CASE REPORT

pISSN 1226-6396, eISSN 2234-4942
J of Oriental Neuropsychiatry 2024;35(3):315-331
https://doi.org/10.7231/jon.2024.35.3.315

JON Journal of Oriental Neuropsychiatry

주요우울장애와 소뇌실조증으로 진단된 환자의 정신 증상에 대한 한의 복합 치료에서의 정신요법적 접근 1례

국혜정, 강동훈, 허준영*, 유호룡*, 정인철

대전대학교 한의과대학 한방신경정신과학교실, 심계내과학교실*

A Case Report of Psycho-Therapeutic Approach in Combined Korean Medicine Treatment for Psychiatric Symptoms in a Patient with Major Depressive Disorder and Cerebellar Ataxia

Hye Jeong Kook, Dong Hoon Kang, Jun Young Hur*, Ho Ryong Yoo*, In Chul Jung

Departments of Oriental Neuropsychiatry, *Cardiology and Neurology of Korean Medicine, College of Korean Medicine, Daejeon University

Received: August 25, 2024
Revised: September 20, 2024
Accepted: September 24, 2024

Correspondence to
In Chul Jung
Department of Oriental Neuropsychiatry, College of Korean Medicine, Daejeon University, 62 Daehakro, Dong-gu, Daejeon, Korea.
Tel: +82-42-470-9129
Fax: +82-42-470-9005
E-mail: npjeong@dju.kr

Acknowledgement
This work was supported by a Daejeon University Research Grant (2023) and a grant of the Korea Health Technology R&D Project through the Korea Health Industry Development Institute (KHIDI), funded by the Ministry of Health & Welfare, Republic of Korea (RS-2020-KH088427).

Objectives: To report the effectiveness of a comprehensive Korean medical approach, incorporating acupuncture, herbal medicine, Chuna therapy, and traditional Korean psychotherapy, in the management of a patient with cerebellar ataxia and major depressive disorder.

Methods: A 45-year-old female patient diagnosed with cerebellar ataxia and major depressive disorder received a comprehensive Korean medicine treatment, including acupuncture, moxibustion, herbal medicine, Chuna therapy, and traditional Korean psychotherapy such as Giungoroen therapy, IiGyeungByunQi therapy, M&L therapy, and Emotional Freedom Technique (EFT). The efficacy was assessed through both subjective symptom reports and a range of psychological assessment tools, including the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2), Korean Symptom Checklist-95 (KSCL-95), Korean Beck Depression Inventory-II (K-BDI-II), Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory XYZ form (STAI-XYZ), Korean version of the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI-K), Padua Inventory-Washington State University Revision (PI-WSUR), Penn State Worry Questionnaire (PSWQ), and the Korean Version of the Insomnia Severity Index (ISI-K).

Results: Throughout treatment, the patient experienced marked improvements in physical symptoms, notably dizziness, and gait instability. Psychological evaluations demonstrated significant reductions in anxiety, depression, and insomnia. The overall quality of life was enhanced, with sustained benefits observed during follow-up assessments.

Conclusions: This case suggests that a comprehensive Korean medicine approach that integrates acupuncture, herbal medicine, Chuna therapy, and traditional Korean psychotherapy may be effective in alleviating both physical and psychological symptoms associated with cerebellar ataxia and major depressive disorder.

Key Words: Cerebellar ataxia, Major depressive disorder, Giungoroen-therapy, IiGyeungByunQi-therapy, M&L therapy, Emotional freedom technique.

Copyright © 2024 by The Korean Society of Oriental Neuropsychiatry. All rights reserved.

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

I. 서론

소뇌실조증(Cerebellar Ataxia)은 소뇌의 기능 장애로 인해 운동 조절에 문제가 발생하는 질환 군으로, 전 세계적으로 인구 10만 명당 약 1~3명의 유병률을 보이는 희귀 질환이다[1]. 주로 소뇌의 퇴행성 변화로 발생하며, 병의 경과는 대개 서서히 진행되어 시간이 지남에 따라 보행 불안정, 사지 조정력 저하, 발음 장애 등의 증상이 나타나며, 질환의 진행에 따라 심각한 기능 장애로 이어질 수 있다[1]. 소뇌실조증은 원인에 따라 여러 하위 질환으로 분류될 수 있으며 대표적인 예로는 척수소뇌실조(spinocerebellar ataxia), 프리드리히 실조증(Friedreich ataxia) 등 유전적 요인에 기인하는 유전성 소뇌실조증과 특발성 만기발병 소뇌실조증(Idiopathic late onset cerebellar ataxia)과 다계통위축(Multiple System Atrophy) 등 신경계 퇴행성 질환에 기인하는 경우가 있다[2].

소뇌 병변으로 인한 떨림과 실조에 의해 나타나는 보행 및 균형 장애는 한의학적으로 진전(振顫)에 해당할 수 있다[3]. 간신부족(肝腎不足), 기혈양허(氣血兩虛), 담열동풍(痰熱動風), 어혈내조(瘀血內阻), 신양허쇠(腎陽虛衰)로 변증되며 변증에 따라 대보음환(大補陰丸), 팔진탕(八珍湯), 청열화담탕(淸熱化痰湯), 통규활혈탕(通竅活血湯), 신기환(腎氣丸) 등을 처방할 수 있다[4].

주요우울장애는 전 세계적으로 높은 유병률을 보이며, 2주 이상의 우울한 기분 혹은 활동에서의 흥미와 즐거움의 감소와 함께 수면, 식욕, 피로, 집중력, 자살사고 등 4가지 이상의 기타 우울증 증상을 보이는 기분장애이다[5]. 한의학에서는 울증(鬱證)이 대표적인 증후로 '간기울결(肝氣鬱結)' '기울화화(氣鬱化火)', '혈행울체(血行鬱滯)', '담기울결(痰氣鬱結)', '심음휴허(心陰虧虛)', '심비양허(心脾兩虛)', '간음휴허(肝陰虧虛)', '심신혹란(心神惑亂)'으로 변증 되며 변증에 따라 육울탕(六鬱湯), 시호소간탕(柴胡疏肝湯), 귀비탕(歸脾湯), 단치소요산(丹梔逍遙散) 가미온담탕(加味溫膽湯) 등을 처방할 수 있다[6].

최근 연구에 따르면, 소뇌실조증으로 진단된 환자들이 겪는 심리적 고통의 주된 원인은 효과적인 치료제나 예방법의 부재에서 기인한다[7]. 소뇌 기능 장애는 단순히 운동 조절의 이상뿐만 아니라 감정 조절 및 인지 기능에도 영향을 미치며, 소뇌와 관련된 신경망이 주요우울장애 및 불안과 연관된다는 점이 강조되고 있다[8]. 또한 주요우울장애 환자들은 뇌졸중과 같은 비가역적인 퇴행성 질환에 직면했을 때 심리적 증상이 더욱 심화하는 경향이 있으며, 이는 질병의 불가피한 진행성과 이에 따른 신체적·정신적 장애로 인해 심리적 고통이 증대되기 때문으로 이해된다[9]. 이에 따라 소뇌실조증 환자들의 정서적 고통을 효과적으로 관리하기 위해서는 신체적 증상 치료뿐만 아니라 정서적 지원과 정신 건강관리를 포함한 다학제적인 치료 접근법이 필요하다.

본 증례에서는 주요우울장애 및 소뇌실조증 환자의 정신적 증상(가슴 답답함, 두근거림 및 증상 악화에 대한 불안, 불면 등)에 대해 침, 한약, 추나 치료 및 한의 정신요법을 포함한 한의복합치료를 적용한 결과, 유의미한 호전을 보였음을 보고한다.

II. 증례

1. 연구승인

본 증례보고는 ○○대학교 ○○한방병원 기관생명윤리위원회(IRB)에서 신속심의를 통하여 심의면제의 건으로 확인받았다(심의번호: DJDSKH-24-E-13-1).

2. 환자 기본 정보

박○○ (F/45).

3. 주소증

1) 어지럼, 두통을 동반한 보행실조

안정 시 NRS 5~6 정도의 머리 전체 두통을 호소하였다. 두통은 회전성 어지럼증과 동반되었다. 활동 시 어지럼이 심해지며, 세상이 함께 도는 듯한 느낌이라고 하였다. 직진 보행을 시도하나, 실제로는 오른쪽과 왼쪽으로 번갈아 가며 한쪽으로 쏠렸다. 양쪽 팔과 다리에 힘이 잘 들어가지 않는 느낌을 경험하였으며, 보행 시 오른쪽 팔다리의 힘이 더 약하다고 하였다. 힘을 주려 할 때 양쪽 팔다리 근육이 가끔 떨리는 느낌이 든다고 하였다.

2) 가슴 답답함, 두근거림 및 불안

직장에서 업무 수행 시 타인에게 평가받는다는 생각에 불안하여 집중이 잘 안 된다고 하였다. 입사 동기들과 지속적

으로 비교하며 자신이 무능하고 무가치하다고 생각하였다. 알 수 없는 죄책감을 느꼈고, 승진이 되지 않을 것에 대한 불안을 호소하였다. 때때로 가슴이 두근거려 숨을 쉬기 힘들 정도로 답답함을 느꼈다. 이러한 증상이 다시 나타날까 봐 매우 불안해하였고, 항상 응급실에 갈 것을 염두에 두고 있었다. 현재 불안 외의 다른 감정은 잘 느껴지지 않으며, 모든 일에 흥미를 잃었다고 하였다. 일상생활을 유지하는 것이 힘들었고, 자신의 고통을 받아들이는 것조차 어려웠다고 하였다.

3) 불면

수면제를 복용하면 7~8시간 잠을 자지만, 이유 없이 1~2시간의 입면 곤란이 있었다. 가끔 잠들기 직전 숨이 잘 쉬어지지 않고, 두통과 어지럼이 심해져 불안해지며 잠들기 어려운 날도 있었다.

4) 소화불량

어지럼으로 인한 지속적인 오심을 호소하며, 음식 섭취 후 명치 부위에 꽉 찬 답답함을 느낀다고 하였다. 때때로 속이 가득 차 구토를 하기도 하였다. 지속적인 오심과 식후 비만으로 식욕이 떨어졌고, 3끼를 모두 섭취하지만, 매 끼니마다 밥이나 죽을 1/3에서 1/2 정도만 먹어 무력감이 심해졌다고 하였다. 소화불량이 더 심해질 것을 우려해 하루에 물을 300~500 mL 정도만 섭취하였다. 복진 시 중완부와 하복부에 압통이 있었고, 타진 시 가스 팽만음이 관찰되었다.

4. 발병일 및 동기

2023년 10월경~2024년 2월경 과로를 하던 중 직장 내 폭언으로 인한 스트레스로 발생하였으며, 2024년 6월경 특별한 원인 없이 심해져 간혹 두근거림 및 숨찬 느낌이 나타났으며 그런 느낌이 갑자기 시작되는 것에 대해 불안함이 동반되었다.

5. 현병력

환자는 2014년 3월경 직장 내 승진을 위해 발표하던 중, 타인의 평가에 대한 부담감으로 불안감을 느끼고 지속적인 수면 장애를 겪어 1차 정신건강의학과에서 불안장애로 진단받고 Paroxetine 20 mg 1정과 Alprazolam 0.25 mg 0.5정을 아침 식후로 10년간 복용하였다. 물 치료 후 증상은 잘 조절되었고, 사회적 및 직업적 기능에 큰 문제는 없었다. 그러나 2023년 10월 초, 파견 근무로 등산을 하던 환자는 일자로 걷지 못하는 등 양쪽 균형이 불안정하고 두통을 동반한 어지럼증을 경험하였으며, 2023년 10월 10일에 1차 신경과에서 Brain MRI를 촬영하였으나 정상 소견을 받았다. 이후에도 불편감은 지속되었으나 삶의 질이 떨어진 채 일상생활을 이어갔다. 하지만 두통과 어지럼증이 심해지고 이로 인해 업무 숙지 속도가 느려지면서 직장 내 지적이 잦아졌고, 이로 인해 불안감과 업무 능력 저하가 심해졌다. 2024년 2월경 인사평가 직후, 직장 내 같은 팀 동료들 앞에서 직장 상사가 환자에게 업무 수행에 대해 모욕적인 언사를 하였고, 그 이후로 두통과 어지럼증이 더욱 심해지고, 소화불량 및 가스가 잘 차며, 잠드는 것이 힘들어지는 증상이 나타났다. 또한, 잠이 들어도 자주 깨고, 깨고 나서 다시 잠드는 것이 어려워졌다. 증상이 점차 심해져 2024년 6월 초, 대전 소재의 대학병원 신경과에서 Brain MRI에서 정상 소견으로 임상 증상과 경과로 미루어 경추성 어지럼으로 진단받았으나, 양약 복용 후에도 증상이 호전되지 않아 치료를 중단하였다. 1차 한의원에서 여러 차례 치료를 받았으나 증상 호전이 없었고, 이후 1차 이비인후과 의원에 내원하여 전정기능검사를 시행하였으나 이상 소견은 없었고, 전정기능 이상에 의한 어지럼증과 두통은 아닌 것으로 진단되었다. 환자는 뚜렷한 원인을 찾지 못하고 증상이 호전되지 않아 더욱 불안해졌으며, 2024년 6월 말에는 어지럼증과 두통, 소화불량, 불면증이 심해져 일상생활 유지가 어려운 상황에 이르렀다. 이후 1차 정신건강의학과 의원에서 양약을 처방받아 1주일가량 복용하였으나 호전되지 않았고, 이후 특별한 계기 없이 가슴이 두근거리고 숨이 가빠지는 증상이 나타나 대전 소재의 2차 의료기관에 3일간 입원하여 수액 처치와 함께 심전도, 방사선, 혈액검사 및 Dix-Hallpike 검사를 시행하였으나 모든 검사에서 이상 소견이 없어 퇴원하였다. 이후 집에서 휴식 중 저녁에 갑작스러운 가슴 두근거림과 답답함, 호흡곤란 증상이 나타나 다음날 본원 한방 신경정신과에 입원하였다.

6. 복용약

1) Paroxetine 20 mg 0.5 t 아침 식후.
2) Trazodone 25 mg 0.25 t 취침 전.
3) Diazepam 2 mg 0.5 t 취침 전.

4) Alprazolam 0.25 mg 1 t 취침 전.
5) Levosulpiride 25 mg 아침 식후, 취침 전.

7. 과거력

1) 만성 비염

2021년 진단, 비갑개 성형술 시행.

2) 요추관 협착증

2022년 진단. 별무 처치.

8. 사회력 및 가족력

음주/흡연: 비음주, 비흡연.
가족력: 부 - 위암, 모 - 양 무릎 관절 퇴행성관절염.

9. 치료기간

1차 입원: 11일간 입원.
2차 입원: 9일간 입원.
외래 치료: 13일 동안 주 3회 통원 치료.
3차 입원: 19일째 입원.

10. 신체 진찰

1) 망진(望診): 얼굴이 희고 체구가 크고 마른 체형.
2) 음식(飮食): 3회/일. 소화불량 및 오심으로 식욕 저하 동반되어 끼니마다 밥 1/3~1/2공기/회. 일일 음수량 약 300~500 mL.
3) 소화(消化): 불량. 복부 팽만감, 오심, 식후 비만(痞滿) 호소. 간헐적으로 구토.
4) 대변(大便): 1회/2~3일. 굳은 변 양상으로 보며 배변 시 힘을 많이 줘야 하며 잔변감 있음.
5) 소변(小便): 2~3회/일. 음수량 부족으로 소변 횟수도 적음.
6) 수면(睡眠): 불면, 수면제 복용하여도 특별한 계기 없이 잠이 들기까지 1~2시간가량 걸리며 꿈을 많이 꾸지는 않지만, 종종 알 수 없는 소리를 내는 등 잠꼬대를 하고 일어났을 때 개운하지 않음.
7) 맥진(脈診): 맥세삭(脈細數).
8) 신경학적 검사

(1) 도수 근력 검사(Manual Muscle Test, MMT)
SAbx : G/G SFx : G/G SEx : G/G
EFx : G/G EEx : G/G
WFx : G/G WEx : G/G Hand grip : G
HFx : G/G HEx : G/G
KFx : G/G KEx : G/G
ADFx : G/G APFx : G/G EHL : G
(2) 소뇌기능검사
① Finger-to-nose test -/-.
② Nose-finger-nose test -/-.
③ Heal-to-shin test -/-.
④ Romberg test -.
⑤ Tandem gait +.

11. 검사 소견

1) 생화학 검사

HDL-Cholesterol 63.1 mg/dL ▲ (40~63), 그 외 수치들은 정상 범위에 속함.

2) 혈액학 검사

Monocyte 10.8% H ▲ (2~10), 그 외 수치들은 정상 범위에 속함.

3) 요검사

Leukocyte (2+) WBC 5~7/HPF, Epithelial many/LPF, Bacteria a few/LPF, 그 외 수치들은 정상 범위에 속함.

4) EKG

Normal sinus rhythm.

5) Chest PA

- No active lesion in lung.
- No cardiomegaly.

6) Simple Abdomen E/S

- Abundant fecal material in colon.
- Nonspecific bowel gas pattern.

7) Brain CT

Mild cerebellar atrophy: Cerebellum에 cortical sulci widening을 동반한 mild atrophy 소견.

8) Brain MRI

Brain CT 결과에 대하여 보다 전문적인 소견을 확인하기 위하여 외부 영상의학과의원에서 촬영 시행.

IMP) Mild atrophy of cerebellum and pons.

R/O olivopontocerebellar atrophy (OPCA).

12. 진단

1) KCD 상병명

환자의 증상을 바탕으로 DSM-5 진단 기준에 따라 주요 우울장애(F32.1)로 진단.

환자의 증상과 Brain MRI 결과에 따라 다발계통 위축, 소뇌형(G23.3) 의증으로 진단.

2) 한의 변증

영혈부족(營血不足), 심비양허(心脾兩虛), 심담허겁(心膽虛怯).

13. 평가도구

1) 미네소타 다면적 인성검사 2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI-2)

한국어판 MMPI-2는 다면적 인성검사로 총 567문항에 대하여 '예'와 '아니요'로 답하며 8개의 타당도 척도와 10개의 임상 척도, 9개의 재구성임상척도, 15개의 내용척도, 15개의 보충척도, 성격병리 5요인 척도로 구성되는 개인의 성격 패턴과 심리적 장애를 평가하는 질문지형 성격 검사이다[10].

2) 간이정신진단검사 II (Korean-Symptom Check List 95, KSCL-95)

KSCL-95는 자기보고식 질문지로, 정서 상태, 현실검증력, 스트레스 취약성 등을 포괄적으로 평가하며, 95문항으로 구성된 타당도 영역의 긍정왜곡, 비일관성, 정서 영역의 우울, 불안, 공포[공황발작, 임소(광장)공포], 강박(강박증, 강박성격), 외상후 스트레스, 분노공격, 신체화, 현실적응문제 영역의 조증, 편집증, 정신증, 기타 영역의 자살, 중독, 수면문제, 스트레스 취약성(대인민감성, 낮은 조절력) 등의 하위척도로 구성되어 있다[11].

3) 한국어판 벡우울척도 2판(Korean-Beck Depression Inventory-II, K-BDI-II)

K-BDI-II는 자기보고식 우울 척도로 0~3점의 4점 Likert척도이며, 총 21문항의 가능한 총점 범위는 0~63점으로 0~9점은 우울하지 않은 상태, 10~15점은 가벼운 우울상태, 16~23점은 중한 우울상태, 24~63점은 심한 우울상태를 나타낸다[12].

4) 자기감정 평가 질문지(Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory-form Korean YZ, STAI-XYZ)

STAI-XYZ는 총 40문항의 상태불안과 특성불안을 각각 20문항으로 측정하는 도구로, 1970년 Spielberger가 개발한 STAI-X[13]를 개정하여 불안과 우울함에 대하여 변별력을 높인 STAI-Y[14]을 기반으로 한 설문지로 상태불안의 수준이 52~56점의 경우 상태불안수준이 약간 높음, 57~61점 상태불안 수준이 상당히 높음, 62~80점 매우 높음을 의미하여 특성불안의 수준이 54~58점 특성불안 수준이 약간 높음, 59~63점 특성불안 수준이 상당히 높음, 64~80점 매우 높음을 의미한다[15].

5) 한국판 상태-특성 분노표현척도(Korean adaptation of the State-Trait Anger Expression Inventory, STAXI-K)

STAXI는 총 44개 문항으로 구성되어 있으며 각 문항에 대해 '전혀 아니다'에서 '아주 그렇다'까지의 4점 척도로 측정하며, 상태분노, 특성 분노, 내향화된 분노, 외향화된 분노, 분노 조절 등 5개의 소척도로 구성되어 있다[16,17].

6) Padua 강박질문지 워싱턴 주립대학 개정판(The Padua Inventory-Washington State University Revision, PI-WSUR)

PI-WSUR은 강박증 자가보고 척도로 총 39개 문항으로 구성되어 있으며 각 항목은 생각이나 행동으로 인한 방해정도에 따라 0~4점의 5점 Likert척도이며 80점 이상인 경우

경도, 100점 이상인 경우 중증을 의미한다[18,19].

7) 펜실베니아 걱정증상 설문지(Penn State Worry Questionnaire, PSWQ)

펜실베니아 걱정증상 설문지는 Meyer 등이 1990년에 개발한 검사로, 범불안장애의 주 증상인 만성적이며 통제 불가능한 걱정의 빈도와 강도를 평가하는 자가 보고형 질문지로 총 16개의 문항으로 구성되어 있으며, 1~5점의 5점 Likert척도이며, 척도로 증상의 심한 정도를 평가할 수 있도록 고안되어 있고, 총점이 높을수록 걱정이 많음을 의미한다[20,21].

8) 한국판 불면증 심각도 평가 척도(ISI-K)

ISI-K는 잠들기 및 수면 유지의 어려움, 너무 일찍 깨는 문제, 현재 수면 패턴에 대한 만족도, 일상 기능의 방해, 수면 문제로 인한 장애의 눈에 띄는 정도, 수면 문제로 인한 괴로움을 평가하는 7가지 항목으로 구성되어 척도로 0~4점의 5점 Likert척도이며, 총 7문항의 가능한 총점 범위는 0~28점으로 0~7점은 임상적인 불면증이 없는 상태, 8~14점은 임상적인 불면증 전단계의 경증 불면증 상태, 15~21점은 중등도의 임상적 불면증, 22~28점은 중증의 임상적 불면증 상태를 나타낸다[22].

14. 초진 시 심리 평가 결과

첫 번째 입원 시, MMPI-2와 KSCL-95를 통해 성격 특성과 스트레스 취약성을 평가하였다. MMPI-2 결과, VRIN (48T), TRIN (53F)으로 검사 일관성이 유지되었고, F (41T), L (53T), K (46T)는 정상 범위로 솔직하게 응답하였다. 임상척도에서는 D (77T), Ma (72T)가 가장 높게 상승해 있으며, Pa (71T), Si (70T), Hs (69T), Hy (68T), Pt (65T), Sc (65T)도 동반 상승해 있었다. 이를 통해 현재 심각한 우울감과 정서적 불안정을 경험하고 있으며, 사회적 상황에서 고립감과 불편함을 크게 느끼고 있고 불안과 관련된 강박적 사고와 경계심, 그리고 신체적 증상에 대한 과도한 집중이 나타나며, 이러한 심리적 스트레스는 전반적인 정신 건강에 부정적인 영향을 미치고 있는 것을 볼 수 있었다(Fig. 1). KSCL-95에서는 DEP (87T), ANX (83T), PTSD (87T), SOM (105T) 등이 상승해 신체 증상에 대한 과도한 염려나 불안 등으로 인해 일상생활에 어려움이 초래되며, 심리적 문제나 고통을 신체 증상으로 전환하여 나타낼 수 있으며, 우울하고 슬픈 감정을 비롯하여 무력감, 일상 활동에 대한 흥미와 즐거움이 저하되어 있으며 PAR (106T), SCH (100T)가 상승되어 있어 타인에 대한 불신과 현실 적응 문제도 드러났으며 SI-P (87T), ST-V (85T), IN-S (80T), RG-P (86T)가 상승해 있어 정서 조절이나 주의 조절을 포함한 자기통제 기능에 문제가 발생한 상태로 여러 스트레스, 특히 대인관계 스트레스에 취약하며, 현재 수면의 양이나 질에 문제가 발생한 상태임을 확인할 수 있었다(Fig. 2). 매우 심각한 수면 문제(ISI-K 28점)와 경도의 우울감(K-BDI-II 15점), 높은 특성불안(STAI-XYZ 특성불안 62점), 억제된 분노(STAXI-K 상

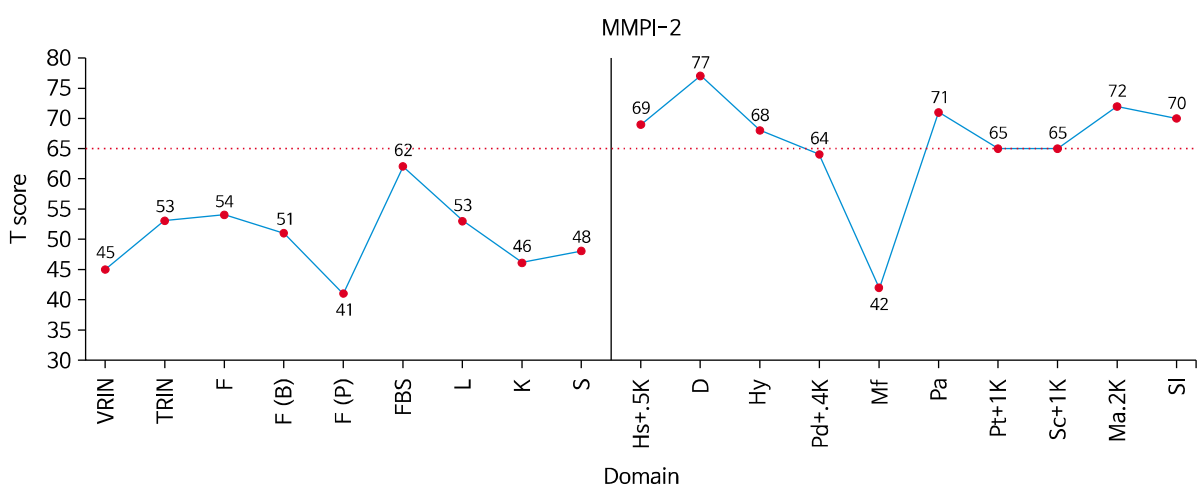


Fig. 1. Result of MMPI-2 on first medical examination.

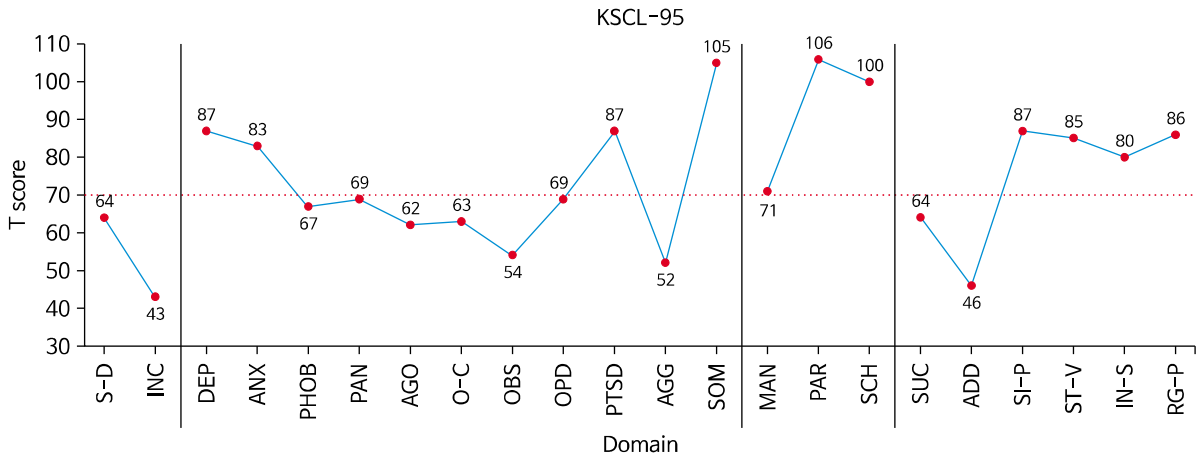


Fig. 2. Result of KSCL-95 on first medical examination.

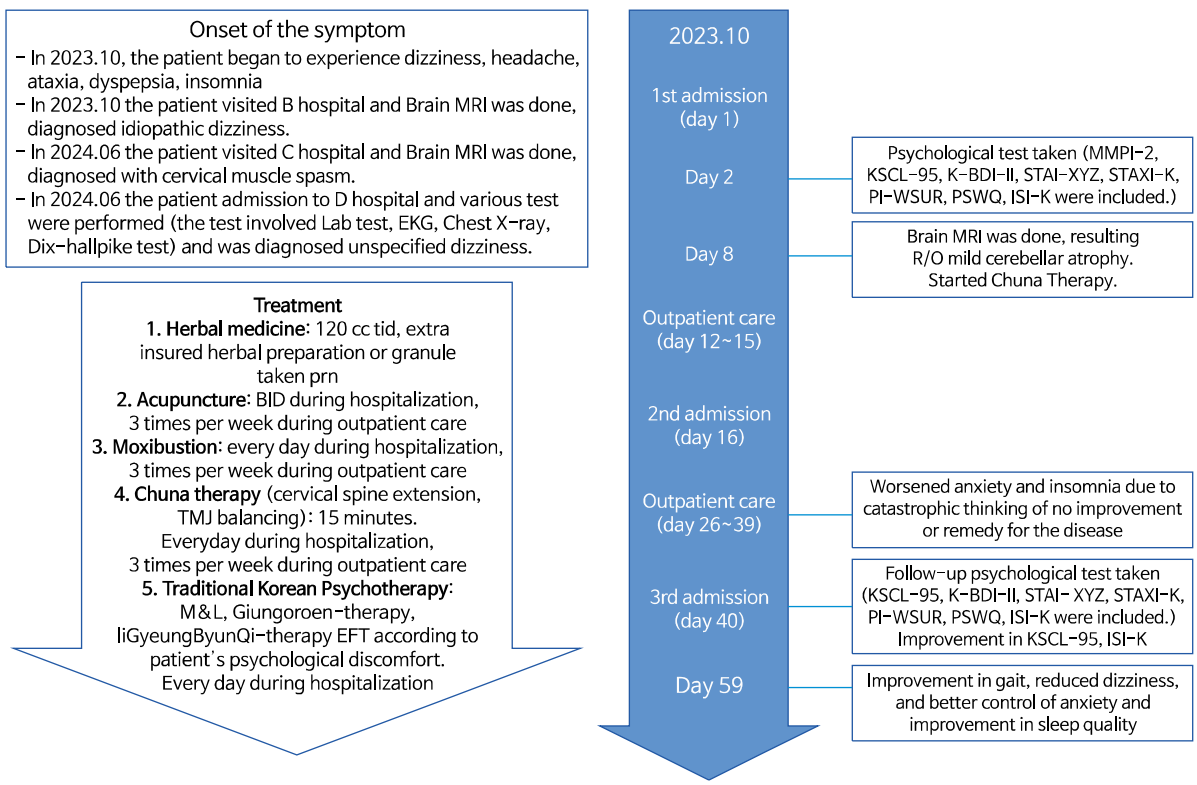


Fig. 3. Treatment flowchart.

태 분노 12점, 특성 분노 23점, 분노 조절 14점, 분노 표출 10점, 분노 억제 18점)가 동반되었다. 일상생활에서 강박적 사고나 행동을 느낄 수 있지만, 이는 비교적 가벼운 수준으로 생활에 심각한 영향을 미치지 않을 가능성이 큰 것으로 확인되었고(PI-WSUR 41점), 과도하고 통제할 수 없는 걱정보다 일상적인 수준에서 걱정을 경험하고 있음을 알 수 있었다(PSWQ 29점).

15. 치료 내용(Fig. 3)

1) 침구 치료

침치료는 1일 2회 15~20분간 유침하였다(0.25 mm×

30 mm, Dongbang medical, stainless steel). 뜸 치료는 입원기간 중 일요일을 제외한 1주일 중 6일간 뜸판(Dongbang medical, 단전구합)에 황토뜸(Dongbang medical, 쑥탄) 3장을 넣어 관원(CV4), 신궐(CV8), 중완(CV12)에 30분 동안 유지하였고 매일 소형 무연뜸(Onttum, Technoscience)을 양쪽 견정(GV21)에, 대형 무연뜸(ettum, Technoscience)을 복부에 시행하였다.

2) 한약 치료

한약 치료는 환자의 증상 특성과 동반하는 다른 증상들을 고려하여 처방하였으며, 그에 따라 약재를 가감하였다. 환자의 흉민, 불안 등 동반 증상을 고려하여 아침에 소합향원(蘇合香元)과 불면 개선을 위하여 취침 전에 천왕보심단(天王補心丹)을 함께 처방하였다. 기타 호소하는 증상에 따라 단미엑스혼합제 혹은 과립제를 추가로 처방하였다(Table 1).

3) 추나 치료

일요일을 제외한 주 6회 경추신연요법 및 구강 내 장치를 통하여 올바른 턱관절의 균형 위치를 찾아 전신의 균형을 조절하고 전신 척추의 정렬 및 신경계를 안정화하는 기법인 턱관절 균형 요법을 시행하였다[23].

4) 한의정신요법

한의정신요법으로 지언고론요법(至言高論療法), 이정변기요법(移精變氣療法), M&L 심리 치료 및 감정 자유 기법(Emotional Freedom Technique, EFT)이 사용되었다. 입원 시부터 지언고론요법을 시행하였으며 하루 15분 이상 면담 시간을 가졌으며, 설명과 증상으로 인한 고통과 불안에 대한 지지, 향후 치료 계획 설명 위주로 진행되었다. 하루 15분 이상 환자의 증상 호소에 따라 복식호흡법, 점진적 근

Table 1. Herbal Medicine on Each Treatment Day

Treatment day	Target	Detailed Intervention
1～59	Anxiety, Chest discomfort	Sohaphyang-won (Suhexiang-wan, 蘇合香元). Granule. Every Morning
1～59	Insomnia	Chunwangbosim-dan (Tianwangbuxin-dan, 天王補心丹). Granule. Every Night
1	Anxiety, Fatigue, Insomnia, Dyspepsia	Bohyulanshin-tang (Buxueanshen-tang, 補血安神湯). Decoction.Three times per day
1～23	Dizziness	Banhabaekchulcheonma-tang (Banxiabaizhutianma-tang, 半夏白朮天麻湯). Extract. Insured herbal preparation. Three times per day
2～4	Insomnia, Anxiety, Depression	Guibi-tang (Guipi-tang, 歸脾湯). Decoction. Three times per day
2～7	Urination discomfort	Ohrim-san (Wuling-san, 五淋散). Extract. Insured herbal preparation. Three times per day
2～11, 19	Constipation	Yunjang-hwan (潤腸丸) Granule. Taken as symptom appears
8～37	Right upper extremity weakness and Fatigue	Gongjin-dan (Gongchen-dan, 拱辰丹). Moschus replaced with Aucklandiae Radix. Granule. Every day, 1 hour before breakfast
5～40	Dyspepsia	Pyeongjingeonbi-tang (Pingchenjianpi-tang, 平陳健脾湯). Decoction. Three times per day
9～59	Dyspepsia, Abdominal bloating	Daehwajungeum (Dahezhongyin, 大和中飮). Extract. Insured herbal preparation. Three times per day
19～23	Chronic rhinitis	Socheongryong-tang (Xiaoqinglong-tang, 小靑龍湯). Extract. Insured herbal preparation. Three times per day
35	Dyspepsia	Sojeokgunbi-hwan (消積健脾丸) Granule. Taken as symptom appears
39	Headache	Ukgan-san (Yigan-san, 抑肝散). Granule. Taken as symptom appears
39～45	Headache	Chungsanggyuntong-tang (Qingshangchuantong-tang, 淸上蠲痛湯). Extract. Insured herbal preparation. Three times per day
41～44	Anxiety, Depression, Abdominal discomfort, Insomnia	Ondam-tang (Wendan-tang, 溫膽湯). Decoction. Three times per day
45～49	Common cold, Body ache	Gumiganghwal-tang (Jiuweiqianghou-tang, 九味羌活湯). Decoction. Three times per day
45	Common cold, Body ache	Insampaedok-san (Renshenbaidu-san, 人蔘敗毒散). Extract. Insured herbal preparation. Three times per day
46～47	Common cold, Body ache	Gumiganghwal-tang (Jiuweiqianghou-tang, 九味羌活湯). Extract. Insured herbal preparation. Three times per day
50～59	Anxiety, Depression, Abdominal discomfort, Insomnia	Ondam-tang (Wendan-tang, 溫膽湯). Decoction. Three times per day

육 이완법, M&L 정신요법 기반의 명상[마인드풀니스(Mindfulness), 러빙 비잉네스(Loving beingness), 리소스 마인드풀니스(Resource Mindfulness)], 감정자유기법(EFT) 등을 시행하였다(Table 2).

16. 치료경과

1) 초진일(1차 입원 당일)

어지럼 및 두통이 매우 심하여 누워서 몸을 가누는 것도 어려웠으며, 가슴 답답함 및 불안으로 인해 의료진과 대화는 했으나 목소리가 작고 자신의 상태를 명확하게 설명하는 데 어려움을 겪었다. 작년 10월 이후 승진을 위해서 과도하게 업무를 수행하였으며, 최근 수면 부족으로 인해 전신에 힘이 하나도 없다고 호소하였다. 소뇌 검사 시행 시 다른 검사 결과는 정상이었으나, 일직선보행(tandem gait)에서 다리에 힘이 안 들어간다고 호소하며 이상 소견을 보였다. 입원서약서에 서명할 때도 손에 힘이 잘 들어가지 않아 글자 쓰는 것을 힘겨워했으나 못 알아볼 정도는 아니었다. 대화와 활동하기를 힘들어하며 휴식을 강력히 원하여 더 이상의 상담은 진행할 수 없었다. 첫날 저녁부터 보혈안신탕을 복용하였고, 저녁 식사 절반 정도 섭취한 뒤 오심 및 어지럼이 악화되었으며 구역감도 발생하였다. 저녁에 지참한 수면제를 복용하였으나 5시간가량의 입면 곤란이 있었으며 잠들어도 특별한 계기 없이 여러 차례 중도 각성이 있었고 다시 잠드는 것이 힘들어 총 2~3시간가량을 얕게 잤다.

2) 치료 2일 차~11일 차(1차 입원 2일차~11일차)

입원 2일 차 오전부터 입원에 대해 안정감을 느끼기 시작했으며, 이에 따라 MMPI-2, KSCL-95, K-BDI-II, STAI-XYZ, STAXI-K, PI-WSUR, PSWQ 검사를 시행하여 심리상태와 문제 증상의 심각도를 평가하였다. 이를 바탕으로 지지적 환경을 구성하여 치료적 동맹을 형성해 나갔다. 원인이 밝혀지지 않은 지속적인 어지럼, 두통, 오심을 동반한 소화불량, 불면증으로 고통을 겪고 있었으며, 가슴 답답함과 불안감, 갑작스러운 호흡 곤란에 대한 공포를 경험하고 있었다. 그중에서 불면으로 인한 고통을 가장 크게 호소하여 귀비탕으로 탕약을 변경하였다. 그와 더불어 최근에는 이런 증상들로 인하여 직장에서 업무 수행 능력이 떨어졌으며 직장 상사로부터 공개적으로 모욕적인 언사를 들어 심리적으로 위축되어 종일 우울하고 모든 일에 흥미가 떨어진 무감동 상태로 무기력, 집중력 저하, 무가치 감을 느끼고 있었고 환자는 본인이 힘들지만 버텨내야 한다고 생각하며 무력한 본인을 받아들이지 못하고 있었다. 이에 M&L 정신요법을 통해 마인드풀니스와 러빙비잉네스를 시행하였고, 환자와 함께 심리적 자원을 탐색하여 리소스 마인드풀니스를 적용하였다. 환자는 퇴근 후 집에서 느끼는 안정감을 심리적 자원

Table 2. Traditional Korean Psychotherapy on Each Treatment Day

Treatment day	Target	Detailed Intervention
1~7	Denial of having problem, Anxiety and Depressive mood	Giungoroen-Therapy; daily providing the patient with information such as the cause, treatment, and prognosis of Dizziness and Insomnia
2~3	Initial adjustment and Anxiety, Depressive mood	M&L Therapy (Mindfulness, Loving Beingness, Resource Mindfulness)
4~59	Expression of Anxiety and Depressive mood	Daily 15 minutes practicing IiGyeungByunQi-therapy through Abdominal Breathing Method
8~59	Anxiety about the not improvement of disease	Giungoroen-Therapy; daily providing the patient with information such as the cause, treatment, and prognosis of Cerebellar Ataxia and Multiple System Atrophy-Cerebellar subtype
17~49	Anxiety about the no improvement of disease	Daily over 15 minutes practicing IiGyeungByunQi-therapy through Progressive Muscle Relaxation
45~49	Depressive mood accompanying worthlessness	Emotion Freedom Technique sessions dealing with 'Boss's bossy behavior and disrespect for me'
50~59	Anxiety and Depressive mood about illness worsening rapidly and forced to take a leave of absence or retire a year before promotion at job	Daily over 15 minutes practicing IiGyeungByunQi-therapy through Progressive Muscle Relaxation
53~59	Anxiety and Drepressive mood about no improvement or appropriate remedy of disease	Emotion Freedom Technique sessions dealing with 'Laboratory test results not meeting patient's expectations'

으로 저장하는 과정을 통해 현재의 어려운 상황을 인정하고 받아들이기 시작하였다. 입원 당시에는 머리가 아프고 어지러워 일상 활동을 전혀 할 수 없을 것 같다고 하였으나, 입원 4일째부터 점차 혼자서 워커를 사용해 걸을 수 있게 되었다. 그러나 여전히 지속적인 불안감을 호소하여 매일 오후 15분씩 이정변기요법으로 의료진의 가이드 멘트를 들으며 복식호흡을 시행하였다.

입원 4일 차부터 불면 증상 호전되어 잠드는데 20~30분 정도 걸렸으며 중간에 화장실에 가려고 한 번 정도 깨는 것 말고는 잠을 6~7시간가량 숙면하였는데 여전히 속이 불편하고 그로 인해 두통과 어지럼이 악화된다고 호소하여 탕약을 평진건비탕으로 변경하였다. 입원 7일 차에는 안정 시 두통과 어지럼증은 거의 소실되었으나, 활동 시 어지러움과 몸을 가누기 어려운 증상은 입원 초기의 70~80% 정도로 크게 호전되지 않았다. 반면, 가슴 답답함이나 숨이 차는 느낌, 불안감은 거의 사라져 심리적으로 안정된 상태였다. 불면증의 경우, 불안감으로 인한 입면 어려움은 없었으며, 수면제를 복용하면 1~2시간 후 잠들었고 중간에 깨지 않고 7~8시간가량 숙면하였다. 식사량은 끼니마다 절반 정도로 유지되었으며, 간식도 섭취할 수 있었다. 오심이나 구토감은 사라졌고, 가스가 차는 느낌의 소화불량도 입원 당시보다 30% 정도 호전되었다. 경과 관찰을 위해 촬영한 복부 엑스레이에서도 입원 당시와 달리 가스나 대변이 차 있지 않았다. 입원 치료를 일주일 동안 진행하여 증상 대부분은 호전되었으나, 활동 시 어지럼과 뒷목, 어깨의 불편감을 지속해서 호소하여, 경추 신연 기법과 턱관절 균형 요법을 매일 15분씩 시행하였다. 그러나 입원 8일째에도 tandem gait 검사는 여전히 양성으로 나타나 기질적 원인을 배제하기 위해 Brain CT를 촬영하였다. 그 결과 경미한 소뇌 위축 소견이 발견되어 추가로 Brain MRI를 촬영한 결과, 교뇌와 소뇌의 경미한 위축이 보이며 소뇌 위축(올리브뇌교소뇌위축) 의증이 진단되었다. 환자에게 이 검사 결과를 설명하며 소뇌 위축증의 진단, 치료, 예후에 대해 안내하였다. 환자는 자신의 의심 질환이 비가역적이라는 사실을 큰 심리적 저항 없이 받아들였고, 그래도 원인을 찾은 것에 대해 다행이라고 했다. 이후 더 전문적인 진료를 위해 서울 소재 대학병원 신경과 진료를 예약하고, 퇴원 후 통원 치료를 지속하기로 하였다.

3) 치료 12일차~16일차(첫 번째 퇴원 이후~두 번째 입원 당일)

환자는 퇴원 후 어지럼, 소화불량, 가슴 답답함 및 불안감이 호전된 상태로 일상생활을 지속하였다. 이후 서울 소재 대학병원 신경과에 본원의 진료 의뢰서와 Brain MRI CD를 지참하여 진료를 받았다. 신경과 의사는 환자의 증상과 Brain MRI 결과를 종합해보면 올리브뇌교소뇌위축이 의심되며, 이 질환에 대해 아직 밝혀진 치료법은 없다고 설명하였다. 다만, 유전성일 경우 사용할 수 있는 치료제가 있을 수 있으니, 혈액검사를 통해 유전자 검사를 시행하고, 2개월 후에 입원하여 추가 검사를 진행하자고 하였다. 환자는 진료를 마치고 귀가하는 중에 가슴 답답함과 숨이 막힐 것 같은 느낌이 들었으며, 결과가 바로 나오지 않는다는 사실에 불안감이 급증하였다. 결국 본원 야간 진료실을 통해 퇴원 5일 만에 다시 입원 치료를 받게 되었다.

4) 치료 17일차~25일차(두 번째 입원 2일 차~9일 차)

두 번째 입원 2일 차에 안정 시 어지럼이 호전된 상태를 유지했으나, 보행 시 고정된 한 점만 응시해야 했고, 양쪽으로 번갈아 몸이 한쪽으로 쏠리며 글씨를 쓸 때 오른손에 힘이 빠지는 느낌이 들었다. 또한, 식전에는 갑작스럽게 속이 답답하고 숨쉬기 어려운 느낌을 호소하였다. 보행 시 어지럼 치료를 위해 주 6일, 15분씩 경추 신연 기법과 턱관절 균형 요법을 통한 추나 치료를 시행하였다. 또한, 한 곳을 응시하며 몸을 회전시키기, 양 눈을 뜬 채로 한발로 버티기, 한쪽 눈을 감은 채로 한발로 버티기, 체중 부하 자전거 운동 등의 단순 운동 치료와 함께 일기 작성을 통한 글씨 쓰기 연습, 천천히 정확히 발음하기 등의 재활 훈련을 매일 시행하였다. 환자는 재활 훈련을 통해 증상이 크게 개선되지 않았다고 느껴 불안을 호소하였고, 이에 매일 오후 15분씩 이정변기요법으로 의료진의 가이드 멘트를 들으며 점진적 근육 이완법을 시행하였다. 처음에는 보행 중 어지러워 쓰러질지도 모른다는 불안감으로 워커를 사용했으나, 두 번째 입원 4일 차부터는 워커 없이도 걸을 수 있다는 자신감을 가지게 되었고, 균형이 잡히지 않을 때만 난간을 잡고 보행하였다. 숨쉬기 어려운 느낌의 불안감도 두 번째 입원 당시의 20~30% 수준으로 감소하였다. 아직 식전의 불편감과 식후 소화불량이 남아 있어 평진건비탕 가미방 탕약을 처방하였고, 만성

비염으로 맑은 콧물이 나오는 증상에 대해 소청룡탕(단미엑스혼합제)을 처방하였다. 환자는 두 번째 입원 9일 차에 일상생활 능력이 향상되고 불안감이 감소하여 퇴원 후 통원 치료를 지속하기로 하였다.

5) 치료 26일차~44일차(두 번째 입원 퇴원 이후~세 번째 입원 5일 차)

두 번째 퇴원 이후 환자는 주 3회 통원 치료를 지속하였다. 식욕부진은 지속되었지만, 식사량은 더 줄어들지 않았고, 소화불량은 호전된 상태를 유지하였다. 그러나 통원 치료를 일주일 정도 받는 동안 간헐적인 두통이 발생하였고, 환자는 인터넷에서 자신의 질병에 대해 자주 검색하기 시작하였다. 이 과정에서 치료할 수 없으며 상태가 지속해서 악화할 것이라는 부정적인 정보를 많이 접하게 되었다. 그로 인해 증상 악화에 대한 과도한 걱정과 불안이 다시 심해졌고, 가슴 답답함과 함께 입면 곤란 및 중도각성 후 재입면 어려움이 두드러지는 불면증으로 일상생활을 유지하기 어려워졌다. 결국 두 번째 퇴원 13일 만에 세 번째로 재입원하게 되었다. 세 번째 재입원 당일부터 두통과 어지럼에 대해 주 6일, 15분씩 경추 신연 기법과 턱관절 균형 요법의 추나 치료를 시행하였다. 낮 동안에는 이정변기요법을 시행하고 다른 활동에 집중하면 질병에 대한 불안이 사라졌지만, 밤이 되면 잠들기 전과 3~4시간 수면 후에 갑자기 잠에서 깨면서 다시 잠들기 어려워지고, 가슴이 두근거리며 불안한 생각이 올라오는 것을 지속해서 호소하였다. 지언고론요법을 통해 환자는 자신의 질환을 받아들이는 과정을 거쳤으며, 처음 Brain MRI 결과 설명을 들었을 때는 표면적으로 큰 심리적 저항 없이 받아들였으나, 실제로는 퇴행성 뇌 질환이라는 사실을 부정하고 기적을 바라면서도 그것이 이루어지지 않을 것 같다는 핵심 생각이 있다는 것을 깨닫게 되었다. 지속적인 불안감을 완화하기 위해 매일 오후 15분씩 의료인의 가이드 멘트를 들으면서 점진적 근육 이완법을 시행하였고, 밤에 잠들기 전과 새벽에 깨서 다시 잠들기 어려울 때 스스로 점진적 근육 이완법을 시행하였다. 불안감이 심해져 온담탕 가미방으로 탕약을 변경하였다. 세 번째 입원 4일 차부터 환자는 점차 마음의 안정을 찾기 시작했고, 불안감이 줄어들면서 수면 시간이 5~6시간으로 늘어났으며, 수면의 질도 향상되었다. 중간에 깨어도 바로 다시 잠들 수 있었다. 세 번째 입원 시에 MMPI-2를 제외한 KSCL-95, K-BDI-II, STAI-XYZ, STAXI-K, PI-WSUR, PSWQ, ISI-K 검사를 시행하였다. 그 결과는 K-BDI-II 37점, STAI-XYZ에서 상태불안 36점, 특성불안 60점, STAXI-K에서 상태분노 10점, 특성분노 25점, 분노 조절 4점, 분노 표출 4점, 분노 억제 16점, PI-WSUR 40점, PSWQ 40점, ISI-K 13점이었다. KSCL-95 검사 결과는 다음과 같다(Fig. 4).

6) 치료 45일차~49일차(세 번째 입원 6일 차~10일 차)

세 번째 입원 6일 차에 환자의 어지럼은 안정 시 호전된 상태를 유지하였으나, 보행 시 및 갑작스러운 시야 변경 시 어지럼이 심해지는 양상이 지속되었다. 그러나 갑자기 악화된 두통을 호소하고 자각적 열감과 경미한 인후통도 있었으며, 체온은 37.2~37.4°C로 측정되었다. 두통은 온종일 지

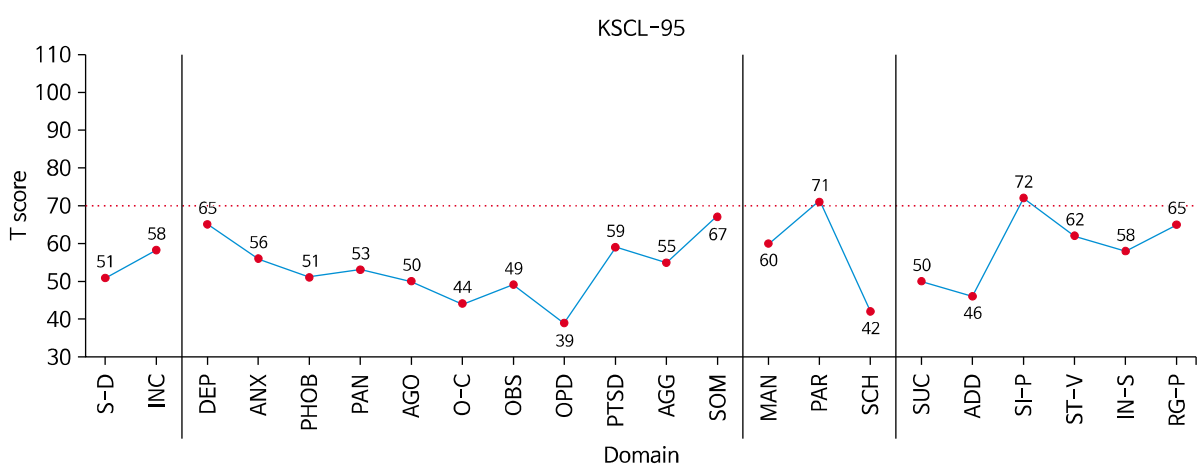


Fig. 4. Result of KSCL-95 on third admission.

속되었으며 청상견통탕(단미엑스혼합제)과 아세트아미노펜 600 mg 복용 시 호전되나 복용 4~6시간 후에 다시 악화하는 양상 반복되었다. 두통과 열감으로 인해 1시간 정도 잠에 드는 것이 어려웠고, 3~4시간 수면 후에도 별다른 이유 없이 중도 각성하여 두통과 열감으로 1시간가량 재입면에 어려움을 겪으며 수면의 질이 저하되었다. 지속적인 두통과 자각적 열감으로 식욕부진을 호소하였으며, 식사량은 끼니당 2~3수저로 감소하였다. 코로나 검사(신속항원검사, PCR검사)상 음성으로 입원치료 유지하며 구미강활탕 가미방으로 탕약을 변경하고 수액 처치를 하였다. 환자는 컨디션 난조로 활동량이 감소하고 누워 있는 시간이 길어지면서 작년 10월 이후를 회상하였다. 과거 직장 상사로부터 모욕적인 언사를 들었던 기억이 떠오르며 무가치 감을 재경험하게 되어, 가슴 답답함과 불안이 악화하였다. 이에 따라 감정 자유 기법(EFT)을 시행하였다. 시행 전 주관적 고통지수(Subjective Units of Distress, SUDs) 4~5의 고통을 호소하였다. '직장 상사의 고압적인 언행과 나를 무시하는 언사'에 대하여 EFT를 진행한 후 SUDs가 2~3으로 감소하였다. 환자는 가슴 답답함과 불안이 완화되어 하루 30분가량 산책을 할 수 있게 되었다.

7) 치료 50일차~59일차(세 번째 입원 11일 차~19일차)

입원 11일 차에 서울 소재 대학병원에서 시행한 소뇌 위축증 유전자 검사 결과가 나올 시점이 되자, 환자는 결과가 어떻든 괜찮다고 말하면서도 불안해하는 모습을 보였다. 몸살감기 증상은 호전되어 온담탕가미방으로 탕약을 변경하였다. 환자는 검사 결과와 그에 따른 자신의 미래에 대해 생각하지 않으려 했으나, 생각이 날 때마다 가슴 답답함을 느꼈다고 하여 감정 자유 기법(EFT)을 시행하였다. 시행 전 환자는 SUDs 10의 극심한 고통(최대의 고통)을 호소하였다. 검사 결과가 내 기대와 다를 것 같은 불안감에 대하여 EFT를 진행하였고, 시행 후 SUDs가 8로 감소하였다. 이후, 서울 소재 대학병원에서 혈액검사 결과를 문의하였으나, 유전자 검사 결과에 대한 확답은 받지 못하고 일반 혈액검사 결과만 전달받아 환자는 다시 가슴 답답함과 불안을 호소하였다. 불안감이 올라올 때마다 EFT를 반복하여 시행하였다. 또한, 환자는 밤에 병이 빠르게 악화하고 완치되지 못할 것이라는 불안감, 그리고 직장에서 승진을 1년 앞두고 그동안의 노력이 물거품이 되고 휴직이나 퇴직을 해야 할지도 모른다는 두려움을 느꼈다. 이에 자기 1시간 전에 점진적 근육 이완법을 지속해서 시행하였다. 가슴 답답함과 불안감은 하루 중 변동이 있었지만, 하루 평균 SUDs 3~4 (조절 가능한 고통 수준)로 유지되었으며, 이는 세 번째 입원 당시의 불안 수준의 20~30%에 해당하였다. 약간의 불안감이 나타날 때마다 지언고론요법을 시행하였고 환자는 이정변기요법을 스스로 시행하여 미래에 대한 불안감을 줄이고 현재에 집중할 수 있게 되었다. 환자는 이러한 불안감을 조절하며 꾸준히 중심 잡기, 걷기, 자전거 타기 등의 근력 운동 및 재활 운동, 글씨 쓰기 연습, 발음 연습 등을 수행하였다.

III. 고찰

소뇌는 인체의 평형, 자세와 운동 조절에 관여하는 기관으로 소뇌 병변 시 빠른 속도의 움직임의 적절한 생성 및 제어, 중지에 어려움이 생기는 운동 제어 능력의 저하, 반복 운동기능의 장해, 근 긴장도의 변화, 소뇌 떨림, 체위 동요, 흔들림 및 불규칙한 리듬의 실조성 보행등의 소뇌 실조가 나타나게 된다[24]. 환자는 보행, 글쓰기, 식사하기 등의 기본적인 일상수행의 독자적인 수행이 어려워지고 이로 인해 삶의 질 저하가 따르게 되나 현재 소뇌 위축에 대한 근본적인 치료법이 없을 뿐 아니라 소뇌 실조 증상에 대하여 보존적 치료를 하나 효과적인 대증 치료법도 아직 개발되지 않았다[25]. 이러한 이유로 소뇌 위축증으로 진단받은 환자들이 불안, 우울 등의 심리적인 증상을 소뇌실조증보다도 주되게 호소한다[26]. 또한, 청장년층에서 비가역적인 만성 퇴행성 질환을 진단받았을 때 우울증과 불안 같은 심리적 증상이 두드러지게 나타나며 이런 심리적 증상들이 삶의 질에 심각한 영향을 미치게 된다[27,28].

본 환자는 이미 불안장애로 진단받아 양약 복용 중이었으나 일상생활 유지에 큰 지장이 없었다. 그러나 직장 내에서 과로하던 중 발생하고 직장 상사에게 공개적으로 모욕적인 언사를 들어 무감동, 무가치감, 죄책감, 지속적인 우울함을 겪으며 심해진 어지러움, 두통, 가슴 답답함 및 불안과 그로 인한 불면으로 입원하였다. 그 이후 소뇌 위축증 의심 소견을 진단받은 후 악화한 불안과 그로 인한 어지러움, 소화불량 등 자율신경 증상을 호소하며 재입원을 반복하였다.

환자의 첫 입원 시 MMPI-2와 KSCL-95 검사를 통해 성

격 및 심리적 특성을 평가한 결과, MMPI-2의 타당도 척도는 일관성 있는 응답을 나타냈으며 F, L, K 척도가 정상 범위에 있어 평가 과정에서 솔직한 태도를 보였다. 임상 척도에서는 우울(D, 77T)과 경조증(Ma, 72T)이 가장 높게 나타났으며, Pa, Si, Hs, Hy, Pt, Sc 등도 상승하여 심각한 우울감과 정서적 불안정성, 사회적 고립감, 강박적 사고 및 신체 증상에 대한 과도한 집중이 확인되었다. KSCL-95 검사에서는 DEP, ANX, PTSD, SOM이 상승하여 일상생활에 어려움을 초래하고, MAN, PAR, SCH의 상승으로 타인에 대한 불신과 심리적 기능 저하가 관찰되었다. 추가적으로 K-BDI-II는 경도의 우울감을, STAI-XYZ는 높은 특성 불안을, STAXI-K는 분노 억제 경향을, PI-WSUR은 경미한 강박 증상을, ISI-K는 심각한 불면증을 나타냈다. 환자의 MMPI-2 임상척도 결과에서 우울(D, 77T)과 경조증(Ma, 72T)이 동반 상승한 양상을 보였다. 그러나 재구성 임상척도에서 기태적 경험을 나타내는 RC8과 경조증적 상태를 나타내는 RC9가 각각 50T, 48T로 낮았으며, 낮은 긍정적 정서를 나타내는 RC가 71T로 상승해 있었다. 그리고 이전에 경조증 혹은 조증 에피소드가 없었던 점, 입원 전후로 기분, 에너지, 생각과 행동에 극단적인 변화가 없으며, 양극성 장애 가족력 또한 없었다는 점에서 양극성장애를 배제할 수 있었다. 심리검사 결과와 함께 약물 혹은 기타 원인에 의하지 않고 일상생활을 방해할 정도의 2주 이상의 지속적인 우울하고 저조한 기분, 흥미와 즐거움 저하, 식욕부진, 불면, 피로감, 집중력 저하, 불안하고 초조함, 무가치감 등의 임상적 증상을 종합하였을 때, 주요우울장애, 중등도 우울에피소드로 진단하였다.

세 번째 입원 시에는 KSCL-95에서 S-D (51T), INC (58T)로 검사를 솔직하게 작성하였고 전반적으로 대부분 척도에서 70T 이하로 감소하여 환자의 심리적 상태가 호전된 것으로 보였다. 특히 정서 문제 영역에서는 PAR (71T), 기타 영역에서는 SI-P (72T)에서 상승한 수치를 보였으나, 전반적으로 환자의 심리적 불안정성은 감소하였다. 다만 수면 문제가 일부 개선되었지만 불편감을 느끼고 타인에 대한 불신이 여전히 높은 양상을 보이는 등 완전히 해결되지 않았음을 확인할 수 있었다. K-BDI-II에서는 37점으로 심한 우울 상태가 확인되었고, STAI-XYZ에서는 특성 불안 60점으로 높은 수준의 불안이 지속되고 있었다. STAXI-K에서는 상태 분노 10점, 특성 분노 25점, 분노 조절 4점, 분노 표출 4점, 분노 억제 16점으로 분노를 억누르는 경향이 여전히 존재하였고, 분노 조절 능력의 저하도 확인되었다. PI-WSUR에서는 40점으로 강박 증상이 비교적 낮은 수준으로 나타났으며, PSWQ에서는 40점으로 중간 수준의 걱정이 관찰되어 과도한 걱정이 삶에 영향을 미칠 가능성이 있었다. ISI-K에서는 13점으로 감소하여 경도의 불면증이 확인되었다. 종합적으로, 불안과 불신, 우울감, 불면증 등의 문제가 남아 있으며, 치료의 지속적 개입이 필요하나 환자의 심리 상태는 전반적으로 개선된 양상을 보인다는 것을 알 수 있었다.

국내 한의 치료로 호전된 소뇌실조증 사례를 보면 침구치료, 한약 치료 모두 운동실조, 보행 장애, 어지럼, 불면 등 다양한 증상에 효과가 있었다[3,29,30]. 본 증례에서는 보혈안신탕(補血安神湯) 가감, 귀비탕(歸脾湯) 가감, 평진건비탕(平陳健脾湯) 가감, 온담탕(溫膽湯) 가감, 구미강활탕(九味羌活湯) 가감을 활용하였다. 입원 첫날 처방한 보혈안신탕(補血安神湯)은 불면의 營血不足 변증에 활용되며 사물탕(四物湯)을 기본으로 하여 감국(甘菊), 용안육(龍眼肉), 산약(山藥), 산조인(酸棗仁), 백복신(白茯神), 원지(遠志), 맥문동(麥門冬), 황금(黃芩), 오미자(五味子), 나복자(萊菔子), 맥아(麥芽), 신곡(神曲), 감초(甘草) 등의 약재로 구성된 처방으로 보혈(補血), 안신(安神), 청열(淸熱), 진통(鎭痛), 소도(消導)의 효능이 있으며, 빈혈, 기력 저하, 불면증, 신경성 질환 등 혈허(血虛)로 인한 다양한 심리적 및 스트레스 관련 질환에 널리 활용되는 처방이다[31]. 입원 첫날 밤 수면 문제를 더 두드러지게 호소하여 귀비탕으로 처방을 변경하였다. 귀비탕(歸脾湯)은 심비양허(心脾兩虛)의 대표적인 처방으로, 濟生方·健忘에서는 "治思慮過度勞傷心心脾健忘"고 언급되며 임상적으로는 정충, 불안신경증, 불면증에 유효하며, 심혈부족(心血不足)으로 인한 심리적 불안 증상을 완화하는 데 효과적인 것으로 알려져 있다[32]. 입원 치료를 하면서 수면 문제는 호전되는데 소화불량을 지속해서 호소하여 평진건비탕(平陳健脾湯)으로 처방을 변경하였다. 평진건비탕은 ≪診療要鑑≫에 기록된 처방으로≪醫學正傳≫의 정전가미이진탕에 지실(枳實), 곽향(藿香), 후박(厚朴), 목향(木香), 빈랑(檳榔), 나복자(蘿蔔子)를 가하여 食積兼痰飮으로 인한 噯氣, 呑酸 등에 사용하는 방제로[33] 기본방제가 되는 정전가미이진탕은 부교감신경을 자극하여 위 운동성을 촉진하는 효과가 있다[34]. 소화불량은 점차 호전되나 불안감이 점차 심화되어 소화가 안 되는 느낌은 아니나 속이 답답한 느낌이 든다고 호소하여 온담탕(溫膽

湯) 가감으로 처방을 변경하였다. 온담탕은 심담허겁(心膽虛怯)으로 인한 경계정충의 대표적인 처방으로, 손사막의 ≪비급천금요방(備急千金要方)≫에 수록된 처방으로 담위불화(膽胃不和)로 담열(痰熱)이 생겨 나타나는 허번불면(虛煩不眠)과 경계불녕(驚悸不寧) 등의 증상이 나타날 때 주로 사용되며 임상에서는 불면, 신경쇠약증, 어지럼, 전간 등의 질환에 응용된다[35]. 입원 치료 중간 몸살감기 증상을 호소하여 구미강활탕(九味羌活湯)으로 처방을 변경하였다. 의학정전(醫學正傳) 및 동의보감(東醫寶鑑) 수록된 처방으로 "不問四時 但有頭痛 骨節痛 發熱惡寒 無汗 脉浮緊 宜用此"로 風寒 또는 風濕의 邪氣가 침입하여 호흡기 염증, 관절통에 사용되는 처방이다[36]. 몸살감기 증상이 호전되어 다시 불안감 완화를 위하여 온담탕 가미로 처방을 변경하였다. 추가적으로 어지럼 두통에는 반하백출천마탕(단미엑스혼합제) 혹은 청상견통탕(단미엑스혼합제) 혹은 억간산(과립)을, 우측 상하지 힘빠짐 및 기력저하에는 침향공진단(환)을, 소화불량에는 대화중음(단미엑스혼합제) 혹은 소적건비환을, 소변 배뇨 시 불편감에는 오림산(단미엑스혼합제)을, 변비에는 윤장환을, 만성 비염에는 소청룡탕(단미엑스혼합제)을, 몸살감기에는 구미강활탕(단미엑스혼합제), 인삼패독산(단미엑스혼합제) 등을 상황에 따라 추가로 처방하였다.

침 치료는 調神理氣의 효과가 있고 疏肝理氣, 安神解鬱의 작용이 있는 백회(GV20, 百會), 신정(GV24, 神庭), 단중(CV17, 膻中), 대릉(PC7, 大陵), 극문(PC4, 郄門), 곡지(LI11, 曲池) 외구(GB36, 外丘), 신맥(BL62, 申脈), 금문(BL63, 金門), 조해(KI6, 照海), 대종(KI4, 大鐘), 耳神門 등 혈자리에 자침하였다[6,37]. 또한, 경추 신연 기법은 뇌 혈류 초음파 검사상 추골동맥 혈류속도를 유의하게 증가시켜 추골동맥에서 분지하는 소뇌동맥의 혈류 공급을 원활히 해준다[38,39]. 턱관절 균형 요법은 턱관절 주변 신경이 지배하는 근육들을 최적의 이완 상태로 만들어 턱관절의 틀어짐으로 증가하는 비정상적인 구심성 신호가 자세 반사와 사지 운동 조절에 부정적인 영향을 미치고, 이러한 신호가 지속되면 비정상적인 원심성 신호가 유발될 수 있는 것을 교정하는 치료법으로 삼차신경에 가해지는 부정적 자극을 교정하는 치료법이다[40,41]. 경추 신연 기법 및 턱관절 균형 요법의 추나 치료는 턱관절 및 경항부 근육 강직을 이완시키고 뇌 혈류량을 증가시켜 보행장애, 어지럼증 등의 소뇌 증상과 어지럼, 불안, 불면 등 자율신경 증상에도 긍정적인 효과를 나타낸 것으로 보인다.

한의정신요법에는 五志相勝療法, 移精變氣療法, 至言高論療法, 驚者平之療法, 暗示療法, 자율훈련법, EFT 등이 사용된다[42]. 지언고론요법(至言高論療法)은 환자와의 대화를 통해 치료 관계에서 따뜻함과 안심을 제공하며, 환자의 근심을 덜어주고 질병에 대한 긍정적인 마음가짐을 강화하는 한의 정신요법으로 대화를 통해 환자를 지지하고 안심시키는 측면에서 지지정신요법(Supportive psychotherapy)과 유사한 점이 있다[32]. 비교적 단순한 절차로 이루어져 있으며, 환자의 심리적 안정을 돕는데 효과적이다. 이정변기요법(移精變氣療法)은 모종의 방법을 이용하여 환자의 정신을 움직여서 기분을 바꾸는 것으로 주요 방법으로는 음악, 미술, 시 등의 정신정이법(精神轉移法)과 기공, 도인법 등의 정서도인법(情緖導引法)이 임상에서 활용하며 새로운 자극이 주어 매몰되어 있던 감정과 기억에서 벗어나게 하는 측면에서 정위 반응(orienting response)과 유사한 점이 있다[32,43]. M&L 정신요법은 '수동적 깨달음'인 '마인드풀니스(Mindfulness)'와 '적극적 사랑'에 해당하는 '러빙 비잉네스(Loving being-ness)'라는 두 가지 근원적 힘을 이용하여 진정한 자기를 찾아가도록 돕는 마음챙김 명상 기반의 정신요법이다[44,45]. EFT는 경혈점을 자극하면서 인지 및 노출 치료 요소를 결합한 정신요법로, 외상 후 스트레스 장애를 포함한 다양한 심리적 장애에 효과적이며, 상대적으로 짧은 치료 기간과 낮은 부작용 위험을 가지고 있다[46]. 본 증례에서 환자는 본인의 우울하고 불안하다는 감정을 수용하지 못하였으며 갑작스러운 어지럼, 실조성 보행이 발생 후 원인을 찾지 못하다가 소뇌실조증 및 다발성 위축증, 소뇌형 의증 진단 초기에는 자신의 상태를 부정하거나 현실을 받아들이지 못하는 모습을 보였다. 지언고론요법의 지지적 대화와 M&L 정신요법은 환자가 자신의 갑자기 발생한 증상에 대한 혼란스러움, 우울감 및 불안함 등에 대해 내면을 직면하고 현재 상태를 수용하도록 도와 환자가 자신의 상태를 점차 수용하고 정서적 안정을 찾는 과정에서 중요한 역할을 했다. 지속적인 침습적 생각으로 불안 및 우울감을 호소할 때 이정변기요법을 시행하여 새로운 자극을 통해 과거에 대한 후회 및 미래에 대한 불안에 매몰되지 않고 지금의 나에게 주의를 집중하게 하였다. 환자가 내면의 감정적 갈등을 겪으며 자신의 상태를 부정하고, 분노와 좌절을 경험할 때 이러한 부정적인 감정들을 조절하고 자신을 받아들이도록 돕기 위해 EFT를 사용하였다. EFT를 통해 환자는 자신을 진심으로 받아들임으로써 신

체 증상뿐만 아니라 심리증상을 더 잘 조절할 수 있었다. 환자는 여러 한의정신요법를 통해 점차 자신의 상태를 수용하고, 정서적 안정을 찾는 과정으로 나아갔다.

종합하면, 침구 치료, 한약 치료, 추나 치료 등의 한의학적 치료뿐만 아니라 지언고론요법, 이정변기요법, M&L 정신요법, EFT와 같은 한의 정신요법이 환자의 어지럼, 소화불량, 불면, 불안 등 증상을 점차 완화하는 데 이바지하였다. 환자는 자신의 질병에 대한 불안과 두려움을 인식하고, 이를 지언고론요법, M&L 정신요법, EFT와 이정변기요법 등을 통해 적극적으로 관리할 수 있었다. 이러한 치료과정은 단순히 신체 증상 완화를 넘어, 환자가 자신의 상태를 수용하고 정서적 안정을 찾는 데 이바지하였다.

이 증례의 평가에서는 소뇌실조증 등 비가역적 만성적 신경퇴행성 질환을 겪는 환자들이 겪는 심리적 스트레스와 불안, 우울 등 다양한 정서적 문제에 대한 한의학적 접근의 필요성을 강조하고 한방신경과 진료가 어떻게 개입할 수 있는지에 대한 중요한 시사점을 제공한다. 그러나 다음과 같은 제한점이 있다. 본 연구는 기존의 의과 치료를 유지하면서 한약, 한의 정신요법 등의 복합 치료를 하였고, 중간에 추나 치료가 추가되었고 증상에 따라 한약 치료가 바뀌는 등 여러 가지 치료법이 동시에 시행되어 특정한 치료 방법의 효과 여부를 명확히 평가하기 어렵다. 또한, 단일 환자에 대한 사례 보고로, 소뇌실조증이 매우 다양한 임상적 양상과 발병 상황을 보이는 질환임을 고려할 때, 다른 환자들에게도 동일한 치료 효과를 나타낼 것이라고 일반화하기에는 한계가 있다. 특히 소뇌실조증 환자들 사이에서 심리적 문제의 강도나 범위가 환자마다 다를 수 있어, 이러한 차이를 반영한 연구가 필요하다.

향후 잘 계획된 임상시험이나 장기간의 코호트 연구, 또는 질적 연구가 수행된다면, 소뇌실조증과 같은 복합적인 신경퇴행성 질환에 대한 다양한 한의 치료 방법들의 유효성과 안전성을 더욱 명확히 확인할 수 있고, 이를 통해 해당 퇴행성 질환 환자들의 신체, 정신 증상을 좀 더 잘 관리할 수 있도록 하는 데 기여할 것이다.

IV. 결론

주요우울장애 및 소뇌실조증로 대전 소재 ○○한방병원에 입원하여 한의복합치료를 적용받은 환자 1례를 후향적으로 분석한 결과, 다음과 같은 결론을 얻었다.

주요우울장애를 병발한 소뇌실조증과 같은 신경퇴행성 질환에 있어 기존의 한약 치료, 침구 치료, 추나 치료뿐만 아니라 지지적 환경 구성, 지언고론요법, 이정변기요법, M&L 정신요법, 감정자유기법과 같은 다양한 정신요법적 접근이 신체적 증상을 개선하고 정서적 안정을 돕는 데 유효할 수 있다. 향후 추가 연구를 통해 다양한 신경퇴행성 질환의 신체 및 정신 증상에 대한 한의복합치료 및 개별적 치료법들의 유효성, 안전성을 검증하여야 할 것이다.

REFERENCES

1. Klockgether T. Sporadic ataxia with adult onset: classification and diagnostic criteria. The Lancet Neurology. 2010;9(1):94-104. DOI: https://doi.org/10.1016/S1474-4422(09)70305-9
2. Ashizawa T, Xia G. Ataxia. Continuum (Minneap Minn). 2016;22(4 Movement Disorders):1208-1226. DOI: https://doi.org/10.1212/con.0000000000000362
3. An Y, Lee Y, Kim J, Jang W. Case Report of Ataxia, Gait Disturbance, Tremor, and Dizziness with Cerebellar Atrophy Treated by Korean Traditional Medicine, Including Kuibiondam-tang-gami. J Int Korean Med. 2021;42(2):165-174. DOI: https://doi.org/10.22246/jikm.2021.42.2.165
4. The Korean Society of Oriental Neuropsychiatry. Neuropsychiatry of Korean Medicine, Seoul: Maver Publishing. 2018: 297-302.
5. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596
6. The Korean Society of Oriental Neuropsychiatry. Neuropsychiatry of Korean Medicine, Seoul: Maver Publishing. 2018: 249-59, 286-96, 476-510.
7. Mitoma H, Manto M, Gandini J. Recent Advances in the Treatment of Cerebellar Disorders. Brain Sciences. 2020;10(1):11. DOI: https://doi.org/10.3390/brainsci10010011
8. Depping MS, Schmitgen MM, Kubera KM, Wolf RC. Cerebellar contributions to major depression. Frontiers in psychiatry. 2018;9:634. DOI: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00634
9. Ayerbe L, Ayis S, Wolfe CD, Rudd AG. Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis. The British Journal of Psychiatry. 2013;202(1):14-21. DOI: https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.107664
10. Han KH, Lim JY, KIM JS, Min BB, Lee JH, Moon KJ. Korean MMPI-2 standardization study. Korean J Clin Psychol. 2006;25(2):533-564.
11. Kwon SJ. Korean-symptom checklist 95, Seoul: Jung Ang Juk Sung Publisher, 2015: p. 1-39.

12. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the BDI II. San Antonio, TX: The psychological corporation. 1996.
13. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. The State-Trait Anxiety Inventory (Test Manual). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press. 1970.
14. Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R, Vagg P, Jacobs G. Manual for the State-trait anxiety inventory (form Y self-evaluation questionnaire). Palo Alto, California: Consulting Psychologists' Press. 1983.
15. Hahn DW, Lee JH, Chon KK. Korean adaptation of Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Seoul: Hakjisa; 2000.
16. Spielberger CD. Manual for the state-trait anger expression inventory (STAXI). Odessa: Psychological Assessment Resources. 1988.
17. Chon KK, Hahn DW, Lee CH. Korean adaptation of the state-trait anger expression inventory (STAXI-K): The case of college students. Korean Journal of Health Psychology. 1998;3(1): 18-32.
18. Burns GL, Keortge SG, Formea GM, Sternberger LG. Revision of the Padua Inventory of obsessive compulsive disorder symptoms: Distinctions between worry, obsessions, and compulsions. Behaviour Research and Therapy. 1996; 34(2):163-173. DOI: https://doi.org/10.1016/0005-7967(95)00035-6
19. Burns GL, Formea GM, Keortge S, Sternberger LG. The utilization of nonpatient samples in the study of obsessive compulsive disorder. Behaviour Research and Therapy. 1995;33(2):133-144. DOI: https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00039-M
20. Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the penn state worry questionnaire. Behaviour Research and Therapy. 1990;28(6):487-495. DOI: https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6
21. Brown TA, Antony MM, Barlow DH. Psychometric properties of the Penn state worry questionnaire in a clinical anxiety disorders sample. Behaviour Research and Therapy. 1992;30(1):33-37. DOI: https://doi.org/10.1016/0005-7967(92)90093-V
22. Cho YW, Song ML, Morin CM. Validation of a Korean version of the insomnia severity index. J Clin Neurol. 2014; 10(3):210-215. DOI: https://doi.org/10.3988/jcn.2014.10.3.210
23. Shin J, Kim S, Hur J, Lee Y, Seol I, Kim Y, Yoo H. A Case Report of Two Patients with Idiopathic Parkinson's Disease Treated with Korean Medicine Treatment and Temporomandibular Joint Balancing Therapy. J Int Korean Med. 2024;45(1):87-99. DOI: https://doi.org/10.22246/jikm.2024.45.1.87
24. Association, K.N., Neurology. 3rd rev., Seoul: Panmun. 2017: 14-16,630-1.
25. Jones TM, Shaw JD, Sullivan K, Zesiewicz TA. Treatment of Cerebellar Ataxia. Neurodegenerative Disease Management. 2014;4(5):379-392. DOI: https://doi.org/10.2217/nmt.14.27
26. Zhang L, Cao B, Ou R, Wei QQ, Zhao B, Yang J, Wu Y, Shang H. Non-motor symptoms and the quality of life in multiple system atrophy with different subtypes. Parkinsonism & Related Disorders. 2017;35:63-68. DOI: https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2016.12.007
27. Yoo JE, Yoon DH, Jin EH, Han K, Choi SY, Choi SH, Bae JH, Park KI. Association between depression and young-onset dementia in middle-aged women. Alzheimer's Research & Therapy. 2024;16(1):137. DOI: https://doi.org/10.1186/s13195-024-01475-y
28. Hohls JK, König HH, Quirke E, Hajek A. Anxiety, Depression and Quality of Life—A Systematic Review of Evidence from Longitudinal Observational Studies. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18(22):12022. DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph182212022
29. Lee S, Kim D, Lee H, Chae H, Yun J, Moon B. A Case Report of Olivopontocerebellar Atrophy (Multiple Systemic Atrophy-Cerebellum) Patient Complicating Sleep Disorders and Gait Disturbance. J Int Korean Med. 2018;39(4): 802-813. DOI: https://doi.org/10.22246/jikm.2018.39.4.802
30. Cho J, Lim B, Jeong T, Jeon G, Park J, Lee Y, Kwon D. A Case Report of a Multiple System Atrophy-C Patient Treated by Korean Medicine. J Int Korean Med. 2018;39(5): 1042-1051. DOI: https://doi.org/10.22246/jikm.2018.39.5.1042
31. Lee DJ, Kim JH, Hwang UW. An Experimental Study on the Anti-Stress Effects of Buxue Anshen Tang (補血安神湯) and Jiawei Buxue Anshen Tang (加味補血安神湯). Journal of Oriental Neuropsychiatry. 1993;4(1):77-97.
32. Neuropsychiatry., T.K.S.o.O., Neuropsychiatry of Korean Medicine. 2018, Seoul: Maver Publishing. 840.
33. Park SE, Hong S, Sun O, Seo CW, Min SS, Hong SH. Clinical effect of Pyungjingunbitanggagam-bang on CVA patients with hyperlipidemia. The Journal of Internal Korean Medicine. 2006;27(3):561-572.
34. Nam H, Kim H, Son H, Lim S. Effect of Jungjungamiyjintang (JGT) on Gastric Emptying of Spregue-Dawley rat. The Journal of Internal Korean Medicine. 2007;28(2):209-216.
35. Seo SH, Jung IC, Lee SR. The Literature Study of Ondamtng, Guibitang, Soyosan & Their Gagambang Recording in Dong-Eui-Bo-Gam. Journal of Haehwa Medicine. 2005;14(1):129-140.
36. Kwon BI, Kim JH. Relieving effect for respiratory inflammation of Gumiganghwal-tang. Journal of Society of Preventive Korean Medicine. 2023;27(3):35-46. DOI: https://doi.org/10.25153/spkom.2023.27.3.004
37. Kim YJ. Acupuncture Treatment of Depression in Epilepsy Children and Adolescent's Parents. Korean Journal of Acupuncture. 2016;33(2):84-88. DOI: https://doi.org/10.14406/acu.2016.006
38. Shin BC, Kim DH, Kim SD, Song YS. Influence on vertebral artery and basilar artery blood flow by cervical Chuna

manual therapy. The Journal of Korea CHUNA Manual Medicine. 2000;1(1):45-53.
39. Yim T, Jeon G, Kim S, Jeong H, Cho S, Park S, Park J, Ko C. A Case of Korean Medical Treatment on Multiple System Atrophy with Gait Disturbance. J Int Korean Med. 2020;41(5):821-829. DOI: 10.22246/jikm.2020.41.5.821
40. Cha J, Jung E, Kim C, Kim H, Lee Y, Seol I, Kim Y, Yoo H, Jo H. A Case Report of Improvement in Chronic Migraine Headache and Nausea with Korean Medicine Treatment and FCST (Functional Cerebrospinal Therapy). J Int Korean Med. 2018;39(4):784-793. DOI: https://doi.org/10.22246/jikm.2018.39.4.784
41. Lee YJ. Mechanism of Chronic Pain and IMS (Interventional Muscle and Nerve Stimulation). Journal of the Korean Academy of Family Medicine. 2006;27(5):341-351.
42. Sue J, Ryu CG, Cho AR, Lee GE, Lyu YS, Kang HW. Research Status on Psychotherapy in Korean Medicine. Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2013;24(spc1):63-88. https://doi.org/10.7231/JON.2013.24.SPC1.063
43. Kim JH, Sue JH, Lee GE, Kim NK, Choi SY, Lyu YS, Kang HW. Development of Korean medical psychotherapy and preliminary clinical trial for Post Traumatic Stress Disorder. Journal of oriental neuropsychiatry. 2015;26(1):49-61. DOI: https://doi.org/10.7231/jon.2015.26.1.049
44. Lee YJ, Kim JS, Ko KS, Sue JH, Oh JR, Kim MY, Kang HW. The study on effects of M&L self-growth meditation program. Journal of oriental neuropsychiatry. 2014;25(3):225-234. DOI: https://doi.org/10.7231/JON.2014.25.3.22
45. Sue J, Kang HW. An Introduction of Hakomi Therapy and Its Application to Korean Medicine. Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2013;24(spc1):101-18. DOI: https://doi.org/10.7231/JON.2013.24.SPC1.101
46. Church D, Feinstein D. The Manual Stimulation of Acupuncture Points in the Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder: A Review of Clinical Emotional Freedom Techniques. Med Acupunct. 2017;29(4):194-205. DOI: https://doi.org/10.1089/acu.2017.1213