동의신경정신과 학회지 제21권 제2호(2010년 06월)
J. of Oriental Neuropsychiatry 2010;21(2):215-227

전증(癲證) 환자의 치험 1례

허은정, 김지현*, 류희영

춘천한방병원 한방신경정신과, 춘천한방병원 한방안이비인후피부과*

A Case of Negative Symptoms of Schizophrenia

Eun-Jung Heo, Ji-Hyon Kim*, Heui-Yeong Lyu

Dept. of Oriental Neuropsychiatry, Chun-Cheon Oriental Medical Hospital
Dept. of Oriental Ophthalmology & Otolaryngology & Dermatology, Chun-Cheon Oriental Medical Hospital*

Abstract

Objectives :
Jeon-Jeung(癲證) is one of negative symptoms from schizophrenia in Western medecine, which causes flattening of affect, emotional bluntness, and avolition. Compared with positive symptoms of schizophrenia, there is no established treatments that have been proved to be effective for negative symptoms, and since negative symptoms are chronically processed, they finally lead to devastate the mental health. Since Jeon-Jeung(癲證) is usually in set in adolescent period and tends to become chronic through life time, it is important to start getting treatments in early stage by being distinguished from other diseases, such as anxiety disorder. A patient in this case was affective blunting, general weakness, and delusion when sixteen years old. However, he refused to get Western medicine treatment and wanted oriental medicine treatment.

Methods :
The patient in this case had been suffered from severe stress from his family since he was young and had kept having irregular and unhealthy eating habits. Therefore, he diagnosed stagnant qi transforming into fire(氣鬱化火), heart blood deficiency(心血虛), and spleen-stomach deficiency cold(脾胃虛寒) and since then he had received several treatments including herbal treatment, acupumcture treatment, supportive therapy, and family therapy. These treatments were successful and reduced the level of symptoms. After discharged from the hospital, he had continued receiving outpatient treatment with his family for 8 months and his progress had been still observed after the discharge.

Results :
The symptoms of patient had been almost reduced and eliminated after he received 29days of admission treatment and the patient got better and better and now lives a normal life 8 months outpatient treatment.

Conclusions :
This result suggests that our oriental medical treatments and family treatments was effective on schizophrenia.

Key Words :
Negative symptoms of schizophrenia, Jeon-Jeung(癲證), Family therapy, Depressive psychosis

투고 : 2010. 4. 15. 수정 : 2010. 6. 1. 채택 : 2010. 6. 3.
교신저자 : 류희영, 강원도 춘천시 석사동 166번지 춘천한방병원 한방신경정신과
Tel) 033-260-7100, Fax) 033-260-7400, E-mail) lyuhy@hanmail.net

Ⅰ. 서 론

癲證은 정상적으로 나타나는 정신기능의 소실, 결핍 또는 감소, 정서의 둔마 등의 증상을 나타내는 일련의 증후군으로 주로 서양의학의 정신분열병 중 음성 증상에 해당되며, 이는 무논리증, 감정적 둔마, 무쾌감증, 무의욕증, 사회적 위축, 운동지체, 사고차단 등을 포함한다[1]. 한의학에서는 정신병의 증상이 陽動的이어서 狂亂, 凶暴한 것은 狂證, 陰的이고 沈靜的인 것은 癲證이라고 분류하였다[2]. 癲證은 痰飮, 血 등의 이상 등으로 인해 神의 혼란, 분산, 소모를 야기하여 정신기능이 실조되고 신체적으로도 각종 기능장애를 유발하는 질환이다[2].

癲症의 병인은 대부분 肝氣鬱結로 인해 化火하고 장부의 음양기능이 실조되어 신체의 진액부족으로 痰盛하게 되고, 痰氣鬱結로 心竅閉塞하게 되어 여러 특징적 증상들이 나타나게 된다. 또한 癲病은 痰飮이 오래되고 축적된 것이 心脾의 허손을 야기하고, 氣滯로 痰이 上逆하여 神志가 混亂하여 자주력을 잃는 것이다[3]. 특히 七情과 같은 감정 스트레스가 과도하여 체내에 痰을 만들어 癲證을 유발하는 경우와 후천의 근본인 脾胃의 기능저하로 영양공급이 부족할 경우에 癲證이 나타난다[2]. 이와 같이 감정적인 요인이 미치는 영향이 크므로 정신분열병의 발병이나 악화에 가족의 역할은 매우 중요하다. 또한 질병 자체가 가정 내의 심각한 문제와 갈등을 야기시키기도 한다. 정신분열병에서의 가족치료는 가정과 가족 내 질병과 관련하여 스트레스나 갈등을 완화, 예방함으로서 재발을 막는 데 효과적이다[2].

정신분열병의 평생 유병률은 대략 1%정도로 추산되며, 연간 발생률은 인구 10,000명당 0.5~5명 정도로 지역에 따라 많은 차이를 보이며, 우리나라에서는 평생 유병률이 0.4~0.7%로 보고되고 있다. 발병 위험성이 가장 높은 연령층은 남자는 15~25세이고 여자는 25~35세이다. 정신분열병은 어떤 연령층에서도 발병될 수 있지만, 10세 이전과 60세 이후에 발병하는 경우는 아주 드물다. 정신분열병 환자는 자살 위험성이 높은데, 약1/3이 자살을 시도하고 10명중 1명이 자살로 목숨을 잃는다[4]. 정신분열증 환자의 약 50%가 입원을 되풀이하고 증상이나 사회적 기능이 불량하며, 전체적으로 30%정도는 양호한 수준의 생활을 영위한다. 치료 후 40~50%정도는 어느 정도 기능을 유지하며 나머지 20~30%는 상당한 정도의 장애가 지속된다[4].

이와 같이 정신분열병은 조기발병하고 병의 경과가 만성적이라는 특성 때문에 직간접적인 보건비용 증가를 야기시키는 질환이며 정신과 질환 중에서도 환자를 가장 황폐화시키는 질환으로 여겨진다. 그러나 한의학에서 정신분열증에 대한 치험례는 서양의학에 비하여 희소하여 하[5], 송[6], 이[7] 등의 보고가 있었으나 더 많은 연구가 필요한 실정이다. 또한 서양의학에서의 항정신병 약물은 정신분열증의 음성 증상에는 효과가 미약하거나 전혀 없고 여러 부작용을 일으킨다는 보고도 있으므로[7] 음성 증상에 대한 더 많은 연구가 필요한 실정이다.

이에 본 저자는 飮食不絶, 가족 간의 스트레스로 인한 情志失調로 인해 청소년기에 발병한 癲證 환자에게 한약치료, 침치료, 지지요법 및 가족 상담을 시행하여 결과 증상의 호전을 보여 이에 보고하는 바이다.

Ⅱ. 증 례

1. 환자

남자 / 16

2. 치료기간

29일간 입원치료 후 8개월간 통원치료

3. 주소

1) 식욕부진, 음식 거부
2) 감정의 둔마
3) 무기력
4) 망상(피해망상) : 낯선 사람들이 자신의 얼굴이 못생겼다고 수근대며 손가락질 한다고 생각함. 의사들이 자신을 정신병자 취급한다고 생각함.

4. 부증상

1) 비색
2) 두통

5. 발병일

20XX년 X월 X일경 식욕부진, 음식거부 등의 증상 발함(입원 20일전).

20XX년 X월 X일경 망상 등의 증상 호소(입원 4일전).

19XX년경부터 만성적으로 코막힘 증상 있음(10년전).

6. 과거력

1) 19XX년경 신발장에 깔려 skull Fx(Rt side) 발하여 OO병원에 입원하여 수술은 필요없다는 소견 듣고 1주일간 입원 치료 받은 후 6개월간 po med Tx 받음.
2) 19XX년경 삼출성 중이염 진단받고 XX병원에서 수술 받음.

7. 가족력 및 개인력

가족 중에 특별한 정신병력을 가진 사람은 없으나 아버지가 신경이 몹시 예민하고 다혈질 성향을 가져 모든 일에서 본인 마음대로만 하려고 통제하며, 일관성이 없고 기분에 따라서 변덕이 심하다고 함. 자녀들이 말을 안 듣는다고 TV를 던져서 고장내 티비를 못보게 만들고 컴퓨터를 구입하지도 못하게 함. 어머니는 차분하고 조용한 성격으로 남편과의 결혼 이후 불행의 시작이었다고 할 정도로 사이가 좋지 않음. 누나는 뭐든지 잘하고 자기 주장이 강해서 환자는 어릴 적부터 누나와 비교되는 생활을 해옴. 어머니의 직장생활로 가정에서 세밀하게 챙겨주지 못하였고 환자의 출생 3개월 이후 초등학교 입학 전까지 낮동안 유모가 돌보아줌(같은 사람이 계속 아이를 봐줌). 가족들 모두가 인스턴트, 밀가루, 과일식이를 즐겼으며, 식사시간도 불규칙함.

8. 현병력

상기인은 16세의 마른 체형의 남환으로 평소 밀가루, 인스턴트 등의 음식을 편식 해옴.

2년 전 환자의 성적이 오르기 시작했는데 아버지가 성적을 더 올려야 한다고 직접 환자를 가르치기 시작하였는데 그 때부터 외부와의 왕래 완전 단절될 정도로 아버지가 일일이 감시함. 교육 중에는 일관적이지 못한 기준으로 몹시 심한 언행 및 체벌을 가하며 감시하였으나 환자는 그에 대해 불만을 직접 표시한 적이 한 번도 없었으며 도리어 어머니에게 긍정적으로 생각한다는 듯이 이야기하였다고 함. 약 2년간 아버지의 방과 후 교육이 계속되었으며 성적은 하락하고

그 시절부터 성격이 내성적이고 소극적으로 변했다고 함. 아버지가 누나 또한 같은 방식으로 교육을 시도하였으나 2일 공부한 후 안하겠다고 강력하게 거부하여 누나는 상대적으로 자유로움.

학교에서 친구들의 환자의 얼굴에 대한 놀림 이후(입원 20일전) 스트레스 받아서 두통과 식욕부진, 식사거부, 우울감 등의 증상 생겨 그 이후로 제대로 식사하지 않음(거의 굶다시피 하였으며 먹으면 바로 토함). 식사를 조금이라도 하면 얼굴이 많이 붓고 이상해진다고 망상에 빠짐. 지속적으로 기분이 우울한 감이 있어서 2주후 XX병원 정신과 내원하여 정신분열증 진단을 받고 1~2달 정도 폐쇄병동으로 강제입원 시켜 치료받아야 한다고 진단받음. 귀가하는 길에 다른 사람들이 자기를 피하고 쳐다보지 않고 피해간다며, 자신의 얼굴이 부어서 그런 것이라고 광대뼈를 깎고 코를 높여야 한다고 말함. 다음날 다시 정신과 내원하여 설문지 검사를 하고 다시 한 번 입원 권유를 받았으나 결정하지 않고 본원으로 내원하여 입원 결정함.

9. 초진소견

전신의 피부가 건조하고 陰黃色으로 탄력이 없음. 눈동자가 불안하고 초점이 흐려져 있으며 거의 눈을 감고 있음. 鼻塞이 심해 頭痛을 지속적으로 호소함. 臍下動悸 있으며 腹壁이 무력하고 양측으로 腸하수가 촉진됨. 舌診상 舌質乾燥, 舌尖紅, 舌苔白하였으며, 脈이 浮하고 不整脈이 촉지됨. 질문에 대답이 전혀 없고 침 등의 신체적인 자극에도 전혀 반응이 없음. 각종 심리검사를 시도하였으나 이전의 XX병원 정신과에서 면담 및 설문지 검사를 하면서 의사에 대한 불신이 몹시 심해져서 아주 예민하게 거부함. 어머니의 설득으로 가장 간단한 Beck Depression Inventory검사를 시행하였으며 24점으로 중등도의 우울상태를 나타냄. XX병원의 진단서상 정신분열증으로 명시되어있음.

10. 검사소견

1) 혈액검사

CBC, BC Within normal limit

2) EKG

Within normal limit

3) Brain CT(입원 7일째)

grossly no pathological findings.

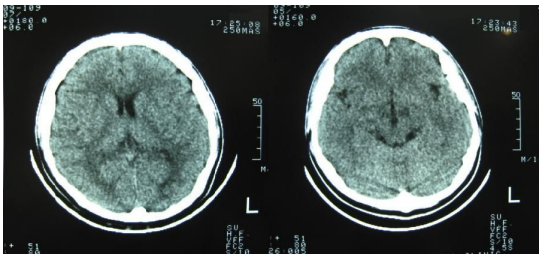


Fig. 1. Brain CT(Admission Day 5).

11. 진단

1) 한방진단명

癲證

2) 양방진단명

정신분열증

12. 변증

氣鬱化火 心血虛 脾胃虛寒

13. 치료

1) 韓藥治療

加味蓼蘇飮 去 人蔘 加 旱蓮草 甘松香 預知子 龍眼肉 등으로 淸熱, 去痰, 安神시킴. 하루 세 번 복용하였으며 입원기간동안 동일한 처방 사용함. 牛黃抱龍丸을 입원 2일째까지 하루 3번 투약하여 진정시킴.

2) 鍼治療

脾胃기능 정상화 및 安神 등을 위하여 양측 팔사혈 및 足厥陰肝經, 足少陽膽經의 경혈에 1일 2회 시침함.

3) 상담요법(환자 및 어머니)

환자가 대인기피가 심했기 때문에 처음에는 병실에 가서 가만히 앉아있는 것부터 실시함. 1일 2~3회 맥진 및 침치료를 위해 병실 방문하였으며 1회 10분~15분 환자와 대화를 시도함. 환자가 의료진을 상당히 경계하여 어머니와의 상담을 2~3일에 1회 정도 하여 간접적으로 환자의 상태를 점검하고 현재 치료 과정을 설명하여 환자의 감정적인 부분을 어머니가 감싸주도록 함.

4) 양방치료 병행하지 않음(입원 전에도 정신과 관련 양약 투약 경험 없음).

14. 치료경과

1) 입원 1일째

입원 당시 어머니 이외의 다른 사람과는 전혀 대화 하지 않았으며 눈을 감고 다른 사람을 쳐다보려고 하지 않음. 감정의 둔마가 극심하며 움직임이 몹시 느림. 침 치료시 반항하지도 않고 아픈 자극에도 몸에 미동이 하나도 없을 정도로 반응이 없음. 입원 당시 아이는 어머니와 의료진이 상담하는 것에 대해서 상당한 경계를 보이며, 자신 몰래 자신에 대한 얘기를 하는 것에 민감하게 반응함. XX 병원 정신과에서 검사한 이후에 의료진을 불신한다고 함.

새로 나타나는 증상에 대한 24시간 모니터링이 필요하고 또한 자해 및 자살 등의 가능성 있어서 24시간 동안 간병인이 옆에서 지켜보기로 함. 낯선 간병인이 나타나자 몹시 흥분한 상태가 되어 밤새 어머니에게 반항을 하며 병실을 나가려고 함. 하지만 어머니 이외의 사람은 쳐다보지도 않고 싫다는 표현도 안함.

2) 입원 3일째

어머니가 퇴근 후 오시면 저녁식사를 조금씩 함. 그 동안 즐겨왔던 밀가루, 육류 음식 및 인스턴트 음식을 완전 금지함. 환자가 간병인에게 여기 창문에서 뛰어내리면 죽을 수 있냐고 물어본 후 하루 종일 창문만 쳐다보고 있었다고 함. 여전히 눈을 마주치지 않고 질문에 대답하지 않으며 표정의 변화 없이 가면을 쓴 듯함. 하루 종일 티비 앞에서 멍하게 누워 있고 움직이지 않음. 침 치료시 자극에 대한 반응 전혀 없음. 의료진이 어머니와 상담하려고 하면 경계를 하며 싫어함.

3) 입원 7일째

어머니가 휴직을 하시고 24시간 환자와 함께 지내기 시작함. 어머니와 함께 있을 때 의료진의 질문에 간단한 대답을 하지만, 질문에 대한 답이 아니라 본인이 하고 싶은 말을 짧게 함. 대화가 이어지지 않고 어머니가 없는 상태에서는 말을 하지 않음. 대화를 시작하려고 얼굴을 쳐다보면 눈을 감아버림. 어머니와 둘이 있을 때는 표정의 변화가 보이기 시작하였다고 함. 어머니와 하루 1회 씩 가까운 낚시터나 동산으로 산책을 다녀옴. 엉뚱한 대답을 하는 등 대화의 주제에 따라가지

못하나 단답형으로 대화를 이어나가기는 함.

4) 입원 10일째

어머니에게 퇴원하고 싶은 마음을 이야기하였고 어머니와 대화시 감정의 표현이 다양해졌다고 함. 하루 3끼 식사를 소량으로 하며 식사 후 구토 없으며 얼굴에 대한 망상을 말하지 않음. 어머니와 함께 병실을 나와 병원 주변을 돌아다니기도 하며 병원 안이 답답하다고 표현하였다고 함.

5) 입원 15일째

자택으로 외출하여 저녁식사 많이 하고 왔음. 코막힘 증상이 반 이상 호전되었으며 식사시 불편감 없다고 함. 눈을 감고 있거나 다른 곳을 쳐다보고 있지만 질문에 대한 올바른 대답을 짧게 함. 길게 대답해야 하는 질문이나 대답하기 싫은 질문은 대답하지 않음. 침치료시 의료진이 가벼운 스킨쉽을 시도하려고 하면 피함. 어머니와 외출시 점점 더 기분이 나아지고 밝아지는 것 같다고 말씀하심.

6) 입원 29일째

여전히 의료진과는 눈을 마주치지 않으나 눈을 감고 살짝 미소짓는 등의 감정표현 보임.퇴원 사실에 대해 즐거워하며 질문의 50%정도는 대답을 함. 타인이 자신을 비웃거나 얼굴이 이상하다는 생각은 들지 않는다고 함. 정상적으로 식사하며 씩씩하게 움직임.

7) 통원치료경과

통원치료를 시작하면서 어머니, 아버지와 함께 매일 치료를 받음. 식구가 같이 올 때도 있고 따로 올 때도 있지만 함께 와서도 서로 이야기를 하는 적은 거의 없었음. 어머니, 아버지도 각각 다른 시기에 입원하여 평소 가지고 있던 질병에 대해 치료를 받았으며, 심적으로 변화하려는 모습을 보여줌. 퇴원 후 정상적으로 학교생활을 시작하였으며 내성적인 모습은 유지하였으나 학교 생활에 큰 무리는 발생하지 않음. 모든 식구가 밀가루, 육류, 인스턴트 음식을 금하는 식생활을 실천하려고 노력함.

통원 2개월에는 여전히 눈을 감고 있지만 질문에 대한 대답은 정상적으로 함. 통원 3달 째 새로운 생활이 무척 즐겁다고 함. 통원 4개월에는 눈을 마주치지는 않지만 멀리서 보고 먼저 인사를 하였으며 먼저 질문을 하기도 함. 함께 농담하고 웃기도 하며 감정의 표현이 자연스러워짐. 치료를 받으면서 안면에 신색이 돌아옴에 따라 외모에 자신감을 보이기도 했으며 칭찬을 거부하지 않음. 통원 7달 째 환자가 어머니에게 불만을 토로하며 원망하였다고 함. 어릴 적에 내장이 아팠던 것을 오랫동안 방치한 것이 지금 아픈 것과 연관이 있으며 최근에 치료를 받아서 많이 나아졌지만 어릴 적에 아픈 것은 머릿속에 깊숙이 남아있어서 꺼내서 치료받아야 한다고 말했다고 함. 어릴 적부터 쌓여있던 불만감을 처음으로 토로한 것은 큰 발전이라고 사료됨. 통원 8달 째 친구들끼리 놀러갈 계획을 자랑하며 보통의 학생들과 다르지 않은 생활을 하는 모습을 보임.

Table Ⅰ. Table of the Change in Beck Depression Inventory(BDI)

Admission Day	3 month after
24점	7점

10점 미만 : Not depression, 11-15 점 : Mild depression, 16-24점 : Moderate depression, 25 점 이상 : Severe depression

Table Ⅱ. Table of the Change in Brief Psychiatric Rating Scale Score of the Patient(BPRS)

	Admission Day	Discharge Day	3 month after
1. 신체적 염려	7	5	4
2. 불안	7	4	2
3. 우울기분	7	4	1
4. 죄책감	3	1	1
5. 적대감	7	3	1
6. 과대성	1	1	1
7. 의심	7	3	1
8. 환각행동	4	1	1
9. 이상한 사고내용	6	2	1
10. 지남력 장애	1	1	1
11. 개념적 와해	1	1	1
12. 둔마된 정동	7	3	2
13. 감정의 철회	6	2	1
14. 운동지체	1	1	1
15. 긴장	1	1	1
16. 비협조성	3	1	1
17. 흥분성	1	1	1
18. 동작과 자세	1	1	1
총점	71	36	23

1점 - Not present, 2점 -Very mild, 3점 - Mild, 4 점- Moderate, 5점 - Moderately severe, 6 점- Severe, 7 점- Very severe

대부분의 치료 기간 동안 환자가 의사와의 면담 및 각종 심리검사에 대한 거부감이 무척 심했으므로 다양한 검사를 시행하지 못했다. 환자가 거부감 없이 작성해준 설문지는 BDI로 정신병에 관한 항목이 없어서인 것으로 짐작된다. 입원시 중등도의 우울감을 나타냈으나 3달 후 정상범위로 나타났다. 그 외 정신분열증 관련 설문지는 적극 거부하였으며, 본인을 정신병자 취급한다며 격렬하게 거부하는 모습을 보였다. 따라서 BPRS로 증상변화를 평가하였으며, 입원 및 통원 치료기간 동안 유의하게 향상되는 것을 확인할 수 있었다.

Ⅲ. 고 찰

정신분열병은 언어, 지각, 사고, 사회활동, 감정 그리고 의지의 혼란을 특징으로 하는 이질적인 증후군이다. 이 증후군은 보통 청소년 후반기에 시작하여 점진적인 발병을 하며 일반적으로 사회적 고립과 지각의 왜곡으로부터 만성적인 망상과 환각으로 진행되는 좋지 못한 경과를 가진다. 환자는 양성증상(지각의 혼란, 망상, 환각)과 음성증상(기능의 소실, 무감동, 감정표현의 감소, 집중력 저하, 사회적 참여의 저하)을 가질 수 있다[8]. 정신분열병은 Kraepelin[9]이 조기치매(dementia praecox)로 명명한지 100여년이 지났으나 아직 정확한 원인이 밝혀지지 않고 있다. 원인에 대한 여러 가설이 제시되었지만 이를 뒷받침할 충분한 자료가 없어 이는 단일질병(unitary disease)이 아니라는 가정만을 하고 있을 뿐이다[10]. 정신분열병은 하나의 단일질환으로서 다양한 양상을 보이는 것이라기보다 인지, 지각, 정동, 행동 등의 영역에서 주요 증상을 나타내는 일련의 복합질환이다. 한 환자에서 모든 증상이나 임상양상이 동시에 나타나지는 않는다[2].

정신분열병에서 보는 정동장애의 특징은 정서반응의 감소, 정서의 부적절성, 정서의 완고함이라고 할 수 있다. 그러므로 정신분열병 환자는 흔히 혼자 실없이 웃는 등 부적합한 감정표현과 정서의 둔마를 보인다. 심한 경우에는 자신이나 외부의 사건에 대해 무관심하고 감정표현을 전혀 하지 않는 무감동 상태가 되기도 한다. 즐거움을 못 느끼는 상태 또는 우울증 상태를 보이기도 한다. 이들의 감정은 일관성이 없으며, 감정표현에 깊이와 초점이 결여되어 있다. 때문에 다른 사람들과 정서적 유대관계를 맺기 어렵다[2].

전 세계적으로 정신분열병의 평생유병률은 인구의 약 1%로서 흔한 정신병의 하나이다. 정신분열병의 유병률과 발병률은 서양과 동양, 선진국과 개발도상국 등 지역, 인구 및 문화적 특성

에 관계없이 대체로 유사하게 나타나고 있다. 서양의학적 치료는 항정신병 약제에 많은 부분을 의존하고 있는 실정이며, 만성적으로 정신을 황폐화시키는 특성으로 인해 사회적으로 문제가 되는 질환이다.

본 증례의 癲證은 서양의학의 정신분열병 뿐만 아니라 불안장애의 사회공포증과도 연관이 있는 것으로 보인다. 불안장애 중 사회공포증(혹은 대인공포증)은 10대에 흔히 발병한다. 발생빈도는 약 1~2%인데, 다른 사람들 앞에서 창피를 당하거나 당황할 것 같은 두려움이 있었던 경험 후에, 혹은 청소년기부터 사회적으로 억제되거나 수줍어하면서 서서히 발전한다. 청소년기에 사회공포증은 학교 적응을 저하하거나 대인관계를 기피하는 등 문제를 초래할 수 있다. 증상의 정도는 때에 따라 다양하게 나타나기도 하지만 대개 일생을 지속하는 수가 많다[11]. 이는 정신분열병의 음성향인 증상과 유사하여 감별하기가 쉽지 않으므로 면밀한 관찰을 통한 정확한 진단이 우선되어야 하겠다.

정신분열병의 발병은 청소년기에 접어들면서 증가하여 17~20세에 정점을 이룬다. 이들의 특징은 망상, 환각, 사고의 붕괴와 같은 양성 증상과 무감동, 위축 등의 음성 증상을 보이면서 대인 관계를 피하거나, 학업 및 기타 작업 수행이 어려워지거나 점점 고립된 상태를 보인다. 따라서 중고등학교 연령의 청소년에서 납득할 수 있는 명백한 이유가 없으면서 학업 성취도가 저하하거나 고립되는 경우에 반드시 이 병을 의심하여야 한다. 최근에는 정신분열병을 조기에 발견하여 적극적인 치료를 하게 되면 놀라울 정도의 회복을 보이는 반면, 만 2~3년 이상 만성화 경과를 밟게 되면 회복률은 급격히 저하한다[11]. 본 증례의 환자는 대인기피 증상뿐만 아니라 망상, 무감동 등의 증상을 뚜렷이 보였으므로 정신분열증의 음성증상에 해당되는 것으로 판단하였다.

정신분열병은 여러 원인적 요인들이 복합적으로 작용하여 발병한다. 스트레스-취약성 모형에 의하면, 어떤 개인이 특별한 취약성을 가지고 있어, 어떤 환경적 스트레스를 받으면 정신병이 발병하게 된다고 본다. 따라서 정신분열병의 원인 규명을 위해서는 유전적, 생물학적 및 사회심리학적 연구 모두 필요하다.

특히 최근 CT 혹은 MRI를 이용한 정신분열병 환자의 뇌구조 연구가 활발하게 이루어지고 있는데 측뇌실과 제3뇌실의 확장, 대뇌피질의 위축, 대뇌 반구 비대칭성의 이상, 소뇌의 위축, 측두엽 용적 감소 등이 보고되며, 이 중 측뇌실의 측두극 확장, 변연계 구조물과 측두엽 특히 상측두엽의 용적 감소가 비교적 일관성 있게 보고된다[4]. 이 중 뇌실과 구의 확대나 대뇌 위축은 병으로 인한 퇴행성으로 인해 나타난 현상이 아니라, 태생기의 신경발생학적 이상에 기인된 것으로 본다. 또한 대뇌피질 위축을 보이는 환자들은 특히 병전기능장애, 음성증상, 인지장애 등 신경정신과적 증후, 항정신병 약물에 의한 추체외로 증상의 발생, 약물치료 반응의 불량, 예후 불량 등과 관련된다고 한다[2]. 따라서 정신분열증 환자의 진단에 있어서 대뇌의 영상학적인 검사 또한 간과되어서는 안 될 것으로 사료된다.

癲證의 원인에 대한 역대 학설을 종합해보면 크게 痰, 七情, 心血不足, 脾胃의 기능저하, 胎病 등으로 대별할 수 있다. 『臨證指南醫案』에서는 癲은 걱정과 울결이 쌓인 것인데, 병이 心, 脾, 胞絡에 있으며 三陰이 가려지고 펼쳐지지 않아서 氣가 울체하면 痰瀰하고 神志가 혼란케 된다.'[12]고 지적하였다. 또한 『丹溪心法』에서는 '多因痰結於心胸間 治當鎭心神開痰結....五志之火 因七情而起 鬱而成痰 故爲癲癎狂妄之症.'[13]이라 하여 痰으로 인한 병리현상을 강조하였다. 『醫學入

門』에서는 癲證의 원인을 喜怒無常이라고 제시하여 정서적인 자극이 발병원인이 된다고 하였고, '癲者異常也 平日能言癲則沈默 平日不言'[14]과 같이 癲證은 평소와 다른 언어를 보이며 정서적인 하락이 보이는데 이는 陰虛血少하고 心火가 안정되지 못하여 생긴 것이라 하였다. 『景岳全書』에서는 '凡狂病多因於火 此或以謀爲失志 或而思慮鬱結 屈無所申 怒無所洩 以致肝膽氣逆 木火合邪是誠東方實證也 此其邪乘於心 則爲神魂不守 邪乘於胃 則爲暴橫剛强'[15]이라 하여 火로 인한 怒氣가 肝膽을 손상시켜 心에 영향을 주는 것을 설명하였다.

이와 같이 癲證의 경우 七情鬱結挾痰, 心血虛, 脾胃虛寒으로 요약된다. 癲光의 원인인 七情, 脾胃의 虛寒, 火 등을 막론하고 병리변화에 있어 痰이 주요한 병리산물로 등장하고 있다는 점은 치료에 있어 治痰을 매우 중요시하였음을 보여준다. 七情의 울결로 氣機가 울체되면 痰이 생기고 痰이 울결되면 경락을 雍閉하고 心竅를 格塞할 수 있다. 痰濁中阻로 음식생각이 없고, 舌苔가 얇고 기름진 것이 끼어 있으며, 痰氣가 울결되고 脈이 弦活하게 된다[2]. 정신활동의 물질적 토대인 血이 부족할 경우 역시 정신기능의 장애를 유발할 수 있다. 脾胃가 虛寒하면 먹은 음식이 영양분으로 체내에 흡수되지 못하고 痰으로 변하게 된다. 痰은 흉격을 막고 심장으로 정상적인 기운이 원활하게 흐르지 못하게 하여 癲證이 생기게 되는 것이다[15].

본 증례에서 저자는 癲證의 원인을 飮食不節로 인한 장부기능의 실조와 가족관계에서 오는 스트레스로 인한 氣機鬱結로 보고 치료하였다.

환자는 어린 시절부터 주식은 멀리하고 면류, 인스턴트, 빵 등을 편식하였으며 식사 시간 또한 불규칙하였다. 이러한 飮食不節이 소장기능실조를 야기하여 먹은 음식물이 영양분으로 체내에 흡수되지 못하여 痰을 형성하였고, 이는 脾胃虛寒 및 小腸虛寒을 유발하게 된 것으로 보았다. 이러한 상태가 오래 지속되어 心血虛 상태를 유발하였고, 또한 痰은 경락을 막고 心竅를 혼란시켜 정신기능의 장애를 유발하게 된 것이다. 더불어 아버지의 일관적이지 못한 양육태도 및 강압적인 가족분위기는 氣機鬱結을 발생시켜 오랜 기간 동안 氣鬱化火하게 되고 이는 심장을 요동시키고 心火를 발생시켜 情志기능의 이상을 발생시키게 된 것이다.

본 증례의 환자는 정신분열병의 분류 중 단순형에 해당되는데, 이는 서서히 이상한 행동을 하고 게으르고 목적이 없는 등, 사회적 요구에 부응하지 못하고 일을 수행하는 능력이 상실되고 정동의 심한 둔마 등의 음성증상이 심해지는 것을 말한다. 기능의 감퇴가 눈에 띄지 않게 천천히 점진적으로 진행되며, 눈에 띄게 정신병적이거나 망상, 환청을 경험하지는 않는다[2].

또한 가족 및 대인관계의 어려움을 호소하고 있는 점을 주목하였다. 가족이론은 발달 과정 중 특별한 비정상적 가족상황이 정신분열병을 유발할 수 있다는 이론이다. 여러 가지 가족 병인론 중 대표적인 것은 이중구속 이론(double-bind transaction)이다. 이는 아이에게 서로 상이한 언어적 의사소통과 비언어적 의사소통이 동시에 부과되는 상황, 즉 말과 행동이 서로 다른 상황을 말한다. 이 때 아이는 이러지도 저러지도 못하는 갈등에 빠져 마비, 분노, 불안, 절망에 빠지고 그 자신도 장차 분명한 의사소통과 사회적 판별능력을 획득하지 못해 결국 정신분열병이 된다는 것이다. 보통 사람들도 가끔씩 이중구속에 묶이게 되지만 정신분열증 환자는 지속적으로 이러한 이중구속을 다루어야 하고 그 결과 병에 걸리는 것이다[16]. 또한 대인관계에서의 어려움, 특히 부모-자식관계에서의 어려움도 정신분

열증의 원인이 될 수 있다. 잘못된 양육은 영아에게 항상 불안을 가지고 있는 자기(anxiety-laden self)를 형성하게 하고 소아가 자신의 필요를 만족시키지 못하도록 방해한다는 것이다. 이런 자기 경험은 곧 해리되지만, 심각한 자존심의 손상을 초래한다. 이런 해리된 자기가 재출현하여 공황상태에 이르고, 이어서 정신병적 혼란상태에 이르게 된다고 한다. 한편 청소년기에 이 병이 집중적으로 발생하는 이유는 환자들이 사춘기에 들어서면서 자아기능의 확장이 요구되는 과제들에 부딪혀 갈등을 겪게 되면서 자아가 붕괴되기 때문으로 보았다[2]. 본 증례의 환자도 청소년기에 접어드는 14세경에 아버지의 강압적인 교육이 시작되었고 2년 동안 일관적이지 못한 기준으로 양육되어 자아의 혼란이 유발된 것으로 보인다.

따라서 氣鬱化火, 心血虛, 小腸虛寒으로 변증하고 理氣解鬱, 化痰開竅하고 益氣健脾하여 神志를 정상화 시키는 것을 목표로 하였다. 주된 치법은 한약물 및 침치료로 상기 증상을 다스리는 것으로 하고 또한 식습관 교정 및 가족관계 개선을 최우선으로 하였다. 증상의 변화 등을 면밀히 관찰해야 하고 자해 및 자살의 위험성이 있기 때문에 입원하여 24시간 동안 항상 지켜보기로 하였다. 입원 후 환자의 협조성이 비교적 향상되었을 때 Brain CT 검사를 시행하여 전두엽과 측두엽의 축소여부에 대해 확인하였으나 정상으로 확인되어, 태생기의 신경학적인 이상 등의 원인을 배재하였다.

투약방은 加味蔘蘇飮(蔘蘇飮 去 人蔘 加 旱蓮草 甘松香 預知子 龍眼肉)으로 氣鬱化火된 열을 내리고 痰을 제거하며 安神시키는 효과를 얻고자 하였다. 預知子, 甘松香 등의 약재로 理氣解鬱하고 旱蓮草 등의 약재로 淸熱補陰하는 효과를 꾀하였다. 하루 3번 투약되었으며 입원 기간 동안 동일한 처방을 사용하였다. 환자가 양약은 적극 거부하였다고 하나 한약에 대한 거부감이 적어서 일정하게 투약되었다. 또한 입원 2일째까지 牛黃抱龍丸을 투약하여 情志의 불규칙하고 극심한 변화를 가라앉히고자 하였다. 施鍼은 解鬱, 脾胃기능 정상화, 安神 등을 위해 양측 八邪穴 및 足厥陰肝經, 足少陽膽經의 경혈을 선용하였다. 또한 상담요법은 환자에게 직접 실시하기보다는 어머니와의 면담을 주로 하게 되었는데 환자가 대인기피가 극도로 심했기 때문이다. 환자와의 관계형성을 위해 처음에는 병실에 가서 가만히 앉아있는 것부터 실시하였는데, 1일 2~3회 脈診 및 침치료를 위해 병실 방문하였으며 1회 10분~15분 환자와 대화를 시도하고 반응이 없으면 무리하게 대화를 이어나가지 않았다. 또한 초기에 환자가 의료진을 상당히 경계하여 어머니와의 상담을 2~3일에 1회 정도 간결하게 하였으며, 환자와의 직접적인 대화가 불가능하였기 때문에 간접적으로 환자의 상태를 점검하고 현재 치료 과정을 설명하여 환자의 감정적인 부분을 어머니가 감싸주도록 하였다. 입원 일주일 후부터는 의료진과의 대화에서 짧은 대답을 하기도 하였고 퇴원에 가까워질 때는 크게 경계하는 모습을 보이지 않았기 때문에 직접 대화를 시도하기도 하였으나 여전히 긴 대화는 불가능하였기 때문에 입원기간동안 대부분의 상담은 어머니와 이루어졌다. 기타 양방 치료는 병행하지 않았다.

대부분의 임상 면담은 부모, 그 가운데서도 대개 어머니와 먼저 면담을 시행하게 된다. 특히 청소년의 연령이 어릴수록 부모를 먼저 면담하게 되는데, 부모를 먼저 만날 것인지, 청소년을 먼저 면담할 것인지를 선택하여야 한다[17]. 치료관계의 형성을 위해 우선 치료자와 환자 간의 인간관계가 선행되어야 한다. 따라서 어떤 때는 그러한 관계형성을 위해 치료자가 적극적으로

행동한다. 정신분열병 환자와 함께 병실 내에서 식사를 한다든지 그냥 환자 곁에 말없이 앉아 있어 준다든지 하여 치료자가 환자를 이해하고 싶고, 또 그렇게 하려고 한다는 뜻이 전해질 수 있도록 한다. 간혹 환자들이 치료자를 화나게 하고 당황하게도 만들며, 치료자로 하여금 희망이 없다고 생각되게 하거나, 적절한 치료자가 못된다고 생각하게 하는 등의 역전이를 일으키는 수가 있다. 이러한 역전이는 오히려 치료가 잘 이루어질 수 있도록 건설적으로 활용되어야 한다[2]. 본 증례의 경우도 환자가 너무 반응이 없고 어머니 이외의 사람들을 경계하고 특히 의료진을 불신하였기 때문에 때때로 치료자로써의 좌절감이 수반되었으나 극복하고자 노력하였다.

정신분열병은 그 특성상 만성화되는 경우가 많으므로 정신분열병 환자의 가족들은 환자에 대한 보호와 간호기간 동안 계속 균형상태가 깨어진 부적응으로 인하여 불안감을 경험할 수 있다. 불안한 심리적 상태는 직관적인 의사소통에 의해 타인에게 전이되는 것으로 환자 가족이 느끼는 불안은 환자에게 부정적인 영향을 미칠 것이다. 실제로 정신분열병 환자 가족들은 환자의 질병과 진단에 대한 무지와 환자에 대한 불확실한 예후로 인해 지속적인 불안과 스트레스를 겪고 있으며 환자를 도우려는 자신의 노력이 허사가 될 때는 정서적 우울과 죄책감을 경험한다고 한다. 이처럼 정신분열병 환자의 가족은 환자를 위한 중요한 지지체이면서 동시에 숨겨진 희생자라고 할 수 있다[17]. 또한 환자가 병이 생긴데 대해 죄책감을 느끼고 있고 또 치료과정에서 그들의 이야기가 나오리라는 것을 느끼고 있는 가족들로서는 가족 치료를 통해 치료자가 치료하는 과정을 관찰할 수 있고 또한 치료자가 그들을 좋지 않게 생각하거나 책망하고 있지 않다는 것을 관찰할 수 있는 기회를 가지게 된다[18]. 따라서 환자 한 사람만 치료를 받는 것이 아니라 의료진이 가족 모두를 이해하고 함께 치료 과정에 포함시켜야 궁극적으로 치료목적을 달성할 것으로 보고 환자 내원시 가족이 함께 치료받도록 하였으며, 또한 식사지침도 자택에서 엄격하게 지키도록 하였다.

퇴원 후 통원치료는 거의 매일 이루어졌으며, 환자는 어머니와 동행하거나 아버지와 동행하였으며 온가족이 함께 온 날도 있었다. 환자가 학교에 다시 다니기 시작하면서 점점 표정이 밝아지고 대화가 가능해졌으며 통원 4~5달째에는 먼저 다가와 인사를 하고 눈을 마주치는 등의 호전을 보였다. 통원치료 시기에도 입원시와 같이 식생활을 교정하는 것은 지속되었으며 특히 가족들이 모두 참여하여 식생활의 개선을 이루어 내 전반적인 가족의 분위기가 향상되었다.

일단 퇴원한 환자가 완전한 사회복귀를 하기 전 우선 가정 내에서도 여러 문제를 일으키는 경우가 많다. 환자가 다른 가족에게 마음의 부담을 주는 동시에 가족 자체가 환자에게 심적 부담을 주는 악순환을 일으켜서 좋지 못한 결말을 가져오게 되는데, 퇴원 전이나 또는 퇴원 후에 전문적인 재활 없이 경과한 경우 퇴원 후 1년 만에 경하게 가족에게 부담이 되는 경우가 40%, 중한 부담을 주는 경우가 20%이고, 퇴원한 환자의 43%가 재입원하게 된 보고가 있다[19]. 따라서 상기 환자의 통원 치료 계획을 장기로 세우고 그동안에 환자 및 가족 상태의 변화에 대해 면밀한 관찰이 있었다.

본 증례에서는 한의학계에서 크게 보고된 바 없는 癲證에 대해 한의학적인 변증과 진단을 통하여 호전되었다는 것에 의의가 있으며, 환자의 가족들까지 치료에 참여시켜 가족 환경을 변화시켜줌으로써 병의 치료 및 재발방지에 기여했다는 것이 의미가 있다. 또한 정신분열병은 만성

화되는 질병이고, 재발하는 질병이므로 오랜 기간 동안의 관찰이 필요한데 본 증례는 퇴원 후에도 8개월간 지속적으로 내원하여 질병의 변화를 살펴볼 수 있었다는 것에 의의가 있다.

여타의 정신과질환과 같이 정신분열병 또한 병의 증세가 다양하고, 예후를 예측하기 어려우며, 치료법이 확립된 것이 없다. 게다가 정신질환에 대한 선입견으로 인하여 적극적인 치료를 받기보다는 숨기려는 데에 급급하고, 병이 발생한 근본적인 원인이 제거되지 않은 채 부끄럽게만 여기고 덮어두려는 폐단이 있다. 하지만 정신분열병은 대부분 청소년기에 발병하고 특히 음성증상은 불안장애 등과 감별이 쉽지 않아 조기진단이 어렵다. 또한 발병률이 0.01~0.05%로 낮지 않음에도 불구하고 정신분열증에 대한 지식이 없는 사람들이 증상을 오해하고 치료가 늦어져 만성화되는 경우가 많은 듯하다. 앞으로 정신분열병에 대한 올바른 지식을 알리고 많은 사람들이 조기에 치료 받을 수 있도록 더 많은 연구가 지속되어야 할 것이다.

Ⅳ. 결 론

본 증례에서는 식욕부진, 감정의 둔마, 무기력, 망상 등의 증상을 보여 정신분열증으로 진단받은 환자에 대한 제반 증상들을 飮食不絶로 인한 脾胃虛寒, 心血虛, 가족 내 스트레스로 유발된 氣機鬱結로 인한 癲證으로 진단하고 한약치료, 침치료, 지지요법, 가족 상담을 시행하였다. 그 결과 제반 증상들이 거의 정상에 가깝게 호전되어 환자는 학교 수업에 정상적으로 참여할 수 있을 정도가 되었고, 가족 모두가 치료에 참여하여 증상을 유발하게 하는 가족 내 스트레스를 개선하고자 하여 가족 간의 만족감이 높아진 상태였다.

본 증례는 정신분열증의 음성 증상에 해당되는 것으로 장기간의 잘못된 식습관을 방관하여 발생된 것으로, 가족 내에서 올바른 식사습관이 확립되어있지 않았고 지속적인 스트레스 상황이 개선되지 않은 채 계속되어 상기 증상이 발하게 된 것으로 보인다. 癲證은 만성화되는 경향을 보이며 장기간 약물에 의존하게 만들며 심해지면 정신의 황폐화까지 초래하게 되므로, 이러한 원인들을 조기에 발견하고 치료한다면 치료 기간이 더욱 단축될 것이다. 또한 정신분열증은 환자 자신뿐만 아니라 가족의 삶까지도 흔들리게 하므로, 치료자는 병의 원인을 정확히 파악하여 넓고 심층적인 안목으로 환자 및 가족을 이끌어가는 모습이 필요하다. 癲證은 장기간의 연구 관찰이 필요한 병으로 현재 한의학적인 보고가 부족한 실정이므로 지속적인 연구가 필요할 것으로 사료된다.

참고문헌

1. 민성길. 최신정신의학. 서울:일조각. 2001:226-55.
2. 대한한방신경정신과학회. 한방신경정신의학. 파주:집문당. 2005:274-84, 462-79.
3. 류희영. 동의신경정신과학. 서울:남산당. 1988:42-5.
4. 대한신경정신의학회. 신경정신의학. 서울:중앙문화사. 2005:411-47.
5. 하수영, 최보윤, 정인철, 이상룡. 정신사회적 치료와 한방요법을 병행한 정신분열병 환자의 증례고찰. 동의신경정신과학회지. 2004;15(1):247-54.

6. 송일헌, 김의철, 홍은기, 이주일, 박영철, 손덕칭, 권도익, 박준하, 김주영. 급성 뇌경색을 동반한 정신분열병 환자의 귀비탕 치험례. 대한한방내과학회지. 2006;27(2):546-53.
7. 이지원, 차혜진, 서영민, 서덕원, 박세진. 양약 복용 후 추체외로증후군을 나타낸 정신분열형 장애 환자에게 EFT요법과 한방치료를 병행하여 치료한 치험. 동의신경정신과학회지. 2009;20(2):207-16.
8. 대한내과학회. 해리슨내과학Ⅱ. 서울:MIP. 2003:2633.
9. Kraepelin E. Compendium der psychiatrie. Leipzig:Barth. 1896:51-74.
10. Weiner H. Schizophrenia. Baltimore:Williams & Wilkins Company. 1985:650-80.
11. 안동현. 청소년 정신건강장애. 대한의사협회지. 2009;52:745-57.
12. 전국한의과대학 병리학교실. 동의병리학. 서울:일중사. 1999:120.
13. 朱震亨. 丹溪心法附餘. 서울:대성문화사. 1993:353.
14. 李梴. 編註醫學入門. 서울:대성문화사. 1994:262-3.
15. 張介賓. 景岳全書. 서울:대성문화사. 1992:691.
16. Michal P. Nichols. 가족치료. 서울:시그마프레스. 2007:42-8.
17. 김소형, 오수성, 이은희, 김현정. 만성정신분열병 환자의 삶의 질: 스트레스 대처방식, 증상, 가족의 지지를 중심으로. 한국심리학회지. 2006;24(1):73-87.
18. 황의완, 김지혁. 동의정신의학. 서울:현대의학서적사. 1987:469-505.
19. 최신해. 정신분열병의 Rehabilitation. 대한의학협회지. 1968;11(10):37-40.