동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 19. No. 3, 2008

不眠과 身體症狀을 호소하는 화병 환자에게 韓醫學的 治療와 마음챙김명상을 병행하여 호전된 1례

박세환, 석선희, 김근우, 구병수
동국대학교 한의과대학 신경정신과학교실

An improved case by operating the traditional oriental medical remedy with mindfullness to the Hwa-Byung patient suffering from insomnia and physical symptoms

Se-Hwan Park, Seon-Hee Seok, Geun-Woo Kim, Byung-Soo Koo
Dept. of Neuropsychiatry, College of Korean Medicine, Dongguk University

Abstract

Insomnia is one of the highest frequency neuropsychosis of neuropsychiatry patients and is primarily caused by major depressive disorder.

This case study is about a remedy for a 33 year-old woman who has insomnia and intense depressed mood caused by the continuous family jar. Also, she had the feeling of squeezing her body, pouring cold water into her body, anorexia and feeling cold and hot turn and turn.

I operated mindfullness with accupuncture, herb-medication and aroma theraphy. Especially, mindfullness and Gagamguibi-tang were effective for relaxation and the sound sleep in quality and quantity.

According to this study, the traditional oriental medical remedy such as accupuncture, herb-medication is effective for the cure of insomnia and mindfullness fortifies the oriental medical remedy.

Key Words : Insomnia, Gagamguibi-tang, Cheonggansoyo-san, Mindfullness, Hwa-Byung

투고일 : 10/10 수정일 : 11/6 채택일 : 11/10
*교신저자 : 박세환 주소 : 경기도 고양시 일산동구 식사동 814 동국대학교 일산한방병원 신경정신과
Tel : 031-961-9140 Fax : 031-961-9009 E-mail : ovale@naver.com

Ⅰ. 緖 論

不眠은 수면부족을 의미하며 수면기간의 깊이 및 원기회복에 어떤 장애를 나타낼 때 일반적으로 사용되는 말로서 잠들기 힘들고 계속 잠을 유지하는데 어려움이 있는 상태를 말한다[1]. 이러한 수면부족은 대부분의 인지 기능의 기본이 되는 주의, 작업기억 등의 저하, 대사성 호르몬의 균형파괴, 저항력 저하, 수명 저하 뿐만 아니라 인지력 저하로 인한 안전사고 증가 등을 야기하는 것으로 밝혀졌다[2].

형태에 따라 잠을 이루기 힘든 難眠, 깊은 숙면을 못하는 淺眠, 수면 시간이 짧은 短眠, 공연히 자주 깨는 頻覺 등이 모두 不眠에 속한다[3].

정신장애 관련 睡眠障碍 중 가장 흔한 증상이 不眠症이며 가장 흔하게 동반되는 질환은 주요우울장애인데, 잠들기가 어렵고 자주 깨며, 새벽에 일찍 깨어 불쾌한 감정을 느끼는 것이 특징적 소견이다. 그 밖에 공황장애를 비롯한 불안장애나 알코올 중독 등에서도 不眠症이 많이 나타난다[4].

서양의학적으로는 지속기간에 따라 일과성 불면증, 만성 불면증으로 분류하고 원인에 따라서는 정상 수면기전에 일차적으로 장애가 와서 나타나는 원발성 수면장애와 다른 질환이나 상태에서 이차적으로 나타나는 이차성 수면장애로 분류한다[2,5].

韓醫學에서는 수면의 기전을 <靈樞 大惑論>[6]에서 '衛氣不得入於陰, 陰常留於陽, 留於陽則陽氣滿, 陽氣滿則陽蹻盛, 不得入於陰則陰氣虛, 故目不瞑矣. … 衛氣留於陰, 不得行於陽, 留於陰則陰氣盛, 陰氣盛則陰蹻滿, 不得入於陽則陽氣虛, 故目閉也.'라 하여 衛氣의 陰陽分 운행여부가 수면각성의 생리적 현상이라고 하였으며 不眠의 병리는 思結不睡, 營血不足, 陰虛內熱, 心膽虛怯, 痰涎鬱結, 胃不和 등으로 원인을 분류하여 補益心脾, 補血安神, 滋陰淸火, 養心溫膽, 祛痰淸神, 消滯和中하는 치법을 사용하여 치료하고 있다[3,7].

현재까지 불면과 관련한 한의학적 치험례로는 박[8], 조[9], 장[10] 등의 침구치료 임상례와 이[11], 엄[12], 허[13] 등의 약물 치험례가 있다.

마음챙김명상은 순간순간 마음을 챙겨나가는 수련법으로 평소에는 전혀 관심을 갖지 않았던 일에 대해 의식적으로 마음을 챙김으로써 실행할 수 있으며 이는 온 몸을 이완하고 마음을 챙김으로 마음을 밝게 하고 통찰력을 가질 수 있는 잠재적인 능력을 높임으로써 삶을 보다 잘 관리할 수 있는 새로운 힘을 개발하는 체계적인 방법이다[14]. Kabat-Zinn이 위빠사나 명상을 응용해서 '마음챙김에 근거한 스트레스 감소(Mindfulness-Based Stress Reduction:MBSR)' 프로그램을 개발한 이래로 많은 연구의 대상이 되고 있는 것으로[15] 국내에서는 임[16], 이[17], 조[18] 등의 임상적 연구가 있다.

본 증례에서는 不眠, 전신의 옥죄어오는 듯한 이상감각, 寒熱往來 등을 주로 호소하는 화병 환자에게 淸肝逍遙散[19] 및 加減歸脾湯[19]을 투여하고 호흡 마음챙김명상을 병용하여 호전된 1례에 대해 보고하는 바이다.

Ⅱ. 證 例

1. 성명

김 O O (여 / 33세)

2. 주소증

1) 不眠('하루에 한 두시간 자고나면 다시

잘 수가 없어요')

2) 부수증상

① 異常感覺 : 전신이 옥죄오는 느낌. 손끝 발끝이 저린 느낌('온 몸이 조여오는 것 같아서 안절부절 못해요')

② 寒熱往來 : 찬물을 끼얹는 느낌과 열이 올랐다 내림.

③ 心悸 / 怔忡

④ 식욕부진

⑤ 頭痛 : 두정부 열감 및 태양혈 부위의 통증

3. 발병동기 및 발병일

최근 발병 2년 전 남편의 외도 사실을 알게 된 후 처음 不眠증상이 있었으며 최근 3주 전 다시 남편의 외도 정황을 알게 된 후 불면이 심화되고 다른 신체증상이 동반됨.

4. 과거력

1) 양성유방종양 : 200X년. 좌측 유방 양성종양 Dx.후 op.

5. 가족력

특이소견 없음.

6. 사회력

1) 키 / 몸무게 : 159cm, 47kg

2) 직업 : 전업주부

3) 흡연 (-) 음주 (-)

4) para : 1-0-0-1

월경력 : 불규칙적. 2~3주에 1회. 양 다. 4일 정도 지속됨. 월경통(-)

7. 현병력

상기 환자는 마른 체격 예민한 성격의 만 33세 여환으로 2년 전 임신과 출산과정에서의 남편의 무관심 및 남편의 외도사실을 알게된 후 불면, 우울감 등의 증상이 발생하여 개원 신경정신과에서 medication 받으시고 이후 간헐적인 불면 증상 있으셨던 분으로 3주 전 다시 남편의 외도 정황을 알게된 후 불면, 두통, 전신의 이상감각 등이 심화되어 본원 한방신경정신과 외래 방문 후 보다 적극적인 한의학적 치료 위하여 입원하심.

8. 韓醫學的 四診

1) 望診 : 159cm, 47kg의 마른체격, 날카로워 보이는 외모, 지치고 피곤해 보이는 얼굴. 면색 황. 설암, 태백니.

2) 聞診 : 가늘고 고음의 목소리

3) 問診 : 入眠難, 易覺醒. 全身異常感覺. 食慾不振.('한 숟가락만 입에 넣어도 밥을 먹을 수가 없어요') 大便不良(연변 1회/day, 後重感). 小便良好. 手足汗, 口乾, 咽喉瘙痒感, 鼻根部의 통증.

4) 切診 : 中脘部 壓痛, 腹部冷, 脈虛浮.

9. 진단

1) 火病

2) 氣鬱

3) 不眠, 不睡

10. 입원기간

200X년 X월 X일 ~ 200X년 X월 X일(18일)

11. 검사소견

1) 활력징후 : 혈압 101 / 53mmHg, 맥박수 73회/min, 호흡수 17회/min, 체온 36.5℃

2) Lab test : LDH 223(240~480 IU/L), Phosphorus 4.6(2.7~4.5 mg/d)

12. 정신과적 개인력 및 정신상태 평가

1) 인적사항

33세로 대학교 졸업 후 29세에 결혼하였다. 결혼과 동시에 미국 유학 후 귀국한 상태로

아들 한명을 두고 있으며 현재는 전업주부.

2) 병전성격

내성적이며 예민하다. 사람들과 잘 어울리지 못하고 친구도 많지 않으며 자신의 이야기를 친한 친구에게도 거의 하지 않는다. 소심하며 문제에 직접 부딪히기 보다는 쌓아두고 속으로 삭이는 편이다. 꼼꼼하고 완벽주의적 경향이 있다.

3) 정신상태

사고의 과정이나 내용, 지각 및 지적능력에는 이상이 없으며 여러 신체증상과 분노, 불안감 및 우울감을 호소.

4) 개인력

1남1녀의 막내로 부유한 환경에서 자랐으며 어머니는 매우 예민하고 하나하나 꼼꼼하게 챙기는 스타일이다. 오빠와는 그럭저럭 지내는 편으로 서로 깊은 얘기를 하지는 않는다.

남편은 대학교 때 소개팅으로 만나서 6년여를 연애하고 결혼했으며 무녀독남으로 개인적인 성향이 매우 강하고 남을 전혀 배려할 줄 모른다고 했다.

시부모님과의 관계는 매우 원만하며 항상 챙겨주고 뒷바라지를 잘해주는 분들이라고 한다.

결혼과 동시에 미국으로 유학을 떠났으며 화장품 관련 마케팅 공부를 했고 남편은 영화(시나리오) 공부를 했다. 결혼 초에는 별다른 문제가 없었으나 임신을 하면서부터 문제가 생겼다. 애가 보기 싫다는 이야기도 서슴지 않았으며 입덧도 보통의 경우보다 심하게 했고 심신으로 지쳐있었으나 남편은 자기도 힘들다 하면서 전혀 신경을 써주지 않았다. 혼자 보내는 시간이 더욱 많아졌으며 남편은 외도까지 하였다.(술집여자들과 자주 만나고 잠자리도 같이 했다함) 분노감과 함께 이제까지 쌓아왔던 신뢰감이 무너져 내리는 듯 했으며 그 이후로도 반복해서 외도한 사실이 드러나면서 결국에는 시댁과 친정에까지 외도 사실을 알리게 되었으며 다시는 그런 일이 없도록 하겠다는 다짐도 받았다고 한다. 그러나 3주 전에 남편 사무실에서 호텔키가 발견됐고, 생각하지 않으려고 했는데도 머리 속에서 생각이 떠나질 않았으며, 남편은 또다시 발뺌을 하면서 별것 아닌 일에 너무 예민하게 반응하지 마라는 식으로 일관했다고 하였다. 항상 일이 있을 때마다 항상 이런 패턴으로 이야기가 되며 지금은 같이 있어도 서로에게 투명인간이나 다를 바 없다고 한다. 애가 어떻다, 밥은 먹었나 등의 피상적인 이야기만 할 뿐이며 밑바닥까지 온 것 같다고 하였다.

남편도 현재 사업이 제대로 되지 않는 등의 문제로 정신과 치료를 받고 있는 상태였다.(공황장애로 진단받았으며 불면이 심하여 약물치료 중임)

13. 심리검사

1) 우울척도

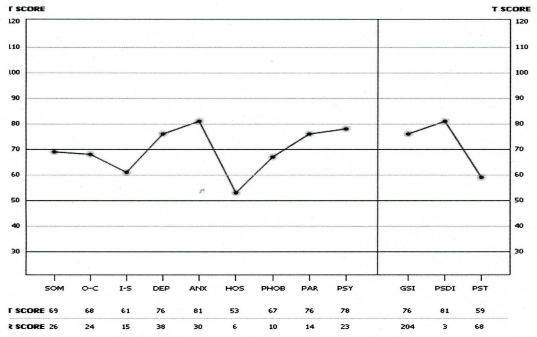
	입원 1일	입원 7일	퇴원일
BDI	29점	30점	19점
SDS	62점	63점	52점

2) 불안척도

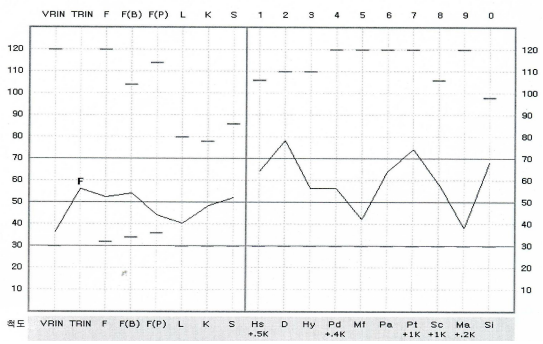
상태불안척도 - 39점(입원 1일)

특성불안척도 - 48점(입원 1일)

3) SCL-90-R(입원 1일)



4) MMPI-2(입원 7일째)



14. 치료내용

1) 韓藥治療 : 입원 1 ~2일에는 溫膽歸脾湯을 투약하였으며 3일 째부터는 寒熱往來, 全身異常感覺, 精神抑鬱, 心悸, 怔忡, 등의 증상을 肝膽鬱火로 변증하여 淸肝逍遙散을 투약하였으며 상기증상 해소 후 不思飮食, 思慮過度, 氣困 등의 증상에 따라 心脾兩虛, 肝鬱로 변증하여 加減歸脾湯을 투약하였다. 또한 안정적인 수면을 도우기 위하여 입원 첫 날부터 酸棗仁湯, 柴胡加龍骨牡蠣湯, 溫膽湯 등의 엑스제를 투약하였으며 입원 초기(5일 째) 감모 증상을 호소하여 엑스제 荊防敗毒散을 투약하였다.(Table 1.)

Table 1. The Change of Herbal Medication

치료기간	처방명	처방구성
입원 1일 ~ 2일	溫膽歸脾湯	酸棗仁 8g 龍眼肉 橘皮 香附子 白茯神 6g 半夏 白朮 當歸 枳實 砂仁 竹茹 4g 柴胡(植) 3g 甘草 2g 木香 1g 生薑 3g 烏梅 2g
입원 3일 ~ 10일	淸肝逍遙散加味	香附子 8g 白芍藥 白朮 6g 靑皮 柴胡(植) 麥門冬 當歸 竹茹 白茯苓 4g 梔子(焦) 薄荷 肉桂 甘草 2g 生薑 3g
입원 11일 ~ 퇴원일	加減歸脾湯加味	酸棗仁 10 ~ 12g 龍眼肉 8g 當歸 白茯神 白朮 白芍藥(焦) 6g 橘皮 砂仁 4g 遠志 甘草 2g

2) 針治療 : 동방침구제작의 0.25mm * 30mm의 호침을 사용하여 초기에는 疏肝解鬱의 목적으로 金瀉(肝大腸勝格), 補心健脾의 목적으로 土補(脾膽正格)을 기본으로 하여 內關, 膻中 등을 배혈하여 1일 2회 시술하고 20분간 유침하였으며 치료 중기 이후로는 補心, 安神 등의 목적으로 木補(心膀胱正格)을 이용하였다.

3) 灸治療 : 食欲不振과 腹部冷 解消를 위한 補中의 목적으로 오전, 오후로 中脘에 간접구를 시행하였다.

4) (經絡)香氣療法 : 신경안정과 수면의 질 향상을 위하여 수면 전 lavender oil을 2~3방울 거즈에 떨어뜨린 후 비강 흡입하도록 하였다. 더불어 lavender oil과 Sweet almond, jojoba oil, cypress, juniper, lemon 혼합 oil을 섞은 후 背部에 도포하고 배수혈 중심으로 1일 1회 수면 전 流管法을 시행하였다.

5) 호흡 마음챙김명상 : 입원 3일 째부터 마음챙김명상의 호흡명상에 기초하여 오전 기상 후, 유침 중, 수면 전 등 최소 4회 이상 실시하도록 하였으며 시행 후에는 명상 중의 느낌과 생각, 어려운 점 등에 대하여 이야기하도록 하였다.

6) 양약치료 : 안정적 수면을 위하여 입원 둘째 날부터 5일간 수면제인 Stilnox 12.5mg CR tab 1 tab을 5회 복용하였으며, 항경련 및 항불안제인 Rivotril 0.5mg tab 1/2 tab, 항우울제인 Remeron 15mg tab 1 tab을 입원 8, 9, 11일(복용일 기준)에 걸쳐 3회 복용하였다.

15. 임상경과

1) 입원 1일(초진)

입원 초진 시 매우 지치고 힘든 표정으로 "밑에서 다 얘기했는데 또 얘기해야 하나요?" 등의 이야기를 하는 것조차 귀찮은 듯한 반응을 보였다. 2년 전부터 잠을 잘 못자는 경우가 많았으며 올해 초에는 신경정신과에서 lexapro

를 복용하면서 증상이 일시 호전되었으나 어둔한 느낌이 발생하여 중단하였다. 입원 3주 전부터 열감 및 설사와 함께 온 몸이 옥죄어 오는 느낌, 찬물을 끼얹는 느낌, 한열왕래, 두근거림 등으로 힘들어하는 상태였다. 최근 2주간 1~2시간 잠을 자고 깨면 다시 잘 수 없었으며 식욕부진으로 한 숟가락도 뜨기 힘들다고 하며 기력저하를 호소하고 수액치료를 원하였다.

입원 후 환자 보호자의 동의를 얻어 본원 가정의학과에 협진의뢰하여 혈액검사와 함께 Stilnox를 5일 처방받았으며 수액치료에 대해서는 오히려 식욕을 더 떨어뜨릴 수 있다고 하여 시행하지 않았다.

탕약은 思結不睡, 肝膽火로 판단하여 溫膽歸脾湯을 사용하였으며, 疏肝解鬱의 목적으로 金瀉의 침구치료를 병행하였다. 더불어 酸棗仁湯 엑스제 4g을 자기 전에 투약하였다.

그리고 간이정신진단검사 및 우울 척도인 BDI(Ceck Depression Inventory)와 SDS(Zung's Self Rating Depression Scale)을 검사하였다.

2) 입원 2일

전일 Stilnox를 복용하지 않았으며 숙면을 취하지는 못하였고 4시간 정도 얕게 잘 수 있었으며, 낮잠을 자고 싶어도 잠이 오지 않는다고 하였다. 수면부족으로 인한 피로감으로 옥죄는 듯한, 찬물을 끼얹는 듯한 느낌, 寒熱往來는 여전하다고 하였으며 더불어 가벼운 惡寒과 咽喉痛 등의 감기 증상을 호소하였다. 그러나 입원 후 심리적으로 다소 안정이 된다고 하였다.

평소 한약 복용 시 배가 부글거리거나 소화가 안되는 등의 양상이 있었다고 하며 전일 탕약 복용 후 연변 양상으로 4회 배변하였다. 익일부터 淸肝逍遙散으로 처방을 변경하기로 하였다.

환자와 면담을 통하여 그동안 힘들었던 것에 대하여 충분히 공감함을 보이고 회복될 수 있음을 격려하는 등의 심리적 지지요법을 시행하였다.

입원 초진 시 시행한 SCL-90-R의 결과에 대해 설명하고 동의를 얻어 MMPI-2를 시행하기로 하였다.

3) 입원 3일

전일 Stilnox와 酸棗仁湯을 복용하고 6시간 가량 수면을 취하였다. 전신을 옥죄어 오는 느낌, 찬물을 끼얹은 느낌 등의 입원 초진 시 호소하던 증상은 여전하였다. 증상 소실이 더딘 것에 대해 불안감과 초조함을 드러냄과 함께 여전히 두근거림을 호소하였다. 심리적인 안정을 도모하기 위하여 호흡 마음챙김명상을 지도하고 유침 중, 수면 전 등 시간을 정해두고 4 ~ 5회 시행하도록 하였다.

신체적인 증상을 해소하는데 초점을 맞추어 淸肝逍遙散을 투약하였으며 약 복용 후의 부글거리는 등의 느낌은 없었다.

4) 입원 4 ~ 6일

전일 Stilnox와 엑스제 柴胡加龍骨牡蠣湯을 복용하고 5 ~ 6시간 가량 수면을 취하였다.

초진 시의 증상이 다소 호전되기는 하였으나 빠른 호전을 보이지 않는 것에 대해 불만과 불안감을 호소하였다. 기운이 없고 까라지는 것은 오전에 가장 심하며 한열왕래, 찬물을 끼얹는 듯한 느낌은 저녁, 자기 전에 가장 심하다고 하며, 몸을 옥죄는 듯한 느낌은 입원 시에 비하여 30 ~40% 정도 좋아진 것 같다고 하였다.

양약의 지속적인 복용문제와 입원기간의 지연 가능성에 대하여 불안해하는 모습을 보였으며 남편과의 관계를 어떻게 해야하는가에

대한 걱정도 나타냈다. 여전히 식욕부진을 호소하였고 식사량은 1/3 ~ 1/2공기 정도였다.

환자 스스로 어려운 상황을 잘 이겨내고 있음을 격려해주고 앞으로도 잘 해 나갈 수 있을 것이라고 지지해주었다. 호흡 마음챙김명상은 지속하도록 하였다.

5) 입원 7일

입원 6일째 밤부터는 스스로 Stilnox를 조절하도록 하였다. 전일 엑스제 柴胡加龍骨牡蠣湯을 복용한 후 入眠難으로 Stilnox를 복용하였으며 4.5시간 정도 수면을 취하였다.

옥죄는 느낌 등의 신체이상 감각은 여전히 남아있으나 불편감을 느낄 정도는 아니라며 편안해졌다고 하였으며 한열왕래도 횟수 및 강도가 감소하였다(5회 내외/day). 그러나 불안감과 초조한 마음은 여전하여 이유없이 두근거림은 지속되었다.

환자 스스로 호흡 마음챙김명상을 시행할 때 처음에는 다른 생각이 계속되서 집중이 안되고 별다른 느낌이 없었으나 지금은 시행 후에 다소 편안한 마음을 느낄 수 있다고 하였다.

5) 입원 8일

전일 엑스제 溫膽湯만 복용하고 Rivotril, Remeron은 복용하지 않았으며 오후 11시경 호흡 마음챙김명상을 시행하던 중 入眠하여 2.5시간 정도 수면을 취하다가 깨어난 후 2시간 가량 재입면하지 못하였으나 다시 잠이 들어 4시간 정도 수면을 취하였다.

몸을 옥죄는 느낌, 찬물을 끼얹는 느낌 등의 이상감각과 두근거림은 거의 사라지고 간혹 한번씩 느껴지는 정도였으며 한열왕래도 횟수 및 강도가 감소하였다(3회 내외/day). 배가 부글거리는 양상과 咽喉痛 등의 감기 증상도 해소되었다.

면담 시 먼저 이야기를 꺼내기도 하고 웃는 모습을 보이는 등 심리적으로 안정된 모습을 보였다.

6) 입원 9일 ~ 10일

양약에 대한 거부감을 표현하며 되도록이면 양약을 복용하지 않으려 한다고 하였으며, 入眠難으로 전일 Rivotril, Remeron을 스스로 복용하였다. 초진 시 호소했던 이상감각과 두근거림 등의 증상은 호소하지 않았으며 한열왕래의 증상은 2~3회 정도 발생하였으나 불편감을 느낄 정도는 아니며 저녁이나 자기 전에 나타나지 않는다고 하였다. 식욕도 다소 호전이 되어 식사량도 증가되었다.

또한 병실 내에서만 생활하던 모습에서 병동을 보행하기도 하고 보다 적극적으로 면담을 이끌어가기도 하는 등 변화된 모습을 보였다. 호흡 마음챙김명상도 이전보다는 집중이 더욱 잘 된다고 하였다.

7) 입원 11일 ~ 12일

수면 전에 엑스제 溫膽湯을 복용하고 11째 밤에만 Rivotril, Remeron을 복용하였다. 초진 당시 호소하였던 신체증상은 거의 소실되어 불편감을 느끼지 못할 정도이며 오후 유침 중 호흡 마음챙김명상을 끝내고 발침 후에 편안하게 낮잠을 잤다고 하였다. 지금까지는 피곤하기는 해도 낮잠을 잘 수 없었다고 하며 낮잠 후에 상쾌함도 느끼는 등 많이 좋아진 것 같다고 하였다.

신체증상이 해소되었다고 판단하여 淸肝逍遙散 대신 加減歸脾湯을 투약하였다.

8) 입원 13일 ~ 18일

엑스제 溫膽湯만을 복용하였으며 1시간 정도의 入眠難은 지속되었으나 5 ~ 7시간 정도 숙면을 취할 수 있었다. 환자 스스로도 '제법

잘 잤어요'라고 표현 하고, 낮에도 발침 후 편안하게 30분 ~ 1시간 정도 낮잠을 자는 등 만족감을 표시하였다.

초진 시 호소하였던 증상들은 거의 소실되었으며 편하게 잠을 잘 수 있게 되었다는 것에 대하여 만족감을 표시하였고 남편과의 관계에서도 부부상담을 하는 등 적극적으로 문제해결을 위해 노력하겠다고 하였다. 면담 시에도 잘 웃고 먼저 궁금한 것에 대하여 물어보는 등 적극적인 모습을 보여주었다. 호흡 마음챙김명상 또한 지속적으로 시행하도록 하였다.

퇴원 전에 우울경향의 정도와 경과를 확인하기 위하여 BDI, SDS 등의 심리검사를 재실시 하였다.

Table 2. Sleep Diary

	취침시간	기상시간	입면 시까지 시간	각성 횟수	숙면시간	양약복용여부
입원 2일	11:30 PM	4AM	1.5시간	5회	3시간	X
3일	11PM	5AM	2시간	없음	6시간	Stilnox
4일	1AM	6:30 AM	3시간	없음	5.5시간	Stilnox
5일	1:30 AM	5:30 AM	3시간	없음	4시간	Stilnox
6일	2AM	5;30 AM	3시간	없음	3.5시간	Stilnox
7일	2AM	6:30 AM	3시간	없음	4.5시간	Stilnox
8일	11PM	5AM	30분	1회	5시간	Rivotril, Remeron
11일	2:30 AM	6:30 AM	1.5시간	2회	3시간	Rivotril, Remeron
12일	1AM	6:30 AM	1시간	1회	5시간	X
13일	1AM	8AM	1시간	2~3회	5.5시간	X
14일	2AM	6:30 AM	30분	1회	4.5시간	X
15일	1:30 AM	7AM	2시간	1회	5.5시간	X
16일	1AM	7AM	1시간	1회	5.5시간	X
17일	1AM	7:30 AM	1시간	없음	6.5시간	X

Ⅲ. 考　察

睡眠은 인간생활에서 많은 부분을 차지하고 있고 심신의 근본적인 생명유지와 신체의 생리적 기능유지의 중요한 역할을 하고 있다. 다양한 원인으로 나타나는 睡眠障碍는 精神病이나 神經症 뿐만 아니라 뇌의 기질적 질환이나 다른 다양한 신체적 질병의 경우에도 그들 질병의 증상 중 하나로 중요시되고 있다[3]. 睡眠障碍 중의 하나인 不眠症은 수면의 시작이나 유지가 어려워 충분한수면을 취하지 못하거나 충분한 양의 수면을 취한 후에도 원기 회복이 안되는 상태이며, 대개는 피로감 증가, 무력감, 주의 집중력 감소 등을 동반한다. 이 질환은 표면적으로는 심각한 문제가 아닐 수 있으나 삶의 질을 심각하게 낮추고 치명적인 건강 문제나 사고발생의 위험을 높여 환자 개인은 물론 사회경제적으로 중대한 영향을 미칠 수 있어서 신중한 진단과 원인에 대한 적절한 치료를 제공해 주어야 하는 건강문제이다[2]. 통상적으로 미국의 경우 일반인구 집단의 35%가 불면증을 경험하고 이 중 10 ~ 15%는 상당히 심

각한 불면증상을 경험한다. 우리나라의 경우에도 신경정신과 외래를 찾아오는 환자의 약 70% 정도가 불면증을 호소하고 있다[20].

일반적으로 불면증이 반복되면 불면에 대한 공포가 커지고 잠을 못 잔 뒤의 결과에 대한 걱정에 사로잡힐 수 있다. 이는 악순환을 만들어내고 이런 악순환은 그 사라의 문제를 영속시키는 경향이 있다. 불면증이 환자가 호소하는 주된 불편이거나 불면증이 만성적이고 정도가 심해서 환자가 이를 주된 장애로 받아들일 때는 불안, 우울, 강박증 등의 다른 정신과 증상이 있더라도 불면증의 진단을 내릴 수 있다[21].

현재 DSM-Ⅳ[22]에서는 원발성 睡眠障碍, 사건수면, 정신장애와 관련된 睡眠障碍, 신체질환 및 약물중독 등과 연관된 睡眠障碍 등으로 분류하며, ICD-10[23]에서는 기질성 수면장애와 이상수면과 사건수면을 포함하는 비기질성 수면장애로 구분하고 있다[4].

韓醫學에서는 不寐, 不睡, 失眠, 不得臥, 不得眠, 臥不安, 不得安寢 등으로 표현되고 있으며 [5] <內經>[6,24]에서 "目不冥", "不得臥" "不能眠", "臥不安", "寤" 등의 용어로 기록하고 있으며 <難經>[25]에서는 "不寐", <外臺秘要>[26]에서는 "不眠", <聖濟總錄>[27]에서는 "少寐"라고 하였다.

不眠의 원인으로는 <靈樞 大惑論>[6] 에서 "病而不得臥者 …… 故目不瞑矣"라 하여 衛氣不得入於陰으로 보았고, <素問 逆調論>[24]에서는 "陽明者 胃脉也. …… 胃不和則臥不安"이라 하여 胃不和를 병기로 보았다.

일반적으로 不眠의 병리는 思結不睡, 營血不足, 陰虛內熱, 心膽虛怯, 痰涎鬱結, 胃不和 등으로 원인을 분류하여[7] 補益心脾, 補血安神, 滋陰淸火, 養心溫膽, 祛痰淸神, 消滯和中하는 치법을 쓰고 주로 歸脾湯, 補血安神湯, 天王補心丹, 加味溫膽湯, 加味逍遙散, 祛痰淸神湯, 香砂養胃湯, 分心氣飮 등의 처방이 그동안 不眠의 상용처방으로 많이 활용되어 왔다[3].

화병은 일반인들에게도 일상적으로 사용되는 용어이나 의학적으로는 개념정리가 완전하지 않은 상태이다[28]. 화병을 개념화하는데 있어서 화병진단준거[29]에는 핵심신체증상, 핵심심리증상, 관련 신체증상과 관련 심리증상에 대한 내용이 포함되어 있다. 화병의 발생은 뚜렷한 스트레스 사건과 관련된다고 하였는데[29] 분노, 불안, 우울이 가장 중요한 요소이며, 이 중 분노의 억제가 가장 중요한 화병의 원인으로 나타나고 있으며, 화병과 수반되어 나타나는 정서는 초기에는 분노와 불안이 주가 되며 후기에는 우울이 주로 나타난다고 하였는데 이는 화병이 지속됨에 따라 우울이 심화될 수 있음을 보여준다고 할 수 있다[30]. 정서적 스트레스를 한의학에서의 칠정의 관점에서 보면 怒, 憂, 思와 연관시켜 볼 수 있는데 <素問 擧痛論>[24]에서 '怒則氣上', '思則氣結', '憂則氣沈'이라고 하였으며 이는 화병의 주요 발병 부위가 신체 상부라는 점과 화병의 주요 증상에 '가슴이 답답하다', '마음의 응어리나 한', '목이나 명치에 뭉쳐진 덩어리가 느껴짐'과 같은 울체의 증상이 다수 포함되어 있다[29].

본 증례의 환자는 결혼 후 남편과 미국 유학 생활을 하였으며 유학 생활 중 임신과 출산 과정에서 남편의 무관심과 외도로 심한 분노, 우울감 및 불면을 경험하고 귀국 후에도 남편과의 관계가 원만하지 못하였고 의욕없는 생활이 계속되었다고 한다. 게다가 입원 3주 전 다시 남편의 외도 정황을 알게 되면서부터 분노, 실망감과 함께 다시 불면과 우울감이 심화되었으며 온 몸을 옥죄는 느낌, 찬물을 끼얹는 듯한 느낌, 한열왕래 등의 신체적 증상도 발생했다고 한다. 입원 6개월 전에도 불면이 심해져서 양방 신경정신과에서 양약 치료를 받았으나 어둔감 등의 부작용으로 양약 복용

을 중단하였다. 최근에 불면이 심해지는 경우에는 공황장애로 양약 치료를 받고 있는 남편의 수면제를 간혹 복용했지만 2~3시간 자고나면 다시 깨는 등 수면의 질이 좋지 않았다고 한다. 신체증상과 불면이 지속적으로 나타나고 불안, 초조함이 심해지면서 시어머니의 권유로 내원하였다가 입원치료를 받게 되었다.

이 환자의 경우, 화병면담도구는 사용하지 못하였으나 몇 가지 측면에서 화병진단준거에 어긋나는 점이 있다[29]. 그러나 환자의 호소 증상 중 '답답함', '몸의 열기' 등의 화의 양상을 보이고 이는 화병 진단에 있어서 핵심 신체증상에 속한다는 점과 불면, 이상감각 등의 신체증상을 동반하고 있다는 점[28,31], 평소 소극적이고 표현을 제대로 하지 않으며 수년간 누적되어온 스트레스로 불안, 분노, 우울감이 나타난다는 점[32]과 발병 전 일정 기간동안 평소의 스트레스를 더욱 악화시킨 확실한 스트레스 요인이 존재하고 환자 본인이 확실히 인식하고 있다는 점[30,33]에서 화병의 범주에 속한다고 판단하였다. 그리고 입원 당시 환자의 심리상태를 파악하여 치료에 참고하고자 간이정신진단검사(SCL-90-R)와 2가지 우울척도(BDI, SDS)를 이용하였으며 SCL-90-R의 검사 후 MMPI-2를 실시하였다.

SCL-90-R은 자기보고식다차원증상목록 검사로서 현재 정신과적 질환에 있어 증상이나 행동평가 척도의 방법으로 널리 쓰이고 있으며 환자 자신이 관찰자가 공유할 수 없는 주관적 경험을 제공해 주며 전문적인 도움을 필요로 하는 사람을 가려주는 일차원적인 도구이다[21,34]. 입원당시 심리검사 상 우울, 불안, 편집증, 정신증의 T-score가 76, 81, 76, 78로 높게 확인되었다. 그리고 BDI는 심각한 우울에 해당하는 29점, SDS는 중증 우울정도에 해당하는 62점이었다.

MMPI-2는 원판 MMPI의 개정판으로 표준척도의 변화는 최소한으로 하면서 추가적인 타당도 척도, 내용 척도의 확장, 재구성 임상척도 도입, 새로운 보충 척도의 추가를 통하여 보다 유용하고 효과적인 검사로 발전된 것으로[35] 검사결과 우울증 척도, 반사회성 척도, 내향성 척도의 T-score가 79, 75, 69로 측정되었으며 특히 우울증 척도의 점수는 임상적으로 우울증을 진단할 수 있을 정도로 높게 측정되었다. 그리고 그 외 재구성 임상척도, 임상소척도 등의 다른 지표들을 종합한 결과 주관적 우울감, 신체적 기능장애, 낮은 긍정정서, 자신감 결여 등의 우울감과 긴장, 불안, 두려움 등의 심한 심리적 혼란감 등으로 해석할 수 있었다. 이 밖에도 건강염려증 척도, 편집증 척도에서도 T-score가 64점으로 높게 측정되었다.

본 증례의 경우 일단 신체적인 증상의 해소가 우선이라고 생각하였으며 寒熱往來, 全身異常感覺, 精神抑鬱, 心悸, 怔忡, 등의 증상을 肝膽鬱火, 少陽症으로 변증하여 淸肝逍遙散을 투약하기로 하였다. 우울감, 불안, 초조 등의 신경정신증상을 초점으로 金瀉(肝大腸勝格)을 1회 자침하고 그 밖에 鎭靜, 行氣, 安眠 효과가 있는 中脘, 四關, 申脈, 照海 등을 배혈하였으며 보중의 목적으로 土補(脾膽正格)와 함께 하루 2차례씩 針灸治療를 시행하였다. 金瀉, 土補는 化氣五行과 三五分紀에 근거하여 十干에 장부를 각각 배속하고 환자의 증상과 병리에 따라 적용하는 것으로 환자가 배우자에 대한 실망과 반복적인 스트레스로 金의 堅成 작용이 주가 된다고 판단하여 金瀉를 시행하고 반복적인 소화불량과 식욕부진 등을 다스리기 위하여 土補를 시행하였다. 또한 특별한 상담치료 보다는 자주 환자의 증상 변화에 대해 관심을 가지고 경과를 잘 파악하고 있으며 앞으로 어떤 방향으로 치료해 나갈 것인가에 대해 상세하게 설명함으로써 의료진에 대한 신뢰감을 유도하였다. 또한 수면의 질에 대한 설

명과 함께 수면제의 초기 사용에 대해서도 충분한 설명을 통하여 동의를 얻고 점차 줄여나가기로 하였다.

입원 후 4일 정도는 이상감 등의 신체 증상, 심리적인 측면에서 큰 호전이 보이지 않았을 뿐만 아니라 수면제를 계속 복용하고 수면을 취한 다는 사실에 대하여 환자나 보호자 모두 불안해하였으나 입원 9일 째부터는 수면제를 복용하지 않고도 수면을 취할 수 있었으며 신체증상도 거의 사라지게 되었다. 이에 따라 신체증상에 초점을 뒀던 淸肝逍遙散에서 思慮過度, 食慾不振, 氣困 등을 완화시키기 위하여 補心脾, 養血, 鎭靜의 목표로 입원 11일 부터는 加減歸脾湯으로 변경하였다.

歸脾湯은 宋代 嚴의 濟生方[36]에 최초로 수록된 처방으로 체질적으로 평소 허약하고 안색이 창백하며 食慾不振 등의 증상이 있는 사람이 정신적 과로가 더하여 심신에 극도의 피로가 오고 몸의 倦怠, 盜汗, 不眠 등을 치유함을 목표로 한다고 하였으며[37] 勞心思慮나 神氣不足으로 일어나는 諸症을 치료하는 것으로 일체 傷心脾한 病에 널리 활용되고 있다[11].

본 증례의 환자처럼 이상감각 등의 신체증상의 완화 이후에도 食慾不振, 心悸, 氣困 등의 心脾兩虛의 주증을 가지고 있으며 더불어 肝鬱氣滯의 소견도 가지고 있었으므로 歸脾湯에 酸棗仁, 龍眼肉, 白茯神 白朮의 양을 증량하고 白芍藥, 橘皮, 砂仁 등을 加하여 처방을 구성하였다.

약물치료와 병행하여 호흡 마음챙김명상을 병행하였다. 마음챙김이란 고대 인도의 Pali語 'sati'의 번역어로서 sati에는 주의, 기억하기, 알아차림 등의 의미를 담고 있으며 우리말 번역어로는 마음챙김, 깨어있음, 알아차림, 주의깊음, 마음지킴 등의 다양하지만 최근에 마음챙김으로 정착되어 가고 있다[38]. 마음챙김을 통하여 현재의 순간에 주의를 집중하는 능력이 증진되고 의도적으로 몸과 마음을 관찰함으로써 순간순간 체험하는 것을 느끼며 또한 체험한 것을 있는 그대로 받아들이게 된다[14]. 즉 마음챙김명상은 개념(정신적 표상)을 대상으로 하여 그 대상 하나에 집중을 이어나가는 집중명상의 방법이다. 마음챙김명상의 가장 기본적인 단계인 호흡 마음챙김명상은 호흡의 개념표상을 만들어 그것 하나에만 주의집중을 이어나가는 집중명상으로 호흡표상 하나에 마음챙김하는 것이다[39].

호흡 마음챙김명상의 수련방법으로 일단 호흡을 잘 관찰할 수 있는 신체 여러 부위 중 콧구멍에 주의집중을 함으로써 콧구멍을 통해 드나드는 공기를 느끼고, 호흡에 관여하는 근육들의 움직임을 느끼며, 복부가 앞뒤로 움직이는 것을 느끼도록 한다. 문자 그대로 호흡에 마음을 챙길 뿐이며 억지로 호흡을 하려고 하거나 깊게 하려고 하지도 않는다. 단지 매번 숨을 들이쉬거나 내쉴 때의 느낌에 주의를 집중하도록 하는 것이다[14].

이러한 명상방법을 환자에게 설명하고 몇 차례 5분 정도 같이 명상을 수행하였으며 하루에 4 ~ 5정도 지속적으로 수행하도록 하였다. 수행 후에는 명상 당시에 느꼈던 점이나 어려웠던 점 등에 대해서 이야기를 나누었다. 초기에는 이런 명상이 어떤 도움이 될까하고 부정적인 생각이 드는 등 다른 생각이 계속 머리 속에 떠오르고 제대로 집중할 수 없었으나 시간이 경과하면서 호흡에 집중하는 시간이 길어졌으며 다소 멍해지는 듯한 느낌도 있었으나 몸과 마음이 고요해지고 이완되면서 편안해지는 느낌, 두근거림의 완화 등을 이야기하였다. 입원 시 막연한 불안감, 우울감 등도 완화되어 심리적으로 안정감을 느낄 수 있다고 하였으며 특히 취침 전 수행은 입면에 도움이 되는 것 같다고 하였다. 또한 오후 유침 중에 수행한 명상 이후에는 30분 ~ 1시간

정도 편안하게 낮잠을 잘 수 있었다. 이처럼 입원 후 3일 째부터 호흡 마음챙김명상을 실시하였고 시간이 경과하면서 조금씩 심리적인 안정감을 느낄 수 있었다. 그리고 입원 전후로 복용했던 수면제를 복용하지 않았음에도 숙면을 취하는 시간과 입면에 걸리는 시간에서 수면제를 복용하였을 때와 비교하여 유지 혹은 개선되었으며, 수면 후 상쾌함, 숙면을 취했다는 느낌 등의 수면의 질적인 측면에서도 양호한 효과를 나타냈다. 또한 면담 시의 태도에서도 먼저 이야기를 꺼내는 등 면담을 이끌어나가는 면을 보였으며 웃음도 많아지고 병실내에서만 생활하다가 외출도 하고 병동 보행도 하는 등 많은 변화를 보였다. 그리고 호흡 마음챙김명상과 함께 면담 시 至言高論療法 등을 활용하여 환자로 하여금 감정의 정화를 유도하고자 하였으며 궁극적으로 남편과의 갈등을 해소하여 不眠의 원인을 제거하고자 하였다.

본 증례의 환자는 입원 후 4일은 이상감 등의 신체 증상, 우울감 등의 심리적인 측면에서 큰 호전이 보이지 않았을 뿐만 아니라 수면제를 계속 복용한다는 사실에 대하여 환자나 보호자 모두 불안해하였으나 입원 9일 째부터는 수면제를 복용하지 않고도 숙면을 취하는 시간과 입면에 걸리는 시간에서 수면제를 복용하였을 때와 비교하여 유지 혹은 개선되었으며, 수면 후 상쾌함, 숙면을 취했다는 느낌 등의 수면의 질적인 측면에서도 양호한 효과를 나타냈으며 신체증상도 소실되어 지속적인 외래방문, 부부상담 등 문제해결을 위한 노력을 계속하도록 지도하고 입원 18일 째 퇴원하였다. 퇴원 후 1회 외래방문이 있었으며 퇴원 당시와 비슷하게 유지되는 상태라고 하였다. 환자의 치료 경과를 확인하기 위해 퇴원하기 전 심리검사를 다시 실시한 결과 BDI 점수와 SDS 점수는 각각 중등도 우울에 해당하는 19점, 52으로 감소하여 전체적인 심한 우울성향이 다소 호전되었음을 알 수 있었다.

호흡 마음챙김명상의 수행과정 중에서 마음챙김 주의 알아차림 척도나 스트레스감소 프로그램을 능숙하게 적용하지 못하였으며 환자가 이야기하는 느낌에 대하여 보다 많은 이야기를 나누지 못한 점, 명상 시의 개선점에 대해서 명확하게 지도하지 못했던 점 등의 노련하게 환자를 이끌지 못했다는 것과 거리상으로 환자의 집에서 병원을 지속적으로 방문하기 어려워 지속적인 경과관찰이 제대로 되지 못한 것 등은 아쉬움으로 남는다. 또한 진단에 객관적 정보를 제공할 수 있는 설문면담을 초진당시 실시하지 못했던 것과 퇴원 시 BDI를 제외한 SCL-90-R과 MMPI-2를 재실시하지 못한 것은 개선되어야 할 것으로 사료된다.

Ⅳ. 結　論

본 증례는 상기 내용과 같이 남편과의 불화 등으로 不眠과 身體症狀을 호소하는 화병 환자에게 韓醫學的 치료와 마음챙김명상을 병행한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 한의학적 치료와 마음챙김명상을 병행하여 수면제의 복용을 점차 줄였음에도 수면의 질 개선 등의 주관적 수면 만족도에 있어서 양호한 치료효과를 거두었다.

2. 기존의 실험 및 임상보고에 의해 밝혀진 한약, 침구치료 등의 不眠에 대한 효과를 다시 한번 확인할 수 있었다.

3. 마음챙김명상은 침구, 부항, 한약 등의 전

통적인 치료법의 효과를 더해줄 것으로 생각되며 기공의 범주에 속하는 한방정신요법의 한 유형으로서 체계적인 연구가 필요하다고 사료된다.

4. 향후 마음챙김명상을 적용함에 있어서 최근 연구되고 있는 마음챙김 주의 알아차림 척도나 스트레스감소 프로그램 등을 제대로 활용하여 보다 나은 치료효과를 도모해야 할 것으로 사료된다.

참 고 문 헌

1. 이문호 외. 내과학. 서울 : 학림사. 1986 : 211-219.
2. 송윤미. 불면증의 치료. 가정의학회지. 2001: 22(8): 1163-1172.
3. 黃義完, 金知赫. 東醫精神醫學. 서울 : 현대의학서적사. 1987 : 671-679, 683-686.
4. 민성길. 최신정신의학. 서울 : 일조각. 2004 : 505-520.
5. 編輯委員會. 東醫治療經驗集成. 卷11. 서울 : 해동출판사 : 53.
6. 楊維傑. 黃帝內經靈樞釋解. 서울 : 일중사. 1991: 290, 488-489.
7. 안병철, 이윤호, 김이화, 이재동, 최도영, 박동석, 최용태, 남상수. 치매치료의 최근 연구동향에 대한 고찰. 대한침구학회지. 1997; 14(2):115-126.
8. 박세진, 이정아, 이상무, 안호진, 박상동. 불면을 호소하는 중풍환자에 대한 체침과 이침 자침시 효과의 임상적 고찰. 동의신경정신과학회지. 2001; 12: 135-145.
9. 조명수. 두피침의 효과가 불면증에 미치는 영향. 원광대학교 한의학과 석사학위논문. 1991.
10. 장현호, 두인선, 이대용, 이승훈, 민상준, 김태헌, 유영수, 강형원. 불면증에 자하거 약침을 응용한 1례. 동의신경정신과학회지. 2003; 14: 155-160.
11. 이동진, 김상효. 귀비탕전탕액이 수면시간 및 진통작용에 미치는 영향에 관한 실험적 연구. 동서의학. 1979; 4(2): 135-153.
12. 엄수훈. 가미온담탕 투여가 수면시간에 미치는 영향에 관한 실험적 연구. 경희대학교 대학원. 1983.
13. 허용석, 김종우, 황의완, 김현택, 박순권, 김현주. 분심기음가미방이 수면장애와 정서성에 미치는 영향. 동의신경정신과 학회지. 2000; 11(2): 43-51.
14. 장현갑, 김교헌, 장주영 공역. 마음챙김명상과 자기치유. 서울 : 학지사. 2007: 28, 44-45
15. 김교헌. 마음챙김과 자기조절 그리고 지혜. 한국심리학회지. 2008; 13(2): 285-306.
16. 임성견. 마음챙김명상이 월경전 증후군에 미치는 효과. 덕성여자대학교 대학원. 2006; 8: 1-12.
17. 이지선, 김정호, 김미리혜. 마음챙김명상이 과민성대장증후군에 미치는 효과 - 여자중학생을 대상으로. 한국심리학회지. 2004; 9(4): 1027-1040.
18. 조현진, 김정호, 김미리혜. 마음챙김명상이 흡연중학생의 금연과 심리적 특성에 미치는 효과. 덕성여자대학교 학생생활연구소. 2004; 8:65-80.
19. 金永勳. 晴崗醫鑑. 서울 : 성보사. 2001: 242, 245.
20. 이미정. 불면을 호소하는 정신과 입원 환자에게 제공한 이완요법의 수면에 대한 효과. 서울대학교 석사학위논문. 2006.

21. 김광일, 김재환. 간이정신진단검사 실시요강. 서울 : 중앙적성연구소 : 7-11.
22. 미국정신의학회. 정신장애의 진단 및 통계 편람 제4판. 서울 : 하나의학사. 1995: 713-784.
23. 세계보건기구. 국제질병분류 제10판, 정신 및 행태장애 분류, 임상기술과 진단지침. 서울 : 일조각. 1992: 224-235.
24. 楊維傑. 黃帝內經素問釋解. 서울 : 일중사. 1991: 127, 252, 266, 271.
25. 滑壽. 難經本義. 台北 : 集文書局 : 117
26. 王燾. 外臺秘要. 서울 : 대성문화사. 1982: 736-790.
27. 趙佶. 聖濟總錄. 북경 : 인민위생출판사. 1992: 804, 1578.
28. 나영철, 김성훈. 화병환자에 발생하는 병증에 관한 임상적 고찰. 대전대학교 한의학연구소 논문집. 1998;7(1):477-485.
29. 김종우, 권정혜, 이민수, 박동건. 화병면담검사의 신뢰도와 타당도. 한국심리학회지. 2004;9(2)::321-331.
30. 전겸구, 황의완, 김종우, 박훈기. 화병과 정서적 스트레스간의 관계 연구. 한국심리학회지. 1997;2(1):168-185.
31. 김명진, 이상룡. 홧병으로 입원한 환자 29례에 대한 임상적 고찰. 대전대학교 한의학연구소 논문집. 1998;8(1):783-792.
32. 신혜숙, 신동수. 화병여성의 원인지각에 대한 주관성 연구. 여성건강간호학회지. 2004;10(4):283-290.
33. 임재환, 김종우, 황의완. 한의학적 홧병치료에 따라 나타나는 홧병환자의 스트레스 지각정도와 임상양상의 변화에 대한 비교 연구. 동의신경정신과학회지. 2000;11(1):47-57.
34. 김재환, 김광일, 원호택. 정신과외래환자의 간이정신진단검사(SCL-90-R)의 진단별 특성. 정신건강연구1. 1983: 150-168.
35. 김중술, 한경희, 임지영, 이정흠, 민병배, 문경주. 다면적 인성검사 Ⅱ의 매뉴얼. 서울 : (주)마음사랑. 2005: 7-10.
36. 嚴用和. 嚴氏濟生方. 北京 : 人民衛生出版社. 1980: 177.
37. 육창수. 현대방약합편. 서울 : 계축문화사. 1976: 24.
38. 김정호. 마음챙김이란 무엇인가 : 마음챙김의 임상적 및 일상적 적용을 위한 제언. 한국심리학회지. 2004; 9(2): 511-538.
39. 주기원. 마음챙김 집단프로그램 개발 - 부적응 군 사병을 대상으로. 서울대학교 심리학석사학위논문. 2008.