

한의학적 정신치료와 M&L 심리치료를 통한 전환장애 환자 치험 1례

이희정*[†], 민백기[‡], 진준수[§], 서주희[†]

경희대학교 한의과대학 예방의학교실*, 국립중앙의료원 한방진료부 한방신경정신과[†], 침구과[‡], 한방내과[§]

A Case Report of Conversion Disorder Treated with Psychotherapy of Korean Medicine and M&L Psychotherapy

Hee-Jung Lee*[†], Baek-Ki Min[‡], Joon-Soo Jin[§], JooHee Seo[†]

*Department of Preventive Medicine, College of Korean Medicine, Kyung Hee University, Departments of [†]Korean Neuropsychiatry,
[‡]Acupuncture Et Moxibustion, [§]Korean Internal Medicine, National Medical Center

Received: August 25, 2018
Revised: September 7, 2018
Accepted: September 18, 2018

Correspondence to
JooHee Seo
Department of Korean
Neuropsychiatry, National Medical
Center, 245 Ulji-ro, Jung-gu, Seoul,
Korea.
Tel: +82-2-2260-7467
Fax: +82-2-2260-7464
E-mail: herb9848@naver.com

Objectives: Conversion disorder is combination of clinical symptoms and can be promoted until diagnosis is confirmed. In this case, we used Korean medical psychotherapy, M&L therapy, and Korean traditional medicine for treating a conversion disorder patient.

Methods: The patient was diagnosed with conversion disorder, and main complaints were lower limb dysesthesia, and anxiety. We used BAI, BDI, HRV, CSEI-S, MMPI, Drawing room of mind for assessment. We treated the patient with Korean medical psychotherapy with M&L therapy, and Korean traditional medicine including acupuncture, moxa and herbal medicine.

Results: After treatment, clinical symptoms improved to 40% compared with first visit and the BAI, BDI, HRV, CSEI-S scores decreased, especially scores for anxiety and depression.

Conclusions: Korean medical psychotherapy and M&L psychotherapy can be effective for treating conversion disorder.

Key Words: Conversion disorder, Korean medicine, Psychotherapy, M&L therapy, Dysesthesia.

I. 서론

전환장애(conversion disorder)는 주로 신경학적 손상을 암시하는 1가지 이상의 신체적 증상을 나타내는 경우를 말한다. 즉, 수의적(의도적) 운동기능이나 감각기능의 이상을 나타내는 1가지 이상의 증상이 있고, 이러한 증상이 확인된 신경학적 질환 또는 의학적 질환과는 불일치하고, 이로 인해 생활 전반에 걸쳐 심각한 고통을 겪거나 부 적응적 증상들이 초래되는 경우 전환장애로 진단된다. 증상이 6개월 이하인 경우는 ‘급성 삽화’, 6개월 이상은 ‘지속성’으로 구분한다. 전환증상을 유발한 스트레스의 유무에 따라 ‘심리적 스트레스가 있는 것’과 ‘심리적 스트레스가 없는 것’으로 구분한다¹⁾. 전환장애 진단을 위해서는 증상이 신경학적 질병으로 설명되지 않아야 하지만 단지 검사결과가 정상이거나 증상이 ‘괴이하하다’는 이유로 진단이 내려져서는 안 된다. 반드시 신경학적 질병과 불일치 한다는 분명한 임상적 소견이 있어야 한다. 전환장애의 발병은 전체 연령에 걸쳐 보고되고 있다. 비뇌전증 발작의 발병은 30대에 가장 많으며, 운동 증상들은 40대에 가장 많이 발병한다. 증상은 일시적일 수도 있고 지속적일 수도 있다. 병의 예후는 청소년이나 성인보다 어린 아동에서 더 좋을 수 있다²⁾. 한의학적으로 전환장애는 졸연혼도(卒然昏倒), 인사불성(人事不省), 아관긴급(牙關緊急), 수족경련(手足痙攣) 및 권역(厥逆) 등의 증상이 나타나는 중기증(中氣證)과 유사성을 찾아볼 수 있다³⁾. 중기증(中氣證)은 기중(氣中)이라고도 하며 감정이 격앙되고 기(氣)가 상역(上逆)함으로써 발생하는 일과성의 의식 상실과 경련을 뜻한다. 흔히 폭희(暴喜), 폭노(暴怒) 등 정신적인 충격으로 인해 발생하며 특히 심한 분노 끝에 오는 경우가 많다. 중기증(中氣證)의 치료로 통기(通氣), 순기(順氣) 목적으로 침구치료 및 한약치료 등을 사용하여 개규성신(開竅醒神)하는 치료를 시행 한다⁴⁾. 전환장애의 정신치료는 공감적 태도로 권위를 가지고 시행하는 지지적 정신치료가 효과적이며 환기요법과 암시요법, 행동치료(이완)도 이용할 수 있다. 내적 갈등을 과해치고 통찰을 주는 분석적 정신치료도 시도 할 수 있지만 대상이 제한된다⁵⁾. 지지적 정신치료와 가장 유사한 형태의 한의학 정신요법인 지언고료요법이며 일종의 대화요법으로써 설득과 보충, 재교육 등을 통해 안정시켜 자신을 되찾도록 용기를 주는 방법⁶⁾이며 M&L 심리치료도 같이 본 증례치료에 적용하였다. M&L 심리치료는

‘수동적 깨달음’인 마인드풀니스(Mindfulness)와 ‘적극적 사랑’에 해당하는 ‘러빙프레젠스(Loving Presence)’라는 두 가지 근원적 힘을 이용하여 진정한 가치를 찾아가도록 돕는 심리 치료법이다⁷⁾.

본 저자는 낮잠 자고 일어나 갑자기 우측 하지마비 느끼어 타 병원 신경과에서 당뇨병 마비 진단으로 한달 동안 입원치료 받았으나 지속적으로 통증과 감각이상 발하여 본원 한방신경정신과 입원동안 협진 통하여 신경과에서 신경학적 기질적 원인 없음을 확인 후 전환장애로 추정 진단한 52세 여성에게 한의학적 정신치료와 M&L 심리치료 병행하여 증상의 호전을 보여 이에 보고하는 바이다.

II. 연구대상 및 방법

1. 연구 대상

서울 소재 ○○병원에서 입원 치료 받은 환자 중 DSM-V2) 진단기준에 따라 전환장애로 진단된 환자를 대상으로 하였다.

2. 주 증상 평가 방법

1) 신경전도 검사(Nerve conduction studies)⁸⁾

신경병증 유무 확인에 유용하며 형태(type)와 분포(distribution)를 결정할 수 있게 한다. 탈수초성(demyelinating) 및 축삭성(axonal) 신경병증을 구별 할 수 있으며 비대칭적 침범 여부를 확인해서 다 초첨성 병리소견인지 알 수 있다. 신경전도차단(conduction block)은 국소성 탈수초 병변을 나타내며 후천적인 탈수초성 질환을 의미한다.

2) 시각적 상사 척도(Visual Analogue Scale, VAS)

VAS는 환자가 느낀 증상의 정도를 일정한 직선 위에 표시하는 방법으로 가장 심한 상태를 10, 증상의 소실을 0으로 하여 환자의 주관적 느낌을 평가하였다.

3) Beck 불안척도(Beck Anxiety Inventory, BAI)⁹⁾

BAI는 불안의 인지적, 정서적, 신체적 영역을 포함하는 21문항으로 구성되어 있으며, 문항당 0~3점 척도로 구성되어있으며, 총점을 구한다. 22~26점은 불안상태(관찰과 개입을 요함), 27~31점은 심한 불안 상태, 32점 이상은 극

심한 불안상태로 평가할 수 있다.

4) Beck 우울척도(Beck Depression Inventory, BDI)¹⁰⁾

BDI는 자가보고형 질문지로 21개 문항으로 구성되어 각 문항당 0~3점으로 점수가 매겨진다. 총 점 범위에 따라 0~9점은 우울하지 않은 상태, 10~15점은 가벼운 우울상태, 16~23점은 중한 우울상태, 24~63점은 심한 우울상태로 평가한다.

5) 핵심 칠정 척도¹¹⁾

본 설문지는 100문항으로 희(喜) 17문항, 노(怒) 15문항, 사(思) 13문항, 우(憂) 11문항, 비(悲) 18문항, 공(恐) 12문항, 경(驚) 14문항으로 각 문항별로 '전혀 그렇지 않다=1, 약간 그렇다=2, 웬만큼 그렇다=3, 꽤 그렇다=4, 매우 그렇다=5점'으로 5점 리커트 척도로 구성되었다. 희의 경우는 40~45점이면 주의군, 35~39점이면 위험군, 35점 미만은 고 위험군으로, 나머지 부정적 정서의 경우는 55~60점은 주의군, 61~65점은 위험군, 66점 이상은 고 위험 군으로, 특히 비(悲), 우(憂), 노(怒)의 정서가 높은 경우(질병이 있는 사람들이 없다는 사람보다 유의미하게 높았던 정서)에는 더욱 주의를 요하는 것으로 하였다.

6) 마음의 방 그리기¹²⁾

마음의 방 그리기 과정을 통해 내담자들은 막연했던 마음을 하나한 정리해 갈 수 있으며 스스로 내면을 성찰 할 수 있게 된다. 이를 통해 스스로의 마음을 시각화, 도식화, 객관화, 구체화하는 작업이라 할 수 있다. 또한, 명상의 집중도를 높일 뿐 아니라 치료전후의 마음의 변화를 관찰하고 평가할 수 있는 유용한 도구이다. 본 도구에서 그려지는 마음의 방들은 내담자(피험자)들의 힘의 근원이자 고통의 근원이다.

7) 심박변이도 검사¹³⁾

피험자는 조용한 실내에서 피검자가 양외위로 5분간 안정하며 환경에 적응한 후 좌우 손목 부위와 좌측발목 부위에 각각 전극을 부착하고 5분간 측정하였다. 측정에는 심박변이 측정용 맥파계인 bfm 5000 PLUSTM (Medicore Co., Ltd., Korea)를 사용하였다. HRV를 변동시킬 수 있는 다른 요인을 배제하기 위해 검사자는 실험 전날 음주 및 실험 2시

간 전에는 음식물, 카페인 함유된 음료의 섭취 및 흡연을 금하였다.

III. 증례

1. 환자 기본 정보

000(여성/만52세)

2. 주소증

우측 하지 마비

3. 발병일

2000년 0월 0일(내원 한달 전 00병원 신경과 입원 치료 받고 전원)

4. 현병력

건강한 체격의 원만한 성격인 여환으로 상기 발병일에 낮잠 자고 일어나서 나가는데 갑자기 우측 하지마비 느끼시어 00병원 신경과에서 당뇨병성 마비 진단으로 한달 동안 입원하여 스테로이드 치료를 받고 별무 호전 상태로 한방치료 위해 본원 한방신경정신과 입원하였다.

5. 변증

사진(四診)소견은 다음과 같았다.

- 1) 망진(望診): 면홍, 비만체격, 자한, 부종경향보임.
- 2) 문진(聞診): 목소리가 가늘고 떨리며, 인후부 이물감호소.
- 3) 문진(問診): 식욕과다, 하루 6끼 이상의 식사와 식간사이 절제 안 되어 간식을 수시로 복용함. 구갈상태 심하여 항상 물과 탄산음료 복용. 수면 불규칙하여 불면 심하며 쫓기는 꿈을 많이 꿈. 문진동안 주변을 계속 살핌.
- 4) 절진(切診): 심색맥(心齋脈)으로 심부위에서 가늘고 끊어질 듯 한 불규칙적인 맥/ 황태가 있으며 설색은 붉은빛. 이에 심담허겁(心膽虛怯)으로 진단하였다.

6. 복용약

Diamicron MR Tab 60 mg 2*1, qd

Beecom Tab 1*1 ac, qd

Lamiart Tab 100 mg 2*1, qd

Xigduo XR Tab 10/100mg 1*1, qd

Mevalotin Tab 20 mg 1*1, qd
Synthyroid Tab 0.1 mg 1.5*1, qd
Synthyroid Tab 60 mg 1*1, qd
Indenol Tab 10 mg 1*2, qd
Dumirox Tab 100 mg 1*1, qd
Imipramine HCl Tab 50mg 1*1, qd
Alpram Tab 0.5 mg 1*1, qd
Q-Rokel Tab 25 mg 0.5*1, qd
Myungcephin Tab 6 mg 1*1, qd
Lantus Injection Solosta 3ml 1*1, qd

7. 과거력

- ① 갑상선기능항진증(내원 5년전)
- ② 당뇨병(내원 5년전)
- ③ 양성자세현훈(내원 1년전)

8. 개인력

1) 가족력

어려운 가정형편으로 일찍 독립하여 결혼 이후 연락 끊은 상태.

2) 결혼력

폭력적인 남편과 5년 전 이혼 후 두 아들과 거주 중.

3) 사회력

산후조리원에서 신생아 돌보미로 근무.

4) 학력

중졸

9. 임상진단

R/O 전환장애

10. 치료

1) 상담치료

한의학적 상담요법인 지언고론 요법(至言高論療法)과 M&L 심리치료(러빙프레젠스(Loving presence), 리소스마

인드풀니스(Resource mindfulness), 신체 감각 마인드풀니스(Somatic mindfulness), 마음의 방 그리기)등을 병행하여 입원 기간 9일 동안 매일 1일 1회 진행 하였다.

2) 침치료

직경 0.25 mm, 길이 30 mm의 1회용 stainless호침(동방침)을 사용하여 담정격(膽正格)으로 통곡(通谷)(BL66) 협계(俠谿)(GB43) 보(補), 상양(商陽)(LI1) 규음(窟陰)(GB44) 사(瀉) 하였고 영수보사법(迎隨補瀉法)으로 자침(刺針)하여 매 1일 2회 자침 후 15분간 유침 하였다.

3) 간접구 치료

중원(中脘), 관원(關元)에 간접구를 매일 1일 1회 오후에 시행하였다.

4) 한약치료

(1) 초진시

황기계지오물탕(黃耆桂枝五物湯) 하루 2회 아침, 저녁 식 후 복용

온담탕 ex 하루 2회 아침 저녁 식후 복용

천심액 저녁 취침전 복용

5일 복용

(2) 입원 6일

청심연자탕(淸心蓮子湯) 하루 2회 아침 저녁 식후 복용

온담탕 ex 하루 2회 아침 저녁 식후 복용

천심액 저녁 취침전 복용

3일 복용

(3) 입원 9일

백호가인삼탕(白虎加人蔘湯) 하루 2회 아침 저녁 식후 복용

온담탕 ex 하루 2회 아침 저녁 식후 복용

천심액 저녁 취침전 복용

3일 복용

(4) 퇴원약

백호가인삼탕(白虎加人蔘湯) 하루 2회 아침 저녁 식후 복용

온담탕 ex 하루 2회 아침 저녁 식후 복용

천심액 저녁 취침전 복용

10일 복용

11. 경과 기록

1) 입원 전

낮잠 자고 일어나 갑자기 우측 하지 마비 느끼시어 OO병원 신경과에서 한달 입원 하여 당뇨병 마비 진단으로 스테로이드 치료 받았으나 통증, 마비감 지속되어 본원 외래 통하여 입원 하였다.

2) 입원 1~2일

입원 당시 환자는 상당히 불안해하며 옆 환자 소리에도 깜짝 놀라며 가슴 두근거림 호소하였다. 천심액 투여 후 입면 하였으나, 불안감 때문에 깊은 수면은 이루지 못했다고 하였다.

하지에 예리한 통증 NRS 8정도로 심하다고 호소하였고 족배굴곡 시 5도 내외였으며 면담은 힘들어하였다. 우울설문척도와 불안 질정 척도를 시행한 결과 BAI와 BDI 점수는 각각 41점 39점이었다. HRV 결과 LF/HF ratio는 0.595였으며, CSEI-S 시행결과 질정 각각의 점수는 희 10, 노 7, 사 16, 우 16, 비 19, 공 16, 경 20으로 나타났다. MMPI를 시행결과는 다음과 같다(Fig. 1). 입원 첫날과 둘째 날에 불안감에 대한 안전감 형성을 위한 지지요법과 마인드 풀니스를 시행한 후 오후 회진 시 환자는 우측하지에 칼로 베이는 듯 한 통증이 다소 경감(NRS 8→7)되었다고 하였다.

3) 입원 3일

환자분 우측하지 저림증, 칼로 베이는 듯 한 통증 지속적으로 호소하고 통증으로 인한 불면, 불안 심해져 신경과에 협진 의뢰하여 신경전도 검사를 양성하지에 시행하였다. 신경전도 검사 결과상 양성하지에서 말초신경병증 소견이 관찰되지 않는 것으로 나타났다. 그로 인해 당뇨병성 신경병증으로 처방받아 복용하던 스테로이드제 복용을 중지하였다. 그러나 스테로이드제 복용을 시작하면서 기존 당뇨의 당조절이 되지 않아서 투약하였던 란투스도 같이 중지하려 하였으나 식간음식 조절이 되지 않아서 주입을 유지하기로 하였다. 환자는 통증으로 인해 사회생활 복귀가 불가할거 같다는 불안감호소하여 상담으로 지지하였고 신체감각 마인드 풀니스를 시행하였다.

4) 입원 4일

입원 중에 병원식이 너무 작아 다른 환자들 병원식 남기는 것까지 복용하고 간식을 의료진 몰래 섭취하는 것을 발견하여 식이 티칭 하였다. 이에 식이 조절이 되지 않는 점에 대해 면담을 시행하였는데 환자 이혼이후 그 증세가 심해져 불안감이 생길 때 마다 먹는 습관을 들였다고 하여 러빙프레즌스를 시행하였다. 오후 회진 시 우측 하지 저림 통증 여전히고 엄지발가락 특히 시림과 전경골근 압통과 감각이상과 전날 가위에 눌러 잠을 못잔 이후 가슴 두근거림을 호소하였다. 이에 지언고론요법을 시행하여 가슴 두근거림에 대하여 지지요법 시행하였고 불안감이 심해 두개천골요법 15분 병행하여 안전의 장을 형성해주었고 환자는 편안해졌다고 하였다.

5) 입원 5~6일

환자분 오전 회진 시 다리 저린감과 엄지발가락 시림 또한 경감되었다고 증상 호전도에 대해 긍정적 반응을 표하였으나 오후에 외래에서 간접애주구 시행 후 갑자기 다리 힘 빠져 절뚝거리면서 보행 힘들어 휠체어로 병동으로 이동하였다. 병동에서 보행에 대한 불안감으로 흥분하며 울먹였고 러빙프레즌스와 삼단전 명상 시행하고 불안에 대한 안전감을 마련해주었다.

6) 입원 7~8일

란투스 증지를 위하여 식전 당수치를 계속 추적 관찰하였으나 조절이 되지 않아 지속적으로 란투스 투여를 결정하였고 환자에게 식이조절의 다시 티칭하였다. 환자는 낮시간에 초조하고 불안감을 이기기 위한 방법으로 먹는 것을 조절하지 못하겠다고 하였다. 이에 불안에 대한 지지요법(지언고론요법)을 시행하였다. 입원 8일째 오전 회진 시 보행이 편안해지고 우측발목 칼로 베이는 듯 한 통증과 저림감이 소실되었다 하였고 또한 오른 발목 ROM 정상 범위를 상회하게 되었다.

7) 입원 9일

환자는 입원 첫날에 비해서 면담 시 편안함을 느끼고 가슴이 두근거리고 깜짝깜짝 놀라는 증상은 경감되었다고 하였다. 또한 우측하지 저림, 감각이상과 통증이 VAS 8에서

3으로 경감되어 외래 치료 권유하여 퇴원하기로 동의 하였다. 환자는 퇴원 전 면담 시 사회생활 복귀에 대한 설레임을 보이고 삶에 대한 의지를 다시 보였다. 오후 외래에서 우울 설문척도와 불안 척도를 시행한 결과 BAI와 BDI 점수는 각각 26점 24점으로 경감하였고, HRV 결과 LF/HF ratio는 0.54로 나왔으며, CSEI-S 시행결과 측정 각각의 점수는 회 9, 노 7, 사 17, 우 11, 비 18, 공 13, 경 15점으로 불안과 두려움증상이 상당히 개선된 것으로 나타났다.

12. 치료 전후 평가 및 검사 소견

1) 의학적 검사

(1) 신경전도 검사(양상하지)(2000년 0월 0일)

- Normal motor NCVs on bilateral median and ulnar nerves.
- Normal sensory NCVs on bilateral median and ulnar nerves.
- Normal motor NCVs on right peroneal and tibial nerves.
- Normal sensory NCVs on bilateral superficial peroneal and sural nerves.

-Result: 신경전도 검사 상 양상하지에서 peripheral neuropathy 소견 관찰되지 않음.

2) 입원 기간 통증 변화(Table 1)

3) 심리검사(Table 2, 3, Fig. 1~3)

Table 1. Changes of VAS

Day	Lower limb dysesthesia
1	VAS 8
3	VAS 6
5	VAS 8
7	VAS 5
9	VAS 3

Table 2. Changes of Heart Rate Variability (HRV)

	Before Tx. (1 day)	After Tx. (9 day)
LF norm	37	19
HF norm	62	35
LF/HF	0.59	0.54
Stress Resistance	50 (Very Bad)	97 (Normal)
Stress Index	112 (Bad)	100 (Normal)

IV. 고찰

상기 환자는 갑작스레 발생한 우측하지 감각이상을 주소증으로 내원하여 입원치료를 하였다. OO병원 신경과에서 당뇨병 하지마비 진단받고 한달 스테로이드 치료 받았으나 지속적으로 통증 발하여 본원 한방신경정신과로 전원 하였다. 당뇨병성 신경병증 진단으로 양약을 복용하고 있었으나 호전적 증상이 없었고, 입원 초 면담 시 불안과 우울감이 심하여 전환장애 추정되어 본원 신경과 의뢰하여 신경전도 검사 시행 후 검사 결과에서 양상하지에서 말초신경병증소견이 관찰되지 않음에 따라 기질적 이상 없는 심인성 증상으로 판단되어 전환장애로 추정진단을 내렸다. 이에 환자가 현재 호소하고 있는 하지 감각 이상에 대해서 정신 상담 치료적 접근이 필요하다 사료되어 매일 지언고론요법과 M&L 심리치료를 병행하였고 한의학적 치료도 진행하였다. 증상의 경감도에 따라서 환자가 호소하고 있는 하지 감각이상 증상에 심리적 인자도 크게 기여하는 것으로 판단할 수 있었다. 전환 장애의 증상은 무의식과정을 통하여 일어나며 이때 관여하는 방어기전은 억압과 전환이다. 증상은 억압된 욕구 중 일부가 상징적으로 전환되어 표현된 것으로 환자는 그 의미를 모르고 있다. 그러나 역설적으로 증상을 통해 주위환경과 대화하고 갈등을 통제하려는 시도를 하게 된다.⁵⁾ 입원 당시 양하지 감각이상의 주호소증과 극도의 불안, 우

Table 3. Changes of BAI & BDI Test

	Before Tx. (1 day)	After Tx. (9 day)
BAI index score	41	26
BDI index score	39	24

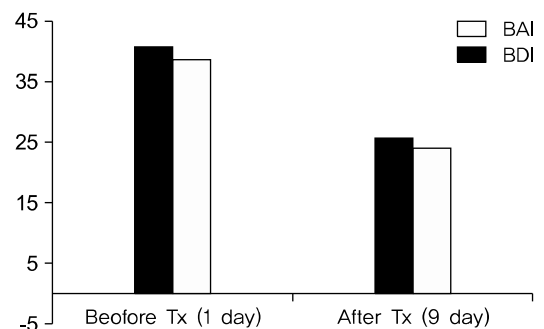
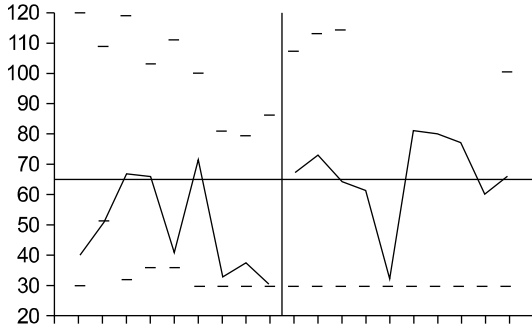


Fig. 1. MMPI profile of the patient.

울감보여 평가를 위하여 BAI, BDI, HRV, CSEI-S, MMPI를 시행하였다. 시행결과 BAI 41점, BDI 39점으로 극심한 불

안감과 중증 우울감을 보였고 CSEI-S (희:10, 노:7, 사:16, 우:16, 비:19, 공:16, 경:20)으로 놀람, 슬픔 우울이 높은 경향을 나타냈다. 또한 HRV 결과상 LF norm: 37, HF norm 62, LF/HF ratio: 0.59, Stress resistance 50, Stress Index 112로 스트레스가 높고 저항력 떨어진 상태이며 LF의 경우 급성스트레스를 나타내는데 37로 교감신경이 활성화 되어 있고, HF 62로 부교감신경 항진으로 중증 우울감 소견 있어 나타난 것으로 사료된다. 일반적으로 LF는 교감신경 활성화 및 교감-부교감 신경균형, HF는 부교감신경 활성화에 대한 지표로 활용¹⁴⁾되어 환자에게 평가 방법으로 사용하였다.

타당도 척도와 임상 척도



척도	VRIN	TRIN	F	F(%)	FBS	L	K	S	HS	O	Hy	Pd	Mf	Pa	P1	Sc	Ma	S	
									-SK			-Ak			+1k	-1k	-2k		
원점수	6	9	24	18	2	28	1	9	10	24	33	35	29	38	23	40	50	25	44
전체규준T	40	51	67	66	41	72	33	38	30	67	73	64	61	32	81	80	77	60	66

*M1 척도의 T점수는 상별규준에 의한 것임

Fig. 2. Changes of CSEI-S Test.

본 연구에 사용한 MMPI에 대해 살펴보면 MMPI는 3가지 타당도 척도와 10가지 임상척도로 구성되었다. 타당도 척도에는 L, F, K척도가 있으며, 이는 잘못된 검사태도를 탐지하게 할 뿐만 아니라 임상척도와 더불어 검사 이외의 행동에 대하여 유추할 수 있는 자료까지도 제공해 주어, 검

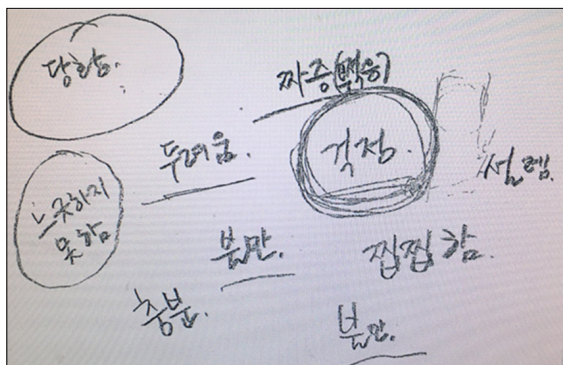
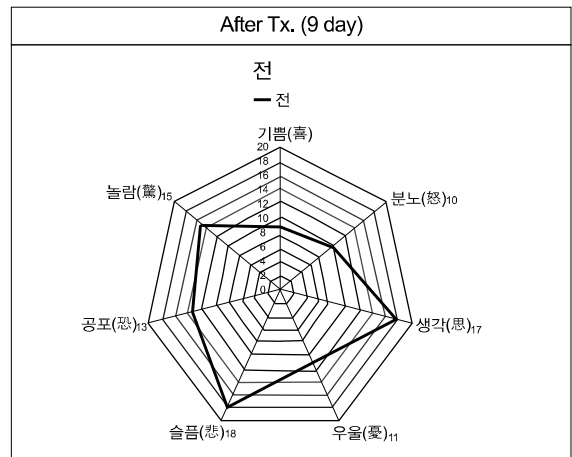
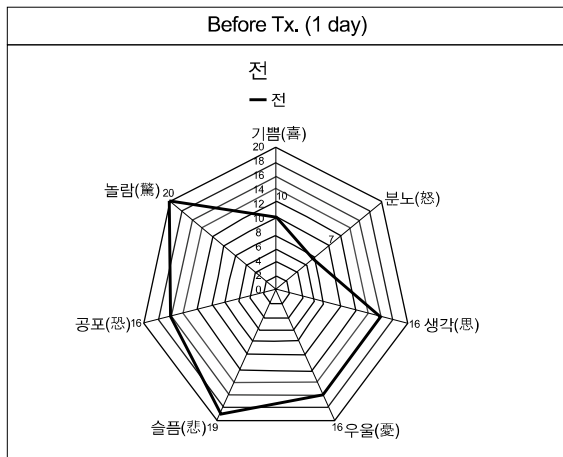


Fig. 3. Drawing of Room of mind (Before Tx. (1 day)).

사자가 취한 검사태도를 바탕으로 그에 상응하는 해석을 하게 된다. I 척도는 자신을 좋은 모양으로 나타내 보이려는 고의적이며 세련되지 못한 시도를 측정하고, F 척도는 생각이나 경험이 일반 대중들과 다른 정도를 측정하며 K척도는 은밀하고 세련된 방어성과 경계성을 측정 한다¹⁵⁾. 상환은 타당도 척도에서 삿갓형으로 현재 심리적 신체적 불편감을 경험하고 있는 상태로 사료된다. 또한 임상 척도에는 1 (Hs), 2 (D), 3 (Hy)의 신경증 척도와 6 (Pa), 7 (Pt), 8 (Sc), 9 (Ma)의 정신병척도, 4 (Pa), 5 (Mf), 0 (Si)의 성격장애 척도가 있다. 상환의 임상 척도에서 2 (D), 4 (Pa), 7 (Pt), 8 (Sc), 5 (Mf) 가 정상 범위에서 벗어나는 것으로 보이며 상당한 기분 저하감을 나타내며, 대인관계에서 민감하게 반응하고 수동적인 전통적 여성역할을 하려는 태도로 분석되어지며 또한 스트레스로 인해 불안과 심리적으로 고통 받고 있으며 그로 인해 감정조절이 힘들어지는 상태라고 분석할 수 있었다¹⁶⁾.

그리고 M&L 심리치료요법 중 하나인 마음의 방 그리기를 입원 당시 외래에서 시행하였는데 환자는 불안, 불만, 짜증, 사회부적응에 대한 걱정으로 가득 차 있다고 말했다. 환자는 결혼 후 남편이 폭력적으로 변하여 상습적으로 폭언과 폭행을 당하며 두 아들과 힘들게 살았지만 5년 전 이혼을 하게 되면서 경제적으로 갑자기 막막해지면서 불안, 우울이 심해졌다고 말했다. 이혼 후 산후조리원에서 아기들을 돌보면서 두 아들을 키우고 있으며 큰아들이 선천적으로 심장병을 갖고 태어나 걱정스럽고 초조한 마음을 가지고 산다고도 하였다. 이에 환자가 현재 호소하고 있는 하지 감각이상에 대해서 정신 상담 치료적 접근도 필요하여 매일 지언고론요법과 M&L심리치료(러빙 프레젠스, 리소스 마인드풀니스, 신체감각 마인드풀니스)를 병행하기로 하였고 전환장애 의심되어 신경과에 신경전도 검사를 진행을 의뢰하였다. 검사 결과 상 양상하지 모두 검사 결과상 이상이 없는 소견을 보였고, 다른 설문 조사와 진술을 분석하여 전환장애로 추정 진단을 내린 후 치료를 하였다. 환자는 매일 지언고론요법으로 지지요법과 M&L 심리치료 요법을 병행하여 이혼 후 불안과 상실감에 대해 지지해주려고 하였다. 환자에게 안정감이 형성되어진 이후에는 통증과 마비의 경감도가 눈에 띄게 낮아졌고 입원 초기 환자의 족배굴곡이 5도 내외로 상회하였으나 퇴원 시 정상범위 까지 돌아올 수 있게 되었고 통증 또한 60% 호전된 것을 확인할 수 있었다. 입원 당시 우측

하지 마비와 감각이상과 통증 호소하여 비증의 범주에 속하여 황기계지오물탕(黃耆桂枝五物湯)으로 처방을 내렸고 또한 하지 감각이상, 당뇨병성 신경병증에 효과가 있다는 최근 메타분석 연구 현황이 있어¹⁷⁾ 통증의 경감을 기대하였으나 별무 변화가 없었다. 환자는 외형과 성향으로 태음인에 가깝고 열증 소견 보여 이에 비증 보다 심신에 쌓인 스트레스를 풀어주기 위해 청심연자탕(淸心蓮子湯)으로 처방을 변경하였다. 처방 변경이후 입원 당시보다 불안감이 가라앉고 잠을 자는 것이 조금 더 편안해졌다고 하였으나 식이조절이 되지 않아 지속적으로 란투스 투여가 필요한 상태가 지속되었다. 게다가 입마름과 상열감, 도한 자한 증세 심하여 상한론의 백호가인삼탕(白虎加人蔘湯)으로 처방을 변경하였다. 체내의 열을 식혀 체액을 적시고, 체력 기력의 소모를 보충하여 구강 내 건조증과 당뇨병 등을 개선하려고 하였다. 입마름과 자한 도한의 증상들은 처방 변경 이후 거의 소실되었고 퇴원 약으로 10일분 처방했다. 퇴원 15일 후 외래 진료 시 증상이 호전이 지속되었다고 하였고 아들이 심장병으로 입원중이라 걱정이 너무 되고 불안하다고 상담을 위하여 지언고론 요법과 러빙프레젠스 시행 후 백호가인삼탕(白虎加人蔘湯)으로 10일분 재처방 하였고 현재 일주일에 한번씩 외래 치료중이다. 변증으로 내린 심담허겁(心膽虛怯)의 증상은 일반적으로 불안, 초조, 경계(驚悸), 불면(不眠), 다몽(多夢), 건망증 등이 나타나는데 환자는 입원 상담부터 불안감으로 식은땀을 흘렸고 평상시 불면 증상과 기는 듯한 꿈을 많이 꾸다고 하였고 이혼 이후 그 증상이 더 심해졌다고 하였다. 심은 군주지관이며 담은 중정지관으로서 심과 담은 서로 통한다. 영추에서는 “담자중정지관(膽者中正之官) 결단출언(決斷出焉)”이라 하였는데 담실증(膽實症)은 다수(多睡), 이노(易怒), 전간(癲癇), 열즉다면(熱則多眠)하고 담허증(膽虛症)은 공인장포지(恐人將捕之), 심하담담(心下澹澹), 이경선공(易驚善恐), 두현(頭眩), 불면(不眠)등의 증상이 나타나므로¹⁸⁾ 따라서 심과 담이 허약해진 심담허겁 증상은 심중담(心中澹), 담공(澹恐), 여인장포지(如人將捕之)로 겁이 많고 작은 충격에도 잘 놀라며, 경계(驚悸)가 심하여 쉽게 진정이 되지 않고, 불면이거나 잠을 자더라도 깊이 잠들지 못하고 뒤척인다. 사암침법은 ‘허자보기모(虛者補其母) 실자사기자(實者瀉其子)’의 원칙에 다시 ‘억기관(抑其官), 보(補) 기수(其鬻)’의 응용으로 구성되는 침법이며, 여기에 자경보사법과 타경보사법을 응용하여 결과적으로 4개의 경혈

이 처방된다⁹⁾. 따라서 심담허겁 증상을 보인 환자에게 족통곡 협계 보, 상양 족구음 사를 사용하였다. 오전 오후 침치료 후 환자의 불안감과 하지 감각이상 및 통증도 동반되어 경감하는 것을 확인 할 수 있었다. 전환장애 환자에게 한방정신상담치료요법과 M&L 심리치료, 한약, 침 치료 후 퇴원 시 환자의 불안, 우울감 개선여부를 확인 위하여 불안, 우울 측정검사, HRV를 재시행하여 다음과 같은 결과를 얻게 되었다. BAI 26점, BDI 24점, CSEI-S는 희 9, 노 10, 사 17, 우 11, 비 18, 공 13, 경 15으로 불안감과 우울감이 상당히 경감되어진 것으로 나타났다 또한 HRV 결과에서도 LF와 HF 점수 모두 낮아졌고 스트레스 저항지수도 향상된 것으로 보여졌다. 환자는 퇴원후 산후 조리원에서 좋아하는 아기들을 보면서 사회생활을 다시 할 수 있을 거 같다는 선택과 희망을 표하였다.

전환장애는 임상 상 증상이 복합되어 나타나므로 진단명을 확정할 때 까지 환자의 불안감을 더 조장 할 수도 있다는 것을 이번 케이스를 통해 알 수 있었고 진단 후 개별적인 대증치료는 치료 방향에 일체감이 없고 가시적인 치료효과를 나타내기 어려워 재발 하는 경우가 흔하다. 전환 장애로 진단되었을 경우 양방적인 치료 목표는 전환증상을 해소하면서 전체적인 적응력을 향상시켜 안심, 환기 등의 지지적 정신치료가 많이 시행되고 있으며 최면요법을 이용하기도 하고 약물 요법은 항불안제를 사용하여 증상을 완화시키는데 초점을 두고 있지만 한의학적 진단과 치료의 경우 증후군의 종합적 관찰을 통하여 증상과 전일적인 관점으로 치료에 접근하며, 또한 한의학적 심리 상담치료 즉 지언고론요법과 M&L 심리치료, 침, 한약, 간접해주구 등이 병행되어져 전환장애 치료에 더욱 효과적이라고 생각되어진다. 이상에서 초기 진단이 잘못 내려진 전환장애 환자에게 한의학적 치료로 호전된 증례를 보고하였다는 점에서 더욱 의의가 있다고 할 수 있다. 향후 더 많은 증례가 보고되고 체계적인 임상연구를 통해서 전환장애에 대한 한의학적 치료의 우수성이 입증될 필요가 있을 것으로 사료된다.

V. 결론

1. 우하지 마비 증상을 보인 전환장애 환자에게 한의치료와 더불어 한방정신치료(지언고론)와 M&L 심리치료를 병행한 결과 우하지 마비증상의 VAS점수, BAI, BDI 점수,

CSEI-S 중 놀람, 우울, 공포의 점수가 감소하여 유의미한 호전을 보였다.

2. 전환장애 치료에 한방정신치료와 M&L 심리치료가 도움이 될 수 있으며, 다양한 사례보고 및 체계적으로 설계된 임상연구가 필요할 것으로 사료된다.

REFERENCES

1. Kim CS. Case Studies: Abnormal Psychology. 2nd edition. Seoul: PsyBooks. 2017;50, 399.
2. Kwon JS. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 1st edition. Seoul: Hakjisa. 2016;341-5.
3. Whang WW, Kim JH. Oriental Psychiatry. Seoul: Hyundai: 1992;611-2, 553, 556-7, 563, 601, 615-6.
4. The Korean Society Of Oriental Neuropsychiatry. Oriental Neuropsychiatry. Jipmundang; 2010;192,336.
5. Min SG. Modern Psychiatry The fifth edition. Seoul: Iljogack. 2007;361-7.
6. Lee SG. Cognitive therapy and Oriental Psychotherapy. The Korean Society of Oriental Neuropsychiatry. 2000; 11(2):29-45.
7. Seo JH, Kang HW. An Introduction of Hakomi Therapy and Its Application to Korean Medicine. J. of Oriental Neuropsychiatry. 2013;24(special 1):101-18.
8. Lindsay Bone Fuller. Neurology and neurosurgery illustrated. Churchill Livingstone.2013.602-3.
9. Yook SP, Kim ZS. A clinical study on the Korean version of Beck Anxiety Inventory: comparative study of patient and non-patient. Korean Journal of Clinical Psychology. 1997; 16(1):185-97.
10. Lee YH, Song JY. A study of the Reliability and the Validity of the BDI, SDS and MMPI-D Scales. The Korean Journal of Psychology, 1991;10(1):98-113.
11. Lee GE, Park BY, Moon KS, You JM, Kang HW. A Study on the Development of the Core Emotional Assessment questionnaire(CEAQ) Based on the seven Emotions. The Korean Society of Oriental Neuropsychiatry. 2015;26(2): 143-60.
12. Yu SY, Kang HW. The Study on Quantitative and Qualitative Analysis of Mentalizing the Rooms of Mind. The Korean Society of Oriental Neuropsychiatry. 2017; 28(3):275-286.
13. Jang BH, Lee JH, Mun KS, Kim JW, Kwon OS. Effect of Auricular Acupuncture for Mental Stress on Heart Rate Variability(HRV). 2005;22(6):173-180.
14. Kim SY, Seo HW. Relationship between Heart Rate Variability(HRV) and BDI, STAI and STAXI. The Korean Society of Oriental Neuropsychiatry. 2011;22(4):87-100.
15. Kim JH, Gug YJ, Choi SY. The Study of characteristics of panic disorder through clinical and personality scales in

- MMPI of patients with Panic disorder. The Korean Society of Oriental Neuropsychiatry. 2005;16(1):129-142.
16. Kim YH, Moon SB, Hong SH. Psychological Testing: Theory and Practice. Hakjisa. 2005:291-316.
 17. Bing Pang. Hwangi Guizhi wuwuDecoction for treating diabetic peripheral neuropathy: a meta-analysis of 16 randomized controlled trials. Neural Regeneration Research. 2016;11(8):1347.
 18. Cho SH. Systemic study on the Sa-Am acupuncture. Seoul:Sung-Bo publishing company. 2001;75-6.
 19. Kim JH, Cho MR. A comparative study on Sa-Am's ohaeng-acupuncture and liuqi-acupuncture. The Journal of Korean Acupuncture and Moxibustion Society. 2003; 20(1):61-73.