CASE REPORT

pISSN 1226-6396, eISSN 2234-4942
J of Oriental Neuropsychiatry 2024;35(4):517-529
https://doi.org/10.7231/jon.2024.35.4.517

JON Journal of Oriental Neuropsychiatry

적응 장애 환자에 대한 Rogers의 인간중심적 상담요법을 포함한 한의정신요법 증례 보고 1례

송승우, 이가현, 박기현*, 이승호†, 박세진

동서한방병원 한방신경정신과, 한방재활의학과*, 경희대학교한방병원 한방신경정신과†

A Clinical Report of a Patient with Adjustment Disorder by Traditional Korean Psychotherapy Including Roger's Person-Centered Counseling

Seung-Woo Song, Ga-Hyun Lee, Ki-Hyun Park*, Seung-Ho Lee†, Se-Jin Park

Departments of Oriental Neuropsychiatry, *Korean Medicine Rehabilitation, Dong-Seo Korean Medical Center, †Department of Neuropsychiatry in Korean Medicine, Kyung Hee University Medical Center

Received: October 11, 2024
Revised: November 4, 2024
Accepted: November 26, 2024

Correspondence to
Seung-Woo Song
Department of Oriental Neuropsychiatry, Dong-Seo Medical Center, 365-14 Seongsan-ro, Seodaemun-gu, Seoul, Korea.
Tel: +82-2-320-7810
Fax: +82-2-336-7884
E-mail: dnglgl2888@naver.com

Acknowledgement
This study was not supported by any affiliation.

Objectives: Adjustment disorder (AJD) is a maladaptive reaction to an identifiable psychosocial stressor or multiple stressors. The objective of this clinical case study was to report the efficacy of Oriental psychotherapy including Rogers' person-centered counseling in treating AJD.
Methods: For a female subject in her 50s who was diagnosed with AJD, Korean Medicine Psychotherapy including Roger's person-centered counseling was used for treatment. Her treatment also included herbal medicine, acupuncture, moxibustion, and cupping therapy that lasted for 105 days. Changes in Numeric Rating Scale (NRS), Beck Depression Index (BDI), Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), and patient's subjectively reported symptoms were assessed.
Results: Although psychiatric medication dosage was reduced the during the treatment process, improvements were observed in the patient's subjectively reported symptoms and NRS scores after treatment. In the initial phase, symptoms fluctuated in response to stress levels. However, the patient gradually demonstrated improved coping strategies, although her changes of BDI and PSQI were not statistically significant.
Conclusions: These outcomes suggest that traditional Korean psychotherapy including Roger's person-centered counseling is effective in treating AJD.

Key Words: Adjustment disorder, Traditional Korean psychotherapy, Person-centered counseling, Numeric Rating Scale, Beck Depression Index, Pittsburgh Sleep Quality Index.

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

적응 장애는 특정 가능한 정신사회적 스트레스 요인 또는 여러 스트레스 요인(예: 이혼, 질병 또는 장애, 사회경제적 문제, 가정 또는 직장에서의 갈등 등)에 대한 부적응적 반응이다. 증상은 다른 기분 장애 또는 스트레스와 명확히 연관된 다른 장애와 같은 기타 정신 장애로 설명되지 않으며, 스트레스 요인이 더 오래 지속되지 않는 한 일반적으로 6개월 이내에 해소된다. 정신적 스트레스를 계기로 성인에서는 우울이나 불안 또는 이들이 혼합되어 나타날 수 있고, 사회적, 직업적 기능장애가 나타날 수 있다[1,2]. 2021년 발표된 한 연구에 따르면 2011년 국내에서 적응장애로 진단된 환자는 11,029명이었고, 2017년에는 18,850명에 달했다. 또한, 2011년 적응장애 환자의 연간 발생률은 10만 명당 22.0명이었고, 2017년에는 10만 명당 36.8명이었다[3]. 적응장애는 일반적으로 스트레스가 소실되면 장애기간이 6개월을 넘지 않는다는 특징이 있어 예후가 좋은 편이다. 그러나 만성 신체질환 등과 같이 장기간 지속되는 만성 스트레스가 있는 경우 약 17% 이내에서 만성적 경과를 밟는데, 이 경우 예후가 좋지 않으며, 특히 청소년의 경우 성인에 비해 회복시간이 더 오래 걸리고 추후 주요 우울증이나 물질 관련 장애로 이행할 수 있다[4]. 한 국내 연구에서는 응급실에 내원한 자살시도자들 중 약 60%에서 적응장애가 진단되었다고 보고하였으며, 따라서 적응장애 환자에 초점을 맞춘 예방과 치료 전략에 대한 추가적인 연구 및 시도가 가치 있을 것으로 보았다[5].

한의학에서의 정신치료는 동양사상인 유불선(儒佛仙)에서 추구하는 인간관과 한의학적 섭생을 바탕으로 하여, 질병 자체보다는 그 인간의 정서나 의지를 개변하는데 목적을 두고 이루어져 왔다[6]. 지언고론요법은 일종의 대화법으로, 환자에게 공감하려는 태도로 접근하여 문제의 원인을 파악하고 질병에 대한 재인식을 통해 더욱 적극적으로 질병을 이기려는 마음을 갖도록 하는 한의정신요법이다[7]. 이는 치료자와 내담자 사이의 깊은 신뢰관계를 기반으로 한다는 점과, 치료 과정 내에서 치료자보다는 내담자의 내면과 잠재능력에 좀 더 강한 초점을 둔다는 점에서 Rogers의 인간중심치료(person-centered therapy)와 상통하는 바가 있다고 사료된다.

Rogers의 인간중심 상담요법은 한국의 '정서 중심의 문화'와 잘 융합되어 국내 임상의 상담 장면에서 선호되는 기법이다[8]. 인간중심 상담요법에서 치료자는 인간을 자신의 모든 잠재력을 발현하여 좀 더 가치 있는 존재로 성장하려는 선천적인 성향, 즉 실현 경향성(actualization tendency)을 지닌 존재로 보아, 무조건적인 긍정적 존중(unconditional positive regard), 공감적 이해(empathetic understanding), 진솔함(genuineness) 세 가지의 태도를 지니고 환자와 진솔한 관계적 교류를 나눔으로써, 환자로 하여금 환자 스스로의 자기개념과의 통합을 이룰 수 있게 한다[9].

한의학은 적응 장애라는 병명은 사용하지 않았으나, 국내의 한 선행 연구에서는 대인관계로 인한 스트레스로 발생한 적응장애 환자를 한의학적으로 심신증(心身症)의 범주로 보고 한의치료를 시행하여 유의한 증상의 호전을 얻은 사례가 있다[10]. 허나 KCI 공식 사이트 동의신경정신과 학회지 내에서 초록과 제목에 키워드 '적응장애', 'Adjustment disorder', '한의정신치료', 'Korean Psychotherapy' 등을 포함한 연구를 검색해봤을 때, 적응장애에 대하여 한의정신치료를 행한 사례는 위 연구 외에는 찾을 수 없었다. 또한 김 등[11]의 뇌졸중 후 우울증 환자에 대한 Rogers의 인간중심적 상담요법 활용 사례보고의 연구가 있으나 이외 질환들에 대한 인간중심적 상담요법의 활용 사례는 드문 실정이다.

이에 저자는 갑작스러운 건강상의 위험과 직장 내 갈등으로 촉발된 법적 분쟁 등, 단기간에 한계 이상의 스트레스 상황에 노출되면서 여러 가지 신체 증상들을 겪게 된 적응장애 환자에게 인간중심적 상담요법을 포함한 한의정신요법을 활용하여 증상의 호전을 보여 이를 보고하고자 한다.

II. 증례

1. 연구의 허가

본 증례보고는 기관생명윤리위원회(IRB)에서 신속심의 심의면제의 건으로 확인받았다(P01-202408-01-025).

2. 개인 정보(성별/나이/직업)

○○○/여성/만 57세/공무원.

3. 주소증

1) 불면(insomnia)

(1) 입면난

"잠을 자려 누워도 1~2시간 정도는 잠이 안 와서 뒤척인

다."

(2) 이각성

"수면 도중 악몽 때문에 1번 이상 깨는 경우가 많다."

(3) 재입면난, 천면

"한번 깨면 다시 잠에 드는 데 체감상 1시간은 걸리는 것 같고, 새벽 3시 이후로 깨면 다시 잠에 들지 못하고 뜬 눈으로 밤을 지샌다. 그렇게 자고 일어나면 자도 잔 것 같지가 않다."

(4) PSQI

입원 15일차 시행, 14점.

2) 동반 증상

(1) 신체 증상

① 직장과 관련된 부정적인 자극으로 인해 정서적으로 불안정해질 때 발생하는 전정부의 두통.

② 특별한 완화, 악화 요인 없이 지속되는 좌측 어깨의 통증.

③ 상시 지속되는 만성 부비동염으로 인한 비강 내 이물감, 악취.

(2) 정서 증상

① 현재 스트레스 요인들(직장 내 괴롭힘과 관련된 상황, 소송 등)에 대한 생각과 걱정들, 부정적인 생각들("당일 직장에서 연락을 받는 등의 부정적인 자극이 있는 경우에는 평소보다 더 심해진다").

② 위와 같은 몸 상태가 지속되며 본인 건강에 끼칠 악영향들, 뇌경색이나 뇌출혈이 재발할 수도 있을 것 같다는 걱정.

③ 즐거움과 흥미 상실이 동반되는 우울감이 지속.

④ 기억력 감퇴("본원 내원 전까지는 크게 의식하지 못할 수준이었지만 본원 입원치료 후 언젠가부터 직장과 관련된 자극이 있을 때 직장과 관련된 과거 일이 갑자기 기억이 안 나거나 생각이 갑자기 멈춰 더 이상 진행되지 않는 느낌이다").

⑤ 일주일 중 2~3일 정도 느끼는 일상생활에 대한 의욕 상실, 지친 듯한 느낌.

4. 발병일

202*년 *월경.

5. 치료 기간

발병일로부터 약 2개월 후인 202*년 *월 *일부터 105일, 입원치료(전체 치료 기간: 약 3개월).

6. 현병력

환자는 본원 내원 약 3여년 전부터 직장 내 괴롭힘으로 가벼운 우울감, 전신통, 안면부 통증 등으로 종종 가까운 1차 의료기관에서 진료받았다. 그러던 중 202*년 초부터 이전부터 지속되어 왔던 우측 안면부 통증과 두통이 악화되었고, 이에 관련하여 진료받던 1차 의료기관에서 보다 상급병원의 진료가 필요하다는 소견을 들었다. 이에 상급병원인 ○○대병원 신경과에서 MRI 검사상 비파열성 뇌동맥류 및 만성 부비동염 진단하, 동일 병원 신경외과 전과 후 뇌코일 색전술(endovascular coil embolization)을 받았다. 그러나 뇌코일 색전술을 받던 도중 뇌출혈로 인한 급성 뇌경색과 지주막하 출혈이 발생하였다. 이후 ○○대병원에서 약 한 달간 재활치료, 인지치료, 언어치료 등을 받고 퇴원하였고, 보다 장기적인 치료 및 한방치료를 받기 위하여 본 ○○한방병원 내원하였다. 본원 내원하기 얼마 전부터 직장 내 괴롭힘에 대한 소송을 시작하였고, 뇌경색 및 지주막하 출혈을 경험하면서 인생에서 본인 건강과 앞으로의 건강관리에 대해 처음으로 압박감과 위기감을 크게 느끼게 되었다. 이 과정에서 기존에 가지고 있었던 우울감이 크게 악화되고, 불면, 불안감 등의 증상이 발생하여 일상생활 및 정상적인 업무 활동이 불가능하다고 느껴 이와 관련한 적극적인 치료를 희망하였다.

7. 과거력

고혈압: 본원 내원 약 5년 전 진단받았으나 약물 복용하지 않음.

고지혈증: 본원 내원 약 2년 전 local 내과에서 혈액검사상 진단. 약물 복용 후 호전되어 약물 복용 중단했던 상태.

8. 가족력 및 사회력

아버지: 암.

어머니: 고혈압.

9. 검사 소견

1) 영상 검사

- 자가공명영상법 뇌 촬영(Brain Magnetic Resonance Imaging, B-MRI) (20**년 *월 ***대병원에서 시행): Several scattered acute infarction at left cerebral hemisphere (less than 1 cm) and cortical acute infarction at left insular and F-P lobes. SAH in left Sylvian fissure, left F-P-O sulci, basal cistern, and left cerebellopotine angle.

- Chest PA X-ray 소견상 정상.

2) 혈액검사(입원 2일차 시행)

- 일반혈액검사: MCV 87.0 fL ▼ (87.1～102.4) MCHC 33.2 g/dL ▲ (29.6～32.5), Neutro 37.8 % ▼ (39.7～71.2), Lympho 52.5 % ▲ (21.9～50.3) 외 기타 정상 소견.

- 간기능 검사: Protein, Total 6.5 g/dL ▼ (6.7～8.3), Cholesterol Total 109 mg/dL ▼ (136～220), HDL-Cholesterol 39.1 mg/dL ▼ (40～87) 외 기타 정상 소견.

- 신기능 검사: Uric acid 7.5 mg/dL ▲ (3～7) 외 기타 정상 소견.

- 전해질 검사: 정상 소견.

3) 요검사

정상 소견,

4) EKG

Sinus bradycardia.

10. 복용 약물

초기 급성 뇌경색, 지주막하 출혈을 진단 및 처치 받은 ***대병원에서 주로 약물을 처방 및 조절받았다. 정신과 약물은 ***대병원에서 처음 처방받았으나, 이후 환자가 주관적으로 느끼던 증상이 개선됨에 따라 환자 본인의 요청으로 기존에 종종 다니던 local 정신과에서 일부 정신과 약물을 감량 및 조절받았다. 내용은 Table 1과 같다.

Table 1. Composition of Western Medicine

duration	Medicine	Method	Dose
Day 1～105	choline alfoscerate 400 mg	*TIDPC	1
	levetiracetam 500 mg	§BIDPC	1
	aspirin 100 mg	†QDPC	1
	75 mg as clopidogrel	†QDPC	1
	tegoprazan 50 mg	†QDPC	1
	10 mg as atorvastatin	†QDPC	1
Day 1～54	10 mg as escitalopram	†QDPC	1
Day 1～61	rebamipide 150 mg	§BIDPC	1
	ezetimibe 10 mg	†QDPC	1
Day 55～76	10 mg as escitalopram	‡SPC	1
Day 1～76	12.5 mg as quetiapine	ǂHS	
	alprazolam 0.25 mg	ǂHS	
	sodium valproate 300 mg	ǂHS	
	zolpidem tartrate 10 mg	ǂHS	
Day 77～105	clonazepam 0.5 mg	ǂHS	
	25 mg as quetiapine	ǂHS	
	eszopiclone 1 mg	ƒPRN	
	10 mg as escitalopram	ƒPRN	

*TIDPC: three times a day after meals, †QDPC: once a day after morning meals, ‡SPC: once a day after afternoon meals, ǂHS: hour of sleep, §BIDPC: two times a day after meals, ƒPRN: whenever needed.

11. 한방 검진

1) 망진(望診) - 비인강체(肥人强體), 면황적(面黃赤), 설선홍(舌鮮紅), 설태박백(舌苔薄白).

2) 문진(聞診), 문진(問診) - 한열왕래(寒熱往來), 두통현훈(頭痛眩暈), 목현(目眩) 흉민불면(胸悶不眠), 심계정충(心悸怔忡), 식사량 일 1～2회, 키 154 cm, 몸무게 58 kg, 대변 1회/1～2일(경변 양상), 소변색/양 평소엔 이상 없으나 가끔씩 진하고 적색.

3) 절진(切診) - 맥세긴(脈細緊) 초진 시 혈압 130/90, 심박수 82, 호흡수 20, 체온 36.2.

4) 변증(辨證) - 간기울결(肝氣鬱結), 간화상염(肝火上炎).

12. 진단

상기 환자는 국제질병분류 10편[12]의 진단 기준에 의거하여 적응장애로 진단하였다.

환자의 진술상 202*년 *월 경 뇌경색, 지주막하 출혈, 만성 부비동염을 진단받았으며, 비슷한 시기에 직장과의 법적 갈등 또한 시작되었다. 특히 직장과의 법적 갈등은 스스로의 건강에 집중해야 한다는 압박감을 받는 와중에 지속적, 반복적으로 부정적인 자극으로 작용하였다.

이후 환자는 인지능력 및 기억력 저하, 지속되는 두통 등

과 같은 신체적 증상과 우울한 기분과 불안, 걱정 및 현재 상태에서 어떠한 일이든 처리하고 계획하는 등의 능력을 상실했다는 느낌과 같은 정신적 증상을 호소하는 상태로 본원에 202*년 *월 경 내원하였다. 이는 이전 병원인 ○○대병원에서 뇌경색 등을 진단 및 처치 받고 약 2개월이 지난 시점이었다.

환자는 기존에 우울감, 신체통 등으로 1차 의료 기관에서 진료를 받고 있었다고는 하나, 이 당시에는 적극적으로 정신과적 약물을 복용하거나 치료를 받을 정도는 아니었다고 하였다. 그러나 일련의 스트레스 사건들을 경험한 후, 일상생활과 업무 활동이 불가능할 정도의 정신적, 신체적 증상들이 나타났다. 이러한 특징들은 증상과 증상을 유발하는 스트레스 요인 사이에 명확한 시간적, 정황적 인과가 존재한다는 면에서 적응장애의 진단기준에 부합하였다.

환자는 우울감과 흥미의 상실을 호소하기는 하였으나 대부분의 정서적 증상들이 하루 중 대부분, 거의 매일 지속되는 형태가 아닌, 스트레스 요인과 관련된 자극(전 직장으로부터의 연락, 소송과 관련된 서류 처리 과정)을 받을 때 일시적으로 발생(자극 이후로 수 시간에서 2일 가량) 및 악화되는 형태로 나타났다. 이러한 양상을 고려하여 주요우울장애와 관련된 진단은 배제하였다. 소송 등에 대한 상황과 관련하여 종종 불안감을 느낀다고 호소하기는 하였으나 환자 스스로의 주관적인 호소로나 의료진의 관찰에 의해서나 일반적인 수준 이상의 병적인 공포 또는 불안을 느끼는 것은 아니었기 때문에 불안장애와 관련된 진단 또한 배제하였다.

특정 스트레스 상황에의 노출 후에 증상이 발달하였다는 점에서 적응장애와 비슷한 범주 내에 속하는 외상후 스트레스 장애(Posttraumatic Stress Disorder)나 급성 스트레스 장애(Acute Stress Disorder)의 진단 기준에 부합하는 면이 있었다. 그러나 환자가 스트레스 요인으로 인지한 사건은 PTSD와 ASD의 진단 역치에 미칠 정도의 심각도(실제적이거나 위협적인 죽음, 심각한 부상 또는 성폭력에의 노출 등)가 아니었다. 비록 뇌경색과 지주막하 출혈을 경험하였지만, 환자는 해당 경험보다는 현재 처한 상황 속에서의 건강관리에 대한 압박감과("건강에 집중해야 하는 시기인데 자꾸 이런 연락을 받으니 너무 스트레스 받아요.") 직장과의 법적 갈등 상황으로 인해 더 큰 영향을 받는다고 하였다. 따라서 ASD 또는 PTSD로 진단하기에는 적합하지 않다고 판단하였다.

한의 진단으로는 간기울결증(肝氣鬱結證), 간화상염증(肝火上炎證)에 부합하여 변증하였다.

13. 평가 지표

1) Numeric Rating Scale (NRS)

0점(증상없음)부터 10점(극심한 불편감)까지의 범주 내에서 주관적 불편감의 점수를 환자가 표현하는 방식의 평가지표이다. 해당 연구에서는 첫 상담 중에 환자 스스로 느끼는 증상들 중 가장 불편하고 일상생활에 지장을 주는 정도에 따라 증상들의 순위를 매기고(① 불면, ② 불안감과 우울감, ③ 부비동염으로 인한 불편감, ④ 좌측 어깨의 통증), 각각의 증상 NRS 지표를 치료 기간 중 반복적으로 확인하여 평가하였다(Fig. 1).

2) Beck Depression Index (BDI)

BDI는 Beck 등이 1961년에 개발한 자기보고형 검사 도구이다. 21문항으로 구성되고 문항 당 0~3점 평가로 63점을 만점으로 한다[13]. 0~16점을 낮거나 경미한 우울 수준, 17~29점을 중간 정도의 우울 수준, 30~63점을 심한 우울 수준으로 판단한다. 치료 경과를 평가하기 위하여 전체 치료 기간 중 총 3회 시행하였다(Fig. 2).

3) 피츠버그 수면의 질 척도(Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI)

수면의 질을 평가하고 수면장애를 감별하는 유용한 척도로 가장 많이 이용되며 신뢰도와 타당성이 입증된 수면 설문지이다. PSQI는 지난 1개월 동안의 수면의 질과 장애를 평가

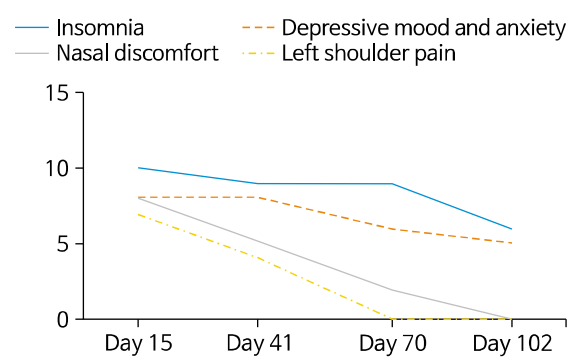


Fig. 1. Change of NRS score.

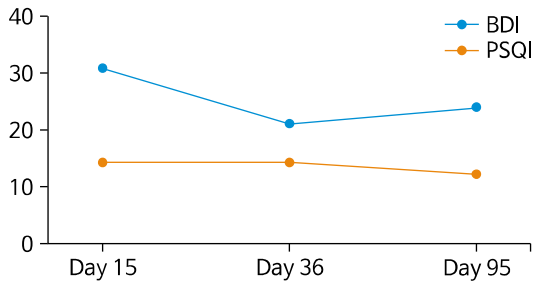


Fig. 2. Change of BDI, PSQI.

하는 척도로써 주관적 수면의 질, 수면 잠복 시간(latency), 수면 시간, 습관적 수면 효율, 수면 방해 요인, 수면제 복용 및 낮 시간 기능 장애의 7개 항목을 평가한다. PSQI 총 점수가 5보다 크면 수면의 질이 좋지 않은 것으로 판단한다[14]. 수면 상태 경과 관찰을 위해 전체 치료 기간 중 약 한 달에서 두 달 간격으로 총 3회 시행하였다(Fig. 2).

4) 환자 스스로 주관적으로 표현한 임상증상의 변화

환자는 NRS 점수를 측정한 불면, 우울감, 불안감, 비강 내 이물감, 어깨 통증 외에도 악몽, 두통, 어지러움, 일상생활에서의 흥미 및 의욕 상실 등의 다양한 증상들을 호소하였다. 상담 시간마다 증상들의 변화 추이를 비교하여 환자의 현 상태를 파악하고 치료 경과를 확인하였다.

14. 치료 방법

1) 인간중심 상담요법

인간중심 상담요법을 기반으로 한의정신요법인 至言高論요법과 移情變氣요법을 시행하였다. 전체 치료기간 중 총 8회 진행되었으며 각 상담은 45분에서 1시간 정도 지속되었다. 첫 4회의 상담은 주 1회, 그 이후로는 증상이 호전됨에 따라 2~3주에 1회씩 시행하였다.

인간중심 상담요법, 혹은 '내담자중심 상담요법'은 인본주의 심리학의 긍정적인 인간관에 근거하고 있다. Rogers에 따르면 인간은 잠재능력을 건설적으로 펼치려는 실현 경향성을 지니며 이는 성장과정 속에서 한 개인의 건강한 자기개념과 자기존중감의 바탕이 된다. 그러나 모종의 이유로 이런 자기개념과 현실의 부정적인 경험들이 괴리를 일으키면 곧 심리적 부적응 상태에 빠져 결국 정신적인 증상으로 발현된다고 보았다. 따라서 인간중심 상담요법에서 심리치료란 심리적 부적응 상태에 있는 내담자를 적응상태로 나아가도록 변화시키는 과정이다. 상담현장에서 인간중심 상담요법이 사용될 때 가장 자주 사용되는 미시적 기술에는 행동에 주의 기울이기, 바꾸어 말하기, 요약하기와 명료화 그리고 감정반영 등이 있다[8,15].

至言高論療法과 移情變氣療法은 대표적인 한의정신요법으로, 의사가 환자에게 관심과 동정을 가지고 대화라는 방식을 활용하여, 환자의 정신 활동을 질병 및 그 관념의 초점에서 기타 방면으로 전이 또는 분산하여 환자의 근심을 제거하고 질병을 이기려는 마음을 증가시킨다[16]. 이는 기본적인 환자에 대한 태도 등에서 인간중심 상담요법과 상통하는 부분이 있으면서, 실제 임상현장에서의 구체적인 기법이나 기술 등에 대한 제시가 비교적 빈약한 인간중심 상담요법의 부족한 점을 보완해주는 면이 있어 인간중심 상담요법과 한의정신요법을 같이 병행할 때 적절한 상승효과를 보였다.

2) 침구 치료

0.25 mm×0.30 mm 1회용 스테인리스 호침(毫針)을 사용하여, 1일 1~2회 시술하여 15분간 유침(留針)하였다. 자침(刺針)의 깊이는 경혈(經穴)에 따라 10~25 mm 깊이로 하였다. 유침(留針) 시에 적외선혈위조사요법(IR-770, 주식회사 아이티시)을 시행하였다. 뜸 치료는 대형 무연뜸(ettum, Technoscience)을 1일 1회 중완 부위에 시행하였다.

치료 경혈(經穴): 기본적으로 어깨 통증을 위해 手陽明大腸經筋 상의 아시혈, 두통을 위해 태양(太陽, ExHN-5)을 활용하고, 전일 및 당일의 증상 변화에 따라 몇 가지 혈자리를 추가로 선혈하였다. 부비동염으로 인한 불편감이 심한 경우 영향(迎香, LI20), 불면이 심했을 경우 삼음교(三陰交, SP6), 신문(神門, HT7) 등을 배합하여 사용하였다.

3) 한약 치료

한약 치료는 환자의 주 증상과 동반 증상들을 고려하여 처방하였으며, 그에 따라 약재를 가감하였다. 입원 초기에는 환자 스스로 정신적, 정서적 증상보다 신체적인 증상들에 보다 우선 순위를 두고 치료를 받기를 희망하였다. 그중에서도 특히 만성 부비동염으로 인한 불편감이 수면이나 일상생활에 끼치는 영향이 막대하다고 호소하며 이에 대한 처치를 우선적으로 희망하였다. 만성 부비동염으로 인한 증상들이 어느 정도 개선된 이후로는 우울감, 불안감 등과 같은 정신

Table 2. Prescription Composition and Dose per Pack

Prescription
柴胡加龍骨牡蠣湯
Composition
柴胡 (1.67 g), 龍骨 (0.83 g), 半夏 (1.33 g), 牡蠣 (0.83 g), 茯苓 (1 g), 乾薑 (0.33 g), 大棗 (0.83 g), 大黃 (0.33 g), 黃芩 (0.83 g), 桂枝 (1 g), 人蔘 (0.83 g)
Dose per pack
2.5 g

Table 3. Composition of Kami-Hyunggyeyungyo-tang

Duration	Herb	Pharmacognostic	Dose (g)
Day 6～25	薏苡仁	Coicis Semen	7.5
	蒲公英	Taraxaci Herba	7.5
	黃芪	Astragali Radix	6
	金銀花	Lonicerae Flos	6
	蒼耳子	Xanthii Fructus	4
	白朮	Atractylodis mecrocrphalae Rhizoma	4
	葛根	Puerariae Radix	3
	羌活	Notopterygii Rhizoma	3
	桔梗	Platycodi Radix	3
	當歸	Angelicae Gigantis Radix	3
	獨活	Angelicae pubescentis Radix	3
	防風	Ledebouriellae Radix	3
	白芍藥	Paeomiae Radix Alba	3
	白芷	Angelicae dahuricae Radix	3
	升麻	Cimicifugae Rhizoma	3
	柴胡	Bupleuri Radix	3
	辛夷花	Magnoliae Flos	3
	連翹	Forsythiae Fructus	3
	枳殼	Aurantii Fructus	3
	蒼朮	Atractylodis Rhizoma	3
	川芎	Cnidii Rhizoma	3
	天花粉	Trichosanthis Radix	3
	梔子	Gardeniae Fructus	3
	荊芥	Schizonepetae Herba	3
	黃芩	Scutellariae Radix	3
	陳皮	Citri Unshius Pericarpium	2
	甘草	Glycyrrhiza uralensis Fischer	2
	川椒	Zanthoxyli Fructus	1.5
	麻黃	Ephedrae Herba	1.5

증상과 불면에 대한 치료가 이어졌다.

치료기간 내 환자의 불면, 악몽에 대한 처치로 시호가용골모려탕을 산제로 복용토록 하였다(Table 2).

(1) 입원 6일～25일: 가미형개연교탕(加味荊芥連翹湯) (Table 3).

(2) 입원 26일～40일, 입원 76일～91일: 창이자산(蒼耳子散) (Table 4).

(3) 입원 41일～75일, 입원 92일～103일: 가미온담탕(加味溫膽湯) (Table 5).

Table 4. Composition of ChangIJa-San

Duration	Herb	Pharmacognostic	Dose (g)
Day 26～40, Day 76～91	白芷	Angelicae dahuricae Radix	6
	蒼耳子	Xanthii Fructus	4
	甘草	Glycyrrhizae Radix	4
	厚朴	Magnoliae Cortex	4
	大棗	Zizyphi Fructus	4
	辛夷花	Magnoliae Flos	2
	麻黃	Ephedrae Herba	2

Table 5. Composition of Gami-ondam-tang

Duration	Herb	Pharmacognostic	Dose (g)
Day 41～75, Day 92～103	香附子	Cyperi Rhizoma	12
	酸棗仁(炒)	Zizyphi Semen (roast)	12
	陳皮	Citri Unshius Pericarpium	8
	白茯苓	Poria cocos	6
	大棗	Zizyphi Fructus	6
	枳實	Ponciri Fructus Immaturus	6
	竹茹	Phyllostachyos Caulis in Taeniam	5
	生薑	Zingiber officinale	3
	半夏	Pinelliae Tuber	3
	柴胡	Bupleuri Radix	3
	桔梗	Platycodonis Radix	3
	麥門冬	Liriopis seu Ophiopogonis Tuber	3
	防風	Ledebouriellae Radix	3
	蘇葉	Perillae Folium	3
	甘草	Glycyrrhiza uralensis Fischer	2

Table 6. Composition of Gammaekdaejo-tang

Duration	Herb	Pharmacognostic	Dose (g)
Day 104～	浮小麦	Triticum aestivum L.	20
	香附子	Cyperi Rhizoma	6
	大棗	Zizyphi Fructus	6
	甘草	Glycyrrhiza uralensis Fischer	5

(4) 입원 104일～: 감맥대조탕(甘麥大棗湯) (Table 6).

4) 부항치료

경항부 통증, 양 승모근, 견갑거근 결림 등의 신체적 증상

에 따라 아시혈 주위 혹은 통증이 있는 手陽明大腸經 상의 근육에 대하여 시행하였다.

15. 치료 경과

1) 입원 1일 차~입원 15일 차

입원 후 3~4일차까지는 정신적인 증상보다는 뇌경색 후유증으로 인한 보행 시 위약감, 불편감에 대한 재활치료에 초점을 맞추고 치료를 받았다. 그러나 좌측 팔의 운동감 저하, 평상 시의 기억력 저하, 인지저하, 불면, 두통, 우울감, 종종 순간적으로 지남력을 잃어버리는 것과 같은 느낌("방금 전까지 뭘 하려고 했는지 잊어버린다") 등 운동적 재활치료로 크게 호전을 기대하기 어려워 보이는 여러 증상들이 지속되면서 운동기능 외 증상들에 대한 한방치료 및 심리치료의 필요성을 환자가 느꼈다. 실제로 환자의 심리상태에 대한 보다 정확한 이해를 위하여 실시한 BDI는 31점으로 심한 우울 수준, PSQI는 14점으로 수면의 질 또한 좋지 않다는 결과가 나왔다. 따라서 이를 기준으로 심리치료를 시작하기로 하였다.

첫 번째 상담 및 몇 차례의 침치료 중 시행한 면담을 통하여, 환자가 직장 내 괴롭힘을 받았던 정황과, 202*년 *월 발생한 뇌경색 및 지주막하 출혈, 발병 이후 시작하게 된 전 직장을 대상으로 한 법적 분쟁이 환자에게 매우 짧은 기간 내에 강한 스트레스로 작용하였다는 사실을 파악하게 되었다. 따라서 환자와의 깊은 대화를 통해 환자로 하여금 본인의 자아상에 대해 명확히 인지하도록 하고, 그를 토대로 앞으로 겪게 될 다양한 경험들에 대해서도 본인 스스로 감정 및 정서적인 지지를 해낼 수 있도록 한다는 목표를 향후 심리치료의 방향성으로 설정했다.

2) 입원 16일 차~입원 30일 차

초기 상담과 면담에서 환자가 환자 스스로 현재 처한 상황에 대한 강한 억울감과 분노를 가지고 있다는 점이 두드러졌다. 환자의 강렬한 감정들이 자극될 만한 사건들이 있을 때(소송과 관련하여 직장에서 연락이 오는 경우 등) 유독 불면, 악몽, 두통이나 어지러움, 좌측 안면부의 감각과 운동이 둔해지는 것 같은 신체 증상들이 발생하거나 악화되는 점을 고려한다면, 환자의 신체증상과 정서적 상태가 매우 밀접한 연관을 가지고 있다는 점이 자명하였다. 하지만 막상 환자 본인은 본인의 감정보단 신체적인 증상들에만 집중하면서 지속적으로 불안해하고 고통스러워 하는 경향을 보였다. 상담치료 중에는 이런 환자의 경향성이나 사고과정에 대해 직접적으로 인지시키려 한다거나 교정하려 하지 않았다. 대신 "직장 내에서 본인의 가치를 존중해주지 않는 태도를 지속적으로 받으신 부분이 굉장히 화가 나셨다는 거네요", "앞으로 건강에 큰 위협이 지속되어 이대로라면 생명에도 위험이 생길지도 모른다는 생각 때문에 크게 불안하시다는 것이군요" 등과 같이 '요약하기, 명료화' 방식을 통해 스스로의 감정 상태와 그런 감정의 발생, 발달 과정에 좀 더 집중할 수 있도록 노력하였다. 이와 같은 상담을 거치면서 환자는 점차 신체증상이 나타나는 순간에도 본인이 어떤 것을 느끼고 생각하는지 고찰하는 모습을 보여주었고, 마침내 "크게 스트레스를 받고 있을 때 머리가 더 아프다는 것을 깨닫게 되었는데, 깨닫는 순간 머리 아픈 게 조금 나아지는 것 같았다." 라면서 환자 스스로 신체 증상과 감정 상태 사이의 연관성을 깨닫고 그 부분에 주목하는 성과를 보여주었다.

3) 입원 30일 차~입원 55일 차(6/5까지)

환자가 타 병원에서 외진을 받은 후 어깨 통증에 대한 명확한 원인을 알게 되어 어깨 통증과 관련된 불안감이 해소되는 것을 느꼈다. 이 경험을 기회로 삼아, 불안이라는 감정의 원인과 해소 과정에 대해 스스로 고민해 볼 수 있도록 하였다. 이때도 직접적으로 불안이라는 감정의 정신병리학적 생태에 대해 치료자의 입장에서 설명하려 하기보다, "어깨 통증과 관련해서 어떤 점이 불안하다고 느꼈던 것 같나요?", "진료를 받고 불안감이 많이 가라앉았다고 말씀하셨는데 정확히 어떤 부분에서 그렇게 느끼셨나요?"와 같은 자기 성찰을 유도하는 질문을 통해 불안이라는 감정에 대해 환자의 주관에 따라 느끼고 깨달은 바를 구체화할 수 있도록 유도하였다.

또한 상담 시간에는 '본인을 나무에 빗대어 표현해보기', '마음의 방 그리기'와 같은 과제를 통해 본인 일생 중 중요하게 기억에 남은 사건들과 가족 내에서 환자 스스로 맡았던 역할, 그 과정 속에서 가지게 된, 본인의 내면에 자리 잡고 있는 스스로의 자아상을 살펴볼 수 있도록 하였다.

치료 경과를 평가하기 위해 시행한 BDI는 21점으로 기존의 31점보다는 호전되었지만 여전히 중간 정도의 우울 수준에 머물렀고 PSQI는 14점으로 수치상으로 별다른 호전이

없었다. 그러나 수시로 면담 시간 중에 문진을 통해 측정한 NRS 점수는 각각 불면(10→9), 우울감과 불안감(8→8), 비강 내 이물감(8→5), 좌측 어깨 통증(7→4)으로 일부 호전, 일부 변화 없음으로 나타났다.

4) 입원 55일 차~입원 77일 차

환자 스스로 신체 증상뿐 아니라 우울감, 불안감 같은 정신 증상에 소폭 호전이 있음을 느꼈다고 하였다. 허나 호전된 증상에 비해 현재 복용하고 있는 수면제 등의 정신과 약물이 과하다고 환자 스스로 판단하여 평소 외래로 종종 다니던 정신과에 방문 후 약물을 조정받았다. 이후 1~2주 경과에서, 처방 약물 중 필요 시 복용 정신과 약물을 복용하지 않아도 수면 상태나 우울감 등에 크게 불편감을 느끼지 못했다고 하였다.

여전히 직장에서 종종 법적 분쟁 관련한 연락들이 오면 순간적으로 분노, 억울함, 우울감 등이 발생하고 두통과 같은 신체 증상으로 이어진다고 호소하였으나, 그 여파가 오래가지 않고 이전에 비하여 능숙하게 조절하는 모습을 보여주었고 이런 모습에 대해 언급하면 환자 본인도 그렇게 느낀다고 하며 이전과 비교하여 스스로 달라진 모습을 인지하였다.

5) 입원 77일 차~입원 106일 차(7/26까지)

어깨 통증과 부비동염으로 인한 악취와 비강 내 이물감은 소실되었다고 하였다. 수면과 불안 증상은 여전히 직장 분쟁 관련 연락이 있거나 소식을 들을 때마다 영향을 크게 받는 경향을 보였다.

하지만 기존에 치료자와의 상담 및 면담에서 보였던 태도와는 달리, 환자 스스로 사건이 있을 때나 증상에 변화가 있을 때 이에 대한 본인의 감정과 태도를 스스로 생각하고 치료자에게 먼저 얘기하는 변화가 있었다.

환자가 호소하는 증상에 대한 NRS 점수는 불면 6점, 우울감 및 불안감 5점, 비강 내 이물감과 좌측 어깨 통증은 0점으로 치료 초기에 비하여 호전되었거나 소실된 것을 확인할 수 있었다. 그러나 입원 95일차에 시행한 BDI, PSQI는 각각 24점, 12점으로 BDI상으로는 여전히 중간 정도의 우울 수준을 나타내었고 PSQI상으로도 수면의 질이 좋지 않음을 나타내었다.

III. 고찰 및 결론

적응장애는 임상 현장에서 매우 흔하게 발견되는 정신과적 장애이며, 2011년 이후로 적응장애로 진단되는 환자와 그로 인해 유발되는 사회적 비용 모두 꾸준히 증가해 왔다[3]. 따라서 적응 장애에 대한 적극적인 관심과 다양한 대처법을 강구할 사회적 필요성이 있다.

본 환자의 경우 초기 면담을 진행하면서 드러난 대표적인 특징들, 이를테면 명확한 스트레스 요인이 존재하며, 스트레스 요인이 있었던 시점 후에 여러 증상들이 발현되었고, 또한 치료기간 내에 여러 차례 스트레스 요인에서 파생된 자극이 있을 때마다 증상들이 악화되는 양상을 보였다는 점이 환자의 현재 상태에 대해서 시사하는 바가 가장 크다고 판단하였다. 이러한 부분들을 고려했을 때 적응장애에 가장 적절하게 부합된다고 보았다.

한의학에서는 적응장애를 따로 분류하지는 않고 있으나 적응장애를 한의학의 심신증(心身症)의 범주 내로 분류한 선행연구가 보고된 바 있다[10]. 심신증(心身症)은 정신신체장애라고도 하며, 정신적 스트레스에 대한 직접적인 반응으로 스트레스에 견디어 내고 있는 도중에 발병하는 질환이다. 본 환자 또한 마찬가지로, 정서적 스트레스에 의해 정신적 증상을 포함한 불면, 두통, 어둔감 등의 신체증상을 호소하였다는 부분에서 심신증에 속한다고 볼 수 있다[16].

한의학적 정신치료에 대한 한 연구에서는 치료자의 동양사상과 한의학적 섭생관의 이해를 바탕으로 질병 자체보다는 환자의 감정이나 의지의 변화에 초점이 맞추어진 대화 중심의 한방정신요법이 과거 사용되었음을 알 수 있었다[6]. 대표적인 한의정신요법 중 하나인 至言高論療法의 경우, 상대에 대한 보증, 설득, 재교육 등의 방법을 통해 환자로 하여금 안정을 되찾고 더 나아가 자신에 대해 보다 깊이 이해할 수 있도록 돕는다. 이는 궁극적으로 환자 스스로 근심을 이겨내고 질병을 이기려는 마음을 증가시키며, 병태 심리의 압박을 감소시키는 데에 목적을 두고 있다[17]. 환자를 기준으로 외적인 요소들의 개입을 최소화하고 내면의 힘에 대한 믿음을 기반으로 한다는 이러한 지언고론요법의 특징은, 인신소우주(人身小宇宙)라 하여 사람도 우주처럼 음양(陰陽)의 균형을 올바르게 이루려는 자연치유의 힘이 있다고 보는 한의학의 인간관[18]에 입각하여 정신요법을 시행하려 하는 상황에서, 지언고론요법의 활용을 고려할 만한 적절한 근거가 된

다고 할 수 있다.

Rogers의 인간중심적 상담요법은 노자와 장자의 사상에서 영감을 받아, 기존에 서양 심리학에서 성행하던 정신분석 치료 및 행동치료의 한계를 극복하기 위해 동양의 '道' 사상을 접목한 상담요법이다[19]. 인간중심적 상담요법은 감정을 강조하는 한국문화에서 감정과 관계를 중시하고 이러한 점들이 전체적으로 조화를 이룬다는 점에서 많은 각광을 받아, 국내 심리상담자의 58%, 상담자의 73.8%가 인본주의를 주요 이론으로써 차용한다고 보고될 만큼 다용된다[8]. 본 환자는 평소 업무에 대해서는 기록, 정리, 분류에 일가견이 있어 이와 관련하여 직장 내 능숙함을 인정받을 정도였던 반면, 본인의 의견이나 감정을 적극적으로 표출하는 것에는 익숙하지 않아 비교적 내향적인 성격을 지니고 있던 분으로, 살아오면서 겪어보지 못한 강렬한 스트레스 상황에 직면하자 이 과정에서 발생한 분노, 억울감, 두려움, 불안함 등의 부정적 감정을 제대로 다루어내는 것에 실패하여 불면, 두통, 어지러움, 안면부 감각이상 등의 신체증상까지 나타나게 되었다. 따라서 스스로의 내면을 들여다보고 제대로 이해한 후 표출할 수 있도록 독려하기 위해 한의정신요법 중 하나인 至言高論療法에 Rogers의 인간중심적 상담요법을 병행하여 시행하는 것이 유용할 것으로 판단하였다.

인간중심 상담요법은 Carl R. Rogers (1902～1987)에 의해 발전된 상담의 한 접근방법으로 당시 주된 세력이었던 정신분석학과 지시적 상담의 입장에 반대하고 비지시적 상담을 표방하여 내담자 중심 상담(client-centered counseling), 비지시적 상담(nondirective counseling)으로도 불린다. 이 치료법은 기본적으로 '인간의 자아실현 경향성과 잠재력'에 대한 깊은 신뢰를 기반으로 인간은 스스로 자신의 길을 발견하고 성장해 나갈 수 있는 존재라고 보며, 인간이 정신 병리적인 문제를 가지게 되는 이유는 적절한 성장환경이 주어지지 못했기 때문으로 상담 장면에서 이러한 성장환경을 제공해야 한다고 주장한다[9]. Rogers는 위와 같은 목표를 추구하기 위하여 치료자가 제공해야 할 세 가지 핵심 조건으로, '일치성(congruence)', '무조건적 긍정적 존중(unconditional positive regard)', '공감적 이해(empathic understanding)'를 제시했다. 첫째로 일치성, 다른 말로 진실성(genuineness)은 치료자가 꾸밈없이 자신의 모습을 있는 그대로 나타내는 것을 뜻한다. 상담자의 이런 태도로서 내담자는 체면치레를 할 필요를 느끼지 못하고 서서히 자신을 직면할 수 있게 된다. 둘째는 '무조건적 긍정적 존중(unconditional positive regard)'이다. 이는 내담자의 생각, 감정, 행동에 대하여 어떤 판단이나 평가도 내리지 않는 치료자의 순수한 보살핌을 의미하며, 이를 통해 치료자는 내담자로 하여금 부정적이고 자기 패배적인 순환과정을 끊어내고 다른 사람들 앞에서 자기를 방어할 필요성이 없다는 것을 깨닫게 한다. 마지막으로 공감적 이해(empathic understanding)는 치료자가 마치 내담자가 된 것처럼 그의 심정을 느끼는 것이다. 공감은 매우 강력한 치료적 요인으로, 누군가가 자신의 마음을 깊이 이해해 주는 것은 커다란 위안이자 감동이다. 치료자의 공감을 통해 내담자는 자기존중감이 증진되고 소외감에서 해소되며 보다 깊이 있는 자기탐색을 할 수 있게 된다[9,20]. 치료가 진전됨에 따라 내담자는 불안이나 죄책감, 수치감, 분노 등 과거에 외면했던 자신의 부정적 감정들을 수용하고 표현할 수 있게 되고 왜곡된 경험의 구속에서 벗어나 보다 현실적 경험과 자아개념 간의 조화를 이루고 자기실현을 촉진하게 된다[15].

본 연구에서는 Rogers의 인간중심 심리치료 외에도 전반적인 신체 증상 완화를 위하여 침구치료 및 한약치료를 포함한 한의복합치료를 시행하였다. 초기에는 환자가 가장 불편감을 느낀다고 호소하였던 부비동염에 의한 비강 내 이물감 및 악취에 대한 우선적인 치료 중 한약치료로 가미형개연교탕(加味荊芥連翹湯)[21], 창이자산(蒼耳子散)[22], 후각 기능 호전을 목적으로 영향(迎香, LI20)[23]을 선혈하여 침치료를 시행하였다. 부비동염 관련 증상이 완화된 이후부터는 불면 및 흉민, 두통에 대한 한약치료로써 가미온담탕(加味溫膽湯)[24], 전날 불면이 두드러졌다고 하는 경우 삼음교(三陰交, SP6), 신문(神門, HT7), 사신총(四神聰, EX-HN1), 합곡(合谷, LI4) 등[25]을 선혈하고, 두통을 호소하는 경우 소부(小府, HT8), 음곡(陰谷, KI10)[26] 또는 풍지(風池, GB20), 백회(百會, GV20) 등[27]을 선혈하여 침치료를 시행하였다. 치료 후기에는 뇌졸중 후 우울증에 유의미한 효과를 보이는 감맥대조탕(甘麥大棗湯)[28]을 활용하였으며, 만성적인 어깨 통증에 대한 치료를 위하여 비노(臂臑, LI14), 견우(肩髃, LI15), 견료(肩髎, TE14) 등[29]을 선혈하여 침치료를 시행하였다.

본 환자는 뇌경색 발병 전후로 하여 여러 복합적인 요인들로 인해 강도가 매우 높은 스트레스를 받는 중이었다. 처음 내원 당시에는 뇌경색증으로 인한 경미한 안면부 감각이상에 대한 한방처치와 보행 시 불안정감이 소폭 느껴져 이에

대한 재활치료를 희망했다. 그러나 재활치료 등을 받으면서도 과거 직장 내에서의 갈등 상황을 떠올릴 때의 분노, 현재 진행 중인 직장과의 소송에서 오는 피로감, 건강과 생활에 대한 막연한 걱정 등으로 지속적으로 불면과 두통, 우울감, 불안감이 발생하자 이에 대해 주치의에게 토로하였다. 정신증상에 대해 병력 청취를 하면서, 환자의 증상들은 직장과의 소송 상황, 본인이 꾸준히 느끼는 실제적인 신체기능 저하라는 현재 진행 중인 요인들이 원인이기 때문에, 현재는 물론 이거니와 소송 등의 상황이 해결되지 않는 한 미래에도 쉽게 해소되지는 않을 것으로 보였다. 이는 일반적인 지지요법을 통해 감정 상태를 다루는 것만으로는 한계가 있을 수밖에 없음을 의미했다. 이에 환자로 하여금 본인 스스로 부정적인 사고 틀을 인지하고 이를 스스로 다루어낼 수 있는 힘을 기르는 과정이 필요하다고 판단하였다.

상담요법은 주 1회 약 45분에서 1시간 가량으로 치료기간 중 총 8회 진행된 심층상담과 매일 시행한 침치료에 선행된 5~10분간의 가벼운 면담으로 구성하였다.

1시간 가량의 상담 중에는 주로 환자 과거의 경험들과 본인 스스로 깨달은 점들에 대해 공감적이고 진솔한 환경 내에서 되짚어 보는 시간을 가졌다. 이 시간을 통해 환자가 가지고 있던 주요 감정들(가정과 형제자매들에 대한 책임감, 배우자인 남편에게 가지고 있었던 서운함과 고마움, 직장에 집중하면서 가정을 소홀히 한 것에 대한 죄책감 등)을 환자가 직시할 수 있었다. 특히 치료자는 기본적인 화두를 던지는 것 외에 특정 경험이나 사건들에 의도적으로 초점을 맞추도록 인도하는 것을 최대한 지양하고, '공감적 반응', '경청'의 태도를 유지하며 환자가 본인이 느끼기에 중요했던 경험을 다시 상기하고 당시의 기억에 충분한 여유를 가지고 몰입하도록 장려하였다.

침치료 전에 시행한 면담 중에는 주로 당일 혹은 전날의 신체적 증상들의 변화 혹은 근래 있었던 스트레스 요인과 관련된 사건들에 대해 무겁지 않게 얘기를 나누었다. "두통이 지속되어서 다시 혈압이 높아진 게 아닐까 걱정이 되셨다는 거네요,", "직장에서 하는 요구가 환자분을 존중하지 않는 태도에서 나온다고 느끼신다는 말씀이시죠" 등과 같이 '요약하기', '명료화', '반영'의 방식을 통해 환자 스스로 문제의 원인에 대한 두려움이나 불쾌함 등을 구체화시키고 타인에게 털어놓을 수 있도록 하였다.

상담이 반복될수록, 상담을 시작한 초기에 정서적인 부분보다는 신체적 증상과 현재 처한 우울하고 불쾌한 상황에만 집중하는 태도를 보였던 것과 반대로, 어떠한 일에 대해서 본인이 느꼈던 감정과 본인 스스로의 성격이나 기질 중 현재 감정의 원인이 된다고 생각되는 부분에 대해 직접 고찰하고 치료자에게 말하는 등의 발전을 보였다. 치료 말기에는 감정적으로 크게 동요할 만한 사건(소송과 관련하여 전 직장에게 연락을 받는 등) 후 두통, 악몽과 같은 신체적 증상이 악화되어도, 이러한 신체적 증상들이 감정으로 인한 것임을 이해하고 올바르게 다루어 이를 해소하려는 의지를 드러내었다. 다만, 치료 종결까지도 전 직장과 관련된 사건이 발생하였을 때 이에 크게 스트레스를 받는 것 자체는 상담 과정 중 치료자와 함께 정한 목표치만큼 해내지는 못하였다.

종합적으로 치료 105일 경과 후 BDI는 31/63→24/63, PSQI는 14/21→12/21로 유의미하게 개선되었다고 보기는 어려웠다. 하지만 환자가 초기 치료 시 주요 호소했던 4가지 일상생활 속의 불편감에 대한 NRS 점수는 불면 10→6, 우울감 및 불안감 8→5, 비강 내 이물감 8→0, 좌측 어깨 통증 7→0으로 확연한 호전을 보였다. 또한 치료 약 80여 일이 지난 시점부터는 관련 정신과 약물들을 감량하였음에도 불구하고 두통, 어지러움, 악몽 등에 대한 질문에도 "이젠 더 이상 그 부분은 크게 불편하다고 느끼지 않는 것 같아요"라고 답변하였다.

정신질환은 다양한 질환들 중에서 유독 질환의 진단과 정의의 난해함과 모호함을 종종 지적받는 질환군이다[30]. 정신과 질환의 이러한 특징들은 특히나 적응장애를 진단할 때 잘 드러나는 경향이 있어, 실제로 적응장애는 진단기준이 명확하지 않고, 주요우울장애 혹은 기타 정신질환과 정확히 감별하기 위해 참고할 만한 자료나 근거가 부족하다는 비판을 받기도 한다[31,32]. 하지만 그럼에도 불구하고 Zelviene과 Kazlauskas[33]는 적응장애를 'flu'에 비유하여 적응장애에 대한 적절한 관심과 연구가 필요함을 역설하였다. 'Flu', 즉 독감은 발열, 두통, 기침 등의 증상들로 특징되는 호흡계 질환으로 대다수의 독감 환자들은 특별한 의료적 처치 없이 자연적으로 회복한다. 그러나 일부 독감 환자들은 폐렴 등의 심각한 합병증에 걸리기도 한다. 이러한 차이는 그다지 특별할 것 없는 병원 인자에 대한 개인의 면역력이 각자 다르기 때문에 발생한다.Zelviene과 Kazlauskas[33]는 적응장애 또한 일종의 'mental flu'와 같다고 주장하였다. 많은 사람들이 일상생활에서 흔히 맞닥트릴 수 있는 여러 스트레스 요인

에 의해 부정적 반응을 일시적으로 보이더라도 대다수는 스트레스 요인이 사라지거나 시간이 지남에 따라 그에 적응하며 자가회복할 수 있다. 하지만 스트레스 요인의 경중, 혹은 개인의 정서적 민감도 등 여러 가지 이유에 따라, 일부 환자는 쉽게 회복하지 못하고 기타 정신과적 합병증까지 발병하여 고통받기도 한다.

본 증례에서 환자는 뇌경색 발병 후 본원에 내원하기 전 전반적인 심리상태와 관련하여 우울장애에 준하여 약물처치 및 상담치료를 받았으나 별다른 차도를 느낄 수 없다고 했다. 그러나 이후 본원에서 시행한 상담치료에서 환자가 현재 겪고 있는 상황에 대한 인지 및 스트레스에 대한 정신적 반응이라는 관점에 초점을 맞추어 치료가 진행되자 점차 정서적 안정감을 되찾고 신체적 증상 또한 개선되었다.

한방의료기관에 내원한 환자들을 대상으로 한 연구 중 적응장애를 주제로 한 연구는 기타 정신질환에 대한 연구에 비해 그 수나 깊이에 있어서 다소 미흡한 실정이다. 그와 비슷한 정도로, Rogers의 인간중심 심리치료의 적용에 관해 상담 센터, 교육 기관, 종교 기관 등에서 발표한 논문은 많으나 그에 대한 임상 논문은 많지 않다. 이에 본 연구가 적응장애 환자에 대한 진단 사례로 남아 적응 장애에 대한 관심을 촉발하는 계기가 되고, 임상 현장에서 한의정신요법과 Rogers의 인간중심 심리치료를 병행하여 적용하고자 할 때 참고할 수 있는 자료로 사용될 수 있길 기대한다.

다만, 본 연구에서 BDI, PSQI와 같은 객관적 지표상으로는 명확한 호전을 보였다고 하기 힘들다는 점, 인간중심 심리치료의 특성상 상담치료의 구체적인 절차나 과정이 제시되지 못했다는 점, 단일 증례 보고인 만큼 유효성을 뒷받침할 근거가 부족하다는 점은 본 연구의 한계점으로 보인다. 추후 위 사항들을 보완하여 추가적인 증례 연구, 환자-대조군 연구 등이 활발히 수행되어야 할 필요성이 있다고 사료된다.

REFERENCES

1. World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Available from: https://icd.who.int/dev11/l-m/en.
2. Kwon JS. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition text revision. Seoul: Hakjisa Publishing Co. 2023;192-286,326-356.
3. Yang KJ, Choi SM, Kim SY, Oh IH. Incidence and Direct Medical Cost of Adjustment Disorder and in Korea Using National Health Insurance Service Claims Data From 2011 to 2017. Psychiatry Investing. 2021;18:789-94. https://doi.org/10.30773/pi.2020.0440
4. Min SK, Kim CH. Modern Psychiatry (7th ed.). Seoul: Iljogak Publishing Co. 2023;360-362.
5. Min SJ, Park DJ, Kim HH, Min YG. Characteristics of Adjustment Disorder Patients as Suicidal Attempters Visited Emergency Department: Significance of Adjustment Disorder and Suicide. Journal of The Korean Society of Emergency Medicine. 2016;27:595-601.
6. Kim GW. A study of psychotherapy by means of oriental medicine through the Giungoroen(至言高論)-Focusing on Ancient clinical document. Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2001;12:29-45.
7. Shin YC. A Study on the Oriental psychotherapy. Korea Journal of Oreintal Medicine. 1992;2(1):43-53.
8. Jue US, Ju EJ, Lee HG. An Investigation of Korean Humanistic Counseling Model-Based on the self-report of experienced humanistic counselors in Korea. Korean Journal of Counseling and Psychotherapy. 2007;19(3):569-86.
9. Kwon SM. Contemporary Theories of Psychotherapy and Counceling. Seoul: Hakjisa Publishing Co. 2012;271-303.
10. Kim NY, Yoo JH, Kim GW, B JI. A Case Report on Psychosomatic Disorder Cause by Maladjustment of Interpersonal Relationship. Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2012;23:215-28. http://dx.doi.org/10.7231/jon.2012.23.4.215
11. Kim JY, Lee JH, Kim SJ, Seo JH, Yoon IA, Park EY, Sung WY. A Clinical Report of Two Patients with Poststroke Depression by Korean Traditional Treatment and Roger's Person-centered Counseling. Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2010;21:187-206.
12. Lee BY. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Seoul: Ilchokak Publishing Co. 1994;186-189.
13. Moon ES, Sakong JK, Jung SW, Sung HM, Lee JY, Koo BH, Kim YT, Shin IH, Cho HJ, Kim DH, Kim MK, Choi JS, Jung IM, Kim JB. Development of Clinical Guideline for the Diagnosis and Evaluation of Depression : Focused on Evaluation Guideline. Journal of Korean Neuropsychiatric Association. 2014;53:24-31. https://doi.org/10.4306/jknpa.2014.53.1.24
14. Sohn SI, Kim DH, Lee MY. The reliability and validity of the Korean version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. Sleep and Breathing. 2012;16(3):803-12. https://doi.org/10.1007/s11325-011-0579-9
15. Hong CH. Acquiring Counseling Skills : Integrating Theory, Multiculturalism, and Self-Awareness. Seoul: Hakjisa Publishing Co. 2012:308-12.
16. The Textbook Complication Committee of Neuropsychiatry of Oriental Medical Schools in Nation. The Neuropsychiatry of Oriental Medicine. Seoul: Maver Publishing Co. 2018;

541-44.
17. Kim JW. An oriental medicine psychotherapy to heal the mind. Seoul:Hakjisa. 2006:81-2.
18. Che JY. A Comparision of Philosophy of Traditional Medicine between Hippocrates and the East. Journal of The Daegu Historical Association. 2005;81:225-54.
19. Lee YH. Philosophical Implications of the Person-Centered Therapy in Carl R. Rogers. Korean Journal of Counseling and Psychotherapy. 1994;6:1-20.
20. Rogers CR. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. Journal of Consulting psychology. 1957;21:95-103.
21. Hong JH, Kim KH, An JH, Jung HA. A case of Sinusitis Patient Improved by Kami-Hyunggyeyungyotang. Journal of Korean Medicine Ophthalmol & Otolaryngol & Dermatol. 2015;28:66-7. http://dx.doi.org/10.6114/jkood.2015.28.2.066
22. Joint Textbook Compilation Committee of National Korean Medicine Colleges. Herbal Medicine (4th ed.). Seoul: Yeongrimsa. 2011;176-77.
23. Moon YK, Kang SH, Park JG, Nam HJ, Kim YB, Kim KS. A case of Postviral Olfactory Disorder Treated with Dangguijakyak-san and Acupuncture. Journal of Korean Medicine Ophthalmol & Otolaryngol & Dermatol. 2017;30(1): 118-25. https://doi.org/10.6114/jkood.2017.30.1.118
24. King WH, Kim WI. A Case Report on 14 Patients with Palpitations Treated with Gami-ondam-tang. Journal of Korean Oriental Internal Medicine. 2021;42(5):1160-1172. https://doi.org/10.22246/jikm.2021.42.5.1160
25. Dong B, Chen Z, Yin X, Li D, Ma J, Yin P, Cao Y, Lao L, Xu S. The Efficacy of Acupuncture for Treating Depression-Related Insomnia Compared with a Control Group: A Systematic Review and Meta-Analysis. Biomed Research International. 2017;Article ID 9614810:1-11. https://doi.org/10.1155/2017/9614810
26. Yun YJ, Kim KL, Jin MH, Kang YG, Nam WJ, Park DI. A Case Report of Tension Type Headache Patient with Dangkisoo-san and Acupuncture. Herbal Formula Science (HFS). 2013;21(1):206-12. https://doi.org/10.14374/HFS.2013.21.1.206
27. Park JH, Kong GS, Song JY, Kim SW, Wang YM, Kim SY, Kang MH, Park SH, Eom GH, Lee HC, Lee JY. Case Report on Headache (Suspected CPSP) Treated with Korean Medicine in a Hospitalized Patient with a History of Cerebral Infarction. Journal of Korean Oriental Internal Medicine. 2021;42:893-903. http://dx.doi.org/10.22246/jikm.2021.42.5.893
28. Kim YS, Lee YS, Kim YK, Kim KM. The Effect of Gammaekdaejo-tang for Post-stroke Depression: A Systemic Review and Meta-Analysis. Journal of Korean Oriental Internal Medicine. 2024;45:396-414. http://dx.doi.org/10.22246/jikm.2024.45.3.396
29. Ahn JH, Bae GH, Kim BJ, Park IH, Heo I, Cha YY. Therapeutic Effects of Acupuncture for Shoulder Impingement Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Korean Medicine Rehabilitation. 2024;34:83-95. https://doi.org/10.18325/jkmr.2024.34.1.83
30. Kim KY, Jung WJ. A Critical Review of the Definition of Mental Disorders in DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Korean Journal of Philosophy. 2022;150:309-31. https://doi.org/10.18694/KJP.2022.2.150.309
31. Strain JJ, Diefenbacher A. The adjustment disorders: the conundrums of the diagnoses. Compr Psychiatry. 2008; 49:121-30. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2007.10.002
32. Semprini F, Fava GA, Sonino N. The spectrum of adjustment disorders: too broad to be clinically helpful. CNS Spectr. 2010;15:382-8. 10.1017/S1092852900029254
33. Zelviene P, Kazlauskas E. Adjustment disorder : current perspectives. Neuropsyciatric Disease and Treatment. 2018;14:375-81. https://doi.org/10.2147/NDT.S121072