 있다[2].

慢性 骨盤痛은 6개월 이상 골반부에 통증이 지속되는 부인과의 대표적인 질환으로 비뇨기계, 소화기계, 신경계, 근골격계 등의 질환에 기원하는 통증도 포함한다[3,4]. 그간 만성 골반통에 대한 한의학적 처치는 부인과적 관점에서 변증에 따른 치료가 주된 접근이었고[4], 정신·심리적인 면을 치료에 적용한 사례는 드물다.

최근 慢性 骨盤炎에 의한 骨盤痛을 과거력으로 가지고 있고 偏痲痺를 호소했던 신체형 장애 환자에게 弛緩療法 및 暗示와 같은 정신요법과 保留灌腸療法 등을 병행하여 양호한 효과를 얻었기에 이에 보고하는 바이다.

Ⅱ. 證 例

1. 환자명
   홍 ○ ○

2. 성별/나이
   女/37세, 기혼

3. 주소증
   ① 右側 半身少力, 右側 偏不全痲痺, 屈伸不利
   ② 骨盤痛(下腹痛과 臀痛을 위주로 호소하며 심해지면 腰痛과 脇痛으로까지 발전하고 야간에 더 심하다고 함)
   ③ 性交痛
   ④ 頭痛, 眩暈, 胸悶, 消化不良, 上熱感, 疲勞感

4. 발병일
   ① 2004년 7월 15일(주소 ①)
   ② 1996년 (주소 ②,③)
   ③ 만성적이고 불규칙하게 지속되어 왔고, 최근 들어 더 심해짐(주소 ④)

5. 가족력
   특이 사항 없음.

6. 사회력
   흡연(1갑/2일), 음주(-), 공장근로자

7. 과거력
   ① 1990년, 1992년 각각 제왕절개로 출산했고, 그 후 3회 인공유산을 함.
   ② 1996년 봄. 자궁외 임신으로 좌측 난관 절제 수술을 받음.
   ③ 2002년 가을. 자궁외 임신으로 우측 난소 난관 절제 수술을 받음.
   ④ 1997년 만성 골반염으로 진단 받고 2003년까지 1년에 2-3 차례 이상 만성 골반염과 골반통과 관련하여 진통 소염제 등을 처방 받고 복용함.
   ⑤ 교통사고: 2000년 8월에 발생하여 1달간 입원 치료를 받음

8. 현병력
   상기 환자는 37세의 다소 비대한 체격에 내성적이고 예민한 성격의 여환으로서 1996년 자궁외 임신으로 좌측 난관 절제술을 받은 후 臀痛과 下腹痛 위주의 골반통과 성교통이 지속적으로 나타났다. 그 후 산부인과에서 만성 골반염으로 진단 받고 1년에 2-3차례 이상 진통 소염제 등을 처방 받아 복용했다. 2002년 자궁외 임신으로 우측 난소와 난관을 절제하는 수술을 받았고, 그 후 통증이 더욱 심해졌다고 한다. 상기 발병일에 피로한 상태에서 남편과 성관계 후 수 시간 뒤 갑자기 右側 半身少力, 偏不全痲痺 등이 발생하였다. 이에 양방병원에서 입원치료를 받았으나 별무 호전하여 한방치료를 받기 위해 본원으로 내원하였다.

9. 四診

신장 162cm, 체중 61Kg

皮膚微黃, 顔面 微浮腫, 舌薄白, 脈弦滑

消化不良 자주 發生, 大便 1회/2-3일, 小便不利, 眠: 통증이 심하면 不眠.

汗: 上部汗多(특히 頭面部), 口渴(찬물을 자꾸 마신다고 함)

腹診: 心下部 壓痛, 右側 天樞部 壓痛, 下腹部는 전체적으로 壓痛이 심한 상태임.

10. 개인력

4남 3녀 중 다섯째로 태어났다. 아버지는 어려서 사망하였고 어머니와 할아버지, 삼촌 가족들과 함께 살았다. 어머니는 자상했고 형제들과도 우애가 깊었으며 어릴 적에 충격적이거나 고통스러운 경험은 없었다. 가정 형편은 좋았지만 할아버지가 공부하는 것을 반대하여 초등학교만 졸업하였다.

22세에 결혼하여 1남 1녀를 두고 화목하게 지냈으나 남편이 사고로 죽었고 그 후 생계를 위해 공장에서 일했다. 2002년에 공장에서 같이 일하던 남자와 사귀게 되었고, 성관계를 가졌는데 성교통과 온 몸이 떨리는 기분이 있었다고 한다. 그러나 전 남편과도 난관 절제 수술 뒤에 비슷한 증상이 자주 있었으므로 별다른 치료 없이 그냥 지냈다고 한다. 그 후 자궁외 임신으로 우측 난소와 난관 절제술을 받게 되었고 골반통은 더욱 심해졌다. 작년에 정식으로 결혼하였고, 자녀들과도 잘 지내고 있으며 성교통을 제외하고는 성적인 면에서도 남편과 별다른 문제는 없다고 한다.

11. 임상적 진단

변병: 달리 분류되지 않는 신체형 장애, 만성 골반염에 의한 골반통

변증: 氣滯血瘀, 肝鬱脾虛

12. 治療

① 弛緩療法: Jacobson[5]이 고안한 점진적 근육이완요법(progressive muscle relaxation therapy)을 녹음테이프를(서울음반, 1985)를 사용하여 1회/1-2일 실시함.

② 暗示療法: 조용한 장소(정신요법실)에서 1회/1일 실시하였고, 누워서 눈을 감게 하고 '긴터널을 지나 미래로 들어간다.'는 암시를 주면서 미래의 육체적, 정신적으로 건강하고 자신의 모습을 그려보도록 유도함.(별첨1 참조)

③ 韓藥內服: 星香正氣散(藿香 8g, 蘇葉, 白茯苓, 厚朴, 半夏, 當歸尾, 丹蔘, 陳皮 각 6g, 白芷, 大腹皮, 白朮, 桔梗, 木香, 生薑, 大棗, 南星, 甘草 각 4g)

加味逍遙散 加減方(當歸, 白芍藥, 白朮, 白茯苓, 柴胡, 牡丹皮, 梔子 각 6g, 烏藥, 陳皮 각 4g, 桃仁, 紅花, 香附子(炒) 각 3g, 甘草, 乾薑, 薄荷 각 2g)

④ 保留灌腸: (赤芍藥, 柴胡, 枳殼 각 20g, 三稜, 敗醬草, 土茯苓 각 15g, 蓬朮, 檳榔, 水蛭, 蒲黃, 牡丹皮 10g)을 400ml(총 4회 시술분량)의 전탕액으로 만든 후 한번에 100ml 씩 항문에 주입하여 20-40분씩 保留하도록 함.(총 4회 실시)

⑤ 針灸治療: 針-(補)足三里, 太衝, 公孫, 三陰交, 神門, 少府, 大都//(瀉)行間, 大敦, 隱白 // (留針)上脘, 中脘, 下脘, 天樞, 曲池, 合谷, 太陽, 頭維, 攢竹, 百會

* 補瀉法은 九六補瀉를 실시했고, 留針은 20분간 실시함.*

灸(神氣灸) - 中脘, 關元, 膈俞, 腎俞

13. 검사소견

① 내분비 검사

TSH, FSH, LH, Estradiol: 정상소견

② Lab 검사

치료 2일: [CBC], [Electrolyte], [UA]: 정상, C-reactive protein(+)

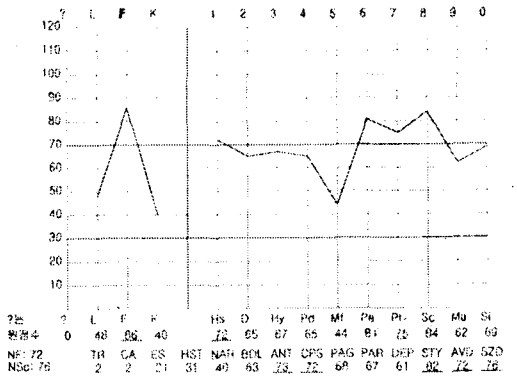
[BC] GOT:47, GPT: 104, γ-GTP: 63, Total cholesterol: 234

치료 12일: C-reactive protein(-)

③ 기타 검사

ECG, EMG, Brain MRI, L-spine MRI, C-spine MRI: 정상소견

14. 다면적 인성검사(MMPI)



15. 임상결과 및 치료 평가

통증의 평가 도구인 VAS[6](Visual Analogue Scale)는 직선 위에 무증상부터 견딜 수 없는 증상까지 0부터 10까지 숫자로 표시해놓고, 환자가 직접 통증의 정도를 평가하는 방법으로 단기간의 변화를 측정하는데 신뢰성이 비교적 높은 것으로 알려져 있다. 이번에 사용된 Scale은 총 15문항으로 구성 되어 있고, 통증이 제일 심할 경우 150점까지 표현된다.(별첨 2 참조)

일시	처치 (특이사항 만 기재)	임상경과	골반통의 평가 (VAS 이용)
치료 1일	星香正氣散 투여	下腹部, 臀部, 腰部, 脇部의 痛症 및, 右側 少力, 麻痺 上熱感, 頭痛, 眩暈, 胸悶 등을 호소. 夜間에 痛症이 심함	·
치료 2일	丹梔逍遙散 加味方 투여시작	右側 少力, 麻痺 상태는 약간의 호전을 보였으나 下腹部, 臀部, 腰部, 脇部의 痛症을 계속 호소	113
치료 3일	정신요법 시작	痛症이 호전을 보이고, 消化도 良好한 상태	·
치료 4일	保留灌腸 실시	몸이 많이 가볍다 하며 頭痛, 眩暈, 胸悶은 거의 소실	·
치료 5일	·	右側 肩背痛 호소	·
치료 6일	·	右側 少力, 麻痺, 屈伸不利 소실	48
치료 7일	保留灌腸 실시	腹診 상 心下部를 제외하고는 壓痛이 없는 상태	·
치료 8일	·	특이사항 별무	·
치료 9일	·	左側 臀部에 痲木感 호소	·
치료 10일	保留灌腸 실시	특이사항 별무	37
치료 11일	·	저녁 식사 후에 소화불량 호소함	·
치료 12일	保留灌腸 실시	간헐적으로 둔부, 요부의 불편감만 존재하는 상태	·
치료 13일	·	퇴원	28

Ⅲ. 考 察

신체형 장애란 의학적인 문제로 설명되지 않는 신체적 불편감과 증상을 호소하는 경우로 정신적인 원인이 신체 증상의 형태로 발병한 것이며 신체화 장애, 전환 장애, 동통 장애, 건강 염려증, 신체 변형 장애 등이 여기에 속한다[7]. 본 환자의 경우 편마비가 동반되었다는 점에서 전환 장애를 의심할 수도 있었으나 뚜렷한 갈등이나 심리적인 스트레스가 증상의 시작과 악화에 있어 시간적으로 밀접한 상황이 아니었다. 또한 만성 골반염에 의한 골반통을 가지고 있었으므로 통증과 관련하여 동통장애나 성교통증으로 진단하는데도 무리가 있었다. 따라서 6개월 미만의 다른 정신장애로 인한 것이 아닌 설명하기 어려운 신체적 호소가 나타난 경우이며, 의학적인 상태가 동시에 존재하고 있으므로 달리 분류되지 않은 신체형 장애로 진단하였다[7].

골반염은 여러 가지 세균성 병원체에 의해 자궁경 상부의 생식기와 골반장기에 염증이 야기된 질환으로 이런 염증상태가 악화와 재발을 반복할 경우에 만성 골반염이라 한다[3]. 골반염의 대표적인 3대 증상과 징후로 골반통 또는 하복부통, 자궁경부 움직임에 따른 통각 및 부속기 압통 그리고 발열을 들 수 있는데, 이 중 골반통이 가장 대표적인 증상이며 만성 골반통은 6개월 이상의 기간 동안 골반부에 통증이 지속되는 경우이다[3].

慢性 骨盤炎과 骨盤痛은 한의학 고전에 동일한 명칭은 없지만 少腹痛, 下腹痛, 痛經, 腰痛, 癥瘕積聚, 熱入血室 등의 다양한 범주에 속한다[3,4]. 치료는 급성인 경우 熱毒, 血熱, 瘀血 등의 實證으로 판단하여 淸熱, 解毒, 利濕을, 만성인 경우 氣滯血瘀, 脾虛濕痰, 寒濕凝滯, 腎虛와 같이 虛實이 挾雜된 경우로 보고 活血, 化瘀, 行氣에 補法을 병용하고 있다[3,4].

본 환자의 경우 3차례에 걸친 인공유산이 자궁외 임신의 위험인자로 작용했고, 이로 인해 행해진 좌측 난관 절제술은 만성 골반염이라는 후유증을 낳았으며 만성 골반염은 결국 만성 골반통의 원인이 되었던 것으로 보인다. 그리고 만성 골반통은 성교통을 유발했고 만성 골반염은 또한번의 자궁외 임신이라는 결과를 낳는 중요한 인자로 작용하여 결국 우측 난소와 난관을 절제하면서 골반염과 골반통은 더욱 악화될 수밖에 없었던 것으로 사료된다.

初診 時 환자는 腎痛, 下腹痛 위주의 골반통과 뇌혈관 질환으로 의심되는 右側半身少力, 偏痲痺, 屈伸不利 증상 등을 보였다. 그래서 입원 첫 날에는 中風치료에 準하여 藿香, 白朮로 祛濕하고, 木香, 厚朴, 陳皮등으로 理氣하며, 南星, 半夏, 桔梗 등으로 祛痰하는 星香正氣散을 사용하였다. 그러나 입원 다음날에 실시한 Brain MRI 촬영 결과 별다른 이상을 발견할 수 없었고, 각종 검사 상 모두 정상이었다. 따라서 만성 골반염에 의한 골반통이라는 의학적인 상태와 右側半身少力과 偏痲痺, 屈伸不利와 같이 일반적인 의학적 상태로 잘 설명되지 않는 증상이 결합된 상황으로 판단하였다. 그러나 야간에 下腹部, 腎部, 腰部, 脇部의 痛症이 계속 되었고 VAS score상으로도 113점으로 매우 심한 상태였기에, 중풍치료에서 통증의 원인인 만성 골반통을 위주로 치료방향을 수정하였다.

환자의 상태를 辨證해보면 2차례에 걸쳐 난소와 난관 적출술을 받은 뒤 調理의 잘못으로 瘀血이 완전히 배출되지 못하고, 체내에 머물러 氣機循環을 방해하여 氣滯 상태를 유발한 것으로 보인다. 또한 내재된 정신적인 요소가 情志鬱結을 발생시켜 氣機의 疏導通暢을 주관하는 肝에 악영향을 준 것으로 사료된다. 肝氣의 疏泄작용이 원활하지 못하고 鬱結됨에 따라 氣鬱化火하여 頭痛, 上熱感, 眩暈, 胸悶, 口渴 등이 나타났고, 肝의 主筋 기능도 저해되어 痲痺와 屈伸不利의 증상이 출현한 것으로 보인다. 또 '木剋土' 하므로 脾胃의 기능에도 영향을 미쳐 消化不良, 浮腫이 발생한 것으로 판단된다.

따라서 肝鬱脾虛, 氣滯血瘀로 변증하였고 이에 加味逍遙散 加減方을 투여했다. 이 처방은 疏肝하면 氣舒하고, 健脾하면 血充하여 氣血和暢하게 된다[8]는 方意를 가지고 있으며 여기에 桃仁, 紅花와 같은 活血祛瘀작용이 있는 약물과 烏藥, 陳皮, 香附子 같은 行氣之劑를 加味하여 氣滯血瘀를 치료하려고 하였다. 부인과 영역에서도 陰痛, 婦人腰痛, 盆腔炎, 陰瘡, 月經痛 등에 多用하며

또 鎭痛, 消炎 및 解熱 작용과 스트레스 조절 효과 역시 여러 실험을 통해 증명되었기에[8,9] 신체형 장애와 같은 정신 장애와 만성 골반염 같은 기질적인 문제를 함께 치료하는 효과를 기대하였다.

한편 본 환자를 치료함에 있어 弛緩療法과 暗示를 병행하였다. 이완요법으로는 Jacobson[5]의 점진적 근육 이완을 사용했는데, 먼저 특정 근육을 강하게 긴장시킨 다음 다시 완전히 이완시킴으로써 근육의 긴장 감각과 이완 감각의 차이를 깨닫게 하고 다음으로 각각의 근육군을 체계적으로 긴장 이완 시켜서 전반적인 이완 상태에 도달하도록 하는 것이다. 그 생리적 기전에 대해 아직 뚜렷하게 밝혀진 바가 없지만 근육의 긴장을 완화하여 시상하부에 대한 자극과 교감신경계 활동을 감소시켜서 다양한 스트레스 시에 나타나는 생리적 각성을 저하시키는 것으로 가정하고 있다[5,10]. 이런 가정 하에 이완요법은 불안장애와 같은 정신 질환이외에도 두통과 요통 같은 만성적인 통증에 양호한 효과가 있는 것으로 알려져 있다[10].

본 사례에 사용했던 暗示는 支持療法에서 이용되는 암시와 精神分析療法에서 쓰이는 自由聯想法을 결합시킨 형태이다. 암시란 '말이나 그 밖의 자극을 마음속에 무조건 받아들인 결과 그것이 감정이나 신념 또는 행동에 영향을 주는 것'을 의미하는데, 한의학의 전통적인 정신요법 중 誑治療法에 해당 된다[11].

이는 환자가 자연스럽게 미래를 떠올리게 하는 가운데 건강하고 행복한 자신의 모습을 넌지시 제시해주는 방법을 통하여 긍정적인 사고를 갖게 하고, 무의식중의 불안을 해소하여 기분전환을 시키며 또 자신의 질병이 호전 될 수 있다는 느낌을 갖게 하려는 목적으로 사용되었다.

통증이 만성화 될 경우 대개 만성통증 증후군(Chronic pain syndrome)으로 발전하여 적절한 치료에 대한 불완전한 반응, 적응 곤란, 우울 증상 및 병리학적 소견보다 훨씬 심한 호소를 하게 되며[12], 성교통 역시 속발성일지라도 심리적 요소에 의해 악화될 수 있으므로[3] 정신적인 문제를 함께 고려하는 것이 타당할 것이다. 따라서 본 사례와 같은 만성 골반통의 치료에 있어 신체적, 정신적 측면을 모두 고려하는 게 합당하다고 사료된다.

藥物保留灌腸法의 경우 서 등[13]의 증례를 통해서 효과가 보고된 치료법인데, 이는 肛腸療法의 일종으로 한의학적으로 肺는 大腸과 表裏를 이루므로 약물을 직장에 주입하면 脈絡을 통과하여 폐에 轉輸되어 폐가 '朝百脈'하므로 氣血을 따라 全身으로 퍼져서 작용한다[14]는 이론에 근거한다. 해부학적으로는 직장과 골반강이 서로 인접해 있으므로 항생제에 반응이 느린 만성 골반염에 약물이 병소에 직접 작용하게 함으로써 국부 혈액순환의 개선을 통해 염증을 치료하고자 하는 목적이 있다[13].

본 예의 보류관장 처방은 活血化瘀의 효능이 있는 赤芍藥, 蒲黃, 牡丹皮와 消積작용이 있는 三稜, 蓬朮 그리고 淸熱解毒, 排膿破瘀 효과를 지닌 敗醬草 등으로 구성되어 있는데 이는 淸熱解毒과 活血化瘀 작용을 통해 염증을 소실시켜서 통증을 완화시키기 위함이다.

이 결과 치료 6일 만에 右側 少力, 偏痲痺, 屈伸不利의 증상은 소실되었고, 골반통의 정도도 VAS score상 113점에서 48점으로 호전을 보였으며 퇴원 시에는 28점까지 하락했다. VAS가 주관적인 환자 스스로의 평가라면 실험검사 결과는 좀 더 객관적인 지표가 될 수 있는데, 치료 당시만 하더라도 염증성 질환과 조직 괴사에 있어 주요한 지표인 CRP(C-reactive protein)[15]가 양성반응이었지만, 치료 종결 시에는 음성을 보여 만성 골반염 역시 호전이 있었던 것으로 보인다.

한편 환자의 다면적 인성검사(MMPI)상 Pa(편집증)척도, Pt(강박증·정신쇠약)척도, Sc(정신분열병)척도가 높은 수치를 보였다.

Hs(건강염려증)척도가 높은 것은 지속적인 통증으로 인한 염려와 걱정의 반영으로 해석할 수 있지만 Pa, Pt, Sc 같은 정신병 척도의 현저한 상승은 면담이나 입원 동안 관찰했던 환자의 모습과는 매우 큰 차이가 있었다.

이는 右側 少力, 痲痺 상태는 물론 환자가 호소했던 통증 또한 매우 강한 심리적인 원인이나 망상, 환각에서 기인한 증상이 아닌가 하는 의심

도 가능하게 했다. 그러나 조 등[16]은 정신적·심리적인 원인과 결부된 만성 통증의 양상으로 (1) 다발성 (2) 통증에 대한 지속적인 진실성 주장 (3) 정서적 문제에 대한 강한 부인 (4) 대인관계에 다른 통증의 변화 (5) 자신의 증상을 세상 유일의 증상이며 희귀병이라고 주장 (6) 변동이 심한 의사와의 관계 (7) 치료의 비 반응성을 들었다. 이런 기준으로 살펴볼 때 환자의 통증을 전적으로 정신 질환에 의한 것으로 판단하는 것은 무리인 듯 싶다. 특히 Sc 척도의 경우에는 인종이나 사회적·문화적인 요인에 인해서도 유의미한 차이를 보일 수 있다고 한다[17].

본 환자의 MMPI profile상 L-F-K는 삿갓형으로 자신의 신체적, 정서적인 문제를 인정하고 도움을 요청하며 자신감이 결여된 상태가 예상되지만, F척도가 높은 것은 갈등이나 고뇌 등을 지지받기 위해 증상을 과장할 가능성과 변덕스럽고 안절부절하는 불안정하고 혼란스러운 상태를 의미한다[18]. Pa와 Pt의 동시 상승은 긴장, 비판 경계를 Pa와 Sc의 동시 상승은 혼란, 분노, 포기, 정신 이상을 Pt와 Sc의 동시 상승은 정서혼란, 의기소침, 집중곤란, 성적 부적절감, 대인관계의 빈약을 예상할 수 있다[18].

분명한 점은 MMPI 결과가 환자가 장기간의 통증으로 인해 심리적으로 불안한 상태임을 반영하고 있으며, 右側 少力과 偏痲痺 증상은 환자에게 내재된 심리적·정신적인 문제를 암시하고 있다는 것이다.

환자가 퇴원 직전에 MMPI 검사 답안지를 제출하였고, 퇴원 후 관찰이 이루어지지 않고 있는 상황이어서 드러나지 않은 환자의 정신역동을 다음과 같이 유추해 보았다. 환자의 개인력 상 특징으로는 일찍 아버지를 여의고 편모슬하에서 성장한 점, 남편과의 사별, 수차례에 걸친 자궁과 그 부속기의 수술 등을 들 수 있다.

환자의 내면은 아버지가 없는 상태에서 오이디푸스 콤플랙스를 적절히 해소하지 못해서 생긴 어머니에 대한 의존심, 독점욕, 질투, 경쟁심 등이 병존한 상황이었을 것이다[19].

따라서 어머니에게 의존하면서도 벗어나고 싶은 욕망으로 인해 무의식적인 적대감이 생길 수 있고, 이것이 의식화 되면 용납될 수 없으므로 두려움과 혼란이 억눌려져 있는 상태라고 예상된다. 그리고 할아버지와 삼촌들로 대표되는 가부장적이고 권위적인 가정환경 하에서 생각이나 감정은 억압되기가 쉬웠을 것이고 심리적인 표현보다는 신체적으로 내부 갈등을 표현하는 경향이 더욱 강해질 수 있다.

일반적으로 배우자의 사망은 심각한 스트레스이자 생활 전반에 걸친 재조정을 요구하는 극단적인 생활 사건으로 노년기 이전에 경험하는 배우자 사별은 자녀 부양의 의무 및 새로운 직업을 구해야 하는 많은 발달 과업과 맞물려 있어 심각한 부적응을 일으키는 요소가 될 수 있다[20].

그리고 자궁과 그 부속기와 관련된 수술은 인공 유산과 자궁외 임신으로 인해 죽어간 태아에 대한 무의식적인 죄책감과 속죄의식 및 출산 능력, 성적 매력 및 오르가즘의 상실에 대한 두려움을 유발할 수도 있다[19]. 성교통 역시 이런 무의식적인 요소들로 인해 더욱 통증이 가중 되었던 것으로 보인다. 이처럼 환자가 살아오면서 겪었던 많은 심리적, 정신적인 요소들은 편측 마비와 소력 증상의 중요한 단서가 될 것이다.

신체형 장애의 일반적인 치료지침은 환자에게 무조건 신체 질환으로 시인해서도 안 되고 그렇다고 무시해서도 안 되는 상황에서 우선 증상을 완화 시킨 뒤 정신치료적인 접근을 시도하는 것으로 알려져 있다[21].

그러나 본 환자의 경우 만성 골반통 같은 과거력에 대해 분명히 인식하는 상태였고, 입원 당시부터 매우 강한 통증을 호소했다. 따라서 신체증상에 대한 치료가 위주가 되었고 弛緩療法과 暗示 같은 정신요법 역시 진통과 이완의 목적으로 사용되었다.

그러나 결과적으로는 환자를 심리적으로 지지하고 증상의 악화를 막는 잠재적인 효과를 발휘했던 것으로 보인다. 하지만 환자와의 면담이나 관찰 도중 별다른 정신적인 문제점을 발견하지 못한 상황에서 퇴원 직전 환자가 작성한 MMPI profile 결과는 겉으로 드러나지 않지만 분명히 환자에게는 정신적·심리적인 문제가 내재되어 있음을 의미하는 것이었고, 이 부분에 대해 입원 기간동안 좀 더 적극적으로 면담과 정신·심리 치료를 시행하지 못했던 점은 아쉬움으로 남는다.

Ⅳ. 結 論

만성 골반통과 편마비를 동반한 달리 분류되지 않는 신체형 장애 환자의 임상례를 통해 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 전환 장애 이외의 신체형 장애에서 나타난 편마비 같은 극적인 수의운동의 기능 상실을 본 사례를 통해 소개하였다.
2. 만성 골반통 처럼 장기간 지속되는 만성 통증 치료에 있어 정신 요법의 활용은 매우효과적일 수 있다.
3. 환자에게 드러나지 않은 정신 역동을 적극적으로 파악하고 이를 진단과 치료에 적극 활용해야 한다.

Ⅴ. 참 고 문 헌

1. 김헌일, 김근우, 구병수. 中氣로 인한 左上下肢麻痺 환자 증례보고. 동의신경정신과학회지. 2004;1(15):167-174.
2. 박남진. 신체형장애. 원광정신의학 . 1995;5(1):22-28.
3. 대한한방부인과학회 교재편찬위원회. 한의부인과학(상). 초판. 서울: 정담출판사. 2002: 183-200, 266-281, 346-350
4. 김순열, 윤종원. 만성 골반통의 동서의학적 고찰. 한의학 연구소 논문집. 1996;5(1):15-31
5. Edmund J. 이현수 역. 제이콥슨 박사의 긴장이완법. 초판. 서울: 학지사. 1995:94-157
6. 왕진만, 김동준. VAS를 이용한 동통 평가의 유용성. 대한척추외과학회지. 1995;2(2):177-184
7. 미국정신학회. 정신장애의 진단 및 통계 편람 제 4판. 서울: 하나의학사. 1995:579-610
8. 조한백. 부인과에 활용되고 있는 소요산에 대한 연구. 대한 한방부인과학회지.2000;13(2): 265-277
9. 최은주, 이인선. 소요산·가미소요산의 효능에 관한 실험적 연구. 대한 한방부인과 학회지. 1996;9(1):41-53
10. 김기석, 송윤헌. 동통치료에 사용되는 이완요법. 대한두개하악장애학회지.1993;5(1):1-5
11. 황의완, 김지혁. 동의정신의학. 초판. 서울: 현대의학서적사. 1987: 762-791
12. 노승호. 만성통증의 신경정신의학적 측면. 원광정신의학. 1997;13(1):15-28
13. 서지영, 김윤상, 임은미. 만성 골반염 환자에 대한 치험 1례. 대한 한방 부인과학회지. 2002;15(4):219-223
14. 문석재 등 編著. 肛腸療法. 초판. 원광대학교: 원광사 1998: 11-18, 21-28, 178-196
15. 이귀녕, 이종순. 임상병리파일. 재판. 서울: 의학문화사. 1996:178-181
16. 조진영, 김지혁, 황의완. 통증에 대한 소고. 동의정신과학회지.1993;4(1):47-64
17. 임영란, 박기환, 박병관, 안창일, 김재환, 오상우. MMPI Sc척도의 타당화 연구.한국심리학회지.1991;10(1):42-54
18. 강봉규. 심리검사의 이론과 기법. 초판. 서울: 동문사. 1999:263-298
19. 조두영. 임상행동과학. 재판. 서울: 일조각. 1997: 23-24, 233-234, 245-254
20. 강인, 최혜영. 여성의 배우자 사별 스트레스 적응 과정에서 개인 내적 요인들의 중재적 역할. 대한가정학회지.1998;36(4):95-107
21. 민성길. 최신 정신의학. 4판. 서울: 일조각. 2000: 331-341