동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 20. No. 3, 2009

한방치료와 호흡명상으로 호전된 불면 및 우울증을 동반한 불안 장애 환자 치험 1례

오경민, 김보경

동의대학교 한의과대학 한방신경정신과학교실

Clinical Report of One Case with Insomnia, Depression and Anxiety Disorder Improved by Traditional Korean Medical Treatment and Breathing Meditation

Kyong-Min Oh, Bo-Kyong Kim

Dept. of Oriental Neuropsychiatry, College of Oriental Medicine, Dong-Eui University

Abstract

Objectives :
Insomnia, depression and anxiety disorder are widespread in elderly patients. Mood disorder and insomnia share complex theoretical and clinical relationships. We investigated if traditional Korean medical treatment and breathing meditation are effective in patient with insomnia, depression and anxiety disorder.

Methods :
We treated one patient with traditional Korean medical treatment such as accupuncture, herb-medication, moxa and breathing meditation

Results :
After Treatment, the chief complaint and accompanying symptoms were improved, and the score of BAI, SADS, BDI, PSQI, IQ were decresed.

Conclusions :
According to this study traditional Korean medical treatment is effective for the cure of insomnia, depression and anxiety disorder and breathing meditation forifies the traditional Korean medical treatment.

투고일 : 8/6 수정일 : 8/26 채택일 : 9/4
교신저자 : 김보경, 부산시 부산진구 양정동 동의대학교 부속한방병원 신경정신과
Tel : 051-850-8809, Fax : 051-867-5162, E-mail : npjolie@deu.ac.kr

Key Words :
Anxiety disorder, Depression, Insomnia, Breathing meditation

Ⅰ. 서 론

노인들은 일반적으로 신체적·심리적 노화와 생활 여건의 변화로 인해 많은 스트레스를 겪고 있으며 정신건강과 신체건강이 위협 받을 가능성이 높다[1]. 65세 이상의 노인의 정신질환 중 가장 일반적인 것은 불안장애와 우울증으로[2], 지역사회 거주 노인들의 불안장애 유병률은 1.9-7.3% 범위에 있는 것으로 추정된다[3]. 미국의 경우 65세 이상 노인의 15%가 심각한 우울증을 호소하며, 우울과 불안장애는 흔히 함께 나타나는데, 남자노인의 6%와 여자노인의 11%에서 동반된다는 보고도 있다[2]. 노년기 우울증의 증상은 성인과는 양상이 다소 달라서 질병이나 신체와 연관된 망상적 사고가 동반된 신체적 호소, 자기 자신을 비난하는 경향과 편집증적 사고나 자살사고가 많다[4]. 그러나 노인의 불안이나 우울과 같은 정서장애들을 과거 신체적 문제로 해석하는 경향이 있어 정서적·심리적 접근 및 치료가 부족했던 실정이다[5].

마음챙김명상은 Kabat-Zinn이 위빠사나 명상을 응용하여 "마음챙김에 근거한 스트레스감소(Mindfulness-Based Stress Reduction : MBSR)프로그램으로, 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[6].

본 증례에서는 불면, 우울감, 불안장애를 동반한 환자에게 四物安神湯, 循環器 1호방, 人蔘養胃湯을 투여하고 마음챙김 명상중 호흡명상을 병용하여 호전된 결과를 얻었기에 이를 보고하는 바이다.

Ⅱ. 증 례

1. 성별/나이

여자 / 69세

2. 주소증

1) 主症-不安, 怔忡/胸悶.呼吸困難/憂鬱, 自殺想念/不眠

2) 次症-手足振顫(左>右,上>下顔), 顔面筋肉痙攣/頭痛, 眩暈/食慾不振, 消化障碍/汗出/口乾, 口苦

3. 발병일

30년 전부터 간헐적으로 증상 있었으나

200O년 O월부터 증상 악화되고 지속됨.

4. 치료기간

OO대학교 OO한방병원 OO과에서 1달간 입원 치료 이후 2주간 외래 통원치료.

5. 과거력

1) 결핵성 복막염

30년전 OO병원에서 진단받고 1년 6개월간 경구약 복용.

2) 변비설사 반복

1년전 OO병원 내시경 상 위염 진단받고 경구 약 45일간 복용.

3) 만성 두통

4년전 OO병원 신경과 MRI, CT, 뇌파검사 상 별무 특이소견.

6. 현병력

30년 전부터 불안, 불면, 우울증상 간헐적으로 있었으나 200O년 O월경부터 증상 심화되고 지속되어 OO병원에서 2개월간 경구약 복용하였으나 호전 없어 2개월 뒤 같은 병원에서 심장관련 검사하였으나 경미한 부정맥 외에 특이소견 없었으며 지속적으로 호전 없어 OO대학교 OO한방병원 OO과 입원.

7. 개인력

꼼꼼하고 청결・정확한 편, 미리 계획하는 경향이 있으며 걱정고민이 많음. 병전 사교적인 성격이었으나 현재 몸이 아플 때면 다른 사람과 같이 있는 것이 싫다고 함. 환자가 생각하기에는 본인이 너무 참는 성격이라서 이런 증상이 생긴 것 같고 남편이 술・담배 안하고 꼼꼼하고 완고한 편인데다가 문제가 생겼을 때 차라리 남편이 화를 내며 표현을 한 뒤 풀었으면 좋겠는데 계속 담아두는 성격이라 환자 역시 화해의 노력을 안하고 아예 말을 안 한다고 함. 환자는 평소 생각과 고민이 많고 예민하고 내성적인 성격으로 남편과의 성격차이로 지속적 스트레스를 받은 것으로 보임.

8. 임상진단

1) 양방진단명

임상증상과 정신과적 면담, 설문지 조사결과 우울증, 불안장애로 진단.

2) 한방진단명

心悸怔忡, 易疲勞, 眩暈, 頭重, 頭痛, 不知味, 心下痞, 口乾, 口苦등의 증상으로 營血不足으로 변증하였고 神疲乏力, 少氣懶言, 脈細弱등의 증세로 氣虛가 겸하고 있다고 변증함.

9. 검사소견

1) EKG - Sinus rhythm, Voltage criteria for LVH

2) Echocardiography-mild AR with Asc. Ao. dilatation, DDF.

3) Chest PA - no active lung lesion

4) 혈액검사 - Hb 11.6↓(입원2일째), Hb 12.0(입원16일째)

10. 치료내용

1) 침치료

1일 1회 20분간 留鍼. 和鍼-金實(經渠+,大敦-,臨泣+,商陽-)

2) 한약치료

(1) 입원당일-입원14일

四物安神湯(『萬病回春』: 當歸, 白芍藥, 生地黃, 熟地黃, 人蔘, 白朮, 白茯神, 酸棗仁炒 4 g, 黃連, 梔子, 麥門冬, 竹茹 3 g. 大棗7 g, 烏梅2.5 g, 炒米30 g. 1일 3회 복용.)

(2) 입원15일-입원22일

循環器 1호방(大田大學校 處方集 : 黃耆蜜炙 12 g, 丹蔘, 白朮 8 g, 麥門冬, 五味子 6 g, 炙甘草, 當歸, 陳皮, 桔梗, 蘇葉, 人蔘 4 g, 升麻, 柴胡, 木香 2 g, 生薑6 g, 大棗7 g. 1일 3회 복용)

(3) 입원23일-입원30일

人蔘養胃湯(『和劑局方』 :蒼朮, 半夏, 茯笭 8 g, 厚朴, 陳皮, 4 g, 藿香, 甘草, 人蔘, 烏梅, 生薑, 大棗, 甘草 2 g, 1일 3회 복용)

3) 뜸치료

中脘 關元 神氣灸 각1장씩. 1일 2회.

4) 호흡명상

입원 2일째부터 총 15회 시행. 오전 침, 뜸 치료 후 의사와 함께 CD를 들으며 시행하였고, 心悸 및 不安이 심할 시, 不眠 시 스스로 할 수 있도록 지도함.

5) 양약치료(본원에 내원하기 2달 전부터 복용중이었음)

(1) Enafon 5 mg(1일 1회 복용),

(2) Alpram 0.2 mg(1일 3회 복용)

(3) Halcion 0.25 mg(불면 심할 때만 복용 -입원 후 복용 안함)

11. 정신과적 진단 및 치료효과 판정

1) 불안 관련 설문

(1) Beck의 불안 질문지(Beck Anxiety Inventory : BAI)

BAI는 개인의 불안 수준을 평가하기 위한 측정도구로서 21문항, 0-3점 척도로 구성되며 가능한 총점 범위는 0-63점으로 점수가 높을수록 불안수준이 높은 것을 의미한다. 본 연구에서는 권석만 등이 번안한 내용을 사용하였다.

(2) 사회적 회피 및 불안 척도(Social Avoidance and Distress Scale : SADS)

SADS는 사회적 상황에서 불안을 경험하는 정도와 잠재적으로 혐오적인 사회적 상황을 회피하려는 경향을 측정하는 검사이다. 28개 문항, 0-1점 척도로 구성되며, 가능한 총점 범위는 0-28점으로, 점수가 높을수록 사회적 불안이 높음을 나타낸다.

2) 우울증 관련 설문

(1) Beck의 우울증 척도(Beck's Depression Inventory : BDI)

BDI는 임상적인 우울증상을 토대로 만든 것으로서 우울증의 유형과 정도를 측정하고 있다. 21개 문항, 0-3점 척도로 구성되며, 가능한 총점 범위는 0-63점으로, 0-9점은 우울하지 않은 상태, 10-15점은 가벼운 우울상태,

16-23점은 중한 우울상태, 24-63점은 심한 우울상태를 의미한다. 본 연구에서는 이영호와 송종용이 번안한 한국판 척도를 사용하였다.

3) 수면장애 관련 설문

(1) 피츠버그 수면 질 지수(Pittsburgh Sleep Quality Index : PSQI)

PSQI는 검사시점에서 지난 한달 간 수면의 질과 수면기간의 불편 정도를 측정하는 자기보고식 질문지로 수면에 아무런 문제가 없는 0점에서 심각한 수면장애를 나타내는 21점까지로 나타나며, PSQI 점수가 5점 미만이면 숙면인(good sleeper), 5점 이상이면 비숙면인(poor sleeper)으로 규정하고 있다.

(2) 불면증에 관한 질문(Insomnia Questionaire : IQ)

7개 문항, 0-4점척도로 구성되며 가능한 총 점범위는 0-28점으로, 점수가 높을수록 수면장애 및 수면장애와 관련된 상태가 나쁜 것이 된다.

12. 설문검사 결과

Table Ⅰ. The Change of BAI, SADS, BDI, PSQI, IQ Score

		First visit	After 30days
anxiety	BAI	42	21
	SADS	19	12
depression	BDI	34	19
insomnia	PSQI	15	13
	IQ	27	19

13. 경과기록

1) 입원당일

不安, 怔忡증상이 30년 전부터, 1년에 1-2회 발생 후 1-3일 지속하였으나 200O년 O월 이후 매일 나타남. 心悸 심할 때 不安, 胸悶, 胸部熱感 동반되며 呼吸困難심할 때 죽을 것 같은 느낌이 들고 차라리 죽었으면 좋겠다는 생각을 하루에 수차례 함-30년 전부터 증상 있을 때마다 그런 생각이 들었고 200O년 O월부터는 지속적으로 자살상념 있었음. 구체적 자살 방법(농약)생각한 적 있음. 우울감 지속되어 무기력, 의욕저하, 善太息 나타남. 본원 내원 2개월전 OO병원에서 처방한 항불안, 항우울제 복용중이나 2-3시간 수면, 淺眠 양상, 多夢 경향. 手足振顫은 불안이 심할 경우 나타남. 수십년전부터 전두통 있었으며 심할 때는 머리 전체가 아프고 뒷머리도 당기고 손만 대도 아팠음. 현훈은 간헐적이며 기상 시 심함. 2달 전부터 식사량 감소, 소화 장애 심화.

2) 입원2일째

不安, 怔忡-오후 4시경 VAS7로 감소. 저녁 8시경 VAS8-9까지 증가해 입면 전까지 지속. 수족진전, 안면 근육경련이 아침에 30분간 지속됨. 6시간 수면, 중도각성 3회.

마음챙김 호흡명상 15분간 시행, 도중에 잘 따라하였고 心悸, 不安 감소하여 편안하다고 함. 10부터 1까지 거꾸로 세는 수식관 명상을 자기 전 5회 시행하도록 지도함.

3) 입원3-8일째

不安, 怔忡-심계 증상으로 아침에 깨는 편이며 기상 시 VAS6-7 정도의 심계 있다가 오후 VAS6으로

감소됨. 기상 시 胸悶 증상은 아직 동반되지만 胸部熱感은 지속적으로 소실된 상태. 입원 3일째 종아리 뒤쪽 근육 순동증상 1회 나타난 후 소실. 5-6시간 수면, 이전보다 숙

면경향. 심초음파 시행 결과 약간의 판막역류 보이나 경구 약 복용할 정도로 심하지 않으므로 경과 관찰하기로 함. 2번째 명상 시행-안하던 복식호흡을 하니 숨이 중간 중간 끊어지고 숨이 찬 것 같다고 함. 3번째 명상 시행-心悸, 不安이 심할 때 해서인지 별다른 변화 못 느끼겠다고 함.

4) 입원9-12일째

不安, 怔忡-기상 후 VAS4, 아침 침뜸, 명상 후 VAS3으로 편안해져 정신이 맑아짐을 느낌. 입원 11일째는 기상 후 VAS1로 감소하여 불안, 우울감, 무기력 증세도 없고 몸이 개운하여 이제 다 나은 것 같은 생각이 들고 퇴원해서 집에 가고 싶은 의욕이 들었으나 입원 12일째 설사 1차례 한 뒤 무기력 증세 심해짐. 5-6시간 수면. 입면지연 1시간, 여전히 多夢이지만 최근 감소 중, 惡夢경향-쫓기거나 누군가가 죽는 꿈, 振顫은 입원 9일 이후 완전히 소실됨. 胸悶·熱感소실, 善太息 감소, 만성두통은 VAS5로 감소하였고 眩暈은 소실됨. 식욕부진은 변화 없으며 소화불량은 호전됨. 口乾은 변화 없으며 口苦는 경미하게 감소, 4,5번째 명상 시행-오디오의 호흡이 길어서 본인은 중간에 숨을 한 번 더 쉬겠다고 함. 이전과 달리 호흡명상 20분 이후 환자가 자발적으로 몇 분간 호흡명상을 더하는 모습보임. 명상이 끝난 직후 心悸 不安이 전혀 없다고 함.

5) 입원13-14일째

不安, 怔忡-기상 후 하루 종일 VAS5로 유지됨, 무기력이 심해지거나 우울감 증가하면 心悸를 더 크게 느끼는 것 같다고 함. 입원 13일째 무기력, 두불청, 두통 증상 증가하여 거의 못 잤다고 하며 입원 14일째는 두통 거의 감소하여 평소의 VAS5상태 유지하여 6시간 30분 수면, 이전보다 숙면경향. 오후에 설사 1차례 후 무기력 심화. 6-8번째 명상 시행-이전보다 명상 호흡하기 훨씬 수월해졌고 명상하고 나면 마음이 편안하고 안정되어 좋다고 함.

6) 입원15-19일째

怔忡-하루 종일 VAS4상태 유지. 5-6시간 수면, 중도각성 3-4회, 천면. 중도각성으로 깰 때마다 胸悶느낌. 입원 15일째 설사3회 이후 무기력, 두통 증가로 명상 시행하기 어려웠음.

7) 입원20-25일째

怔忡-기상 후 VAS3 이후 유지됨. 6시간 수면, 중도각성 3-4회이나 이전보다 心悸 줄어들어 잘 잔편, 多夢 감소중, 胸悶 소실된 상태 유지, 전두통 VAS 3, 眩暈 소실됨, 식욕부진 지속됨, 9-12번째 명상 시행.

8) 입원26-29일째

怔忡-기상 후 VAS3, 증상이 경하고 점차 약해진다고 함. 낮이 될수록 감소하여 뜸뜬 직후나 명상직후에는 소실됨. 7-8시간 수면, 중도각성 1회, 숙면. 식욕 약간 증가하여 밥 1공기 다 먹음, 12-14번째 명상 시행.

9) 입원30일째

怔忡-기상 후 VAS2, 胸悶, 善太息, 眩暈 소실된 상태 유지, 수면5-6시간, 전두통 VAS2, 무기력-심한 정도는 소실되었으나 여전히 기운 없음, 우울감-자살 상념은 소실됨, 우울 기분 호전 중이나 의욕저하 여전, 15번째 명상 시행 후 퇴원.

퇴원 후 입원 40일째까지 1주 3회 외래

통원 치료 시행.

10) 퇴원5-9일째

怔忡-기상 후 VAS2, 수면 7시간, 숙면.

11) 퇴원12일째

퇴원9-11일째 밭일, 집안일 한 후 피로, 무기력증가. 퇴원11-12일 새벽에 전두통 증가(이전에도 피로 시 증가). 怔忡-퇴원후 아침 VAS2, 이후 VAS1로 좋은 상태 유지되다가 퇴원11일째 아침 증가하여 VAS5-6상태 하루 종일 지속된 후 퇴원12일째 다시 VAS2로 감소, 胸悶, 振顫은 지속적으로 소실된 상태 유지. 퇴원 후 心悸 증상 증가 시, 아침 기상 시 환자 스스로 호흡명상 시행했다고 함.

12) 퇴원16일째

怔忡-VAS0-1로 감소, 지난 1주간은 VAS0인 날이 더 많았다고 함. 편안하고 안정된 기분, 무기력도 이전보다는 호전.

13) 퇴원40일째

퇴원16일째 이후 1주 4-5일은 怔忡·不安이 VAS0이며 1주 2-3일은 VAS1인 상태가 유지됨. 시골이나 집안에서 일을 하여 피로감이 증가하여도 怔忡·不安증가하지 않음.

Ⅲ. 고 찰

불안장애란 불안이 주된 증상으로 두려운 대상이나 상황에 직면해서 불안을 경험하거나, 강박사고·강박행위 등에 저항할 때 불안을 경험하는 일군의 장애를 말하며[7], 한의학에서는 불안장애에 대해 驚悸·怔忡·恐驚·焦憂등의 범주에서 다루고 있다. 驚悸·怔忡이란 심박동이 불쾌하게 자각되는 것을 말하는 것으로 驚悸는 매사에 잘 놀라고 그럴 때마다 심계항진이 오는 것이며, 怔忡은 驚悸가 심해지거나 놀라지 않고도 수시로 심계항진이 오는 것을 말한다[8].

우울증이란 어떤 기간 우울한 감정과 흥미 혹은 기쁨의 상실 등과 같은 기분의 장애가 주축이 된 일련의 정신장애로서[9], 한의학에서는 우울증과 유사한 개념을 鬱證으로 표현할 수 있으며, 그 원인은 情志不舒와 七情所傷 그리고 外感과 飮食內傷으로 볼 수 있으며 그 중 특히 情志所傷이 중요한 원인으로 요약된다[10].

노화로 인한 상실과 질병은 노인의 심리적 안녕에 큰 영향을 미치며, 그 결과 노인은 자아존중감의 저하와 높은 우울경향과 무력감을 경험하게 된다[11]. 이러한 노년기 발달단계상의 특성은 신체적·심리적 건강의 악화와 죽음에 대한 불안과 걱정을 야기시키며, 노년기의 부정적인 심리적 특성 중 하나인 우울성향을 증가시킨다[12]. Cameron은 우울을"기분의 장애이며 긴장과 불안, 낙담, 자기비하, 신체장애의 형태로 표현되며, 열등감, 무가치함, 절망감을 반복 호소하는 신경증"으로 정의하며, 누구나가 스트레스 사건에서 어느 정도의 우울을 경험한다는 것이 일반적 견해이다. 특히 노년기는 발달단계상의 특성상 노화에 따른 스트레스 결과 우울은 노년기의 대표적 심리적 경향이라고 할 수 있다[13].

또한 일반적으로 노화가 진행됨에 따라 수면양상의 변화가 오고 수면과 관련된 다양한 문제가 발생하며, 수면장애는 우울이나 불안과 같은 심리적인 요인의 영향을 많이 받는다고 보고되고 있다. 대부분의 노인은

노화에 따른 병리적 과정 및 신체질환으로 인해 건강상태의 악화를 흔히 경험하게 되며, 자녀문제, 배우자와 가까운 이들의 죽음, 상실감, 경제 사정의 악화, 사회와 가족들로부터의 고립감, 일상생활에 대한 자기 통제 불가능, 자신의 죽음에 대한 두려움, 지나온 세월에 대한 회환 등으로 우울이 나타날 가능성이 가장 높은 시기이며, 이는 노년기 전반에 걸쳐 증가하게 된다[14]. 우울과 같은 정서장애가 있는 노인은 입면이 어렵고, 깊은 잠을 자지 못하며, 자주 깨고, 기상 시 피로감을 느낀다고 하였으며[15], 노인의 지속적인 수면 장애는 우울증을 유발할 수 있으므로, 미래의 우울을 예측할 수 있는 중요 요인이라고 하였다[16]. 노인의 우울은 이와 같이 삶의 질의 저하를 일으키며 동시에 자살의 위험을 상당히 증가시킨다. 즉, 노인에게 있어서 불안과 우울, 불면은 삶의 질과 관련해서 매우 중요한 변수이며 또한 이러한 요소들은 유기적으로 영향을 주고받고 있다.

우울에 관한 연구 중 인지 이론에 따르면 우울의 근본적인 원인은 개인이 처한 환경이나 조건이 아니고 그가 지니고 있는 부정적이고 역기능적인 인지 및 사고패턴이라고 하였다. 즉 우울한 사람은 자신과 환경, 미래에 대한 부정적이고 비논리적 인지체제를 가지고 있어서 자신에게 일어난 모든 일을 자기 비난과 파멸과 같은 것으로 왜곡해서 해석한다는 것이다[11]. 마음챙김 명상은 이러한 부정적인 심리상태를 개선하고 스트레스를 감소하는데 효과적인 프로그램으로 우울증 등 기분장애의 감소, 자존감의 향상 및 불안장애의 감소 등에 기여하는 것으로 보고되고 있다[17].

마음챙김이란 자신이 지금 여기서 마음에 일어나는 현상에 또렷이 깨어있는 것을 말하는 것으로, 마음의 현상을 판단, 비교, 평가, 분석, 추론을 하지 않고 비판단적으로 바라봄을 의미한다. 마음챙김명상은 자신의 내부와 환경에 대한 매순간의 즉각적인 경험에 주의를 초점화함으로써 상황들을 보다 명료하게 바라볼 수 있게 해주어 주의집중의 대상에 대한 정확한 정보 처리가 가능해진다. 이는 자동화된 습관적인 반응으로 인한 스트레스의 악순환을 막아주며 스트레스에 효과적으로 대처할 수 있도록 한다. 즉, 마음챙김명상의 수행은 개인이 자신의 선입관이나 편견, 욕구 등으로 마음의 현상을 판단하거나 왜곡하지 않고 자기 자신과 환경을 있는 그대로 또렷이 깨어 알아차림 하도록 하는 탈습관화 및 탈자동화의 과정을 포함하고 있음으로, 이는 동일한 방식의 자동적 반응이 아닌 새로운 방식으로 대응할 수 있는 선택권을 갖게 해주며, 이러한 선택 가능성은 효과적인 대처와 함께 통제감을 가져다준다[18].

이와 같은 원리로 마음챙김 명상은 불안 관련 감각 및 사고와 정서로부터 도망치기보다 이를 바라보고 다양한 경험의 하나로 받아들일 수 있도록 도움으로써 예기불안 및 회피 행동을 감소시켜, 불안감각에 대한 파국적 사고 및 강박적 염려와 같은 자동적 사고를 초기에 스스로 감지한 이후 이를 바라보고 다시 현재로 돌아올 수 있도록 돕는다[19]. 또한 우울한 사람들의 부정적이고 반추적인 사고가 나타날 때 이를 스스로 보다 명확하게 볼 수 있도록 도와 부정적인 사고의 패턴으로부터 거리를 두게 됨으로써 우울증 재발에 매우 효과적임이 확인되었다[20].

본 증례의 환자는 30년 전부터 不安, 心悸 怔忡 증상이 간헐적으로 있었으나 본원에 내원하기 2개월 전부터 증세가 악화되고 지

속되어 입원치료하게 된 경우로, 하루 종일 지속되는 心悸와 야간 수면 시에도 心悸증상이 나타나 중도각성이 있거나 새벽에 일찍 깨는 양상으로 보아 怔忡으로 진단할 수 있었다. 怔忡증상으로 不安이 야기되었고 심할 경우 呼吸困難, 胸悶, 胸部熱感, 手足振顫, 顔面痙攣이 있었고, 2개월 전부터 不安, 怔忡증세가 심해지자 不眠이 동반되었고 30년 전부터 있었던 우울증상이 심화되고 지속적 자살상념이 있었다. 30년 전부터 頭痛과 眩暈으로 고통스러워하였고, 155 cm, 43 kg의 마른체격으로 2개월 전부터 식욕부진이 심해지고 소화 장애까지 동반되었다. 2개월 전부터 내과에서 항우울제, 항불안제를 복용하였으나 憂鬱, 不安, 不眠에 별다른 호전을 얻지 못하여 한방치료를 위해 내원하였다.

환자의 기분장애 정도를 평가하기 위하여 입원첫날 설문지를 시행하였고, 그 결과 불안을 평가하는 BAI와 SADS는 각각 42점, 19점 이었으며, 우울을 평가하는 BDI는 34점으로 심한 우울상태였고, 불면을 평가하는 PSQI와 IQ는 각각 15점, 27점으로 비숙면인 이었다. 환자는 내성적이고 꼼꼼한 성격으로 생활에서 고통이나 좌절을 겪을만한 에피소드는 없었으나 걱정과 고민이 많은 편으로 남편과 성격이 비슷하여 완고하고 조용한 남편과 살면서 의견차이가 생길 때마다 서로가 오랜 시간 침묵하는 등 화해하기가 어려워 답답함과 외로움을 많이 느끼고 지속적인 스트레스를 받았다고 한다. 입원 치료도중 때때로 눈물을 보였으며, 30년 전부터 1년에 1-2회 不安, 怔忡, 胸悶 증상 있었으나 본원 내원 2개월 전부터는 매일 하루 종일 증상이 지속되어 자살상념 역시 매일 있었으며 구체적인 자살방법을 생각하는 정도에 이르렀다.

환자의 증상과 면담, 설문지 결과를 토대로 不安과 憂鬱 및 不眠이 심한 정도라 판단되었으며 心悸怔忡, 易疲勞, 眩暈, 頭重, 頭痛, 不知味, 心下痞, 口乾, 口苦등의 증상으로 營血不足으로 변증하였고 神疲乏力, 少氣懶言, 脈細弱등의 증세로 氣虛가 겸하고 있다고 변증하였다. 환자의 증상 중 怔忡, 不安이 가장 심하였고 血虛의 양상이 두드러져 일단 補血安神湯을 14일간 투여하였고, 이후 氣虛와 血虛의 원인을 心氣虛로 보고 循環器 1호방을 투여하였다. 循環器 1호방은 補中益氣湯에 生脈散을 합방한 처방으로 補氣시키면서 血行을 개선시키는 처방이다. 또한 환자가 오래전부터 소화불량, 식욕부진 증상이 있었고 변비설사가 교대되는 과민성 대장증후군 증상이 있었으며 약간만 매운 음식을 먹어도 설사를 하였고, 본원 입원 후에도 설사 후 무기력 증세가 심해져 입원23일-30일에는 人蔘養胃湯을 투여하였다.

마음챙김명상은 한국형 마음챙김 명상 CD를 이용하였고, 호흡명상을 주로 하였으며 치료1주차 2회, 2주차 5회, 3주차 3회, 4주차 5회 총 15회 시행하였다. 초기에는 15분간 명상하였고 점차 시간을 늘여 후기에는 30분간 명상하였다. 1-3회 명상까지는 환자가 명상치료에 대한 불신을 보이며 환자의 불안수준이 높고 우울 및 의욕저하가 심하여 억지로 명상치료에 임하는 모습이 보였으며 복식호흡에 익숙하지 않아 호흡하기가 힘들다고 하였다. 그러나 4회부터 서서히 적응하는 모습을 보여 명상 직후에는 마음이 편안해하고 心悸怔忡 증상이 완전히 소실되는 경우가 종종 있었으며, 치료 4주차에는 매일매일 명상하기를 원하였으며 병실에서 心悸不安이 심해지거나 수면 중도 각성

시 자발적으로 명상을 시행하기도 하였다. 퇴원 후에도 증상이 심해졌을 때 환자 스스로 호흡명상을 시행하였다고 한다.

4주간의 입원치료 후 不安을 평가하는 BAI와 SADS는 각각 19점, 12점 이었으며, 憂鬱을 평가하는 BDI는 19점, 不眠을 평가하는 PSQI와 IQ는 각각 13점, 19점으로 모든 항목에서 감소를 보였다. 또한 不安, 怔忡에 대한 VAS scale은 퇴원 직전 VAS2로 감소하였고 퇴원 후에는 VAS1이거나 VAS0인 상태로 더욱 호전되었고, 증상이 전혀 없는 날이 점차로 증가하여 증상이 있는 날보다 더 많아졌다. 胸悶, 胸部熱感, 善太息, 眩暈, 手足振顫, 顔面痙攣은 완전히 소실된 상태가 유지되었다. 전두통은 VAS2의 상태가 유지되었으며 식욕이 약간 증가하였고 소화상태는 호전되었다. 수면상태가 많이 개선되어 매일 7시간 숙면을 취하였고 우울감은 완전하지는 않지만 개선중인 상태로 자살상념은 소실된 상태였다.

본 환자의 치료과정에서 가장 주효했던 것은 입원당일부터 입원 14일째까지 처방한 四物安神湯으로 환자는 營血不足증상이 주로 나타났으며 四物安神湯으로 치료한 14일 후 주증상인 心悸怔忡, 頭痛이 VAS5로 감소하였고 胸悶, 呼吸困難, 振顫이 소실된 상태였다. 이후 循環器 1호방을 처방한 입원 15-22일에는 心悸 怔忡이 VAS3으로 감소하였고, 人蔘養胃湯을 처방한 입원23-30일에는 VAS2로 감소하였다. 따라서 환자의 心悸, 怔忡, 不安의 원인은 營血不足으로 보이며 營血不足을 적극적으로 개선하는 四物安神湯이 가장 효과적이었다고 생각된다. 호흡명상은 입원기간동안 동일하게 시행되어 그 효과를 분명히 알 수는 없으나 환자가 시행직후 마음이 편안함을 느끼고 怔忡不安이 감소됨을 경험하였으므로 치료에 도움이 되었음을 유추할 수 있었다.

본 연구를 통하여 한방치료와 마음챙김명상을 결합한 치료가 不安과 憂鬱 및 不眠이 심한 환자에게 도움이 될 것을 알 수 있었다. 또한 不安과 憂鬱, 不眠은 발병과 악화에서 상호 영향을 미치지만 치료의 과정에서도 상호 작용을 하였음을 짐작할 수 있었다. 그러나 본 연구는 단일 케이스이며 대조군이 없고 각각의 치료에 대한 비교 검토가 이루어져 있지 않아 각각의 치료와 결합치료에 대한 유효성을 입증할 수 없었다. 향후 추가 보고가 필요하다고 사료된다.

Ⅳ. 결 론

본 증례는 不眠과 憂鬱증상을 동반한 不安장애 환자에게 침구치료와 뜸 및 한약치료, 마음챙김 호흡명상을 시행한 결과 치료 전후에 평가한 설문지 검사와 임상 경과 관찰에서 뚜렷한 증상 개선을 보여 이에 보고하였다.

참고문헌

1. 권석만, 민병배. 노년기 정신장애. 서울:학지사. 2000.
2. inter RAI Overview Committee. RAI-HC Assessment Manual for Version 2.0. Washington DC: interRAI Corporation. 1999.
3. Beekman, A. T. F., Bremmer, M. A., Deeg, D. J. H., van Balkom, A. J. L. M., Smit

J. H., de Beurs, E., van Dyck, R., & van Tilburg, W. Anxiety disorder in later life : A report from the longitudinal aging study Amsterdam. International Journal of Geriatric Psychiatry. 1998;13:717-26.
4. 서국희, 조두영, 류인균, 연병길, 최인 근, 조맹제. 한국 노인의 우울증상 유병률과 위험인자. 노인병. 1998;2(1):49-60.
5. Flint, A. J. Epidemiology and comorbidity of anxiety disorder in the elderly. American Journal of Psychiatry. 1994;151:640-9.
6. 장현갑, 김교헌, 장주영 공역. 마음챙김 명상과 자기치료. 서울:학지사. 2007:28, 44-5.
7. 이내윤. 정신의학사전. 서울:일조각. 1992:175.
8. 황의완, 김지혁. 동의정신의학. 서울:현대의학서적사. 1992:471-87, 576-82, 602-5, 608-811.
9. 민성길. 최신정신의학. 서울:일조각. 1993: 200-17, 257-78.
10. 이승희, 김보영, 이지인, 권순주, 정대규. 혼재성 불안 및 우울장애 환자 1례 증례 보고. 동의신경정신과 학회지. 2003;14(2): 127-34.
11. 윤진. 발달단계에 따른 심리적 부적응-노년기의 정신병리와 우울을 중심으로. 한국노년학. 1983;3:5-15.
12. 김형수. 한국노인의 자살생각과 관련 요인 연구. 한국노년학. 2002;22(1):159-72.
13. 이현지, 조계화. 노인의 죽음불안과 우울이 자살생각에 미치는 영향. 한국 노년학. 2006;26(4):717-31.
14. 한미진. 여성노인의 수면과 인지기능, 우울의 관계 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위 논문. 2003.
15. Jensen, D. P, Herr, K. A. Sleeplessness. Advance on Clinical Nursing Research. 1993;28(2):385-405.
16. Giron, M. S., Forwell, T., Bernsten, C., Thorslund, M., Winblad, B. Fastbom, J. Sleep problems in a very old population: drug use and clinical correlates. Neuropsychopharmacologu Biologic Psychiatry. 2002;26(2):249-60.
17. 김정호. 마음챙김이란 무엇인가-마음 챙김의 임상적 및 일상적 적용일 위한 제언. 한국심리학회지:건강. 2001;6:23-58.
18. 김정호. 위빠싸나 명상의 심리학적 고찰. 사회과학연구. 1996;3:79-131.
19. 이선영, 김원. 불안장애 환자를 대상으로 한 마음챙김과 수용중신의 치료적 접근: 사례 연구. 한국 심리학회 연차학술발표대회 논문집. 2008:528-9.
20. 박경. 부정적 생활 스트레스와 우울과의 관계에서 마음챙김과 성향적 낙관주의의 중재효과. 한국 심리학회 연차학술발표대회 논문집. 2008:50-1.