

# 히스테리아(전환장애)의 소실과 진화적 뇌신경 부조화 반응 가설

경희대학교 의과대학 정신건강의학교실

송 지 영

## Disappearance of Hysteria(Conversion Disorder) and the Evolutionary Brain Discord Reaction Theory

Ji Young Song, M.D., Ph.D.

Department Psychiatry, Kyung Hee University School of Medicine, Seoul, Korea

### ABSTRACT

**Objectives** : The author tried to find out reasons why and how hysteria(and conversion disorder) patient numbers, which were so prevalent even a few decades ago, have decreased and the phenotype of symptoms have changed.

**Methods** : The number of visiting patients diagnosed with conversion disorder and their phenotype of symptoms were investigated through chart reviews in a psychiatric department of a University hospital for the last 12 years. Additionally, the characteristics of conversion disorder patients visiting the emergency room for last 2 years were also reviewed. Those results were compared with previous research results even if it seemed to be an indirect comparisons. The research relied on Briquet P. and Charcot JM's established factors of the vicissitudes of hysteria(and conversion disorder) which has been the framework for more than one hundred and fifty years since hysteria has been investigated.

**Results** : The author found decreased numbers and changes of the phenotype of the hysteria patients(and conversion disorder) over the last several decades. The decreased numbers and changes of the symptoms of those seemed to be partly due to several issues. These issues include the development of the diagnostic techniques to identify organic causes of hysteria, repeated changes to the symptom descriptions and diagnostic classification, changes of the brain nervous functions in response to negative emotions, and the influence of human evolution.

**Conclusions** : The author proposed that the evolutionary brain discord reaction theory explains the causes of disappearance of and changes to symptoms of hysteria(conversion disorder). Most patients with hysteria(conversion disorder) have been diagnosed in the neurological department. For providing more appropriate treatment and minimizing physical disabilities to those patients, psychiatrists should have a major role in cooperating not only with primary care physicians but with neurologists. The term 'hysteria' which had been used long ago should be revived and used as a term to describe diseases such as somatic symptom disorder, functional neurological symptoms, somatization, and somatoform disorders, all of which represent almost the same vague concept as hysteria.

**KEY WORDS** : Hysteria · Conversion disorder · Evolutionary.

## 저자의 경험

지금으로부터 35년 전 저자가 전공의로서 병원 당직시에 응급실로부터 호출하여 가보면 ‘손발이 꼬인다’, ‘팔이나 다리가 마비되었다. 저리다.’, ‘목소리가 나오지 않는다.’는 등의 증상과 손과 발의 불수의적인 움직임, 실신, 과호흡하는 여성 환자를 많이 보았다. 이러한 환자는 대개 하루에 1~2명은 있었다. 그러나 요즈음 응급실에서 이러한 환자는 거의 볼 수 없게 되었다. 필자가 근무하는 대학병원이 3차 병원이라서 내원 도중에 2차병원이나 다른 곳으로 가는 경우가 많아서 그 수가 줄었다고 하더라도 이제는 거의 볼 수 없는 것이 사실이다. 요즈음 응급실에서 보는 정신건강의학과 환자는 자살 기도자가 많은데 매일 1~2명에 이른다.

과거에 저자가 이러한 전환장애 환자를 볼 때, 당시 정신의학계의 주류인 프로이트의 정신분석이론에 의거하여 환자가 나타내는 신체증상의 숨겨진 이면의 심적 원인을 알아보려고 노력하였다. 물론 그 결과는 대부분 성공적이지 못하였다. 그럴 때 필자는 자신의 심적 내용을 파헤치는 능력이 부족한 것으로 자책하고 깊고 깊은 정신분석 이론에 대한 커다란 벽을 인식하곤 했다. 환자의 정신 내면 탐구를 통해서 증상의 상징적 의미를 알아내려고 하였으며, 꿈 분석을 통해서 미처 알려지지 않은 갈등의 내용과 연결고리를 파악해보려고 했다. 이러한 노력을 했던 기억은 지금 나이 50대 이상의 정신과 의사 중 다수가 공감하는 내용일 것이다.

과거에 흔히 보던 히스테리아(전환장애)환자를 이제 더 이상 보기 어려운 일이 된 것이 불과 30여 년 사이의 일이라면 이 기간 동안에 과연 무슨 일이 전개된 것인지 의문이 들 수밖에 없다.

저자는 이 질환을 오늘날에는 더 이상 보기 어려워진 이유를 알아보려고 하였다. 그간 이에 관한 몇 편의 연구는 있었으나 이를 통해서 통합적인 이해는 불충분하였다. 이에 저자는 히스테리아란 과연 소멸된 질환인지, 아니면 살아 남아

있는 질환인지, 또 그렇게 된 이유는 무엇인지에 대해서 알아보려 한다. 또 만일 그 존재가 계속되고 있다면 우리 정신과의사는 향후에 이와 관련된 문제를 어떻게 다루어야 할지에 대해서도 생각해 보고자 한다.

그런데 ‘히스테리아’가 2천년도 넘게 지속되어 오던 질병이었지만, 이제는 역사속으로 사라진 낡은 용어가 되었다. 지금의 젊은 정신과의사에게는 생소한 병명일 것이다. 우선 지금의 젊은 정신과의사나 전공의들에게 이해를 돕기 위해 히스테리아 개념의 변천을 간략히 살펴본다(Fig. 1).

## 히스테리아(전환장애)는 과연 사라진 과거의 질환인가?

히스테리아(전환장애)가 이제는 더 이상 보기 어려운 장애가 된 것인지를 확인하기 위해서 우선 한국의 연구 상황을 살펴보았다. 한국에서 히스테리아, 히스테리 신경증, 혹은 전환장애라는 제목으로 발표한 논문은 1980년 중반까지 많이 있었다가<sup>1,2)</sup> 이후에 급격히 줄었다. 1998년에 김시경 등<sup>3)</sup>의 응급실 방문 환자의 급성 히스테리반응 연구와 정상근 등<sup>4)</sup>의 전환장애 환자의 정신생리적 반응 연구가 임상연구로서는 거의 마지막 연구로 사료된다. 이후에 거의 발견할 수 없는 것으로 보아 이제는 정신의학자의 관심에서 벗어난 질환이라고 할 수 있다.

한편 외국에서는 한국보다 훨씬 일찍부터 발생이 감소되어 히스테리아는 더 이상 보기 어려워진 병이라고 했다. 1968년 이전에 히스테리아에 대한 논문이 4,000여 편이던 것이 DSM-II 진단분류가 적용된 이후에는 전환장애(conversion disorder)를 주제로 한 논문이 352편에 불과할 정도로 급감하였다. Akagi와 House<sup>5)</sup>는 ‘히스테리아는 서구에서 사라졌다.’고 하였고, 특히 샤르코 사후에 급격히 감소했다고 했다. Shorter<sup>6)</sup>는 ‘19세기에 많이 볼 수 있었던 마비나 경련 등의 히스테리아의 증상은 1930년에 끝났으며, 이제 더 이상 볼 수 없게 되었다.’고 했다. 그리고 Stone 등<sup>7)</sup>은 ‘히스테리아의 증상이 지속되는 것인지, 변모된 것인지는 불명하다. 이 병은 정신과와 신경과 사이에서 고아(孤兒)가 되었다.’고 하였다.

그러나 신경과의사의 연구보고에 의하면 신경과에서 히스테리아(전환장애)를 보는 경우가 많다.<sup>8)</sup> 그리고 정신 요소가 신체로 이어지는 기전에 대한 연구도 최근에 매우 활발하다. 특히 뇌영상학을 통한 연구가 많이 이루어지고 있어 ‘전환장애의 재출현’이라는 말이 있을 정도이다.<sup>9)</sup>

이상의 내용으로 보아, 지금 히스테리아는 그 존재조차 알 수 없을 정도로 낡은 병명이고 사라진 것처럼 보이지만 전환장애는 여전히 존재하며, 이에 대한 연구 또한 활발하다고 판단된다.

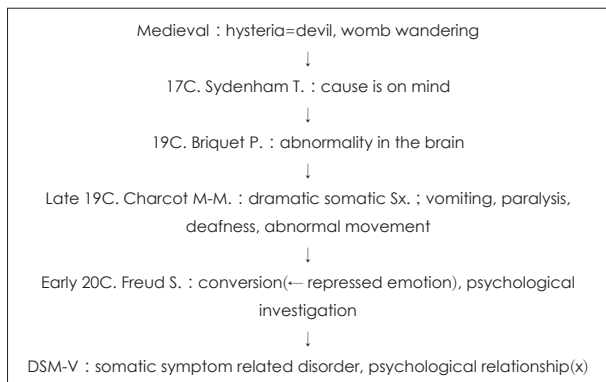


Fig. 1. The flows of the concept of hysteria(conversion disorder).

## 최근 12년간 일 대학병원 정신건강의학과 전환장애 빈도 및 임상 특징 조사

저자는 비록 부분적이거나 히스테리아(전환장애)의 현재 상황을 파악하기 위하여 저자가 근무하는 3차 병원 정신건강의학과에서 지난 12년간 전환장애 환자의 빈도 및 임상 특성을 조사하였다.

2003년 1월부터 2015년 3월까지 전환장애와 해리장애의 진단명으로 입원 및 외래 진료를 받은 환자는 총 92명이었다. 이 중에 자료가 불충분하거나 나중에 우울장애, 경련장애로 확진된 경우, 그리고 공포 장애는 제외하고 총 61명을 분석하였다. 그 결과는 다음과 같았다.

년도 별 환자 수를 보면, 2003년에는 총 16명이었으나 이후에는 현저히 줄어서 2011년 이후에는 년 간 5~7명의 빈도를 보였다(Fig. 2). 이는 저자가 과거 경험상 응급실에서 하루 1~2명을 볼 수 있었던 것을 감안해서 보아도 매우 적은 수라고 할 수 있다.

이 기간 동안에 정신과에 입원한 환자는 16명이었고 외래 방문자는 40명이었다. 이 중에 한방으로부터 의뢰된 경우는 각각 2명, 5명이었다. 이는 기질적 원인이 없다고 진단되는 경우에는 한방 치료를 선호하는 경우가 일부 있다는 점을 보여준다. 그 외에 신경과에서 2명, 소아과에서 1명이 각각 진료를 받았다.

전체 환자 중에 여자는 52명(85%)으로 남자(9명, 15%)에 비해 많았다. 이는 전환장애가 다수는 여성이지만 남자에서도 적지 않게 보이는 질환이라는 점을 보여준다. 남자의 경우에는 군인과 소아가 포함되었다. 증상의 특징을 본 바, 운동장애가 56%로 가장 많았고, 이어서 감각증상이 23%, 해리 13%, 경련발작증상이 6%를 차지하였다(Fig. 3). 이들 증상 중에 과거에 흔히 보이던 손꼬임이나 기절, 경련 발작, 해리

등의 증상은 드물었다.

발병은 급성인 경우가 많아서 1회 방문 후에 다시는 방문하지 않은 경우가 25%를 차지하였다. 그러나 증상의 지속기간이 1달 이상인 경우가 48%에 달했으며, 이들 중에 다수는 이후 10년이 지난 최근까지 통원치료를 받고 있었다(Fig. 4). 이것은 전환장애가 급성으로 내원하는 경우가 많지만 급성 발병 이후에 만성 경과를 보이는 경우가 상당히 많다는 점을 보여주고 있다. 급성의 경우에는 심적 갈등이나 주변 사람과 다툼 후에 발생하는 급성 발작의 형태가 많았다. 그러나 만성 경과를 가진 경우에서 반복적으로 대인 갈등 후에 이전과 동일한 형태의 증상이 반복 발생한다.

한국에서 히스테리아(전환장애)가 30년 그 이전에는 발병 빈도가 얼마나 되는지를 지금 확인할 방법은 없다. 가장 근래에 발표된 연구로서 김시경 등<sup>3)</sup>이 1996년부터 1년간 응급실에 방문한 환자의 급성 히스테리반응에 대한 분석결과가 있다. 이는 지금으로부터 약 20년 전의 상황인데, 당시 1년

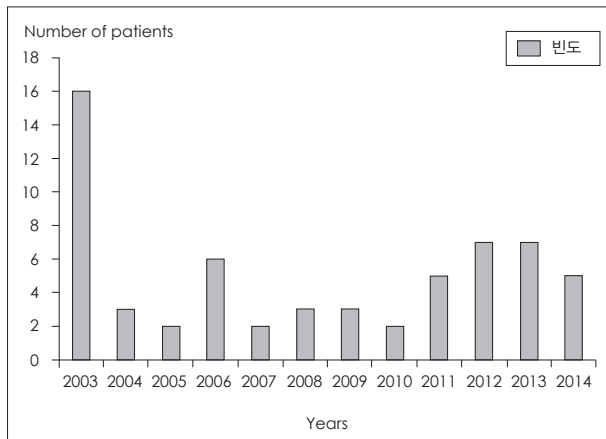


Fig. 2. Numbers of patients with conversion disorder for 12 years in psychiatric department of University hospital.

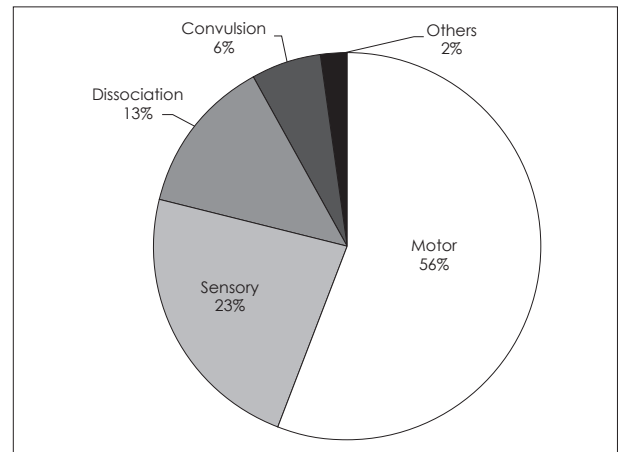


Fig. 3. Symptom characteristics of patients with conversion disorder.

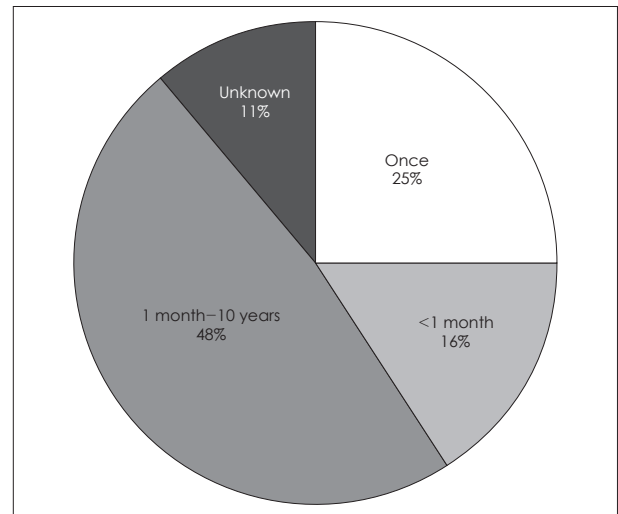


Fig. 4. Duration of follow-up of patients with conversion disorder.

**Table 1.** Number of patients with conversion disorder visited emergency room in University hospital for two years

|   | Jan. 2014-Dec. 2014   | Jan. 2015-Dec. 2015  |
|---|---|--|
| Number of patients in psychiatric unit                      | 451(F : 283, M : 169)   | 418(F : 252, M : 166)  |
| Number of patients with conversion disorder, major symptoms | 3 : ① Female, 57 years old. anxiety, dissociation<br>② Female, 75 years old. indigestion, suggestive conversion disorder<br>③ Male, 15 years old. headache, repetitive conversion symptom, major depression | 2 : ① Female, 40 years old. syncope<br>② Female 16 years old. hyperventilation, suggestive conversion disorder |
| Number of patients with anxiety                             | 65  | 124  |

에 총 211명이 응급실을 방문한 것으로 보아 전환장애 수가 결코 적지 않았던 것을 확인할 수 있다.

이 연구 결과와 간접적이거나 전환장애의 빈도를 비교해 보기 위해서, 저자가 근무하는 3차 병원(대학병원)에서 지난 2년간 전환장애의 진단명으로 응급실에 온 환자수를 조사해 보았다(Table 1). 그 결과, 2014년 1년간 응급실에 온 환자 중에 정신과 진료를 받은 환자수는 451명이었으며 이 중에 3인이, 그리고 2015년 1년간 정신과 진료자 418명 중에 2인이 전환장애로 진단되었다. 이들 중 각 1명씩은 확진이 아닌 의심된 경우였다. 내원자 중에는 불안증상을 호소하는 경우가 많았는데(2014년에 65명, 2015년에 124명) 이들 다수는 공황장애였다. 과거의 경우와 비교하면 응급실에서 진료 받은 정신건강의학과 환자 중에 전환장애를 의심할 만한 운동증상이나 신경계증상을 보이는 경우는 매우 드물다는 것을 확인할 수 있었다. 대신, 과거에 드물던 공황장애는 대폭 늘어났다. 이와 같이 전환장애의 빈도가 낮은 결과는, 진단명이 여러 개였을 경우에 전환장애는 가장 우선 순위의 진단명에 가려져 빠진 경우가 있어 수가 축소 보고된 것일 수 있다. 그리고 응급실에서 비록 전환장애가 의심된다 하더라도 신체형장애나 급성스트레스장애 등의 다른 병명으로 기재되어 누락되었을 가능성도 있다. 이와 같이 과거와는 달라진 진단명의 변화에 따라서 히스테리아(전환장애)로 기재되지 못하고 누락되는 경우를 감안하더라도, 최소한 과거에 비하여 전환장애의 빈도는 현저하게 감소되었으며 증상이 달라졌다는 점은 확인할 수 있었다.

그렇다면 이처럼 히스테리아(전환장애)의 발생이 감소된 원인은 무엇인가? 발생 자체가 적어진 것인가, 혹은 발생은 있으나 단지 정신과로 방문하거나 의뢰가 줄어든 것인가? 아니면 과거의 증상이 변화되어 이제는 보기 어려운 다른 형태로 변화된 것인가?

저자는 이러한 여러 가능성을 염두에 두고 히스테리아(전환장애)의 감소 내지는 변화된 모습의 이유를 살펴보고자 한다.

## 전환장애(히스테리아) 소실 혹은 감소 이유

1. 정신장애 중에는 실제로 정신질환 자체가 소실되었다는 연구가 있다. 영국의 북웨일즈 지역에서 1875년부터 1924년까지 50년간의 입원환자와 1994년부터 2005년까지 10년간 초발 입원환자 총 3,872명을 대상으로 분만후정신병(postpartum psychoses)의 발병 빈도를 조사하였다. 그 결과, 과거에 분만 후에 호발하던 이 질병의 첫발병자는 더 이상 없었다. 단 정신병력이 있던 여자에서 분만후정신병 발생의 빈도는 비슷하였다. 이로서 이 질환의 초발 발생은 소실된 것으로 보고하였다.<sup>10)</sup> 그러나 이 병이 소실된 이유는 불명하다. 단지 추정하기로는, 기분장애에 대한 진단세력이 강해서 영향을 미친 것은 아닐까 하는 정도이다.

이와 함께 조현병의 긴장형도 이제는 거의 사라졌다. 그 이유의 하나로서, 과거에 비하여 도구적 진단 체계에 의해 진단에 편향이 생겨 주로 심한 급성의 경우에만 진단되기 때문에 이 기준에 맞는 장애는 드물 수밖에 없다고 설명한다. 또는 뇌의 변화에 따라서 과거의 증상이 변화되어 더 이상 같은 모습으로 나타나지 않게 되었을 것이라는 설명도 있다. 그리고 우연의 일치인지 모를 바비튜르산염(barbiturate)과 벤조디아제핀 약물을 사용했던 시기와 일치하는 것으로 보아 약물에 따른 증상의 감퇴가 아닐까 추정하고 있다.<sup>11)</sup>

조현병도 발생이 현저히 줄었다, 최근 영국에서는 초발 입원 환자수가 감소되었다<sup>11)</sup>고 한다. 저자 또한 한국에서도 감소된 것을 피부로 느끼고 있었다. 이러한 변화는 비단 어느 한 나라의 일만은 아닌 것 같다. 영국의 현재 정신병 환자 병상수는 19세기에 비해서 1/2 정도로 줄었다. 조현병의 발생이 확연히 줄어든 표시로 보인다. 이러한 변화는 1975~1985년을 고비로 커다란 변화가 생긴 것 같다고 하였다. 감소된 이유로 추정하건대, 1840년경에 마취 기술의 발달로 산과 영역에서 분만시 위험성이 줄어든 점, 납이 수도관이나, 통조림, 페인트, 휘발유 등에 널리 쓰이다가- 유럽에서는 1990년대까지 지속되었다- 사용 금지로 인해 그 독성 노출이 감



소된 것, 매독 치료 효과, 근래 백신접종으로 감염성 질환의 감소 등 여러 요인을 추정하고 있다. 그러나 정확한 이유는 알 수 없다.<sup>11)</sup>

2. 히스테리아의 발생이 줄었다하더라도 아주 없어진 것은 아니고 단지 정신과 의사가 보기 어려워진 것이라는 추정이다. 다수의 환자는 신경과로 간다. 즉 정신과 의사의 눈에서 사라진 것처럼 보이지만 실제로 과거에 보던 그와 같은 환자는 오늘날 신경과 의사가 주로 진료하고 있다는 것이다.

이러한 현상은 한 편의 정신과 의사의 논문에 의해서 전환점이 되었다. Slater E.(1904-1983, 영국의 정신과 의사)는 정신병의 유전학 개척자로 널리 알려진 학자이다. 그는 1965년에 Shorvon Memorial Lecture를 통해서 과거 10년 동안 국립병원정신과에서 ‘히스테리아’로 진단된 99명의 퇴원한 환자를 추적 조사한 결과를 발표하였다. 이들 중 퇴원 후에 4명은 자살 사망하였고, 8명 기질성으로 사망하였다. 생존자 73명 중 22명은 초기에는 모르던 기질성 진단으로 밝혀졌으며- 나중에 밝혀진 질환으로는 비특이성근육병(atypical myopathy), 다발성경화증(multiple sclerosis), 암(cancer), 뇌간혈관종(anginoma), 만성거미막염(chronic arachnoiditis), 치매(dementia), 다카야수 증후군(Takayasu's syndrome) 등 이었다-, 나머지 32명 중에 2명은 조현병, 8명 반복성 우울증으로 확인되었다. 그리고 21명은 아직도 기저질환 무엇인지 모르는 상태로서 이 중 8명은 심한 장애상태라고 하였다. 그는 논문의 말미에 ‘히스테리아 진단은 망상이고 밧이다.’라고 강조하였다.<sup>12)</sup>

The diagnosis of “hysteria” is a disguise for ignorance and a fertile source of clinical error. It is in fact not only a delusion but a snare’(Slater E., 1965).

그에 의하면 당시 유행하던 ‘히스테리아’ 진단의 약 1/3가 오진이고, 이들 장애는 나중에 기질성질환으로 판명되므로 특정 소견이 없으면 히스테리아로 진단 내려서는 안 된다고 경고한 것이다.

우연의 일치인지 모르나, 이후 1970년경에 뇌컴퓨터촬영(computerized tomography)이 도입되면서 이 시기를 기점으로 히스테리아의 오진율이 급격히 감소되었다(Fig. 5).

이후 전환장애, 혹은 의학적으로 설명되지 않는 신경계증상에 대한 연구는 신경과에서 많이 이루어졌다. 그리고 신경과에서 히스테리아(전환장애)의 오진율은 감소하여 추적진료 후에 기질성으로 확인되는 경우는 4% 정도에 불과하였다.<sup>13)</sup> 영국의 스코틀랜드 신경과에서 외래환자 3,781명 중에 기질성으로 설명되지 않는 증상을 호소한 환자 1,144명을 대상으로 36명의 신경과 의사가 참여하여 19개월 후에 추적

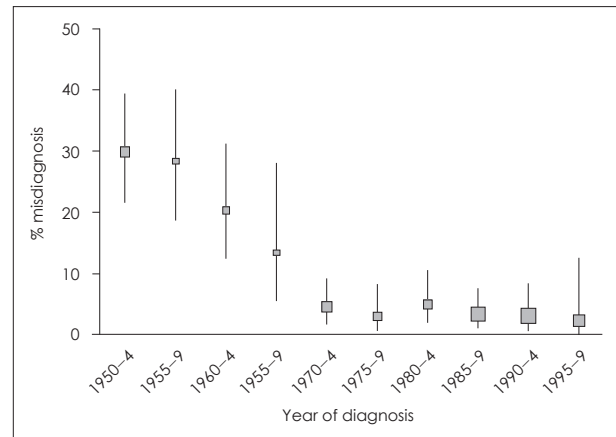


Fig. 5. Misdiagnosis of conversion symptoms and hysteria(mean %, 95% confidence intervals, random effects) plotted at mid-point of five year intervals according to when patients were diagnosed. Size of each point is proportional to number of subjects at each time point(total n=1466)(Stone J. et al., 2005).<sup>13)</sup>

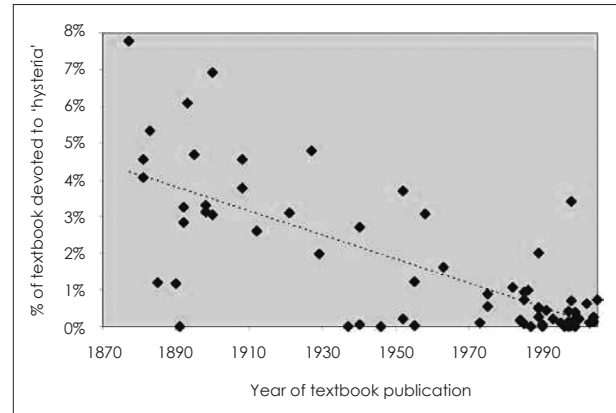


Fig. 6. Percentages of textbook devoted to 'hysteria' in the year of neurology textbook publication(Stone J. et al., 2008).<sup>7)</sup>

조사한 결과, 새로운 기질성 진단을 확인한 경우는 오직 4명 뿐이었다.<sup>14)</sup>

이러한 사실은 히스테리아(전환장애)의 많은 환자가 신경과에서 진단되고 비교적 안정적인 진단을 유지하고 있음을 알 수 있다. 그러나 이 환자들이 적절히 치료를 받는지는 의문이다. 신경과 영역에서는 이미 1970년 이후부터 교과서에서 히스테리아에 대한 기재는 거의 없는 실정이고(Fig. 6) 이에 대한 교육이 거의 없다고 할 수 있다. 이에 신경과 의사가 전환장애 환자에게 적극적인 관심을 갖기란 어려울 것으로 추정된다. 이러한 점에서 ‘다수의 전환장애 환자가 신경과와 정신과의 사이에서 고아가 되었다.’는 신경과 의사의 표현<sup>7)</sup>은 적절하다고 할 수 있다.

근래 진단법의 발달로 과거에 히스테리아로 진단되던 것들 중에 기질성질환으로 판명되어 떨어져 나간 질환이 많다. 즉 히스테리아로부터 이들 장애가 제외된 셈이다. 이에 해당하는 기질성장애로는 발작성반두통(paroxysmal hemi-crania), 가슴문증후군(thoracic outlet syndrome), 채찍질

손상(whiplash injury), 히스테리구(globus hystericus), 안면 운동이상(facial dyskinesia), 사경(torticollis), 다리통증 및 발가락 이상운동 등이다.<sup>15)</sup>

### 3. 히스테리아의 흥망성쇠에 샤르코와 프로이트의 영향

히스테리아에 대해서 역사상 가장 높이 관심을 끌어 올린 인물은 샤르코(Jean-Martin Charcot, 1825~1893)이다. 그는 프랑스 파리의 살페트리(Salpêtrière)병원의 신경과 의사였다. 그는 약 10년 동안 430명의 히스테리아 환자의 레를 모아 책 ‘히스테리아 치료’를 저술하였으며 116편의 히스테리아 연구 논문을 발표하는 등 당대 최고의 신경과의사이자 히스테리아의 대가였다.<sup>16)</sup> 히스테리아에 관해 당시 의료계뿐만 아니라 일반 대중에게도 크게 알리는 역할을 했다. 그는 히스테리아의 원인을 난소의 이상이 아니라 뇌의 감정영역 이상으로 보고 뇌신경증(neurosis of brain)으로 명명하였다. 이들 환자의 뇌는 부검 결과 정상임을 확인하였다. 샤르코가 사망 전에 즈음해서는 정서적인 문제의 중요성도 인정하였다고 한다. 그의 여러 제자들은 그의 뇌의 기능이상설을 따랐다.<sup>17)</sup> 그의 영향력이 지대하였던 때문인지 그의 사망 후에는 히스테리아 환자가 급격히 줄었다고 한다. 이 또한 어느 정도 수궁이 간다. 어떤 임상 의사라도 자신이 관심을 갖는 질환이 있으면 해당 환자가 늘어나는 현상을 종종 경험하는 바이다. 더욱이 당대 최고의 의사로서 히스테리아 환자가 문전성시를 이루었던 샤르코의 경우에는 그의 사망으로 인하여 많은 환자가 뿔뿔이 흩어진 나머지 그 관심도 감퇴되면서 환자수가 급격히 줄었을 수도 있다.

샤르코로부터 약 6개월간 히스테리아 환자를 보고 최면 치료를 공부한 프로이트(Freud S.)는 이후에 정신분석이론을 정립하고 심적 과정과 내용에 대하여 깊이 탐구하였다.<sup>16)</sup> 프로이트는 Anna O 증례를 통해서 전환증상의 전환(轉換, conversion)의 심리를 설명하였으며, 이것은 전환장애 개념의 중심이 되었다.<sup>18)</sup> 프로이트의 노력이 한편으로는 히스테리아를 더 이상 뇌신경의 이상 연구로부터는 멀어지게 하고 마음의 탐구 쪽으로만 향하는 전환점이 되었다. 1970년 경까지 정신분석은 크게 융성하였다. 그러나 이후 뇌신경 진단기술 발달과 행동주의 및 인지과학의 영향으로 정신분석 이론은 쇠퇴하기에 이르렀다.

이상의 내용을 요약하면, 히스테리아는 샤르코 시대에 크게 각광을 받았으며 환자도 많고 증상은 극적이면서도 다양하였다. 그러나 그의 사후에는 관심이 급격히 저하되고 환자수도 줄었다. 이어서 대두된 프로이트에 의해서 심적 가설이 지지받고 많은 연구가 이루어졌으나 이후에 뇌신경 지식의 발달로 그 가설의 영향력은 쇠퇴하였다.

### 4. 히스테리아(전환장애)의 증상이 시간이 가면서 변화되었다.

히스테리아(전환장애)의 전환증상이 시간이 가면서 점차 변화되었다는 가설이다. 근래 정신과로 의뢰되는 많은 경우가 의학적으로 설명되지 않는 증상(medically unexplained symptoms : MUS)으로서 만성근골격통증, 만성피로, 통증 등이다.<sup>19,20)</sup> 그리고 중세와 근세, 그리고 오늘날에 발생하는 집단 히스테리아(집단 사회인성 질환)의 증상을 보면 과거의 극적인 운동증상과는 다르다.<sup>21)</sup> 응급실에 방문하는 급성 발작(과거의 급성 히스테리성 증상)을 보면 과거에 비해서 뇌전증과 유사한 발작 증상은 현저히 줄었으며, 이상한 몸짓, 귀먹이, 시력상실, 강직, 실신, 다중인격, 둔주(fugue), 기립보행불능증(astasia abasia) 등의 증상은 이제는 보기 어려운 증상이 되었다.<sup>3)</sup>

그러나 Medeiros De Bustons 등<sup>22)</sup>은 ‘히스테리아란 이름으로 과거 2천 년에 걸쳐서 이들 증상의 일부는 변화되었지만 여전히 지속된다.’고 하였다. 샤르코 생존시절에도 볼 수 있었던, 한 쪽 발을 끌면서 걷는 히스테리성 마비환자는 오늘날에도 여전히 볼 수 있다.<sup>7)</sup> 저자의 견해로는 전환장애의 일부 증상은 지속된다고 할 수 있으나, 적어도 급성 발작증상의 모습은 변화되었으며, 만성화 증상은 변화하여 과거에는 없던 것이 생기기도하고 그 모습은 보다 복잡해졌다고 생각한다.

### 5. 진단명과 증상 기재에 대한 용어의 변환과 혼란

히스테리아와 전환증상과 관련된 진단명과 기재 용어가 그간 계속 달라졌다. 근래에 들어서 학자마다 다른 용어를 사용하면서 증상 기재의 통일성 또한 결여되었다. 이는 과거 히스테리아를 통합적으로 이해하던 형태에서 1970년 이후부터는 증상별로 파악하는 경향으로 바뀌었으며, 이후 계속해서 진단명이 바뀐 나머지 히스테리아(전환장애)로 진단하던 발생률에 영향을 미쳤을 가능성이 있다. 1968년 DSM-II에서는 그간 사용하던 ‘히스테리아’를 타당성 부족을 이유로 제외시켰으며, ICD-10(1992년)에서는 전환장애를 해리장애에 포함시켰다. 히스테리아(전환장애)의 진단명은(Table 2)에서 보는 바와 같이 변화되었다. 지금의 DSM-V에 이르러서는 전환장애의 전환의 의미와 기능성 신경계증상장애

**Table 2.** Changes of the diagnoses of hysteria(conversion disorder)

|  |
|--|
| 1952 DSM-I conversion reaction   |
| 1968 DSM-II hysterical neurosis(conversion type)   |
| 1980 DSM-III conversion disorder   |
| 1992 ICD-10 dissociative(conversion)disorder   |
| 1994 DSM-IV Conversion Disorder  |
| 2000 DSM-IV TR Somatoform disorders : conversion disorder  |
| 2013 DSM-5 Somatic symptoms & related disorder : conversion disorder(functional neurological symptom disorder) |

의 용어가 혼재되어 있고 내용은 DSM-IV TR과 달라진 것이 거의 없이 애매한 표현의 계속이라고 할 수 있다.<sup>23)</sup>

전환 증상에 대한 기재 또한 변화되었다. 이것과 관련된 여러 용어의 개념이 정리되고 있지 못하다.<sup>24)</sup> 심인성(psychogenic), 비기질성(non-organic), 히스테리성(hysterical), 의학 적 설명이 되지 않는 증상(medically unexplained symptoms), 기능성(functional) 등 여러 용어가 학자마다 각기 개념을 약간 달리해서 사용되고 있는데, 그 차이점을 알기 어렵다. 한 때 히스테리아에 대한 용어 개념의 불일치로 연구를 포기한 경우가 있었다. 1980년 당시에 히스테리아의 공통적인 특징은 정서불안정, 성(性)장애, 대인관계장애, 피암시성 등 이었다. 그러나 당시 연구자간에 개념 불일치로 인하여 연구를 진행시킬 수 없어 포기하고 말았다.<sup>5)</sup>

이와 같이 질환에 대한 개념이 불분명할 뿐 아니라 증상 기재 용어가 일치되지 못하면 해당 질환의 발생 및 이환을 평가에 영향을 줄 수 있다고 사료된다.

최근에 흔히 사용하는 '기능성'과 '심인성'의 용어를 보아도 논란을 정리하기가 쉽지 않다. 이 용어의 장단점을 보면 (Table 3)과 같다.<sup>25)</sup> '심인성'이란 용어 사용은 정신건강의학 과로의 치료 접근이 용이해진다고 하더라도 아직 심리적인 원인이라고 할 만한 근거가 충분하지 않은 상태에서 이를 주장하기에는 무리가 있다. 환자의 증상이 '심인성일 것이다.'라고 설명하는 것은 거의 무한정 가능한 일이다. 그러나 증상이 심인성이 아니라는 것을 정신과에서 증명하기란 불가능하다. 무수히 많은 심적인 요소를 나열하여 설명하는 것은 단지 설명일 뿐이다. 심인성이 증명되기 위해서는 환자를 통해서 확인이 되지 않으면 안 된다. 그러나 환자의 심적 작업 능력과 언어 표현 능력, 그리고 자유의사에 의거하여 치료자와 충분하고도 정확하게 심리적작업이 이루어진 것 인지를 확인하는 것은 결코 쉬운 일이 아니다. 이러한 어려운 문제로 인하여 단지 뚜렷한 심인성으로 확인된 경우에만 한정하여 심인성이라 하고 그 외의 것은 그냥 '모른다'로 남겨 놓아야 한다. 이러한 의미에서 '심인성' 보다는 '기능성'이란 용어가 좋을 것이다. '기질성이 아니다.'라는 것이 곧 심인성을 의미하는 것은 아니다 라는 견해가 오래전부터 있었지만 뒤늦게 DSM-V에 반영되었다. DSM-V에서 '기능성 신경계증상'을 사용하지만, 단지 중간 회색지대를 의미하는 애매한 용어이다. 결국 일반인의 낙인을 피하려는 건강부회(牽強附會)의 성격을 띤 부족한 표현이라고 할 수 있다.

## 6. 사회문화적 변화에 따라 전환장애는 감소 또는 소실된다.

과거의 여러 연구에서 히스테리(전환장애)는 선진국에서는 보기 어렵고 발달도상국가에서 볼 수 있으며, 도시에 비해 농촌에서 많이 발견되며 저학력자, 사회경제 계층이 낮은 경우에 많다고 하였다.<sup>24)</sup> 근래 튀니지 청소년 119명에 대한 연구<sup>26)</sup>나 오만, 나이지리아, 카리브해 연안 지역의 여자에서 발견되는 감각이상 증상이나 떨림증, 속뒤집힘증 등<sup>27)</sup>의 예를 보면 개발도상국에서 그 존재가 여전히 확인된다고 할 수 있다.

정신분석 이론은 히스테리아를 19세기 빅토리아시대의 문화적 특성의 하나인 엄한 성적(性的) 억압에 따른 현상으로 보았다.<sup>18)</sup> 그리고 문화적인 영향의 하나로 감정표현의 부족이 신체증상으로 표현되어 히스테리아 증상이 된다는 가설도 있었다.<sup>28,29)</sup> 이는 전환장애의 신체 증상을 감정소통의 방식으로 이해하려 한 것이었다. 한국의 경우, 불과 30여년 전에는 세계에서 개발도상국에 속하였던 점, 한국인이 감정을 언어로 표현하는데 서투른 나머지 몸으로 표현하는 경향이 커서 전환증상으로 많이 나타났던 것이라는 설명은 일견 타당성이 있어 보인다.

과거 산업화의 영향이나 문명의 발전 혹은 변화가 히스테리아 증상 형성에 영향을 미친 인자였으리라는 것은 분명해 보인다. 그러나 그것은 단지 일부분이라고 생각한다.

## 7. 정신-신체의 연관성 연구의 결과

심신(心身) 연결고리가 그간의 연구로 밝혀지고 있다. 이로서 히스테리아에 대한 관심이 신경계 연구와 신경과 영역으로 옮겨가고 히스테리아(전환장애)는 더 이상 정신과 영역에서 보기 어렵게 되었다고 추정된다.

전환장애의 기질성 가설의 효시는 Spence 등<sup>30)</sup>의 연구이다. 그는 편측운동이 마비된 전환장애 환자를 이와 동일한 증상을 꾸미는 건강한 사람과 뇌양전자방출단층촬영(PET)을 통해서 비교해 본 결과, 환자의 뇌 배외측전전두부 피질(Dorsolateral prefrontal cortex)에서 신경 활동성이 저하된 소견을 보였다. 이 영역은 운동을 계획하고 수행하는 기능의 영역으로서, 환자의 증상은 피병과는 구별되는 소견임이 밝혀졌다. 이후에 전환증상에 대한 연구, 특히 뇌의 영상연구가 활성화되었다.

전환증상을 보이는 환자에서 전전두부피질의 기능 저하와 함께 편도체(amygdala) 기능이 항진되어 있는데, 이는 감정이 강하고 과거의 기억이 활성화되었음을 시사한다. 그리고

**Table 3.** Comparison of the term 'functional' and 'psychogenic'

|      | Functional  | Psychogenic   |
|------|---|---|
| Cons | Suggest normal function, disregard psychological factors, vague | Dualism, suggest psychological association(suppressed), should not use when unknown causes, |
| Pros | Low stigma  | Easy to get psychotherapy   |



기억과 관련된 해마(hippocampus)로부터 대상회(cingulate)를 거쳐 전전두부(prefrontal)에 이르는 연결 부위의 이상은 무의식적 충격이 감정과 분리되고 전환증상으로 된다고 추정하고 있다.<sup>31)</sup> 운동성 전환장애는 안와전두피질(orbitofrontal cortex)와 전대상피질(anterior cingulate)이 주요 부위로 알려져 있는데, 부정적 감정의 영향으로 인지조절이 실패하는 경우에 안와부(orbitofrontal)기능 이상이 운동계의 이상으로 이어지기 때문인 것으로 보고 있다.<sup>32)</sup>

그리고 외적(外的)으로 나타내는 자신의 행동을 알아차리는 뇌의 기능이 억압되면 자신의 신체 증상을 알아차리지 못하기도 한다. 자신의 이상운동을 보이는 손이 낯선 느낌을 갖는 ‘낯선 손 징후’(alien hand sign)은 그 예가 된다.<sup>33)</sup> 과거 전환장애 환자에서 볼 수 있었던 만족스런 무관심(la belle indifference)은 이 기전으로 설명이 가능하다.

그런데 이러한 자기수행 인식능력의 장애와 함께, 원치 않는 생각이 떠오르거나 조절이나 억제하기 곤란한 증상과 같은 의도적인 운동의 억제 현상은 전환장애뿐만 아니라 우울증이나 외상후스트레스장애(PTSD), 긴장증(catatonia)에서도 공통적으로 볼 수 있다.<sup>9)</sup> 위의 여러 뇌영역이 전환장애에 국한되지 않는다는 사실은 뇌의 기능성 장애에 대한 규명이 쉽지 않다는 점을 시사하고 히스테리아(전환장애)가 단순한 증상군이 아니리라는 점도 보여준다.

최근에는 전환장애 환자의 감정과 주의력, 실행기능의 조절, 신경망, 운동의 개념화, 의지의 문제, 그리고 신체 상태에 대한 뇌신경의 표상들(body map)을 통해서 자신이 신체 상태를 평가하는데 뇌도(腦島, insula)의 기능 등에 대한 연구가 활발히 진행되고 있다.<sup>9,16,34-36)</sup> 그러나 이러한 연구에는 해결해야 할 많은 문제가 남아 있다. 환자가 겪은 충격의 정도와 형태, 시간의 경과 문제, 내적 갈등의 내용, 병전상태의 다양함, 가족환경, 유전적인 요소, 과거 어릴 때 충격 경험 등 많은 변수를 고려해야 하기 때문이다.

## 히스테리아(전환증상)의 소실 내지 감소 이유를 설명하기 위한 가설

이상의 이유들로 히스테리아의 소실 내지는 감소 이유를 설명하기에 아직 부족하다. 불과 지난 30여년 사이에 히스테리아의 증상이 변화한 것으로 보아 뇌에 어떤 변화가 추정된다. 또한 전환장애는 급성기를 지나 만성 경과를 보이고 있다는 점은 뇌의 어떤 기능 변화를 의심케 한다. 그리고 히스테리아(전환장애)는 역사적으로도 그러했지만, 아직도 여성에게 호발하는 점, 그리고 개발도상국에서 아직 볼 수 있는데, 이는 문화와 환경의 변화가 뇌의 기능에 영향을 미치는 것은 아닐까 생각하게 된다. 이러한 의문점을 해소하기

위하여 다음과 같은 근거를 통하여 원인 가설을 제시한다.

### 1. 여성은 위험에 대한 반응이 남성과는 다르다.

부정적인 자극에 대해서 여성은 남성에 비해서 크게 반응한다. 여성은 공포반응이 크데, 이는 편도체(amygdala)와 전대상피질(anterior cingulate cortex)이 연관되어 나타난다. 그리고 부정적인 감정 자극은 안와전두피질(orbitofrontal cortex)와 연관되는데 이 부위는 세로토닌 수용체가 많은 부위로 알려져 있다.<sup>37)</sup> 이러한 사실은 여성에서 불안장애나 우울증이 호발하는 이유가 되기도 한다.<sup>38)</sup> 이와 같이 여성이 남성보다 공포반응이 큰 이유는 진화의 결과이다. 즉, 위험에 대해 생존 가능성이 높은 쪽으로 진화한다고 설명한다.<sup>39-43)</sup>

저자의 경험상 과거 30여 년 전에는 급성 히스테리 발작 시에 기절하여 응급실에 오는 환자가 많았다. 이러한 실신 반응은 주로 여자였다. 이러한 증상 또한 진화의 산물로 볼 수 있다. 피할 수 없는 상황에 직면했을 때 실신하는 미주신경성실신(vasovagal syncope)은 인간에서 볼 수 있는 보호책의 하나이면서 쓰러지는 것은 뇌혈액순환을 보존하려는 목적이 있다.<sup>44)</sup>

이와는 달리, 샤르코의 증례에 대한 기재(記載)나 그 이전의 브리케(Briquet P, 1796~1881)에 의하면 남자에서도 히스테리아가 적지 않았다. 그리고 그 증상 또한 극적인 것으로서 지금은 볼 수 없는 것들이다.<sup>45)</sup> 이러한 반응은 인간의 외적 상황과 인간의 부조화에 따른 뇌신경 기능의 장애에 따른 증상으로서, 급성기에는 비록 그 빈도는 적어졌다고 하더라도 남자도 여자와 마찬가지로 증상이 나타날 수 있는 것을 알 수 있다.

### 2. 인간 외적 환경의 변화에 따른 뇌신경가소성

과거에 한 때 유행하던 신경계의 반사가설(reflex theory)이 전환장애를 일부 설명할 수 있다. 뇌신경 반사를 억제하는 기능이 약화된 나머지 반사적으로 나타나는 증상, 즉 뇌의 고위 중추기능의 저하로 인해 하위중추기능이 활성화되는 것이 전환증상이라는 것이다. 예로서 유아의 파악(把握) 반사, 빨기반사 등은 뇌가 성숙해가면서 소실된다. 이러한 반사는 건강한 성인의 일부(11%)와 치매, 파킨슨병 환자의 72%에서 보이는 것으로 보아 뇌의 질환으로 반사반응이 노출되듯이 전환증상을 반사반응으로 보는 것이다. 그러나 이러한 반사기능이 정상과 구분이 되지 않는다는 보고<sup>46)</sup>도 있고, 전환장애에서 분명한 뇌의 병변을 확인할 수 없다는 점에서 설명력이 떨어진다.

신경 시냅스의 증가는 정보처리와 적응력, 학습능력과 관련된다고 알려졌다.<sup>47)</sup> 교육을 제대로 받지 못하였거나 지적 능력이 부족한 경우, 그리고 개발도상국에서 히스테리아(전환장애)가 흔하다는 사실을 뇌신경가소성 이론에 의거하여



신경가치치기의 부족으로 설명할 수 있다. 오래 전에 Broca (1748)는 여성이 진화발달상 남성에 비해서 열등하고 원시민족 또한 그러하다고 하였다.<sup>48)</sup> 이러한 점을 보면 시대에 따라 시간이 가면서 전환증상이 변화하는 현상은 뇌신경의 가소성에 의거할 가능성이 있다. 그러나 문명의 발달로 뇌의 시냅스가 활성화되고 자극에 따른 반사적 기능의 억제 기능이 강화된다고 하더라도, 문제는 이를 우열(優劣)의 관점으로 파악하려는 것이나 시간이 지나면서 현대로 올수록 인간은 발달되었다는 것을 전제로 하는 것은 옳지 않다고 생각한다. 이것은 우열의 문제(선진 발달국가와 저개발, 개발도상국가로 나누기, 여성을 남성보다 열등한 인간으로 생각)나 발전의 개념(원시사회나 원시인을 지금보다 열등한 인간으로 바라보기 등)으로 파악할 것이 아니라 단지 당시와 현재의 인간과 주변 상황과의 적합성 여부의 관점에서 보는 것이 바람직할 것이다. 수백 년 전의 학자가 지금의 학자보다 뇌가 더 작다고 해서 지금보다 열등한 인간이라고 할 수는 없다. 천재 아인슈타인의 뇌는 지금의 보통사람 뇌에 비하여 조금 작다고 한다. 그리고 백 년 전의 중산층의 여자가 지금의 중산층 여자와 비교해서 정신적이나 신체적으로 열등하다고 할 근거는 아무것도 없다. 단지 다른 점이 일부 있을 뿐이다.

**3. 사회 환경이 인간 유전자에 변화를 초래한다.**

사회 환경(문명화, 도시화)은 인간의 뇌의 변화를 초래하고 동시에 정신기능에도 변화를 초래한다. 이는 나아가 인간행동 표현형과 질병의 취약성과 관계된다고 본다.<sup>49)</sup> 저자는 이것이 히스테리아(전환장애)와 같은 정신질환에서도 마찬가지로 적용될 수 있다고 생각한다. 인간의 신경 분자 레벨의 상태는 고정된 것이 아니어서 이 중간과정에는 신경 분자 조절 장치가 있다. 최근에 이 분야를 인간 사회 유전학(human social genomics)이라 해서 2000년대 들어와서 연구가 활발하다.<sup>50)</sup>

남녀 혹은 가계(家系)에서 백혈구내 유전자의 약 5%에서 유전적 변화로 표현되면 유전적인 조절이 가능한 것으로 알려졌다.<sup>51)</sup> 예로서, 사회 고립 상태에서 유전자의 영향을 받으면 이로서 행동의 변화와 함께 질병에 취약해져서 결국 사망에 이를 수 있는데, 이 과정의 중간 신경분자 단계에는 면역관련 유전자인 염증촉진 사이토카인유전자(proinflammatory cytokine gene)로서 IL1b2, IL6, IL8, TNF, IFNA, IFNB 등이 관련된다. 이런 여러 가지 유전자는 공통된 CTRA (Conserved Transcriptional Response to Adversity) 유전자 표현 프로필을 형성하여 새로운 비적응적 결과를 초래한다.<sup>52)</sup>

Idaghdour 등<sup>53)</sup>은 모로코 도시와 농촌사람을 비교해 보니 총 1,500개의 유전자에서 유전자 표현이 50% 이상 차이

가 나는 것을 보고하였다. 지역에 따른 인간 백혈구 유전자 표현의 차이는 특히 백혈구cis-eSNPs, trans-eSNPs에서 관련되었다.

이러한 연구 결과를 통해서 유추할 수 있는 것은 백 년, 이 백 년 전의 사회 환경이 지금과는 다르므로 당시 히스테리아 환자의 뇌는 지금의 환자의 뇌와는 다를 것이다. 따라서 이들의 환경에 따른 행동 반응 또한 다를 수밖에 없다. 그러므로 과거 히스테리아 환자의 환경자극에 의한 뇌신경 반응은 지금과는 다르다고 추정된다. 환경 변화에 따른 행동 반응의 차이는 뇌기능의 변화에 의한 것이고 이러한 뇌기능의 변화는 유전자의 변화에 따른 것이다.

**4. 진화적 뇌신경 부조화 반응설(Evolutionary brain discord reaction theory)**

이와 같이 지난 수세기에 걸쳐서 문화 뿐 만 아니라 환경의 변화에 따라서 인간의 뇌기능에도 변화가 있어 온 것으로 추정된다. 이러한 모델은 지난 30여년이라는 짧은 기간에 히스테리아의 증상이 변화하고 발생이 감소하는 이유를 설명하는 데 유용하리라 생각한다. 이것은 인간의 위협 자극에 대한 반응의 변화라는 관점에서 파악할 때, 히스테리아(전환장애)의 경우에 적어도 급성반응에서 이러한 증상 변화의 현상이 뚜렷하다. 만성인 경우에는 중간에 성격이나 개인의 경험, 다양한 환경의 차이 등의 요소가 개입되어 좀 더 복잡한 양상을 띠다고 할 수 있다. 이러한 경우, 문화의 영향이나 문명의 변화가 뇌기능에 영향을 미쳐서 정신·신체 증상이 다양하게 표현될 수 있을 것이다.

계속 변화하는 뇌(반드시 발달, 발전은 아니다)는 그 개체가 당시의 사회 환경과 문화와 필연적으로 충돌한다. 상호 적합한 상태라면 정상적 반응으로서 증상이라고 할 만한 문제를 일으키지 않는다. 이러한 경우를 적용 내지는 순응한다고 표현할 수 있다. 그러나 상호 적합하지 않은 상태에서는 충돌에 따른 비정상적 반응이 나타난다. 히스테리아의 경우, 그 반응은 여성에게 좀 더 많은 데, 이는 진화가설에 의해서 설명이 가능하다. 비정상적인 반응에는 특징적인 정신 증상과 신체의 반응으로 나타난다. 이때 나타나는 현상은 환자마다 기본적인 내용은 동일하나 그 개인의 특수성(성격, 생활사에 따른 경험의 차이 등)에 의거하여 표현형이 다양해질 수 있다. 이러한 현상은 망상이나 환각- 뇌 기능의 이상에 따른 근본적인 증상-이 나타난다는 점은 동일하나 겉모습은 그 개인의 특성에 따라서 다양해지는 것과 같다. 저자는 이것이 적응과 부적응의 문제라기보다 부조화에 따른 충돌이고, 이 부조화란 신경계 상하의 위계(位階)나 발달상의 지연 여부와는 구분되는, 단지 차이에 따른 부조화라는 점에서 충돌이라고 칭하고 싶다. 뇌신경 발달에서도 진

Fig. 7. The evolutionary brain discord reaction theory.

화·발전이라는 것이 반드시 좋은 쪽이나 바람직한 쪽으로 가는 것만은 아니라고 생각하기 때문에 인간의 경우에 과거보다 현재가 더 우월한 진화적 위치를 갖는다고 볼 수는 없다. 이는 Zimmer<sup>54)</sup>가 말한 ‘생명의 역사란 퇴화의 위협 속에서 늘 전진하는 것이 아니다. 앞으로 나가는 것도 뒤로 후퇴하는 것도 없다. 기생충과 숙주(인간)와의 관계를 보면, 기생충은 숙주가 어느 특정한 방향으로 나가도록 한 것이 아니라 단지 변화하도록 힘을 가한 것뿐이다.’의 견해와 동일 선상에 있다.

저자는 이상의 변화를 진화적 뇌신경부조화 반응가설(evolutionary brain discord reaction theory)이란 이름으로 칭하고 위 그림으로 요약한다(Fig. 7).

과거 빅토리아시대의 유물인 성(性)역압의 문화적 사회적 배경이 당시 히스테리아(전환장애)의 증상 형성에 미친 영향은 이것이 단지 갈등 요소의 하나이지 유일한 가장 큰 원인이라고 할 수 없다. 핵심이 되는 감정은 성의 억압이 아니라 이와 연관된 좌절, 공포, 불안 등의 감정이다. 당시에 갈등의 내용이 성(性)의 문제였던 것이고, 이를 통해서 정신역동적인 설명이 일부 가능하였던 것이다. 어떠한 형태라도 강한 감정이 뇌에 영향을 미쳐서 즉각적인 신체 증상으로 발현된 것이 급성 히스테리아(전환장애)가 된 것으로 사료된다. 오늘날도 과거와 동일한 극심한 갈등 요인은 산재되어 있다. 과거에만 여성에게 증상을 유발할 만큼의 심한 갈등, 억압이 있었던 것은 아니다. 지금의 갈등이 10년 전에 비하여 적어진 것도 아니다. 문제는 뇌의 기능이 시대에 따라서 변화되는 것이고 이러한 변화된 뇌의 기능적 변화에 따라 갈등에 의해 발현되는 증상의 모습이 달라질 수 있다는 점이다.

인간의 정신관련 증상은 고정되어 있지 않다. 히스테리아(전환장애)는 그 동안 변화되어 왔듯이 현재에도 변화 중에 있다고 할 수 있다. 그렇다면 지금 나타나는 증상 또한 수십 년이 지나지 않아 달라질 수 있을 것이다. 감염성질환이나 뚜렷한 조직의 병변을 나타내는 질환은 진단이 고정될 수 있으나 정신장애의 다수는 고정되기 어렵다. 이러한 점에서 보면 100년 전의 히스테리아는 최근의 전환장애와는 그 모습이 다를 수밖에 없다.

이와 같이 오늘날 정신적 자극에 의해서 뇌의 일정 부위의 이상소견을 보이는 정신-뇌 연결 기전은 과거 100년 전, 또는 30년 전 환자들의 뇌 기능의 이상과는 다를 것이다. 이러한 차이점이 발현되는 증상의 상이함을 설명해 주는 근거가 된다. 물론 이러한 뇌의 기능 변화를 소급하여 증명할 방법은 없다. 과거의 뇌기능을 확인할 수 없기 때문이다. 이로

서 지금의 환자가 보이는 뇌기능의 이상과 이를 통한 증상 발현을 과거의 환자에서는 동일할 것이라고 유추해서는 안 된다. 즉 지금의 환자 뇌의 기능은 단지 지금의 증상을 설명해주는 것이라는 점이다. 더욱이 그것도 단지 일부분을 알려줄 뿐이다.

인간은 계속해서 변화한다. 뇌도 따라서 변화하고 이에 따라 증상도 변화한다. 이러한 점에서 정신과의사는 단지 치료를 위해서 이러한 변화를 일시적이거나 정지시키고 환자를 본다는 자세가 필요할 것이다.

## 향후의 과제

히스테리아(전환장애)는 거의 소멸되어 보이거나 정신과 영역에서 보기 어려워진 듯이 보인다. 그러나 그 모습이 뇌 기능과 연관된 것으로 추정되는 원인 불명의 애매한 신체 증상의 관점에서 보면 이러한 증상을 가진 환자의 수는 결코 적지 않다. 이러한 장애에 대해서 앞으로 우리 정신과의사가 할 일을 살펴본다.

### 1. 용어의 문제

DSM-V에서는 이전의 신체형장애를 ‘신체증상장애’라는 이름으로 변경하고, 더 이상 ‘의학적 설명 여부’와 심리적 배경에 관한 사항은 제외시켰다. 진단분류 편람의 설명에 의하면, 이 장애를 정신장애에 포함시켰다는 점을 강조하고 과거에 논란이 되었던 심인성 및 낙인의 문제점을 해소하게 되었다고 하였다.<sup>55,56)</sup>

그러나 이것은 단지 미봉책에 불과할 뿐이고 그 어떠한 가설에도 치우치지 않은 매우 애매한 표현의 명칭이다. 지금까지 심인성이라 할 근거가 없는 상황에서 뇌의 기능상의 이상이 일부 확인이 되었지만 아직 그 본질은 알 수 없는 애매한 상태라는 것이다. 그렇다면 DSM-V의 신체증상 관련 장애는 이제까지의 정서적인 문제, 심리적 요소와 관련된다고 본 과거의 장애와 동일한 대상을 말하는지, 아니면 변화된 새로운 장애로서 전혀 새로운 장애를 명명한 것인지 알 수 없다.

이렇게 애매한 상태에서 새로운 이름으로 변경하는 것은 타당하지 않다. 저자는 이렇게 애매한 상태에 대한 기술(記述) 내지 명명(命名)이라면 새로운 용어로 바꿀 것이 아니라 차라리 이전의 명칭을 유지하는 것이 좋다고 생각한다. 과거 1900년 초기의 개념도 그러했지만 지금도 그때와 비교하여 보아도, 과거의 ‘히스테리아’ 범주에서 일부 기질성장애가 떨어져나가고 새로운 원인불명의 장애가 덧붙여진 것으로서 지금도 여전히 애매한 증상군이기 때문이다. 근래에 뇌영상 연구를 통하여 뇌신경 기능의 이상이 많이 밝혀졌다고는 하

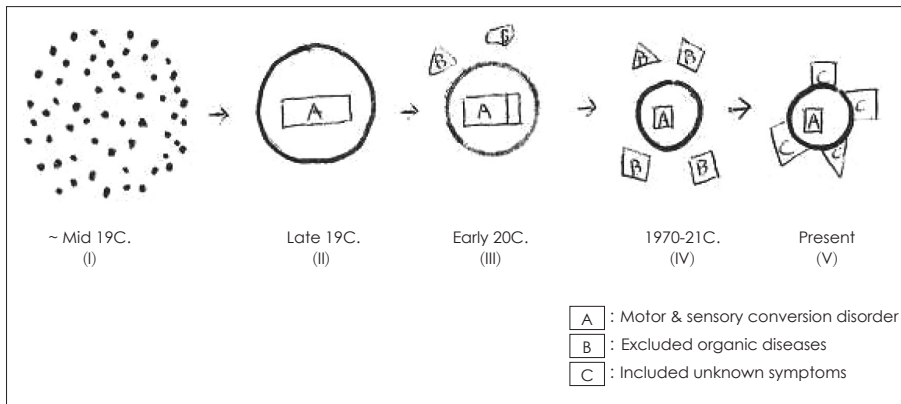


Fig. 8. Vicissitude of hysteria(conversion disorder) depend upon time.

나 전환장애의 본질에 대해서는 아직 시작단계에 불과한 정도이며, 많은 부분은 그 정체가 파악되지 않는 하나의 증상군으로 볼 수 있다. 그렇다면 이는 과거의 ‘히스테리아’ 혹은 뇌신경증(neurosis of the brain)<sup>57)\*</sup> 과 개념상으로는 거의 같다고 할 수 있다. 그렇다면 ‘히스테리아’의 용어를 그대로 사용하는 것도 타당성이 있다고 사료된다. 물론 증상의 모습이 달라졌으므로 과거의 내용은 수정되어야 할 것이다. 이러한 견해는 히스테리아의 용어를 그냥 두되 재정의(再訂意) 하자는 Medeiros De Bustons 등<sup>22)</sup>의 견해와도 부합한다.

히스테리아는 낡은 병명이고, 역사적으로 여성에게 특징적으로 많이 나타나며, 한 때는 귀신에 씌운 병으로 취급되었다. 일반인에게는 피병으로 오해받기도 하는 경멸적이고도 부정적인 의미를 갖고 있다. 이러한 점은 조현병에서도 동일하다. 즉 낙인의 문제를 피하기 위해서 이름을 바꾸게 되었는데, 이는 히스테리아의 경우도 동일하다. 환자를 위해서 혐오감을 주는 명칭을 바꾸는 것은 분명 긍정적인 면이 있다. 그러나 비록 일반인과 대중매체에서는 이렇게 쓰더라도 학술적인 면에서 만큼은 개념이 크게 변하지 않은 용어를 바꾸는 것은 히스테리아의 경우와 같이 예상치 못한 문제가 생길 수 있다. 새로운 병도 아닌데 새로운 질병처럼 보이는 착시현상을 유도할 수 있으며, 또 과거의 병은 문혀버린 나머지 변화 전후의 연결고리를 찾기 어려워질 수도 있기 때문이다.

## 2. 히스테리아 재분류

이상의 내용들을 배경으로 하여 저자는 과거 히스테리아의 개념속의 원형이라고 할 수 있는 ‘뇌신경계의 이상을 시사하는 원인불명의 신체증상군’이라 보고 이것이 시간 변화

\*뇌신경증(neurosis of the brain)은 과거 브리케(Briquet P)가 자신의 저서 ‘Traité de Hystérie’(1859)에서 사용한 용어이다. 그는 히스테리아를 뇌신경의 이상으로 파악하고, 강한 열정이나 감정의 표현과 관련된 생명력이나 장기의 교란상태로 나타난다고 했다. 그가 말한 신경증(neurosis)은 정신증과 대비되는 의미로서 20세기에 널리 사용한 정신신경증(psychoneurosis) 혹은 신경증적 장애(neurotic disorder)가 아니라 뇌신경계의 이상을 의미하는 뇌신경계의 장애라는 의미이다.

에 따라 어떻게 그 모습과 범주가 변천하여 지금에 이른 것 인지를 도식화하여(Fig. 8) 설명하고자 한다.

기원전부터 서양에서는 히스테리아란 병명을 썼다. 이는 여성에서 자궁의 이상 내지는 움직임으로 간주하였다. 17세기에 영국의 시든함(Sydenham T, 1624~1689)은 이를 감정의 문제(즉 정신이 원인이 된다)로 생기는 것으로 보았으며, 프랑스의 브리케(Briquet P)는 일찍이 히스테리아를 뇌의 장애로 인한 것으로 보고 개념을 분명히 하였다.<sup>58)\*</sup> 그러나 히스테리아의 범주는 애매하였다(Fig. 8의 I 단계).

히스테리아에 대하여 본격적인 관심을 갖고 의학적 검증을 시작한 것은 1870~1990년 사이에 프랑스의 샤르코의 노력에 의한 것이다. 그에 의해서 기존의 자궁설(子宮說)은 사라졌다. 그의 커다란 영향력에 힘입어 많은 환자가 모아졌으며 대중 또한 관심을 많이 가졌다. 이는 일부 유행, 또는 전염 효과도 있었던 것 같다. 그는 의학적 관점에서 당시 발달한 신경계 지식을 활용 발전시켜 히스테리아 증상을 신경계 장애에 의한 감각 운동기능의 이상인지 아닌지를 판별해 냈다. 이로서 상당부분이 뇌신경계의 질환으로 밝혀져 떨어져 나갔다. 히스테리아는 알려진 신경계질환과 구분되는 점에서 이전 보다 그 범주가 좀 더 뚜렷해지고 증상의 기제가 분명해졌다(Fig. 8의 II 단계).

샤르코 사후 1900년대 초반부터 히스테리아 환자수가 많이 감소하였다. 이후 프로이트의 영향으로 히스테리아는 신경과 영역에서 벗어나 독자적인 길로 들어섰다. 정신과 영역에 속하면서 기질적인 면은 무시되고 철저히 정신담구에 몰두하였다. 이 시기에 히스테리아는 기전이 분명해진 듯 보였고 윤곽도 뚜렷한 것으로 보였다. 그 범주는 샤르코시기보다 작아졌다고 추정된다(Fig. 8의 III 단계).

환자의 다수는 정신과보다 신경과를 찾게 되었는데 이는 1970년대를 고비로 더욱 심화되었다. 히스테리아가 허구라

\*그러나 이런 견해는 이후 150년이 지난 1971년이 되어서 그 가치를 인정받아, 신체화장애(somatization disorder), 브리케증후군(Briquet's syndrome)이란 이름으로 DSM-III에서 기재됨으로써 해서 거듭나게 되었다.<sup>16)</sup> 이후 III-R에서 진단기준이 수정되었다.



는 비판과 함께 정신과 영역에서는 존재의 기반을 점차 잃어갔다. 새로운 뇌신경검사법의 발달로 히스테리아 환자는 주로 신경과에서 진단받게 되었으며, 많은 기질성질환이 초기에 감별 진단되어 히스테리아 범주에서 떨어져 나갔다(Fig. 8의 IV 단계).

그러나 이후 근래에 들어서면서 과거에는 없었던 의학적으로 설명되지 않는 애매한 신체증상 호소 환자가 늘었다. 이로서 전체 범주는 커졌다. '뇌신경계의 이상을 시사하는 원인불명의 신체증상군'이란 관점에서 보면 지금의 신체증상 관련장애나 신체형장애라는 병명 속에는 과거 히스테리아(전환장애)라는 이름으로부터 이어져온 증상의 일부가 엄연히 존재하며 이것과 함께 애매한 형태의 새로운 증상군이 더해진 덩어리로 볼 수 있다(Fig. 8의 V 단계).

저자는 이를 근거로 하여 히스테리아의 이름을 부활시키는 경우, 이 속에는 다음과 같은 6개의 증상군으로 구성될 수 있다고 생각한다. 이 내용은 과거 Merskey<sup>15)</sup>에 의해서 제시된 내용과 공통되는 부분이 있다.

- 1) 급성 발작성 및 만성지속형
- 2) 여러 개의 신체증상 호소형
- 3) 신경계 이상과 유사한 모습을 보이는 신체증상형
- 4) 히스테리성격장애면서 다양한 증상을 지속적으로 나타내는 형
- 5) 집단히스테리아(mass hysteria) : 지금의 집단 사회인성 질환(mass sociogenic illness)
- 6) 해리증상 : 단일 해리증상, 복합해리성장애, 특정상황에서의 해리장애(감옥정신병)

### 3. 정신과의사가 히스테리아(전환장애)에 관심을 가져야 하는 이유

첫째, 히스테리아(전환장애)의 다수가 만성화의 경과를 가지므로 지속적인 관리 치료가 필요하기 때문이다. 미국의 응급실 3곳에서 2005~2011년 기간 동안 전환장애로 진단된 사람 총 7,946명을 평균 3년간 추적하여 보니, 이들 중 3회 이상 응급실이나 입원을 위해 재방문한 경우가 많았으며, 1개월 동안 100명당 재방문율은 평균 18.2%(뇌전증은 17%)였다. 이는 이들 장애가 비록 응급실에 온다고 해서 결코 급성장애가 아니라 만성장애의 특성을 가진 것이라는 점이다.<sup>59)</sup>

둘째, 히스테리아(전환장애)라는 증상군 속에 포함되는 애매한 증상 호소 환자가 매우 많다는 점이다. 일차(一次)의료기관에서 원인 불명의 신체증상 호소 환자가 얼마나 되는지에 대한 연구가 있다. Haller 등<sup>19)</sup>은 1990년~2012년 기간 동안 24개국 32개 연구 결과 대상자 70,085명을 분석한 결과, 신체형장애는 0.8~5.9%, 신체형장애는 26.2~34.8%, 1개 이상의 의학적 설명이 되지 않는 신체증상을 1개 이상 호

소하는 환자는 40.2~49%로서 예상한 것보다 매우 높은 수치를 보였다고 했다. 그리고 Tavel<sup>26)</sup>은 영국에서 의학적으로 설명되지 않는 증상(MUS)이 내과영역의 일반 진료의뢰의 11~19%를 차지하고, 정신과 외래 진료의뢰의 반 수에 육박할 정도로 그 수가 많다고 했으며, 이로 인한 의료비 지출이 크다고 했다. 이러한 점에서 정신과의사는 이들 장애에 더욱 관심을 갖아야 할 것이다.

셋째, 히스테리아(전환장애) 연관 장애가 많다. 산재 환자와 재활의학에서 치료 받는 만성통증, 마비 관련 장애는 향후 더욱 증가될 것이고<sup>60)</sup> 전쟁, 자연재해, 테러 등의 피해자<sup>61,62)</sup>에 대한 문제는 오늘날 정신의학의 큰 과제이기도 하다. 이들 피해자뿐만 아니라 집단 히스테리아(집단사회인성질환)에서는 전환(轉換)과 해리기제, 집단 감염성, 신체화, 만성화 등의 문제가 폭발적이고도 복합적으로 일어난다. 특히 이들 장애는 향후 부지불식간에 발생할 것이므로 발생시 즉각적인 대처가 가능하도록 준비 및 예방대책이 필요하다.

넷째, 이들 환자의 치료 측면에 정신과의사가 노력해야 한다. 심인성 비경련성 발작(psychogenic non-epileptic seizure)의 예를 보면, 이 장애는 여전히 그 발생이 많음에도 불구하고 신경과에 가서 기질성 문제가 아닌 것으로 진단된 이후에는 많은 수가 적절한 치료로 이어지지 못한다. 이들 환자는 정신과에서 관리하는 것이 바람직할 것이다. 이렇게 되기 위해서는 우선 정신과의사가 신경학 지식을 충분히 습득해야 한다.<sup>63)</sup> 그리고 중요한 것은 1차 진료의사와 신경과의사와의 신뢰관계를 구축하는 일이다. 이들에게 정신과의사의 역할을 설명하고 원활한 진료체계를 만들어야 한다. 또한 환자와 그 가족뿐만 아니라 일반인을 대상으로 히스테리아(전환장애)에 대한 올바른 정보를 제공하는 데에도 노력해야 한다.

### 4. 정신-신체 연결고리에 대한 연구의 필요성

심신(心身)관계의 규명은 뇌신경과학의 핵심 주제이다. 히스테리아(전환장애)에 대한 연구는 달리 말하면 인간의 정신과 신체의 통합적인 이해의 기반이 된다고 할 수 있다.

현재 이에 대한 연구가 다각도로 이루어지고 있으므로 정신과의사의 역할은 매우 중요하다. 오늘날 뇌영상 연구가 대세이지만 근본적으로는 전환장애에 대한 심리적 현상과 기반에 대한 깊은 이해와 함께 용어와 개념의 명료화 작업이 필요하다. 정신과의사는 정신증상과 현상에 대한 깊은 통찰과 함께 명료한 개념을 제공해야 한다.

## 요 약

1) 저자는 정신과 임상 30여년을 통해서 히스테리아(전환



장애)의 발생이 줄고 증상 표현형이 달라진 것을 경험하였다. 이에 최근의 정신과 진료 및 응급실 내원환자의 환자수와 증상의 특성을 조사해 보아 간접적이거나 이것이 사실이라는 것을 확인하였다.

2) 히스테리아(전환장애) 발생의 감소 내지는 증상의 변화는 뇌신경질환의 진단기술의 발달, 증상 기재와 병명의 변화, 사회문화적 요인, 뇌신경 가소성 등에 의해 일어날 수 있다. 이러한 요인과 함께 저자는 진화적 뇌신경 부조화 반응가설(evolutionary brain discord reaction theory)을 적용하여 이유의 근거를 설명하였다.

3) 비록 히스테리아(전환장애)라는 과거의 극적인 증상은 사라지거나 줄었다하더라도 근래에는 다양한 형태의 기능성신경계장애와 원인불명의 신체증상 호소자가 늘었다. 이들은 다수가 일차진료기관과 신경과에서 진료 받는 것으로 추정된다. 그러나 다수의 환자는 정신과 낙인의 문제로 인하여 정신과 접근을 회피한다. 이들 환자들을 적절히 치료하고 장애를 최소화시키기 위해서 정신과의사는 일차진료의사와 신경과의사와 협동체계를 만드는데 주도적인 역할을 해야 한다.

4) 지금의 신체증상관련장애, 기능성신경계증상, 신체형장애 등의 개념은 과거의 '히스테리아'와 비교하여 볼 때 질적으로 뇌신경계의 이상을 시사하는 원인불명의 신체증상이라는 점으로 보면 거의 동일하다고 생각한다. 그러므로 새로운 병명보다 과거의 '히스테리아' 혹은 '히스테리성증상'의 용어를 부활시키는 것도 타당성이 있다는 점을 설명하였다.

## REFERENCES

- (1) 송지영, 공재연, 장환일. 히스테리아의 추적 관찰. 신경정신의학 1989;28:841-848.
- (2) 박재훈. 히스테리 신경증의 증상 양상변화. 신경정신의학 1982;21:603-610.
- (3) 김시경, 신철진, 김재진, 이상익, 정인원. 응급실에 내원한 급성 히스테리반응의 진단특성. 정신병리학 1198;7:130-140.
- (4) 정상근, 최명수, 정애자, 황익근. 전환장애환자의 정신생리적 반응. 전북의대논문집 2002;26:11-19.
- (5) Akagi H, House A. The clinical epidemiology of hysteria: vanishingly rare, or just vanishing? Psychological Medicine 2002;32:191-194.
- (6) Shorter E. From paralysis to fatigue: A history of psychosomatic medicine in the Modern Era. New York: The Free Press; 1992.
- (7) Stone J, Hewett R, Carson A, Warlow C, Sharpe M. The 'disappearance' of hysteria: historical mystery or illusion? J R Soc Med 2008;101:12-18.
- (8) Kanaan R, Armstrong D, Barnes P, Wessely S. In the psychiatrist's chair: how neurologists understand conversion disorder. Brain 2009;132(Pt 10):2889-2896.

- (9) Ballmaier M1, Schmidt R. Conversion disorder revisited. Funct Neurol 2005 ;20:105-113.
- (10) Tschinkel S, Harris M, Le Noury J, Healy D. Postpartum psychosis: two cohorts compared, 1875-1924 and 1994-2005. Psychol Med 2007;37:529-536.
- (11) Healy D. Psychiatric 'diseases' in history. Hist Psychiatry 2014;25:450-458.
- (12) Slater E. Diagnosis of hysteria. BMJ 1965;1:1395-1399.
- (13) Stone J, Smyth R, Carson A, Lewis S, Prescott R, Warlow C, Sharpe M. Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and "hysteria." BMJ 2005;331:989.
- (14) Stone J, Carson A, Duncan R, Coleman R, Roberts R, Warlow C, Hibberd C, Murray G, Cull R, Pelosi A, Cavanagh J, Matthews K, Goldbeck R, Smyth R, Walker J, Macmahon AD, Sharpe M. Symptoms 'unexplained by organic disease' in 1144 new neurology out-patients: how often does the diagnosis change at follow-up? Brain 2009;132(Pt 10):2878-2888.
- (15) Mersky H. the importance of hysteria. Br J Psychiatry 1986; 149:23-28.
- (16) Crommelinck M. Neurophysiology of conversion disorders: a historical perspective. Neurophysiol Clin 2014;44:315-321.
- (17) Bogousslavsky J, Walusinski O, Veyrunes D. Crime, hysteria and belle époque hypnotism: the path traced by Jean-Martin Charcot and Georges Gilles de la Tourette. Eur Neurol 2009; 62:193-199.
- (18) Bogousslavsky J, Dieguez S. Sigmund Freud and hysteria: the etiology of psychoanalysis? Front Neurol Neurosci 2014; 35:109-125.
- (19) Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G. Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care. Dtsch Arztebl Int 2015;112:279-287.
- (20) Tavel ME. Somatic symptom disorders without known physical causes: one disease with many names? Am J Med 2015;128: 1054-1058.
- (21) 5 Historical Manias That Gripped Societies, Then Disappeared. November 15, 2012. <http://mentalfloss.com/article/13097/5-historical-manias-gripped-societies-then-disappeared>
- (22) Medeiros De Bustos E, Galli S, Haffen E, Moulin T. Clinical manifestations of hysteria: an epistemological perspective or how historical dynamics illuminate current practice. Front Neurol Neurosci 2014;35:28-43.
- (23) American Psychiatric Association. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(5th ed.; DSM-5). New York: American Psychiatric Association;2013.
- (24) Owens C, Dein S. Conversion disorder: The modern hysteria. Adv Psychiatr Treat 2006;12:152-157.
- (25) Edwards MJ, Stone J, Lang AE. Functional/psychogenic movement disorders: Do we know what they are? Movement Disorders 2014;29:1696-1697.
- (26) Halayem S, Bouden A, Hammami M, Hamza M, Halayem MB. Somatic manifestations among depressed children: the case of complains and conversion symptoms. Tunis Med 2014; 92:154-158.
- (27) Kinetzsept E. Is Hysteria Real? Brain Images Say Yes. The New York Times. 2006; Sep. 26th.

- (28) **Kaplan MJ**. A psychodynamic perspective on treatment of patients with conversion and other somatoform disorders. *Psychodyn Psychiatry* 2014;42:593-615.
- (29) **조은이**. 신체 증상 귀인과 감정표현불능증이 신체화에 미치는 영향에서 통합성의 조절효과(석사학위논문). 서울: 가톨릭대학교 대학원;2011.
- (30) **Spence SA, Crimlisk HL, Cope H, Ron MA, Grasby PM**. Discrete neurophysiological correlates in prefrontal cortex during hysterical and feigned disorder of movement. *Lancet* 2000;355:1243-1244.
- (31) **Anderson MC, Ochsner KN, Kuhl B, Cooper J, Robertson E, Gabrieli SW, Glover GH, Gabrieli JD**. Neural systems underlying the suppression of unwanted memories. *Science* 2004;303:232-235.
- (32) **Northoff G**. What catatonia can tell us about “top-down modulation”: a neuropsychiatric hypothesis. *Behav Brain Sci* 2002;25:555-577 discussion 578-604.
- (33) **Goldberg G, Bloom KK**. The alien hand sign. Localization, lateralization and recovery. *Am J Phys Med Rehabil* 1990;69:228-238.
- (34) **Damasio AR**. Descartes’ error revisited. *J Hist Neurosci* 2001;10:192-194.
- (35) **Guérit JM**. Neurophysiology of conversive disorders. *Neurophysiol Clin* 2014;44:301-304.
- (36) **Raj V, Rowe AA, Fleisch SB, Paranjape SY, Arain AM, Nicolson SE**. Psychogenic pseudosyncope: diagnosis and management. *Auton Neurosci* 2014;184:66-72.
- (37) **Campbell A**. The evolutionary psychology of women’s aggression. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2013;28:368 (1631).
- (38) **Whittle S, Yücel M, Yap MB, Allen NB**. Sex differences in the neural correlates of emotion: evidence from neuroimaging. *Biol Psychol* 2011;87:319-33.
- (39) **Dedora DJ, Carlson JM, Mujica-Parodi LR**. Acute stress eliminates female advantage in detection of ambiguous negative affect. *Evol Psychol* 2011;9:532-542.
- (40) **Gardener EK, Carr AR, Macgregor A, Felmingham KL**. Sex differences and emotion regulation: an event-related potential study. *PLoS One* 2013;8:e73475.
- (41) **Campbell A**. The evolutionary psychology of women’s aggression. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2013;368(1631).
- (42) **Bracha HS**. Human brain evolution and the “Neuroevolutionary Time-depth Principle.” Implications for the Reclassification of fear-circuitry-related traits in DSM-V and for studying resilience to warzone-related posttraumatic stress disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2006;30:827-853.
- (43) **Schmidt NB, Richey JA, Zvolensky MJ, Maner JK**. Exploring human freeze responses to a threat stressor. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2008;39:292-304.
- (44) **Blanc JJ, Alboni P, Benditt DG**. Vasovagal syncope in humans and protective reactions in animals. *Europace* 2015;17:345-349.
- (45) **Micale MS**. Charcot and the idea of hysteria in the male: gender, mental science, and medical diagnosis in late nineteenth-century France. *Med Hist* 1990;34:363-411.
- (46) **van Boxtel MP, Bosma H, Jolles J, Vreeling FW**. Prevalence of primitive reflexes and the relationship with cognitive change in healthy adults: a report from the Maastricht Aging Study. *J Neurol* 2006;253:935-941.
- (47) **Developmental plasticity: Wikipedia, the free encyclopedia**. <http://en.wikipedia.org/>
- (48) **Gould SJ**. *The Mismeasure of Man*. New York: W. W. Norton & Company;1981. p.83.
- (49) **Slavich GM, Cole SW**. The emerging field of human social genomics. *Cli Psychol Sci* 2013;1:331-348.
- (50) **Cole SW**. Human social genomics. *PLoS Genet* 2014;10(8):e1004601.
- (51) **Gibson G**. The environmental contribution to gene expression profiles. *Nature Reviews Genetics* 2008;9:575-581.
- (52) **Slavich GM, Way BM, Eisenberger NI, Taylor SE**. Neural sensitivity to social rejection is associated with inflammatory responses to social stress. *Proc Natl Acad Sci USA* 2010;107:14817-1422.
- (53) **Idaghdour Y, Czika W, Shianna KV, Lee SH, Visscher PM, Martin HC, Miclaus K, Jadallah SJ, Goldstein DB, Wolfinger RD, Gibson G**. Geographical Genomics of Human Leukocyte Gene Expression Variation in Southern Morocco. *Nat Genet* 2010;42:62-67.
- (54) **Zimmer C**. *Parasite Rex*. 기생충 제국. 이석인 역. 서울: 궁리출판;2004. p.258.
- (55) **Rief W, Isaac M**. The future of somatoform disorders: somatic symptom disorder, bodily distress disorder or functional syndromes? *Curr Opin Psychiatry* 2014;27:315-319.
- (56) **Klaus K, Rief W, Brähler E, Martin A, Glaesmer H, Mewes R**. The distinction between “medically unexplained” and “medically explained” in the context of somatoform disorders. *Int J Behav Med* 2013;20:161-171.
- (57) **Briquet P**. *Traité de Hystérie*;1859.
- (58) **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition**. American Psychiatric Association;1987.
- (59) **Merkler AE, Parikh NS, Chaudhry S, Chait A, Allen NC, Navi BB, Kamel H**. Hospital revisit rate after a diagnosis of conversion disorder. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2016;87:363-366.
- (60) **Heruti RJ, Levy A, Adunski A, Ohry A**. Conversion motor paralysis disorder: overview and rehabilitation model. *Spinal Cord* 2002;40:327-334.
- (61) **Bracha HS, Yoshioka DT, Masukawa NK, Stockman DJ**. Evolution of the human fear-circuitry and acute sociogenic pseudoneurological symptoms: the Neolithic balanced-polymorphism hypothesis. *J Affect Disord* 2005;88:119-129.
- (62) **Wahlström L, Michélsen H, Schulman A, Backheden M, Keskinen-Rosenqvist R**. Longitudinal course of physical and psychological symptoms after a natural disaster. *Eur J Psychotraumatol* 2013 Dec 27;4. doi: 10.3402/ejpt.v4i0.21892.
- (63) **Asadi-Pooya AA, Emami Y, Emami M**. Psychogenic non-epileptic seizures in Iran. *Seizure* 2014;23:175-177.

**연구목적**

19세기말부터 근래까지 정신과 및 응급실에서 많이 볼 수 있었던 히스테리아(전환장애)환자를 이제는 더 이상 보기 어려워졌다. 이러한 현상의 원인을 규명해보고자 하였다.

**방 법**

정신과 외래 및 입원환자의 수가 지난 12년 동안 과연 얼마나 되는지 병록지를 조사하고 증상의 변화, 증상 지속기간을 조사하였으며, 지난 2년간 응급실에서 정신과진료에서 본 전환장애 환자수를 조사하였다. 이 결과를 과거의 연구 결과와 비교해보았다. 이를 토대로 히스테리아(전환장애)의 소실 및 증상 변화의 원인을 찾아 보았다

**결 과**

히스테리아(전환장애)의 환자수가 현저히 줄어들었으며 그 증상도 변화된 것을 확인하였다. 그리고 이러한 변화는 불과 수십 년 사이에 일어났다. 그 간의 연구결과를 통하여 신경질환 진단법의 발달, 진단명과 증상 기재 용어의 변화, 감정자극에 따른 뇌기능의 변환, 그리고 진화론적 관점 등이 이 병의 감소 내지는 증상의 변화를 설명할 수 있다.

**결 론**

히스테리아(전환장애)의 소실 및 증상의 변화가 불과 수십 년 동안에 일어날 수 있는 것은 진화적으로 변화하는 뇌와 환경 사이의 부조화에 따른 충격이 반응으로 나타난다는 가설을 통하여 이유의 많은 부분이 설명된다. 그리고 비록 과거의 히스테리아(전환장애) 환자수는 줄었으나 그 모습이 변화된 환자수는 결코 적지 않다. 정신과의사는 이들 환자에게 적절한 치료를 제공해 주기 위해서 일차 진료의사와 신경과의사와 협동해야 하며 주도적인 역할이 필요하다. 현재 사용하는 진단명이나 증상 기재 용어는 그 기본 내용이나 개념이 일부 변화했을 뿐, 뇌기능의 장애와 연관된 원인 불명의 신체증상이라는 점에서 달라진 바가 없다고 생각한다. 이에 저자는 과거의 용어인 히스테리아(전환장애)를 부활시키는 것이 타당하다는 점을 설명하였다.

**중심 단어 :** 히스테리아 · 전환장애 · 진화론.