동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 20. No. 2, 2009

韓方治療와 精神療法으로 호전된 갱년기 장애를 동반한 우울증 환자 치험 2례

강현선, 이진환, 김진이, 성우용
국립의료원 한방신경정신과

A Clinical Report of Two Patients with Depression and Menopausal Symptoms Improved by Korean Traditional Treatment and Psychotherapy

Hyun-Sun Kang, Jin-Hwan Lee, Jin-Yi Kim, Woo-Yong Sung
Dept. of Oriental Neuropsychiatry, National Medical Center, Seoul, Korea

Abstract

Objectives :
We investigated if korean traditional treatment and psychotherapy is effective in patients with depression and menopausal symptoms.

Methods :
We treated two patients with typical korean traditional medical treatment(Acupuncture, Giungoroen therapy(至言高論療法), Moxibustion) and progressive muscle relaxation.

Results :
After treatment, the chief complaint and accompanying symptoms were subsided and improved. BDI score and Kupperman's index were decreased.

Conclusions :
We may conclude that korean traditional treatment and psychotherapy is effective in patients with depression and menopausal symptoms.

Key Words :
Menopausal symptoms, Depression, Korean traditional treatment.

투고일 : 4/25 수정일 : 6/1 채택일 : 6/10
교신저자 : 강현선, 서울시 중구 을지로 6가 국립의료원 한방진료부 한방신경정신과
Tel : 02-2260-7454, Fax : 02-2260-7464, E-mail : hs0414@freechal.com

Ⅰ. 서 론

갱년기는 중년기 여성들의 생활주기에서 일반적으로 경험하는 자연적인 현상인 폐경을 전·후한 대개 4-5년 사이의 기간으로, 이 시기는 중년으로부터 노년으로 가는 노화의 전환적 과정으로서, 신체, 심리, 사회적으로 다양한 변화를 경험하게 된다. 이 시기에 나타나는 갱년기 증상은 호르몬의 불균형으로 인한 생리적인 현상이지만 개인 또는 문화에 따라 각기 다르게 나타난다. 뿐만 아니라 이 시기에는 자녀들의 학업, 직장, 결혼문제로 인한 갈등과 새로운 가족구성원과의 관계, 남편의 정년퇴직 등으로 인한 변화에 적응해야 하므로 이로 인해 의욕감퇴, 기분변화, 정서적 불안정, 기억력 상실, 자존감 상실, 성욕감퇴, 불안 및 우울 등의 정서적 증상들이 나타난다[1].

이 중에서도 우울은 갱년기 여성에게 가장 흔히 나타나는 부정적인 정서로 중년 여성의 신체적, 심리적, 사회적 변화로 인한 부정적인 사고의 과정으로 초래된다.

갱년기 여성의 우울에 중요한 영향을 미치는 요인은 일차적으로 생리적인 관점에서 폐경으로 인한 호르몬 불균형으로 혈관운동 증상이 나타나는 것으로 보며, 그 외에 스트레스가 많은 생활환경과 건강상태의 변화 등이 중요한 요인으로 제시되고 있다[2].

일반적으로 여성은 남성에 비하여 심리적으로 민감하고 감성이 풍부하므로, 긴장, 불안, 성적갈등, 지나친 억압 등이 있으면 그 여성의 情動은 시상하부-뇌하수체-난소 축의 내분비 계통에 영향을 미쳐 여성의 생리과정을 조절함과 동시에, 심신질병을 유발할 수 있다[3]. 그러므로 인생의 전환기 이며, 생리과정의 변화기인 갱년기에 나타나는 우울증의 치료에서는 정서 조절이 특히 중요하다.

그러나 현행의 일반적인 치료방식은 갱년기 우울증을 단지 갱년기 장애의 일부로 간주하고 호르몬 조절 등의 신체적인 조절에 중점을 두고 있다. 한의학적 연구 역시 신체적 증상에 관한 원인 및 치료 연구가 대부분이었다. 본 연구에서는 갱년기 여성의 정신 증상에 원인과 치료의 중심을 두어 韓方精神療法과 점진적 근육이완법을 이용하여 갱년기 우울증과 더불어 신체증상이 호전된 경과를 아래와 같이 보고하는 바이다.

Ⅱ. 연구대상 및 방법

1. 연구대상

2008년에 2개월 동안 본원 신경정신과에 내원 환자 중 갱년기 장애를 동반하며 Beck's Depression Inventory 검사 상 24점 이상의 심한 우울상태를 나타낸 환자 2명을 대상으로 하였다.

2. 진단 및 치료효과 판정

1) BDI(Beck's Depression Inventory)

21개 문항, 0-3점 척도로 구성되고, 가능한 총점 범위는 0-63점으로 0-9점은 우울하지 않은 상태, 10-15점은 가벼운 우울상태, 16-23점은 중한 우울상태, 24-63점은 심한 우울상태를 의미한다[4]. 본 연구에서는 Beck등이 개발한 자기 보고형 질문지를 이영호와 송종용(1991)이 번안한 한국판 척도를 사용하였다.

2) SDS(Self Rating Depression Scale)

우울증의 정서, 생리적 증상, 심리적 증상을

기술한 20문항으로 되어 있으며, 점수 범위는 20-80점. 50점 이상은 경도의 우울상태, 60점 이상은 중증 이상의 우울상태, 80점 이상은 즉각적 치료를 요하는 심한 우울상태를 의미 한다[4]. 본 연구에서는 Zung이 개발한 자기보고식 척도를 이영호와 송종용(1991)이 번안한 내용을 사용하였다.

3) KI(Kupperman's index)

Kupperman의 갱년기 장애 치료 경험을 바탕으로 11개의 대표적인 갱년기 증상을 설정하여, 그 index의 합계로 갱년기 장애의 정도 및 특징을 파악. 각각의 점수별로 배점을 곱한 것을 합산한 결과에 따라 20점 이하는 경증, 20-40점은 중등도, 40-60점은 중증, 60점 이상은 위급증으로 판정 한다[5]. 본 연구에서는 최 등[5]의 연구에서 사용된 번역판을 인용하였다.

4) MRS(Menopause Rating Scale)

11개 문항으로 Kupperman's index를 보완할 수 있는 평가도구로 사용됨. 0-4점 척도로 되어 있으며 점수 범위는 0-44점. 5-8점은 경증, 9-16점은 중등도, 17점 이상은 중증으로 판정 한다[6]. 본 연구에서는 김 등[6]의 연구에서 사용된 번역판을 인용하였다.

5) STAI(State-Trait Anxiety Inventory)

상태불안문항 20개, 특성불안문항 20개로 구성되어 있으며 각 문항마다 4점 척도에 따라 점수 매김. 각각의 불안 척도의 채점결과는 20-80점까지 얻을 수 있으며 점수가 높을수록 불안수준이 높은 것을 의미 한다[7]. 본 연구에서는 Speilberger의 상태-특성 불안적도를 김정택(1978)이 번안한 것을 사용하였다.

Ⅲ. 증 례

증례1.

1. 성별 / 나이

여자 / 51

2. 주소증

1) 憂鬱感 : 의욕상실, 감정조절 저하, 易怒
2) 不眠 : 2-3시간 수면, 5회 이상 깸
3) 上熱感, 消化不良(胸腹脹痛)

3. 발병일

2년 전부터 간헐적으로 발생. 1개월 전부터 증상 심화

4. 과거력

別無

5. 현병력

상기 환자 비만한 체격의 51세 여성으로 2년 전 폐경이후 간헐적으로 우울 및 불면 증상 나타났었음. 한 달 전부터 별다른 이유 없이 쉽게 감정이 변화하고 조절이 잘 안되며 가족들 및 지인들에게 쉽게 화를 내고 자제력을 잃는 일이 생김, 기분이 저하되었고 불면, 상열감, 소화불량 등의 제반증상이 심화되어 본원 한방신경정신과 외래방문.

6. 개인력

1남1녀 중 장녀로 태어나 비교적 유복한 환경에서 자라났으며, 20대 중반에 현재의 남편과 결혼, 남편은 공장을 운영하고 있으며 본인도 오전에 공장에서 일을 도와주고 있음. 평상시에

는 낙천적이고 활발한 성격으로 1명의 아들을 자녀로 두고 있음. 현재 대학생으로 진로에 대한 의견차이로 종종 부딪힘. 아들이 자신을 무시하고 소외시킨다고 느낌. 남편은 말수가 없는 편이라 평상시 남편과의 대화는 부족한 편이며, 폐경이후 질위축 등으로 성관계가 불편해 지면서 여자로서 아내로서 존재감이 저하되었다고 생각함.

7. 한의학적 診斷

望 : 158 cm, 72 kg의 비만한 체격, 面浮白, 舌淡紅, 苔白

問 : 食慾亢進, 胸腹脹痛, 大便秘結, 口乾

切 : 脈沈弦, 腹部肥厚, 中脘部 壓痛

8. 진단

肝氣鬱結

9. 치료내용

1) 침치료

0.30×30 mm인 1회용 호침(동방침구사, 서울) 사용하여 太衝, 合谷, 三陰交, 風池, 百會를 선택하여 1일 1회 자침, 留鍼은 25분 내외로 하였음.

2) 구치료

神氣灸를 關元, 氣海에 각 2장씩 1일 1회 시술하였음

3) 한방정신요법

至言高論療法

4) 점진적 근육이완법

내원 3일후부터 시행. 매일 1회 침 치료 후 의사와 함께 영상으로 된 비디오를 보며 시행하였으며, 감정 조절이 안될 시, 상열감이 나타날 시, 불면 시 스스로 할 수 있도록 지도함.

10. 치료경과

1) 우울

Table Ⅰ. BDI and SDS Score of before and after the Treatment

	12.4 (First visit)	After 8 days	After 29 days
BDI	24	16	12
SDS	62	54	48

2) 갱년기 장애

Table Ⅱ. Kupperman's index and Menopause Rating Scale Score of before and after the Treatment

	First visit	After 8 days	After 29 days
KI	32	24	19
MRS	21	15	10

3) 불면

Table Ⅲ. Change of Insomnia

	First visit	After 5 days	After 8 days
Total Sleeping Time(hour)	2-3	5-6	7
Quality	Bad	Fair	Good

4) 기타증상

Table Ⅳ. Change of Other Symptoms (Visual Analogue Scale)

	First visit	After 8 days	After 29 days
Dyspepsia	VAS 10	VAS 5	VAS 2

증례2

1. 성별 / 나이

여자 / 50

2. 주소증

1) 憂鬱 및 不安感 : 자주 눈물이 남, 기억력 및 집중력 저하

2) 上熱感, 顔面紅潮, 心悸怔忡 : 30분 혹은 그 이하 단위로 나타남. 대인공포증 생김

3) 不眠 : 열감으로 약 30분 단위로 깸. 숙면 불가능

3. 발병일

3-4년 전 차병원에서 갱년기장애 진단. 호르몬제 등 처방 받아 현재까지 증량하여 투여 받고 있으나 호전이 없었으며, 시간이 지나면서 우울함이 심해져 자주 울고 일주일 전에는 이유없는 불안감과 심계증상 심하여 응급실 방문하였으나 별무 이상 진단 받았음.

4. 과거력

別無

5. 현병력

상기 환자 보통체격의 50세 여성으로 3-4년 전 폐경과 함께 심한 갱년기장애 증상 나타나 차병원에서 호르몬제 등 투여 받았으나 별무호전. 점차로 우울 심해져 2-3개월 전부터는 자주 눈물이 나고 슬픈 느낌과 심한 불안감이 나타남. 갱년기 증상으로 인해 대인공포증 및 자존감 저하 나타나 한방적 처치 위하여 본원 신경정신과 외래 방문.

6. 개인력

환자분 독녀로 태어나 집안의 귀여움 많이 받으며 자라났으며 젊은 시절 일과 학업에 대한 욕심이 많고 결혼에 대한 별다른 필요성 느끼지 못하여 독신으로 살아가다 40세에 현재의 남편을 만나 결혼함. 남편은 상처 이후 2명의 딸과 함께 살아왔으며 대기업 사원으로 경제적으로는 안정된 상태였음. 결혼 이후 일은 그만 두었고 딸들을 위하여 임신하지 않았으나 폐경이후에는 출산을 하지 못한 것에 대한 아쉬움이 남으며, 아이들은 여전히 자신을 엄마로 인정하지 않고 거리를 두어 더욱 서운함. 갱년기장애로 신체적으로 힘들면서 남편의 지지를 더욱 필요로 했으나 시간이 지날수록 남편의 지지도가 떨어지면서 외로움이 심화되고, 자존감은 낮아짐.

7. 한의학적 診斷

望 : 162 cm, 58 kg의 보통체격, 面白, 顴紅, 舌紅

問 : 食慾低下, 消化不良, 大便 및 小便 정상.

切 : 脈細數, 臍上部 動悸

8. 진단

心腎不交

9. 치료내용

1) 침치료

0.30×30 mm인 1회용 호침(동방침구사, 서울) 사용하여 心俞, 腎俞, 三陰交, 神門, 通理, 四神總을 선택하여 1일 1회 자침, 留鍼은 25분 내외로 하였음.

2) 구치료

神氣灸를 關元, 氣海에 각 2장씩 1일 1회 시술하였음

3) 한방정신요법

移情變氣療法, 至言高論療法

4) 점진적 근육이완법

내원 3일후부터 시행 . 매일 1회 침 치료 후 의사와 함께 영상으로 된 비디오를 보며 시행하였으며, 감정 급변화시, 상열감이 나타날 시, 불면 시 스스로 할 수 있도록 지도함.

10. 치료경과

1) 우울

Table Ⅴ. BDI and SDS Score of before and after the Treatment

	12.10 (First visit)	After 5 days	After 16 days
BDI	32	27	24
SDS	68	60	53

2) 갱년기 장애

Table Ⅵ. Kupperman's index and Menopause Rating Scale Score of before and after the Treatment

	First visit	After 5 days	After 16 days
KI	46	40	36
MRS	27	24	19

3) 불면

Table Ⅶ. Change of Insomnia

	First visit	After 5 days	After 16 days
Total Sleeping Time(hour)	2-3	4-5	5-6
Quality	Bad	Bad	Fair

4) 기타증상

Table Ⅷ. Change of Other Symptom (Palpitation)

	First visit	After 5 days	After 16 days
Frequency	20-30 /day	10-12 /day	2-3 /day
Duration	30min.	10min.	5min.

5) 불안증상

Table Ⅸ. STAI Score of before and after the Treatment

	First visit	After 5 days	After 16 days
STAI	65	56	44

Ⅳ. 고 찰

미국에서 우울증은 평생 유병률이 5-13%로 나타나며 남성에 비하여 여성의 유병률이 2배 가량 높다고 보고되고 있다. 특히 중년기 이후의 여성들에게서 그 이환율이 높아지는데 갱년기 여성의 경우 15-50%까지 그 유병률이 증가하는 것으로 보고되고 있다. 최근 보고된 논문에 의하면 우울증 과거력이 없는 여성에게 조차 갱년기 기간 동안 우울증이 새롭게 발생할 위험률이 높다는 것을 증명하였다[8]. Cohen[9]은 421명의 여성들을 코호트방식으로 조사하여 전생에 동안 우울증 과거력이 없는 여성들에게 갱년기 기간 동안 주목할 만큼의 우울증상이 발현되는 것이 그 전에 비하여 2배가량 증가한다고 하였다. 또한 Freeman의 연구[10]에서는 231명의 우울증 과거력이 없는 여성을 8년간 추적조사한 결과 갱년기 이전일 때 보다 갱년기 기간에 새로운 우울증상이 발견되는 경우가 5배에 이르렀다. 이처럼 갱년기 기간 동안에 우울증이 증가되는 원인에 대해서는 우선 갱년기의

특징인 내분비와 생식선의 감퇴로 인한 기능의 변화와 이에 따르는 신진대사의 장애, 생화학적인 변화, 자율신경계통의 불균형, 또는 생체 단가아미노산의 감량 등과 관련지어 보려는 연구가 많았으나 시원한 해답을 얻지는 못하고 있다. 그래서 아직은 이러한 내분비 계통의 요인보다는 습득된 절망감의 행동 모델 등과 같은 사회 심리적 요인이 더 설득력이 있는 것으로 되어 있다[11]. 중년의 여성은 이 기간 동안에 건강에 대한 염려, 경제적 문제, 실업, 그리고 부모의 죽음, 이혼, 자녀의 독립과 같은 관계 상실을 경험하게 된다. 특히 자녀의 독립은 여성에게 빈 둥우리에 홀로 앉아 있는 어미새 같은 허전한 마음과 인생 무상감을 느끼게 하는데, 이를 빈둥지 증후군이라 하며 그것에 의하여 갱년기 증상이 나타날 수 있다. 이는 중년의 여성들이 그들의 모성으로서의 역할을 잃게 되는 시기에 그에 대신하여 갱년기로 전환되는 신체적 변화에 관심을 집중하기 때문이다.

과거의 논문들을 살펴보면 대체로 갱년기 신체적 장애에 관한 것이 많고 우울증은 다양한 증상 중 한가지로 보는 관점이 다수였으며, 갱년기 우울증과 관련된 논문 역시 갱년기 증상과의 상관관계 혹은 호르몬 변화와의 관계 등에 집중되어 있다. 하지만 최근의 보고에서는 이와는 반대로 갱년기 기간의 우울증, 불안감 등의 정신증상이 갱년기 신체 증상에 많은 영향을 끼친다고 보고되고 있으며[12], 호르몬 변화와 무관하게 감정지능, 갱년기에 대한 태도, 사회 가정의 지지에 따라 갱년기 증상의 정도 차이가 발생한다는 연구 결과도 있다[13].

그러므로 우울, 불안감, 스트레스 등을 감소시킬 수 있는 정신적지지 혹은 이완 훈련과 같은 심신치료가 갱년기 정신장애뿐만 아니라 신체증상 호전에도 많은 영향을 줄 수 있다. 기공, 요가, 태극권 같은 고전적인 심신치료들에 대한 연구에서 갱년기 이후에 나타날 수 있는 심혈관계 질환의 위험도를 낮추고 우울증에 호전을 나타내며 신체적 건강상태가 증진된다고 보고하였다[14]. 또한 Eileen O'Connell의 Mind-body program[15]에서는 심리치료와 이완요법을 결부하여 갱년기 우울증 및 갱년기 증상을 호전시켰는데 심리치료를 살펴보면 첫 번째 단계로 폐경에 대한 교육을 통해 중년 여성들이 갑작스럽게 나타난 자신의 신체적 정신적 변화에 두려움을 갖지 않고 올바른 지식을 통하여 적응 할 수 있게 해주었다. 둘째로 갱년기 여성들끼리 모임을 통해 서로 지지해 주고 혼자만의 어려움이 아니라는 깨달음을 통해 많은 힘을 얻을 수 있게 도와주었다. 그리고 셋째, 자신을 재인식하고 자존감을 높이고 미래에 대한 희망을 갖도록 유도하며, 마지막으로 가족, 친지들과의 상담을 통하여 갱년기 여성이 충분히 그들과 소통하여 고립되지 않게 도와주는 치료를 하였다. 이와 같은 심리치료와 함께 점진적 근육이완법, 자율이완법, 명상을 진행함으로써 갱년기 여성들이 스스로를 관리하고 현재 있는 증상들을 호전, 결국에 삶의 질을 유지시키면서 갱년기 증상과 우울증을 조절할 수 있게 해주었다.

본 증례에서는 Mind-body program과 유사한 방법으로 치료를 진행하였다. 두 환자 모두에게 사용하였던 至言高論療法은 대화요법으로 대화를 통해서 환자가 병의 경중을 이해하게 한 뒤, 이를 바탕으로 환자의 근심을 제거하고 질병을 이기려는 마음을 증가시키며, 현실과 동떨어진 망상을 극복하고 사회적응력을 향상 시키는 것이다[3]. 두 환자 모두 갱년기와 폐경에 대하여 정확한 지식이 아닌 과장된 생각이나 노화의 표식으로의 관념을 갖고 있었다. 이러한 환자들에게 갱년기증상이 발생되는 원리와 예후, 그리고 폐경으로 얻을 수 있고 새롭게 변화되는 삶에 대하여 주지시켜 환자로 하여금 폐경에 대한 긍정적인 태도를 지닐 수 있도록 하였다. 또한 각각의 환자들이 겪고 있는 불안감 및 괴로

움에 대하여 공감하고 지지해주어 환자가 충분히 자신의 감정을 표현할 수 있게 하였다. 특히 증례 2의 환자는 출산경험이 없다는 것이 갱년기 우울증 및 증상이 심화된 원인이 되었다. 보고에 따르면 출산경험이 없는 여성에서 출산 경험이 많은 여성들보다 폐경이 빨리 오고 폐경에 따른 신체적, 정서적 반응이 더 강렬하다 고한다[16]. 이는 생식기능의 상실로 파생되는 자존심의 손상 정도가 더욱 심하고 모성적 기능의 좌절이 애도반응이나 우울로 인식되었기 때문이다. 그렇기에 상담을 통하여 대체적인 도피구를 마련하기 위하여 노력하였고 아직 어린 남편의 딸들을 새로운 모성 역할의 대상으로 인식하고 그러한 관계를 만드는 방식에 중점을 두어 상담하였다.

또한 점진적 근육이완법을 침 치료 이후 시행하여 정신적 안정 및 자율신경계의 안정을 유도하였으며 초반에는 비디오를 보고 시행하였으나 그 이후에는 스스로 할 수 있을 만큼 익숙해져 집에서도 쉽게 시행할 수 있었다. 증례의 환자들은 규칙적인 시행뿐만 아니라 갑작스럽게 증세가 나타날 때 스스로 시행한 점진적 근육이완법이 많이 도움이 되었다고 말하였다.

증례 1의 환자는 주증상이 易怒, 失眠, 자제력 약화, 胸腹脹痛 등 이었고 大便은 秘堅하였고 沈弦脈이 나타나 肝氣鬱結로 판단되었다. 舒肝解鬱, 調理氣血 하는 太衝과 通經活絡하는 合谷에 調血通氣하는 三陰交를 기본으로 하고 風池와 百會 등을 配穴하여 활용하였다[17]. 두 차례의 치료이후 수면상태가 호전되었으며 전반적인 갱년기 증상도 많이 호전되었다. 특히 질의 위축으로 인하여 성생활에 장애가 생긴 이후 무능력감이나 열등감이 심화되었으며 그 사실을 혼자서 앓고 있다가 상담이후 배우자와의 대화를 시작하면서 자신감과 안정감을 되찾았다. 이처럼 자신감과 안정감을 되찾은 뒤에 우울증세도 많이 호전되었고 갱년기 신체 증세도 큰 호전상태를 나타내었다.

증례 2의 경우 心悸怔忡, 不安感이 주 정신증상이었고, 기억력과 주의집중력이 감퇴되는 등의 증세가 있으며 舌紅, 脈細數하여 心腎不交형으로 판단할 수 있었다. 환자분은 장기간 호르몬제를 투여 받았으며 현재까지도 호르몬 치료 중이었기에 한약 치료를 유보하고 침구치료부터 시행하였다. 心俞, 腎俞, 三陰交를 중심으로 心悸증상으로 인해 通里를 加하고, 不眠으로 인해 神門과 四神總을 配穴하였다[17]. 3-4년간의 비교적 장기간의 호르몬 치료이후에도 오히려 증상이 심화되고 있어 치료에 대한 신뢰와 의욕을 상실한 상태였으며, 비관적인 태도가 강하였다. 초기 상담 시 환자분이 자신의 상황에 대하여 충분히 이야기하고 그것을 공감해주는 지지요법을 통하여 기분의 환기가 이루어졌고, 폐경에 대한 정확한 지식제공 및 이해를 통해 두려움을 감소시킴으로써 치료에 대한 의욕을 높였다. 5일 정도의 치료이후에 갱년기 증상에 약간의 호전을 보이면서 기분상태가 더욱 호전되고 치료에도 적극적으로 동참하였다. 그 후 10일간의 치료가 지속되면서 호전도는 더욱 향상되었으나 환자분이 지방으로 이사 가는 상황으로 인하여 치료는 중단되었다. 장기간의 치료 및 한약 투여가 있었다면 더욱 좋은 예후를 예측할 수 있었을 것으로 사료된다.

갱년기 우울증은 현재까지 진단 및 치료에 대한 정확한 체계가 없어 일반적 우울증치료 및 갱년기 일반의 치료를 적절히 결부시켜 환자를 치료하였다. 외국의 여러 논문들에서도 지금까지 개별화되지 못했던 갱년기 우울증을 일반 우울증과는 분별하여 그 진단에 대한 체계를 만들려고 하고 치료에 대해서도 점차 많은 실험조사를 시행하고 있었다. 이러한 조사를 통해 호르몬 치료보다는 항우울제의 치료가 의미 있는 것으로 나타났으나, 이런 항우울제는 성기능저하와 체중 증가와 같은 부작용이 동반되어 갱년기

신체 증상을 악화 시킬 수 있어 갱년기 우울증은 차별화된 처치를 필요로 하고 있다. 그러한 대체 치료의 일환으로 새로운 약물, 여러 이완 치료들, 정신치료들에 대한 연구가 이루어지고 있다[7,18]. 이에 비교하여 心身一如, 全一槪念의 한의학 치료방식은 이미 갱년기 우울증의 병리와 이론상 잘 부합되어 있으며, 임상에서도 신체적 증상에 대한 현저한 개선효과이외에 정신신경계, 순환기계를 종합 조정하는 효능이 밝혀졌다. 특히 침구치료를 통한 安神작용 및 국소적인 소통과 호르몬 분비 작용은 전신의 자율신경실조를 조절 할 수 있어 갱년기 우울증에 우수한 치료 방식이 될 수 있다[19]. 다만 현재 갱년기 우울증에 대한 한방적 연구가 부족하여 체계화된 치료지침이 없고, 대중들이 한방적 치료를 인식하지 못하고 있어 이에 대한 노력이 필요할 것으로 사료된다.

Ⅴ. 결 론

본 증례는 갱년기 장애를 동반한 우울증 환자에게 침구치료와 한방정신요법 그리고 점진적 근육이완법을 시행한 결과 치료 전후에 평가한 검사와 임상경과 관찰에서 뚜렷한 증상 개선을 보여 이를 보고하였다.

참 고 문 헌

1. 장혜경, 차보경. 갱년기 여성의 우울에 영향을 미치는 요인. 대한간호학회지. 2003;33(7):972.
2. Wilmoth, MC. The middle years : women, sexuality, and the self. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1996;25(7):615-21.
3. 전국 한의과대학 신경정신과교과서 편찬위원회. 한의신경정신과학. 경기도:집문당. 2007:420,670-4.
4. 이영호, 송종용. BDI, SDS, MMPI-D 척도의 신뢰도 및 타당도에 대한 연구. 한국심리학회지. 1991;10(1):98-113.
5. 최정은, 김로사, 한지영, 조정훈, 장준복, 이경섭. 갱년기 증후군 여성 환자 50인의 임상 양상분석. 대한한방부인과학회지. 2002;15(2):144-54.
6. 김수민, 신선미, 김의일, 이정은, 유동열. 갱년기 증후군에 미치는 대조환의 효과에 대한 임상 연구. 대한한방부인과학회지. 2006;19(4):225-44.
7. 김창윤. 정신장애 평가도구. 서울:하나의학사. 2001:120.
8. Clayton A, Guico-Pabia C. Recognition of depression among women presenting with menopausal symptom. Menopause : The Journal of The North American Menopause Society. 2008;15(4):758.
9. Cohen LS, Soares CN, Vitonis AF, Otto MW, Harlow BL. Risk for new onset of depression during the menoupausal transition : the Harvard Study of mood and cycle. Arch Gen Psychiatry. 2006;63:385-90.
10. Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Nelson DB. Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. Arch Gen Psychiatry. 2006;63:375-82.
11. 한의부인과학 교수편찬위원회. 한의부인과학. 서울:정담. 2002:246.
12. 성미혜. 중년여성의 갱년기 증상호소와 우울과의 관계. 여성건강간호학회지.

2001;6(4):465-7.
13. Bauld R, Brown RF. Stress, psychological distress, psychosocial factors, menopause symptoms and physical health in women. Maturitas. 2009;62:160-5.
14. Innes KE, Selfe TK, Taylor AG. Menopause, the metabolic syndrome, and mind-body therapies. Menopause: The Journal of The North American Menopause Society. 2008;15(5):1005-13.
15. Eileen O'Connell. Mood, energy, cognition, and physical complaints: A mind-body approach to symptom management during the climacteric. JOGNN. 2005;34(2):274-9.
16. 정영인. 정신의학적 측면에서 본 폐경기 증후군. 대한내분비학회지 추계학술대회 초록집. 1992:8-11.
17. 대한침구학회 교재편찬위원회. 침구학(下). 경기도:집문당. 2008:430-1.
18. Cohen LS, Claudio N, Joffe H. Diagnosis and management of mood disorders during the menopausal transition. The American Journal of Medicine. 2005;118(12B):96.
19. 양성우, 장준복. 갱년기장애의 한의학적 고찰. 경희의학. 2001;17(1):54.