동의신경정신과 학회지 제21권 제4호(2010년 12월)
J. of Oriental Neuropsychiatry 2010;21(4):187-206

한방치료와 Rogers의 인간중심적 상담요법으로 호전된 뇌졸중 후 우울증 치험 2례

김진이, 이진환, 김수정, 서주희, 윤인애*, 박은영†, 성우용‡

국립중앙의료원 한방신경정신과, 국립중앙의료원 침구과*
국립중앙의료원 한방내과†, 부산대학교 한의학전문대학원 한방신경정신과교실‡

A Clinical Report of Two Patients with Poststroke Depression by Korean Traditional Treatment and Roger's Person-centered Counseling

Jin-Yi Kim, Jin-Hwan Lee, Soo-Jung Kim, Joo-Hee Seo,
In-Ae Yoon*, Eun-young Park†, Woo-Yong Sung‡

Dept. of Oriental Neuropsychiatry, National Medical Center
Dept. of Oriental Acupucture and Moxibustion, National Medical Center*
Dept. of Oriental Internal medicine, National Medical Center†
Dept. of Oriental Neuropsychiatry, Pusan National University School of Korea Medicine‡

Abstract

Objectives :
This study was designed to report the effect of korean traditional treatment and person-centered counseling for poststroke depression

Methods :
We treated two patients who scored 37 point and 32 point at Beck's depression inventory each, and 23 point and 22 point at Hamilton rating scale for depression each by korean traditional treatment and person-centered counseling.

Results :
After treatment, the clinical symptoms were improved and Beck's depression inventory, Hamilton rating scale for depression score were decreased.

Conclusions :
The result suggest that korean traditional treatment and person-centered counseling is effective in patients with poststroke depression.

Key Words :
Poststroke depression, Korean traditional treatment, person-centered counseling, Beck's depression inventory, Hamilton rating scale

투고 : 2010. 11. 3. 수정 : 2010. 12. 4. 채택 : 2010. 12. 6.
교신저자 : 김진이, 서울시 중구 을지로 6가 18-79번지 국립중앙의료원 한방진료부
Tel) 02-2260-7454, Fax) 02-2260-7464, E-mail) cygnus722@naver.com

Ⅰ. 서 론

뇌졸중은 갑작스럽게 의식장애, 운동장애, 언어장애 등의 증상이 나타나는 병증을 말하며 뇌혈관의 이상으로 인하여 혈류를 통한 뇌조직으로의 지속적인 산소와 포도당의 공급이 부족하게 되어 국소적인 신경장애를 일으킬 뿐만 아니라 인지기능의 저하, 성격의 변화, 우울함이나 불안 같은 정서장애를 야기시키며 그중에서 가장 흔하고 오랫동안 지속되는 후유증으로서 뇌졸중 후 우울증을 들 수 있다[1]. 환자의 선택, 진단 기준, 발병일로부터 경과일 등에 따라 차이가 있으나 대략 20~60% 정도로 높은 발병 빈도로 나타나는[2] 뇌졸중 후의 우울증은 인지기능이 손상되지 않은 환자의 경우 뇌졸중으로 인해 상실한 병전 자아상과 그로 인한 무력감, 분노, 좌절 및 기타 여러 가지 부정적인 인식의 발현, 결국 자신에게 향한 실망과 원망 등을 극복하지 못함으로써 스스로 침잠하는 상태이다[3]. 이러한 내적 상태의 표현은 주로 수면과 식사 장애, 무기력감 호소 등의 신체적 증상의 표현으로 나타나고 환자의 호소는 뇌졸중이라는 가시적인 더 큰 질환으로 인하여 종종 무시되기 쉬우며 때로는 삶을 포기할 정도의 정신적 황폐화와 자기연민을 초래하게 되고 삶의 질에 부정적인 영향을 미치며 수개월에서 수년 사이에 뇌혈관 질환 재발 및 자살시도의 위험 요인을 증가시킨다[4]. 따라서 뇌졸중 후 우울증의 유무는 뇌졸중 후의 삶의 질에 강력한 예측인자 중 하나이므로 뇌졸중 후 우울의 관리는 매우 중요하다[5].

한방에서는 중풍 후 우울증이라는 병명에 대해 직접적인 언급은 없으나 중풍 후 痴呆, 중풍 후 癲證, 중풍 후 癎證 등 중풍 후에 발생하는 여러 정신장애에 대해 언급하여 중풍 후의 정신적 후유증을 중요하게 다뤘음을 알 수 있다. 중풍 후 정신질환의 각 치료는 환자의 증상 및 정신상태에 준하여 치료하도록 하였고[6] 중풍 후 우울증 또한 병전 상태의 상실을 받아들이지 못하여 불안이 우울로 발전하고 여러 제약 등에 의해 감정이 억울되는 상황이 발생하므로 鬱症의 관점에서 접근하였다.

한의학에서는 우울증을 鬱症의 범주로 보고 氣機가 鬱滯되어 通暢하지 못함으로써 유발되는 병증으로 인식하여 왔다. 한의학에서는 각종 심리치료 방법이 활발히 시행되어 심신의 안녕을 도모하도록 하였는데 특히 鬱症의 치료에는 『靈樞・師傳』의 '開之以其所苦', 『素問・移精變氣論』의 '閉戶塞牖, 系之病者, 數問其情, 以從其意'에서 알 수 있듯이 환자의 억울된 심정을 풀어주고 그의 원하는 바와 생각에 순종하는 '隨從順意法'이 심리치료에 있어 중요한 기법으로 사용되었음 알 수 있다[6].

Rogers의 인간중심 상담기법은 한국의 '정서중심의 문화'와 잘 융합되어 국내 임상의 상담장면에서 선호되는 기법으로[7] '무조건적 긍정적 존중, 공감적 이해, 일치성'의 3가지 기본 원칙하에 상호신뢰적인 분위기를 조성하여 내담자가 거리낌 없이 자기를 공개하도록 함으로써 자신의 내면세계를 이해하고, 자신의 문제를 파악할 수 있도록 돕는다. 이는 환자의 심신의 요구를 만족시키고 생각에 순응하여 맺힌 것을 풀어냄으로써 발병의 심적 요인을 제거하는 '隨從順意法'에 가장 부합하는 방법이라 할 수 있다[6]. 일찍이 Rogers 자신이 도가 사상에서 자기 사상의 주소를 찾을 수 있다는 언급을 했고, 중국과 일본에서도 노자, 불교 사상과 인간중심 상담이론을 비교 연구 중이며[8] 국내에서도 한국인의 심리 특성에 맞추어 토착화하려는 연구가 활발히 진행되는 가운데[7] 동양사상을 기반으로 하며 전

통적으로 억울된 정서의 해소를 중요시하는 한의계에서 인간중심 상담기법이 활용되는 보고는 많지 않다.

따라서 본 연구에서는 뇌졸중 후유증, 자존감 저하, 가족불화 등으로 氣機鬱結되어 우울증이 발한 환자들로 하여금 기저 질환인 뇌졸중의 치료와 병행하여 인간중심 상담 요법을 시행하여 유의한 효과가 있었기에 경과를 아래와 같이 보고하는 바이다.

Ⅱ. 대상 및 치료 방법

1. 대상

20○○년 ○월 이후 ○○○○원 ○○○○○○과에 입원한 환자 중 Beck's Depression Inventory (BDI) 24점, Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) 18점 이상인 환자 2명을 대상으로 하였다. 환자들은 뇌졸중 발병 이전에는 신경정신과 질환에 대한 기왕력이 없으며 가족력 상에서도 별무 소견을 보였다. 혈액, 소변, 심전도, 호르몬 검사 등을 통하여 기본적으로 감별해야 할 기질적 질환은 배제되었다.

2. 진단 및 치료 효과 판정

1) Beck's Depression Inventory(BDI)

우울증의 유무와 그 심각성을 측정하기 위해 고안된 자기보고식 질문지로 우울증의 인지적, 정서적, 동기적, 신체적 증상 영역을 포함한다. BDI의 전체점수는 심도(severity)에 따라 배정된 개별 문항의 점수를 합산함으로 산출하는데 21개 문항에 대해 각각 0~3점으로 평가되어 총점은 63점이다. 점수에 따라서 0점에서 9점까지는 우울하지 않은 상태(no depression), 10점에서 15점까지는 경한 우울 상태(mild depression), 16점에서 23점까지는 중등도 우울 상태(moderate depression), 24점에서 63점까지는 심한 우울 상태(severe depression)로 우울의 정도를 분류할 수 있다[9].

2) Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)

1960년 Max Hamilton에 의해 만들어진 관찰자 평가척도로, 다양한 종류의 수면장애, 심기증, 또는 자살 생각에 대한 질문들로 구성되어 있다. Original version은 17개 문항, 0~4점 또는 0 ~2점 척도로 구성되고, 가능한 총점 범위는 0~54점으로 0~6점은 정상, 7~17점은 약한 우울, 18~24은 중간 우울, 25점 이상은 심각한 우울을 나타낸다[10].

Ⅲ. 증 례

1. 증례 1

1) 환자 기본 정보 및 입원 기간

이○○, M / 50, 32일간 입원

2) 주소증

(1) 두통, 현훈

頭部 전체가 전반적으로 멍한 느낌, 좌측 太陽穴 1寸 後部 욱신거림, 대부분의 시간에 띵한 어지러움 동반, 갑작스러운 움직임에 증상 심해짐.

(2) 무기력, 우울감

화장실을 가거나 치료를 위한 이동 등의 필요한 활동 이외의 다른 행동 귀찮아함. 다른 환

자와 교류 거의 하지 않고 TV 시청만 하고 자신의 베드에서 커튼치고 생활함.

(3) 언어장애

발음은 명확하나 특정 단어, 특히 사물의 이름 같은 명사를 떠올리는데 수초에서 수십 초 가량 걸림. 대화 중에도 "그거 있잖아요, 그거"란 말을 자주 하고 원하는 말을 떠올리지 못해 자주 대화가 단절됨.

(4) 우반신마비(Gr.4+/4+)

우상지 정교한 작업 시 둔하고 속도 느림. 보행 시 절뚝거리듯 기우뚱함.

(5) 경항부 및 우상지 통증

양측 승모근 상부, 우측 견갑골 내측연 쑤시는 통증, 주관절 이하 외측면 쑤시고 저린 통증.

3) 발병일

(1) 20○○년 ○월 초 뇌경색 발병

(2) 뇌경색 발병 5개월부터 우울감 발생

4) 과거력

(1) alcohol : 1회/1~2주일 (20년 이상, 뇌졸중 발병 이후 금주)

(2) smoking : 1갑/1일 (20년 이상, 뇌졸중 발병 이후 금연)

(3) fatty liver : 08년 3월경 local 의원

(4) hyperlipidemia : 08년 3월경 local 의원

5) 가족력

兄 : 협심증

6) 현병력

상기 환자는 건장한 체격 원만한 성격의 50세 남환으로 상기 과거력 외 별무대병으로 지내셨으나 회사 일로 스트레스 받고 과로하던 중 출근 후 우반신마비, 언어장애 나타나 ○○대학교 병원 응급실로 이송되어 뇌경색 진단받아 보름간 치료 후 본원 한방신경정신과, ○○재활원에서 입원치료받으면서 우반신마비, 언어장애 호전되었다. 그 후 ○○병원에 입원치료 중이었으나 뇌졸중 발병 후 5개월경부터 각종 증상 호전 보이지 않고 무기력, 우울감 심해지신 상태로 한방치료 원하시어 본원 한방 신경정신과에 재입원하였다.

7) 개인력 조사

(1) 기본정보

① 가족 : 부인, 딸2명

② 직업/교육정도/종교/결혼 상태/사회 경제적 계층 : 소규모 건설업 운영/대학교/없음/기혼/여유 있음

(2)심리적 문제

상기 환자는 뇌경색 발병 전 신체적으로 건강한 생활을 유지하였고 가장으로서 책임감 있는 성격이었으며 작은 회사를 운영하면서 사회적, 경제적으로 왕성한 활동을 하고 있었다. 평소 감정 기복이 심하지 않고 힘든 내색을 잘 하지 않는 성격이었다. 그러나 49세의 비교적 젊은 나이에 뇌졸중 발병하여 정신적 충격을 받았으며 우반신마비 등의 후유증으로 신체적 제약을 겪게 되었다. 수개월 이상 치료 기간이 길어지면서 경제 활동이 장기간 중단되고 가장으로서의 역할을 상실하였으며, 뇌경색 초기에 비하여 느린 치료 경과도 환자를 점차 지치고 좌절하게 하였다. 또한 언어장애로 인해 의사 및 감정 표현에 좌절을 겪게 되면서 가족을 비롯한 주변 사람들과

대화가 감소하고 투병 중 발생하는 우울감, 좌절감 등의 부정적 감정을 점점 내부로만 쌓아가는 상황이었다. 그 와중에 딸 부부의 불화가 발생하였는데 이에 대한 원인을 본인 탓으로 돌리며 심한 죄책감을 느끼고 대부분의 일상 생활에서 무력감을 느끼는 상태로 본원에 입원하게 되었다.

8) 한의학적 변증

(1) 望 : 건장한 체격, 面赤, 舌紅, 微黃苔

(2) 問 : 無氣力, 憂鬱感, 頭重感, 胸悶, 頸項痛, 口乾, 口苦

(3) 切 : 脈弦滑, 右脇下部 壓痛, 膻中壓痛

9) 진단

氣機鬱結, 氣鬱化火(肝火, 心火上炎)

10) 치료내용

(1) 인간중심 상담요법(Person-centered counseling)

입원 일주일 후부터 퇴원일까지 약 3주간 주 4회 오후 자침 전 30~40분간 시행함. 감정 표현을 잘 하지 않는 성격과 언어장애로 인해 표현이 더욱 부족하여져서 내부에 쌓인 감정이 많을 것으로 판단하여 충고나 격려보다는 환자가 거리낌 없이 자기를 표현하도록 함으로써 자신의 감정을 이해하고 스스로 자신을 긍정적으로 받아들이고 성장할 수 있도록 하는 인간중심 상담요법을 시행함.

(2) Rapport형성

본 환자는 이번 재입원 3달 전에 본원 한방신경정신과에서 입원 치료받은 경력이 있는 환자로 뇌졸중 발병 15일 후부터 40여 일간 입원 치료 받으실 당시 강한 치료 의지를 보이며 적극적으로 치료에 임하였다. 언어 치료, 한방 치료를 위해 본 의료진과 잦은 접촉을 하였고 회복속도도 빨라 의료진에 대한 신뢰와 친밀감을 쌓을 수 있었다. 이번 입원 후에도 기존에 형성되어 있던 친밀감을 바탕으로 입원 초부터 따로 대화 시간을 가지며 rapport를 쌓도록 하였다.

(3) 한약치료

입원치료 1~7일에는 태음인의 頭痛 六鬱 肢節痛 言語不利 面熱 등을 동반한 중풍에 사용하는 加味淸心湯을 투여하였다. 입원 일주일가량 경과한 시점에서 신체 증상은 소폭 완화되었으나 상담 시 갑작스레 울음을 터뜨리거나 한숨을 자주 내쉬는 등 심한 우울증의 양상을 보여 입원 8일째부터 舌紅, 脈弦滑, 口乾, 口苦, 胸悶, 脇痛, 頭痛, 眩暈의 신체 증세와 분노를 자주 느낀다는 심리 상태를 고려하여 氣機鬱結로 인하여 心肝火가 上炎한 것으로 변증하고 草龍膽, 柴胡, 黃芩, 梔子가 들어가 心肝火를 淸하는 龍膽瀉肝湯에서 理氣 開胸 潛陽하는 약물을 加減하여 투여하였다. 입원 말기에는 우울 증상의 완화에 따라 지속적으로 호소하는 신체 증상에 초점을 맞춰 頭頸部, 肩背部 긴장으로 인한 두통 및 견배통을 완화하기 위해 입원 24일째부터 퇴원 시까지 葛根解肌湯에 理氣淸熱開竅藥을 加하여 투여하였다.

Table Ⅰ. The Change of Herbal Medication

Period	Herbal Medication	Herbal Material
입원 1일~ 7일	加味淸心湯 加減方	葛根 薏苡仁 山藥 蓮子肉 8g 蘿蔔子 竹茹 麥門冬 桔梗 石菖蒲 遠志 酸棗仁 黃芩 藁本 升麻 白芷 元肉 4g
8일~ 23일	龍膽瀉肝湯 加減方	龍膽草 柴胡 生甘草 6g 黃芩 梔子 香附子 川芎 天麻 龍骨 牡蠣 4g 澤瀉 木通 車前子 當歸 桔梗 枳殼 遠志 石菖蒲 3g
24일~ 32일 (퇴원)	葛根解肌湯 加減方	葛根 9g 芍藥 6g 白芷 5g 香附子 柴胡 川芎 天麻 梔子 黃芩 羌活 草龍膽 4g 甘草 桔梗 遠志 石菖蒲3g

(4) 침치료

0.25×3.0 mm 인 1회용 호침(동방침구사, 서울) 사용하여 心,肝經의 火穴인 少府, 行間을 瀉하여 木鬱에서 기인하는 火熱을 제어하고 肺,肝經의 金穴인 經渠, 中封을 補하여 金克木의 원리로 木氣의 忠逆을 제어하는 肝勝格과 合谷, 太衝, 百會, 印堂, 太陽穴을 상황에 따라 배합하여 1일 2회 자침, 留鍼은 25분 내외로 하였음.

(5) 부항치료

膀胱經 1線과 肩背部 건식 부항 1일 1회 시행하였음.

(6) 양약

① 글리아티린연질캅셀 400 mg 1*2(정신부활약)
② 레코미드정 100 mg 1*2(기타 궤양치료제)
③ 자이렙엑스엘서방정 1*1(고지혈증 치료제)
④ 명인디스그렌캡슐 150 mg 1*2(항혈전 혈소판 응집 억제제)
⑤ 대한와르파린나트륨정 2 mg 1.5*1 (항응고제)

11) 치료경과

(1) 입원 1일 (Directive counseling)

환자는 본원 재입원 당일 잠깐 웃으며 반가워하였으나 기존의 입원 때와 다르게 말씀이 많이 줄어든 상태이고 적극적으로 대화에 참여하지는 않았다. 최근 들어 심하지는 않으나 멍한 느낌의 두통과 갑작스런 동작 시에 심해지는 어지러움 때문에 힘들다고 하였다. 보호자와 대화를 통해 최근 들어 부쩍 잠이 늘고 짜증을 잘 낸다는 진술을 들었다.

(2) 입원 4일(Directive counseling)

견부와 상지 통증은 감소하였으나 두통과 어지럼증은 큰 호전이 없어 힘들다고 하였다. 오전 자침 후 점심때까지 거의 잠만 잤으며 오후에도 치료가 시행되는 시간 외에는 침대에 누워 있거나 TV시청만 하였다. 기존 입원 시처럼 마당에서 운동하도록 권유해도 하지 않으며 예전에는 병실에서 환자들 사이에 주도적인 역할을 하였으나 이번 입원 후에는 다른 환자들과 거의 교류하려고 하지 않았다. 대화 시 '예전에는 안 그러셨잖아요', '지금 노력하지 않으면 회복 속도가 느려져요. 기운내셔야죠' 와 같이 환자의 마음을 고려하기보다는 상황에 환자가 맞출 것을 요구하고 독려하였다.

(3) 입원 7일(Directive counseling)

두통 등 신체증상 감소하는 양상이나 개운치는 못하다고 하였다. 환자 방문하였을 때 벽보고 앉아 있는 것을 보고 이유를 묻자 한참 후에 '이제 더 이상 좋아지지 않을 것 같다'와 같은 절망적인 감정 드러내었다. '치료받으시고 전처럼 노력하면 좋아질 수 있어요'와 같이 희망적인 감정을 주려고 했으나 잠시 후에 감정을 견디지 못하고 울음을 터트림. 스스로 제어하지 못하고 5분 이상 지속된 후 가까스로 수습하고 민망한 듯 웃으며 '괜찮다'라고 말하였지만 손을 잡아드리자 또 참지 못하고 울음을 터트렸다.

환자가 겉으로 드러내는 감정이상으로 내부에 억울되어 있는 슬픔, 절망 등이 심각한 것으로 파악되었고 더 이상 스스로 견디지 못하는 상태까지 이른 것으로 보였다. 이러한 부정적인 감정의 해소없이는 신체증상도 더 이상 호전을 보이지 않을 것으로 판단되었고 기존의 독려하고 설득하는 방식의 대화로 끌어가기에는 환자의 자존감, 의지와 같은 내부 에너지가 고갈된 것으로 보고 환자의 부정적 감정 상태를 있는 그대로

바라볼 수 있게 하는 '인간중심 상담'을 적극적으로 시행하기로 하였다.

(4) 입원 11일(Person-centered counseling)

상담시간에 대부분 본인의 실제 감정과 불일치하는 '괜찮다', '어쩔 수 없다'와 같은 방어적 말을 하거나 침묵했던 것과 달리 Rogers식 인간중심적 상담을 적용한 후 환자가 처한 상황이나 감정에 대해 많은 이야기를 함. '딸이 이혼하는 것이 내 책임 같다', '차라리 죽는 게 나을 것 같다'와 같은 죄책감, 자살사고에 대해 이야기함. 기존의 대화방식처럼 '그런 생각하지 마세요', '그건 ○○님 잘못이 아니예요' 라고 말하는 대신 ' ○○님이 몸이 불편하신 것 때문에 딸 부부 사이가 더 안 좋아진 건 아닐까하는 죄책감 때문에 마음이 아프신 거네요', '이런 상황이 더 이상 나아지지 않을 거란 생각에 다 포기하고 싶으신 거네요'와 같은 '반영, 명료화'방식으로 환자의 감정을 다시 한번 살필 수 있도록 하고 환자의 부정적 감정을 부인하지 않고 있는 그대로 수용할 수 있도록 하였다.

(5) 입원 25일(Person-centered counseling)

치료 외의 시간동안 하루 1시간 이상 운동을 시행하는 등 활동량 증가하였으며 병실의 다른 환자와 대화하는 시간도 늘어났다. 상담시간에도 자신이 이야기를 주로 해나가는데 어색해하고 침묵하는 모습은 줄어들고 표정도 밝아졌으며 자연스럽게 환자의 감정이나 가정상황에 대해 이야기하였다. 가정문제에 무기력했던 것에서 변화하여 본인이 직접 의견을 내고 문제 해결에 참여하였으며 그 과정에서 자신감을 얻는 모습을 보였다. '그래도 내가 해야 하지 않겠나', '사위한테 가서 직접 이야기 했다.'처럼 적극적인 모습을 보였다. '○○님이 직접 나서야겠다는 생각을 하신거네요'와 같이 환자의 감정을 확인해주는 방식의 대화를 지속하였다.

(6) 입원 30일(Person-centered counseling +Directive counseling)

서서히 부정적 감정 호소가 줄었으며 두통, 현훈, 견배통 같은 신체증상도 입원대비 2~3개 정도로 감소하였다. 퇴원 후의 생활에 대해 다소 불안감을 언급하였으나 절망적인 불안함이 아닌 일반적으로 보일 수 있는 정도의 불안감이었다. '익숙한 환경에서 벗어나게 누구나 불안함을 느끼죠. 누구나 그렇고요. 그래도 ○○님은 잘 해내실 거예요. 지금까지처럼 하면 돼요'와 같이 감정의 반영과 공감과 함께 지지적인 대화를 시행하였다.

Table Ⅱ. The Change of Treatments and Clinical Symptoms

Day	Herbal Medication	Counseling	Headache	Dizziness	Both shoulder and Rt.upper limb pain
4	加味淸心湯	Directive counseling	7	9	5
7	加味淸心湯	Directive counseling	7	8	7
11	龍膽瀉肝湯加味	Person-centered counseling	6	7	6
15	龍膽瀉肝湯加味	Person-centered counseling	6	6	5
18	龍膽瀉肝湯加味	Person-centered counseling	5	5	3
25	葛根解肌湯加味	Person-centered counseling	5	4	4
30	葛根解肌湯加味	Person-centered counseling	3	3	2

*증상의 심한 정도는 입원시를 최고 10으로 하여 측정하였음

Table Ⅲ. Total Point and the Changed Answers to the Certain Question of BDI*

Day	Total Point	Certain Question of BDI*				
7	37	나는 항상 슬프고 기운을 낼 수 없다	나는 지금 벌을 받고 있다고 느낀다	자살하고 싶은 생각이 자주 든다	나는 더 이상 아무 결정도 내릴 수가 없다	나는 무엇을 해도 피곤해 진다
18	21	나는 슬프다	나는 벌을 받을 것 같다	나는 자살할 생각을 가끔 하지만, 실제로 하지는 않을 것이다	나는 전에 비해 결정을 내리는데 큰 어려움을 느낀다	나는 전보다 더 쉽게 피곤해진다
30	10	나는 슬프지 않다	나는 어쩌면 벌을 받을지도 모른다는 느낌이 든다	나는 자살같은 것은 생각하지 않는다	나는 평소처럼 결정을 잘 내린다	나는 평소보다 더 피곤하지는 않다

*BDI : Beck's Depression Inventory

Table Ⅳ. Total Point and the Changed Answers to the Certain Question of HRSD*

Day	Total Point	Certain Question of HRSD*				
		Depressed Mood	Feelings of Guilt	Suicide	Psychological Anxiety	Work and Activities
7	23	오로지 우울한 기분만을 언어적, 비언어적 표현을 통해 나타낸다	죄를 지었다고 생각한다던가 과거의 실수나 자신이 한 나쁜 행위에 대해 반복적으로 생각한다	차라리 죽었으면 하거나 죽는 것에 대한 상상을 한다	얼굴 표정이나 말에서 염려하는 태도가 뚜렷하다	일이나 취미와 같은 활동에 흥미를 잃는다
18	17	얼굴 표정, 자세, 목소리, 쉽게 우는 경향과 같은 비언어적인 표현을 통해 우울한 기분을 나타낸다	자책하거나 자신이 사람들을 실망시킨다고 느낀다	인생이 살 가치가 없다고 느낀다	사소한 일들에 대해 걱정을 한다	제대로 할 수 없다고 느낀다
30	8	없다	없다	없다	긴장감과 과민함을 느낀다	어려움이 없다

*HRSD : Hamilton Rating Scale for Depression

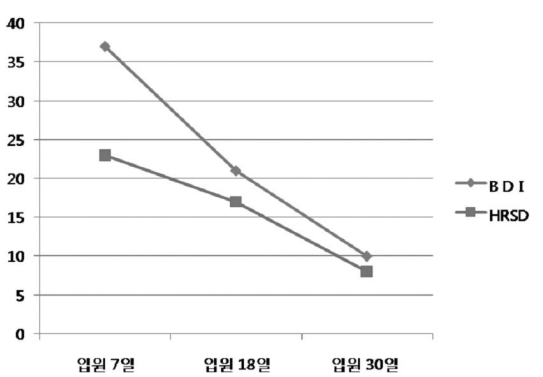


Fig. 1. The Progress of BDI and HRSD Score of patient 1.

2. 증례 2

1) 환자 기본 정보 및 입원 기간

조○○, F / 70, 31일간 입원

2) 주소증

(1) 두통

전두부, 측두부 띠 두른 듯한 통증. 띵하면서 조이는 듯 욱신거림. 압박 시 통증 감소. 증세 악화때 상열감 발생하며 호흡 시 코에서 열감 느껴짐.

(2) 경항통

양측 후두하근 및 경항부 전반적 압통. 경부 신전시 뻣뻣함과 저린감 발생하며 두통 증가하는 양상.

(3) 우울감

대부분 활동에 무기력한 태도 보임. 다른 병실 사람과 어울리기 꺼리고 방문한 가족과 원만한 대화 진행하지 못하고 불편해함. 치료 도중 자주 울먹거리며 억울함 호소.

(4) 언어장애

대화가능하나 하고자 하는 말이 바로 떠오르지 않아 중간 중간 대화 단절되며, 발음 어둔하여 같은 말을 천천히 반복해야 하는 경우 발생함. 혀가 부드럽게 움직이지 않는 느낌 호소.

(5) 우반신마비(Gr.4+/4+)

오른쪽 손 사용하여 물건집거나 젓가락질 할 때 간혹 물건 떨어뜨리거나 정교하지 못한 느낌 호소. 대체로 정상적 보행 하나 발목 배굴 어려워하며 다소 절뚝거리는 양상.

3) 발병일

(1) 20○○년 ○월 초 뇌경색 발병

(2) 뇌경색 발병 7주가량 경과 후 우울감 발생.

4) 과거력

(1) alcohol : none

(2) smoking : none

(3) 수술력 : 30여년전 자궁절제술

5) 가족력

父 : 뇌경색

6) 현병력

상기 환자 보통 체형의 조용한 성격의 70세 여환으로 별무대병으로 지내던 중 20○○년 ○월 초 시장 다녀오는 길에 하지에 무력감 느끼며 넘어지고 다음날 언어장애 및 우측 상하지 무력감 발생하여 ○○의료원에서 뇌경색 진단받고 한 달간 치료 후 우측 상하지 무력감 호전되어 큰 아들집에서 가료하였으나 대화의 어려움으로 불편 겪었으며, 며느리와 불화 발생한 시기부터 점차 띠 두른 양상의 두통 발생하고, 가료 3주 후부터는 자주 울고 가족과 지내기 불편감 드러내는 등 뚜렷한 우울감 보여 환자 및 보호자 적극적 한방치료 원하시어 본원 한방 신경정신과에 입원하였다.

7) 개인력 조사

(1) 기본정보

① 가족

남편 : 7년전 사별

자녀 : 아들 3명, 딸 2명 모두 결혼함

② 직업/교육정도/종교/결혼 상태/사회 경제적 계층 : 소일거리 정도의 농사/초등학교/기독교/사별/사별/중산층

(2) 심리적 문제

상기 환자는 70세의 나이에도 고혈압, 당뇨 등의 성인병 없이 뇌경색 발병 전까지 신체적으로 건강한 상태를 유지하고 있었다. 7년 전 사별한 남편에 대해서는 남편이 무심한 성격이였으나 근본은 나쁘지 않고 착실한 사람이였다고 표현하며 큰 불만없었다고하여 원만한 결혼 생활을 하였음을 알 수 있었다. 사별 후에도 평소에 교회 활동에 열심히 참여하며 신앙심도 깊었기 때문에 사별 후에 우울증 등 정신적 문제는 없이 생활하던 환자였다. 자녀 모두 결혼하여 가정

을 꾸려 별다른 문제없이 살고 있었고 지방에 혼자 살고 있는 환자를 위해 자녀들이 자주 왕래하였으며 입원기간에도 가족들의 방문이 자주 있었던 것으로 보아 자녀와의 관계도 원만하였던 것으로 파악되었다. 환자병원 생활 시 다른 사람의 도움을 받지 않으려고 하는 독립적인 모습 보였고 본인의 자리 정리나 신체 청결에 대해 매우 깔끔하고, 정해진 일과에 틀림없이 따르는 등 흐트러짐 없는 생활태도를 취하고 계셨다. 가족들도 환자가 매우 부지런하였으며 남에게 아쉬운 소리 하지 않는 성격을 보였다고 진술하였다. 노령까지 건강하고 독립적으로 살던 환자가 갑작스러운 뇌경색 발병으로 병원에 장기간 입원하게 되고 우반신 마비로 인하여 본인의 일을 다른 사람에게 의지하게 되고, 퇴원 후에도 본인의 집으로 돌아가지 못하고 자식 신세까지 지면서 점차 무력감에 빠지게 되었다. 아들 집에 가료 중 언어장애로 인하여 가족들과 원만한 대화가 어려웠고 그 와중에 며느리가 자신이 함께 있는 것을 불편하게 여기며 특히 자신과 단둘이 있는 경우 말조차 걸지 않고 무시한다는 느낌을 받게 된 시점부터 두통이 발생하며 뇌경색 재발의 두려움을 느끼고 점차 심한 우울감에 빠지게 되었다. 울거나 남에게 약한 모습을 보이지 않던 환자가 그 시점부터는 자주 울었고, 아들에 대한 원망까지 발생하여 남은 삶에 대한 무기력을 느끼는 상태로 본원에 입원하게 되었다.

8) 한의학적 변증

(1) 望 : 보통 체격, 面赤, 舌紅, 少苔, 舌裂
(2) 問 : 無氣力, 憂鬱感, 頭痛, 口乾, 手掌部 熱感, 盜汗, 淺眠
(3) 切 : 脈緩滑, 膻中壓痛

9) 진단

陰虛內熱俠氣鬱

10) 치료내용

(1) 인간중심 상담요법(Person-centered counseling)

입원 7일부터 퇴원일까지 약 20일간 주 4회 오후 자침 전 20~30분간 시행함.

평소 흐트러짐없는 독립적인 성격으로 남에게 신세지는 것을 싫어하는 것으로 보아 감정을 밖으로 해소하기보다 감내하는 성격이며 이러한 방식이 뇌경색 발병 전에는 무리가 없었으나 뇌경색 발병 후 혼자 감당하기 어려울 정도의 상황들이 발생하여 어쩔 수 없이 남의 신세를 지게 되고 자존감이 저하된 상황에서 가족들에 대한 서운한 마음이 쌓이는 등 부정적 감정이 더 이상 감내할 수 없는 지경이 되어 두통과 같은 신체증상과 짜증, 우울감등으로 표출되고 있었다. 이에 마음에 맺혀있는 자신의 심정을 상대가 이해, 공감해 줌으로써 자신의 정당성이나 가치를 인정받고 자신감을 키워 자신과 환경에 대한 왜곡된 지각을 수정할 수 있도록 하는 인간중심 대화 요법을 시행함.

(2) Rapport형성

입원 당일부터 일주일간 점진적 근육 이완법을 함께 시행하면서 환자와 대화 시간을 늘려나가고, 뭉쳐 있는 경항부 근육을 의료진이 직접 clinical massage를 시행하면서 신체적 접촉을 통해 친밀감을 늘려나감. 신앙심이 깊은 것은 것에 착안해 발음을 원활히 할 목적과 함께 친밀감을 쌓기 위해 의료진이 참여한 가운데 찬송가를 부르는 시간을 갖도록 하여 환자가 마음을 터놓을 수 있도록 하였다.

(3) 한약치료

환자 입원 시 舌紅 少苔 舌尖부위 다소 舌裂

하였고 口乾, 手掌部熱感, 盜汗, 淺眠등 陰虛양상을 보였고 두통 심할시 頭部로 熱이 오르는 느낌을 호소하였고, 실제 긴장하거나 스트레스 시 쉽게 面赤하는 것을 관찰할 수 있었다. 이에 陰虛內熱俠氣鬱로 변증하고 입원치료 1~18일에는 滋腎陰, 補腎陽, 開竅化痰하는 효능이 있어 腎虛를 동반한 中風後遺症에 사용되는 처방인 地黃飮子에서 補腎陽하는 附子, 巴戟등의 補陽之劑를 除하고 滋陰降火, 淸虛熱하는 知母, 地骨皮 등을 넣어 투여하였다. 상기 신체증상 완화 후 입원 13일째부터 퇴원 시까지는 뇌경색 후유증에 대한 불만, 재발에 대한 두려움, 가족에 대한 원망 등으로 발생하는 우울감, 짜증 등의 氣鬱의 심리상태에 초점을 맞춰 理氣疏肝解鬱하는 加味逍遙散加減方을 투여하였고, 滋陰淸熱安神의 효과를 더하기 위해 수면전인 오후 9시에 天王補心丹 1丸을 복용하도록 하였다.

Table Ⅴ. The Change of Herbal Medication

Period	Herbal Medication	Herbal Material
입원 1일~ 12일	地黃飮子 加減方	熟地黃 牡蠣粉 地骨皮 8g 山茱萸 石斛 五味子 白茯苓 遠志 麥門冬 甘菊 陳皮 枳殼 香附子 薄荷 4g 知母 生薑 大棗 3g 石菖蒲 2g
13일~ 31일 (퇴원)	加味逍遙散 加減方	白朮 白芍藥 當歸 柴胡 麥門冬 地骨皮 知母 4g 薄荷 生薑 牧丹皮 黃芩 梔子 木香 川芎 香附子3g 甘草2g

(4) 침치료

0.25×3.0 mm 인 1회용 호침(동방침구사, 서울) 사용하여 精血의 근원인 肝腎經의 水穴인 陰谷,谷泉을 보하여 陰血을 보충하도록 하고, 肺, 肝經의 金穴인 經渠, 中封을 瀉하여 木氣의 소통을 돕는 肝正格과 , 百會, 印堂, 頭維, 翳風, 風池穴,을 상황에 따라 배합하여 1일 2회 자침, 留鍼은 25분 내외로 하였음.

(5) 부항치료

견배부 근육 긴장부위에 건식 부항 1일 1회 시행하였음.

(6) 점진적 근육 이완법

경항부, 견배부 근육 긴장으로 인한 두통 및 경항통 완화 목적으로 시행함. 입원 당일부터 일주일 동안 오후 자침전 20분가량 의사와 함께 시행하고 그 후 퇴원 시까지 매일 스스로 시행하도록 함.

(7) 양약

① 글리아티린연질캅셀 400 mg 1*2 (정신부활약)
② 플래리스 1*2 (항혈전 혈소판 응집 억제제)
③ 안플라그정 1*3 (항응고제)

11) 치료경과

(1) 입원 1일

환자 입원당일 아들과 딸들이 모두 함께 있었으나 좋은 기색 없이 말은 거의 하지 않고 짜증스런 표정으로 내원하였다. 의료진에게 깍듯한 경어체의 말투를 사용하였고 양미간을 찌푸린 채 대부분의 시간에 지속되는 띠 두른 듯한 두통 때문에 힘들다고 하였다. 병실에 올라가서는 자식들을 서둘러 돌려보내고 혼자서 자리정리를 하였다.

(2) 입원 5일

점진적 근육이완법 시행 후에는 안면의 붉은 기운이 완화되는 양상을 보였고 열감과 두통이 감소한다고 하여 만족한 모습을 보이셨다. 함께 찬송가 부르는 시간을 상당히 즐거워하였으며 치료시간이 끝난 후에도 바로 병실로 돌아가지

않으시고 며느리와 자식에 대한 원망을 표현하셨다. 자신의 중풍에 걸린 상황이나 가족에 대한 서운함을 표현할 때는 다시 안면에 상열감이 발생하며 눈물을 보이시고 두통이 심해지는 상태가 반복되었다.

(3) 입원 10일

점진적 근육이완법은 환자 스스로 시행하도록 하고 그 시간에 본격적인 상담을 시작함. 가장 문제가 되는 며느리에 대한 감정을 묻는 것으로 시작하였음. '며느리가 말을 안 걸고 본척만척했다', '무뚝뚝하고 자기 고집만 부린다'며 불만스러움을 표현했다. 그동안 병원에 오는 방문횟수나 환자와 의료인에 대한 태도로 봤을 때 며느리에게서 환자가 말한 것과 같은 부정적인 모습은 찾기 어려웠고 오히려 며느리를 대하는 환자의 태도에서 문제가 보였으나 이에 대한 언급은 하지 않았다. '오래 신세 진 것도 아닌데 눈치를 주는 것 같아 자존심이 상하신 거네요', '며느님이 좀 더 살갑게 대해줬으면 했는데 그러지 않아 서운하셨단 말씀이시죠'와 같이 환자의 감정을 재언급하고 명료화하였다. 상열감과 함께 발생하는 두통도 오전 11시~오후 3시경에만 발생하였다.

(4) 입원 20일

두통, 경항통, 手掌部 熱感 등의 신체 증상이 입원 대비 절반 수준으로 감소하였고 항상 미간을 찌푸리던 표정이 많이 밝아진 것을 관찰할 수 있었다. 상담시간에 며느리에 대한 불만을 토로하던 것이 상당히 감소하였고 의료진이 자식과 며느리의 잘못에 대해 적극적으로 공감하였을 때는 오히려 두둔하는 모습을 보이셨다. 며느리가 방문했을 때 대하는 태도도 긍정적으로 변화된 모습을 보였다.

(5) 입원 28일

주로 오후 2~3시경 간헐적으로 증상이 발생하기는 하나 대부분의 신체 증상이 해소된 상태이고 짜증 내던 표정 대신 예전에 비해 자주 웃는 모습을 관찰할 수 있었다. 본인의 일과대로 병원 일이 진행되지 않거나 예상치 못한 일이 발생했을 때에는 여전히 못마땅해 하는 모습을 보였으나 특별히 우울증으로 인한 것으로 보이지 않았고 환자의 성격특성으로 판단되었다. 상담시간에 간혹 중풍 재발에 대한 우려를 보였으나 환자의 신체 상태로 보아 재발 확률이 매우 낮음을 재차 말씀드려 안심하도록 하였다.

Table Ⅵ. The Change of Treatments and Clinical Symptoms

Day	Herbal Medication	Counseling	Headache	Neck Pain	Warmth of the Palm
2	地黃飮子加減方	none	8	7	8
7	地黃飮子加減方	none	7	6	7
12	地黃飮子加減方	person-centered counseling	4	5	5
14	加味逍遙散加減方 天王補心丹(9pm)	person-centered counseling	4	5	4
22	加味逍遙散加減方 天王補心丹(9pm)	person-centered counseling	3	3~4	3
26	加味逍遙散加減方 天王補心丹(9pm)	person-centered counseling	2~3	2	3
31	加味逍遙散加減方 天王補心丹(9pm)	person-centered counseling	증상소실	2	2

*증상의 심한 정도는 입원시를 최고 10으로 하여 측정하였음

Table Ⅶ. Total Point and the Changed Answers to the Certain Question of BDI*

Day	Total Point	Certain Question of BDI*				
1	32	나는 모든 것이 다 불만스럽고 싫증난다	나는 항상 죄책감에 시달리고 있다	일어나는 모든 나쁜 일들은 다 내탓이다	나는 요즈음 항상 찌증을 내고 있다	무슨 일이든 하려면 나 자신을 매우 심하게 채찍질해야 한다
12	26	나는 요즘 어떤 것에서도 별로 만족을 얻지 못한다	나는 죄책감을 느낄 때가 많다	내가 할 일이 잘못되었을 때는 언제나 나를 탓한다	나는 전보다 더 쉽게 찌증이 나고 귀찮아진다	나는어떤 일을 시작하는 데에 전보다 더 많은 노력이 든다
29	14	나는 전과 같이 일상생활에 만족하고 있다	나는 특별히 죄책감을 느끼지 않는다	내가 다른 사람보다 못한 것 같지는 않다	나는 요즈음 평소보다 더 짜증을 내는 편이아니다.	나는 전처럼 일을 시작할 수가 없다

*BDI : Beck's Depression Inventory

Table Ⅷ. Total Point and the Changed Answers to the Certain Question of HRSD*

Day	Total Point	Certain Question of HRSD*				
		Depressed Mood	Feelings of Guilt	Suicide	Psychological Anxiety	Work and Activities
1	22	얼굴 표정, 자세, 목소리, 쉽게 우는 경향과 같은 비언어적인 표현을 통해 우울한 기분을 나타낸다	현재의 병을 벌로 여긴다	없다	얼굴 표정이나 말에서 염려하는 태도가 뚜렷하다	일이나 취미와 같은 활동에 흥미를 잃는다
12	16	자발적으로 우울한 기분이라고 말한다	자책하거나 자신이 사람들을 실망시킨다고 느낀다	없다	사소한 일들에 대해 걱정을 한다	일이나 취미와 같은 활동에 흥미를 잃는다
29	9	없다	없다	없다	없다	일이나 취미와 같은 활동에 피로하거나 기력이 떨어졌다고 느낀다.

*HRSD : Hamilton Rating Scale for Depression

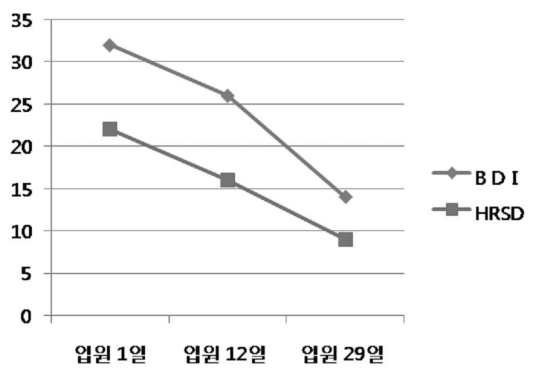


Fig. 2. The Progress of BDI and HRSD Score of patient 2.

Ⅳ. 고 찰

뇌졸중은 생존하더라도 편마비나 언어장애, 지각장애 및 감각과 운동기능의 장애가 남게 되는 만성적인 질환으로 신체적, 기능적 손상과 이에 따른 사회적 기능 저하에 대한 심리적 부담감이 자신감을 약화시켜 발생하는 뇌졸중 후 우울증은 뇌졸중 후의 신경학적, 신경 심리적 손상을 증폭시키고 장애 정도, 일상 활동과 언어기능, 삶의 질에 부정적인 영향을 미친다[11]. Kauhanen M[12] 등은 뇌졸중 후 우울증 환자가 우울증에 이

환되지 않은 환자에 비해서 일상생활능력에서 의존성이 높고, 더 심각한 정도의 신경학적 결함을 가진다고 하였고, 뇌졸중 후 우울증이 언어장애 및 인지능력의 결함과도 서로 연관성이 있다고 주장하였다. Francisco GS[13]는 뇌졸중 후의 우울증은 치료 없이 7~8개월 이상 지속하며, 病前의 신체적·사회적 활동으로의 복귀 실패와도 서로 관계가 있다고 하였고, Ghose, Williams[14] 등은 뇌졸중 후 우울함이 있는 경우 발병 후 첫 3년간 입원과 외래방문 이용률이 높아 부정적인 건강성과 연결되어 있었다고 하였다.

따라서 뇌졸중 후에 성공적으로 적응하려면 의학 및 신체적인 측면의 치료뿐만 아니라 뇌졸중 후 우울증 환자를 조기에 발견하여 효과적으로 치료하는 것이 중요하다. 그러나 뇌졸중 후 우울증의 치료에 대한 연구는 아직 부족한 실정이며 현재 대부분의 임상가들은 뇌졸중 후 우울증에 대해서 기능의 상실이나 신체장애에 대한 불가피하고 단순한 심리적 반응으로만 파악하고 있는 실정이다. 따라서 치료의 필요성의 10%에도 미치지 못함에 따라 환자의 재활 치료에 큰 문제점으로 지적되고 있다[1].

1977~2002년에 수행된 51개의 연구를 분석한 결과 뇌졸중 생존자의 33%가 우울을 경험하는 것으로 나타났다[15]. Berg 등[16]은 18개월 동안 추적 조사한 결과 54%의 뇌졸중 환자들이 추적조사 기간 동안 경미하게나마 우울을 경험하였고, 처음 2개월 기간에 우울했던 대상자들 중 46%는 12개월 또는 18개월에도 우울하였다고 보고하였다. 김인자 등[17]은 한국 뇌졸중 환자를 대상으로 한 연구에서 38%의 대상자가 우울을 경험한 것으로 보고하였고, 이화진[4]도 뇌졸중 후 편마비 환자에 대한 질적 연구를 통해 참여자의 대부분이 1년 이상 우울 속에 갇혀 있었다고 보고하였다. 엄격한 진단기준을 적용한 연구에서도 뇌졸중 후에 임상적으로 유의한 수준의 우울증의 유병률이 12~30%까지 보고되는 것을 볼 때[18], 뇌졸중 후 우울증을 질환의 일부로서 자연스럽게 기대되는 반응으로 보기보다는 독특한 합병증이자 독립된 실체로서 다루어야 할 것으로 판단된다.

측정 시기별로 보면 뇌졸중 후 우울증은 뇌졸중 발병 후 6개월에서 1년까지는 우울증의 누적 유병률이 증가하는 것으로 제시된 보고가 있고[19], Astrom등의 연구결과에 의하면 급성기에 발병하여 대략 1년 정도까지는 지속이 되며 36%는 3년 후 추적 평가 시에도 회복이 안 되었으며 재발한 환자까지를 포함할 때 약 50%는 3년 추적 평가 시까지도 우울하였다[20]. 최근의 한 연구에서는 뇌졸중 후 우울증은 뇌졸중의 3~6개월 정도에 가장 빈도가 높으며 1년 정도 지나면 이의 반 정도로 줄어든다고 보고되어[21] 뇌졸중 후 우울증의 발생은 비교적 이른 시기부터 발생하는 것을 알 수 있다.

현재 중풍 후 우울증의 양방적 치료는 항우울제, 심리치료, 전기치료 등을 사용하고 있으며 항우울제는 불면, 기면, 오심, 구강 건조 등의 부작용을 초래한다고 하였다. 한의학에서는 중풍 후 우울증에 대한 치료의 필요성에 대한 보고[22], 중풍 후 우울증에 반하후박탕을 투여하였을 때[23], 향기침 요법을 시행하였을때 각각 유의한 효과가 나타났다는 보고[24] 등이 있다.

하지만 산후 우울증, 청소년기의 우울증 등 각종 원인에 의한 우울증의 치료에 심리치료가 유의한 효과를 낸다는 많은 보고가 있으나 중풍 후 우울증의 심리치료 효과에 대해서는 연구가 부족한 실정이다.

韓醫學에서는 心神一如의 원칙하에 '失神者死, 得伸者生'이라 하여 '治神'을 치료의 근본으로 보고 심리치료 방법이 활발히 시행되었다. 특히 抑鬱로 인한 질환의 치료에는 환자의 뜻에 순응

하여 울체된 감정을 풀 수 있도록 하는 '隨從順意法'을 중요시했다. 『靈樞·師傳』에 '人之情, 莫不惡死而樂生, 告之以其敗, 語之以其善, 導之以其所便, 開之以其所苦, 雖有無道之人, 惡有不聽者乎?' 라하여 醫師가 환자의 마음을 잘 다스리며 심리적 안정을 꾀하는 내용이 나오는데 여기서 '開之以其所苦'는 환자의 감정이나 기분을 풀어주고 이끌어 주어 抑鬱된 심리상태를 즐겁게 하여 주어 情緖를 안정시켜 주는 치료를 말하며 『素問·移精變氣論』에서는 '閉戶塞牖, 系之病者, 數問其情, 以從其意(『太素』에서는 '從'을 '順'이라 함)'라 하여서 환자가 마음속에 맺힌 것을 허심탄회하게 풀도록 하여 심리적으로 정화를 유도하는 것을 중요시했음을 알 수 있다. 『醫宗必讀·不失人情론』에서는 '人情을 잃지 않는 것은 醫家가 급히 해야 할 일이다'는 이론을 주장하여 의사가 임상에서 반드시 환자의 정신 관념 활동을 전면적으로 파악하는 것의 중요성을 말하였고, 張介賓은 『景岳全書』에서 '情으로 인한 환자는 情이 아니면 풀 없다'라고 하였으며, 吳昆은 '七情의 병에는 침과 약으로 치유할 수 없는 것이 있으므로 그 실정을 물어서 그 뜻에 순종하면 환자의 정서가 상쾌해져서 치유된다'고 하였다[6]. 따라서 많은 의가들이 '隨從順意法'을 중시하였음을 알 수 있다.

대화를 통해서 환자의 근심을 제거하고 질병을 이기려는 마음을 증가시켜 환자의 정신, 신체 상태를 함께 개선하려는 목적은 현대의 상담치료와 같다고 볼 수 있다. 그중에서도 노자와 장자의 사상에서 자신의 '이상적 인간상'을 발견하고 서양 심리학의 한계를 극복하기 위해 동양의 '道' 사상을 접목한 Rogers의 인간중심적 상담요법은[8] 분석적인 상담 방법보다는 공감을 바탕으로 하여 맺혀 있는 것을 풀어내도록 하는 한국인의 정서 중심의 문화와 잘 융합되어 임상 상담 장면에서 국내 심리상담자의 58%, 상담자의 73.8%가 인본주의를 주요 이론 사용하여 상담한다고 보고될 만큼 다용된다[7]. 본 연구의 두 환자는 모두 평소 자신의 감정을 적극적으로 표현하지 못하고 내부로만 쌓아두는 성격으로 뇌졸중 후 좌절감, 죄책감, 분노 같은 부정적 감정이 많이 발생하고 뇌졸중 후유증으로 언어장애까지 생겨 대화나 표현이 더욱 어려워지면서 중증 우울증으로 이행되었다. 따라서 '隨從順意法'의 한방심리요법의 원리에 근거하여 감정을 서서히 풀어내 자신의 내면을 이해하고 부정적 정서를 수용할 수 있게 하는 Rogers의 인간중심적 상담요법이 유용할 것으로 판단되었다.

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 치료법의 기본 철학은 '인간의 자아실현 경향성과 잠재력'에 대한 깊은 신뢰를 바탕으로 인간은 스스로 자신의 길을 발견하고 성장해 나갈 수 있는 존재라는 것이다. 인간이 부적응하고 정신 병리적인 문제를 가진 이유는 적절한 성장환경이 주어지지 못했기 때문으로 상담 장면에서 이러한 성장환경을 제공해야 한다고 본다[25]. Rogers의 인간중심적 상담은 상담의 처음이나 끝을 가릴 것 없이 시종일관 내담자의 경험을 강조하는데 내담자 내면에서 진행되는 경험 속에 문제 해결을 위한 답이 있다고 보기 때문이다.

Rogers는 오랫동안 심리치료와 상담 경험을 통해 자기실현을 돕는 관계의 세 가지 특정을 제시하고 있다. 첫째는 공감적 이해(empathic understanding)로 이는 상담자가 '나'이기를 멈

추고 내담자의 속에 들어가서 내담자의 세계를 보는 것으로 그가 처한 상황을 표현할 만한 언어를 생각해서 내담자의 경험을 잘 이해하고 있다는 것을 언어와 태도로 표현해준다. 이를 통해 내담자의 자기존중감을 증진시켜 소외감에서 해소시켜주며 보다 깊이 있는 자기탐색을 할 수 있도록 한다. 두 번째는 무조건적 긍정적 수용(unconditional positive regard)인데 이는 내담자가 진실로 그 자신일 것을 용납하고 내담자 자신이 되도록 돌보는 것이다. 내담자의 태도에 대해 상담자가 부정적 감정을 갖게 되더라도 내담자의 이익을 위해 이러한 감정을 객관적으로 파악하여 긍정적으로 표현해줌으로써 내담자의 부정적이고 자기패배적인 순환과정을 파괴해 다른 사람들 앞에서 자기를 방어할 필요성이 없다는 것을 깨닫게 한다. 세 번째는 일치성(congruence)인데 상담자가 솔직하고 자기 자신에 대해 자연스러울 때 내담자는 서서히 자신을 직면하게 되고 체면치레를 할 필요가 없어지게 된다[26]. 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. 이처럼 인간중심 상담요법에서는 기법을 따로 열거하지 않는 경향이 있으나 실제 상담과정에서는 대체로 '반영, 명료화, 공감적 반응' 등을 상담자의 주요 기법으로 사용하고 있다[27].

증례 1의 환자는 본원 재입원 시 뇌졸중 발병 이후 5개월이 지난 시점으로 장기간의 입원생활 및 중풍 후유증으로 자신감과 활력이 저하된 상태였다. 입원초기 加味淸心湯을 투여하여 신체증상은 다소 호전되었으나 입원 일주일이 경과한 시점에서 갑작스레 울음을 터뜨리는 등 심한 우울증의 양상을 보였다. 이에 氣機鬱結로 인하여 心肝火가 上炎한 것으로 보고 龍膽瀉肝湯을 加減 투여하였다. 또한 BDI, HRSD를 시행 각각 37점, 23점이 나와 우울증 진단의 객관적 근거를 확보하고 심각성을 파악하였다. BDI 37점은 심한 우울 상태로 이로 인하여 신체 증상 또한 더욱 악화하는 상태로 판단할 수 있는 수치였다. 입원 초기부터 무기력감, 대화의 감소 등에 대해 지적하면서 환자의 부정적인 태도를 바꾸도록 격려하고 충고하는 즉, 의료진의 조언이 위주가 되는 지시적 상담(Directive counseling)을 시행하고 있었으나 입원 일주일가량 지난 시점에서도 환자 태도의 긍정적인 변화가 관찰되지 않았기 때문에 상담방법 자체도 변화시킬 필요가 있다고 판단되었다. 본 환자는 평소에도 자신의 감정을 많이 드러내지 않는 성격이었고, 뇌경색 후유증으로 언어장애가 발생하여 의사표현에 어려움을 겪으면서 점차 감정을 내부로 쌓아가기만 하는 상태였다. 그러나 병 전에 사회적 활동을 원만히 잘 하였고 배우자와의 관계도 좋았으며 경제적 사정도 넉넉하여 근본적으로 긍정적 내부 자원은 잘 갖춰져 있는 편이었다. 따라서 충분한 공감과 이해를 바탕으로 환자가 담아두고 있는 부정적 감정을 표출할 기회를 제공한다면 환자 스스로 역기능적 태도와 부정적 신념을 벗어날 수 있을 것이라 판단되어 인간중심 상담요법을 실시하였다. 인간중심 상담 초기에는 주로 환자의 증상이나 가족들에 대한 생각이나 떠오르는 감정 등에 대해 '개방형 질문'을 하여 스스로의 내면을 살피고 표현할 수 있도록 하였다. 상담이 반복될수록 점차 가족 불화, 자살 충동, 가장 역할 상실 등 문제 상황을 털어놓고 "화가 난다", "내 탓인 것 같다" 등 본인의 감정을 표현하는 것에 발전을 보였다. 이러한 부정적 감정의 발산에 대해 제재하거나 긍정적 생각을 하도록 유도하지 않고 대부분의 시간 동안 '충분한

공감'과 '반영'을 통해 환자가 더욱 자신의 감정에 대해 살필 수 있도록 하였다. 인간중심 상담을 시작한 지 10일가량 지난 시점에서 BDI, HRSD 각각 23,18점으로 심각한 우울 상태에서 중간 상태로 호전되었고 문제 상황에 있어서도 해결의지를 보이며 신체 활동도 상당히 증가하였다. 입원 말기에는 우울 증상의 완화에 따라 근긴장으로 인한 두통 및 견배통을 완화하기 위해 葛根解肌湯에 理氣淸熱開竅藥을 加하여 투여하였고 상담치료를 지속하였다. 퇴원 경에는 BDI, HRSD는 각각 10,8점으로 약한 우울 상태로 호전되었고 상담 대부분의 시간에 본인이 이야기하는 것을 자연스러워하였으며 퇴원 후의 상황에 대한 불안감은 다소 있었으나 대부분의 일에 대해 긍정적 사고를 하였고 뚜렷한 자신감의 증가를 보였다.

증례2의 환자는 본원 입원 시 뇌졸중 발병 이후 7주가량 지난 시점으로 노령까지 건강하게 살다가 갑작스러운 뇌경색 발병으로 다른 사람에게 의지하게 되고 퇴원 후에도 자식 신세까지 지면서 점차 무력감에 빠지게 되었다. 그 와중에 며느리와의 불화가 심해진 시점부터 두통이 발생하며 뇌경색 재발의 두려움을 느끼고 본원 방문 당시에는 이미 BDI, HRSD 각각 32점, 22점의 심한 우울 상태로 내원하였다. 뇌경색 초기임을 고려해 입원 중기까지는 '治中風 舌瘖 足廢腎虛 氣厥 不至舌下'에 사용하는 地黃飮子를 加減하여 투여하고 일주일간 점진적 근육이완법을 실시하였다. 평소 깐깐하고 다소 완벽주의적 성격을 가진 만큼 본인의 병후 상태를 받아들이기 어려워 하셨고 의료진과 친밀감이 형성된 후에는 점차 며느리와의 갈등 및 자신의 처지에 대한 불편한 심정을 토로하기 시작하였다. 환자가 고집 센 성격의 노인임을 고려할 때 환자의 왜곡되고 부정적인 생각을 교정하려 하거나 지시적으로 접근하는 상담방법은 적절하지 않아 보였고 자식들에게까지 말 못하고 쌓아둔 불만이나 좌절감을 충분히 표현하도록 하는 방법이 필요하다고 생각되었다. 환자가 병 전에는 자식과의 관계나 사회생활이 원만하였던 것을 고려할 때 일시적으로 심하게 울체된 감정을 해소할 기회가 마련되면 충분히 스스로 부정적 사고 틀에서 벗어날 수 있을 것으로 판단되어 인간중심 상담요법을 실시하였다. 인간중심 상담 초기에는 환자는 며느리와 가족에 대한 원망을 지속적으로 토로하였고 자신은 이제 일상으로의 복귀가 전혀 불가능할 것처럼 말씀하였다. 가족들의 진술이나 자주 방문하는 며느리의 태도로 보았을 때 환자의 사고가 다소 왜곡되어 있음을 알 수 있었고, 환자의 뇌졸중으로 인한 신체적 후유증 상태가 그리 심각하지 않아 부정적 관점으로 현 상황을 파악하는 경향이 보였으나 그러한 환자 감정의 토로에 대해 어떠한 이의 제기도 하지 않고 '공감적 반응'과 '경청'으로만 일관하였다. 입원 2주가량 경과 후 신체증상은 입원 대비 절반가량으로 호전되고 BDI, HRSD는 각각 26,16점으로 감소하였으나 여전히 우울증의 범위에 속하는 점수였다. 따라서 인간중심적 상담 요법을 지속적으로 시행하였고 탕약도 우울, 짜증 등의 氣鬱의 심리상태에 초점을 맞춰 理氣疏肝解鬱하는 加味逍遙散 加減方을 투여하였고, 수면전인 오후 9시에 天王補心丹 1丸을 복용하도록 하였다. 퇴원 경에는 BDI, HRSD는 각각 14,9점으로 약한 우울 상태로 호전되었고 대부분의 신체증상이 개선되었으며 가족들을 대하는 환자의 태도가 좋아진 것을 관찰할 수 있었다. 상담시간에도 가족을 두둔하는 모습을 보였으며 퇴원 후 교회활동을 비롯한 일상생활을 어떻게 해나갈지에 대한 계획을 짜는 등 병에 대한 환자의 불안감도 감소하였다.

두 증례의 환자는 뇌졸중 후에 우반신 마비가 발생하였고 병 전에 건강하고 활동적인 생활을 영위했던 만큼 병 후의 여러 장애를 받아들이기 어려워하였다. 또한 자신의 감정을 표현하지 않는 성격 특성에 더하여 언어장애로 더욱 주변과의 소통이 단절되었고 결국 각각 뇌졸중 발병 5개월, 7주가량 경과한 시점에서 뇌졸중 후 우울증이 발생하였다. 장애수용이 뇌졸중 후 우울의 가장 강력한 예측인자라는 보고가 있고[28], 손상측별로 볼 때 우뇌보다 좌뇌 손상자에서 더 빈번하며, 언어장애를 동반한 집단이 언어장애가 없는 뇌졸중 집단보다 더 우울하다고 보고되며[29] 뇌졸중 발병 6개월 이내 우울증 발생 빈도가 높다는 보고에서 알 수 있듯이 상기 두 case의 환자는 뇌졸중 후 우울증에 이환될 요인이 상당히 높았던 것을 알 수 있다. 뇌졸중은 병전 상태에 대한 상실감이 크며 후유증도 오랜 시간 지속되고 치료과정도 긴 질환으로써 그 과정에서 환자는 내적, 외적으로 많은 제약과 지시 상황에 부딪히게 된다. 이 과정에서 발생하는 우울증은 氣機가 鬱滯되어 나타나는 鬱證과 유사한 면이 있는데 특히 제약이 많다는 상황을 고려하였을 때 뇌졸중 후 우울증에는 의사가 환자에게 또 다른 가르침을 주려 하거나 설득하려는 심리치료방법은 적절하지 않다고 사료된다. 『內經』의 "數問其情, 以從其意" 하는 것은 바로 환자의 "말 못할 사정"과 "말하기 부끄러워하는" 등의 심리 장애를 제거하여 진찰 요령을 세움으로써 환자의 깊이 숨겨진 심리 활동과 감정 특징을 충분히 숨김없이 나타내는 데에 도움이 되고 '數問其情'은 의사가 마땅히 충분한 동정과 인내심을 가지고 성실한 태도로 환자가 깨우치기 번거로운 단절된 것, 가슴에 맺힌 것, 걱정과 두려움, 즐거움과 분노를 털어놓도록 유도하기를 싫어하지 말아야 그 병증의 적취가 있는 곳을 파악하고 심리치료에 기초를 세울 수 있다고 하였다[6]. 이러한 '隨從順意法'의 원리를 바탕으로 Rogers의 인간중심 상담 기법을 뇌졸중 후 우울증 2례에 활용하여 유효한 효과를 거둘 수 있었다. 그러나 본 증례를 치료함에 있어 '隨從順意法'의 체계적인 치료 방법에 대한 연구가 부족했으며 Rogers의 인간중심 상담에서도 Rogers 식 상담의 특성상 구체적인 치료과정과 기법이 제시되지 못했다는 아쉬움이 남는다. 한국인과 한국 문화에 대한 한국학자들의 공통된 생각의 하나는 한국의 문화를 '푸는 문화'로 규정짓는 것이다[30]. 이러한 문화적 특성으로 인해 인본주의 상담을 상대적으로 선호하는 우리나라에서 인간중심상담의 감정 이입과 공감에 역점을 두면서 한방치료의 '隨從順意'를 통한 '解鬱'의 개념을 통합, 활용하여 여러 가지 구체적인 기법에 대한 연구가 이루어진다면 한방정신요법을 더욱 발전시키는 개기가 될 것이다.

Ⅴ. 결 론

1. 본 연구는 뇌경색 발병 이후 각각 BDI 37점, HRSD 23점과 BDI 32점, HRSD 22점의 우울증이 발생한 2 case의 환자들에게 한약 치료, 침 치료와 함께 인간중심 상담을 시행하여 퇴원 시 각각 BDI 10점, HRSD 8점과 BDI 14점, HRSD 9점으로 우울증상이 감소하였으며 경항통, 두통 등의 부수적 증상 또한 호전을 보여 이에 보고하는 바이다.
2. 인간중심 상담요법은 한국인의 정서 중심의 '푸는 문화'에 적합한 상담 기법으로 한방심리요법에서 환자의 원하는 바와 생각에 순종해 맺힌 것을 풀도록 하는 '隨從順意法'에 해당한다고 볼 수 있다.

3. 뇌졸중은 의식, 운동, 언어 장애 등 다양한 후유증을 동반하는 질환으로 이로 인한 상실로 인해 환자는 자존감, 삶의 의지 등이 저하되어 우울증이 발생하는데 이러한 뇌졸중 후 우울증에는 분석적이거나 지시적인 상담기법보다는 지지 중심의 인간중심 상담요법이 효과적이라고 사료된다.
4. 기존의 한방심리치료에 대한 이해를 바탕으로 서양의 심리 상담 요법을 연구하고 각각의 장점을 취해서 다양한 질환의 특성에 맞게 병행하면 더욱 높은 치료 효과를 이룰 수 있을 것이다.

참고문헌

1. 박동희,연병실,석재호. 뇌졸중 우울증에서 병변 부위에 따른 우울증의 정도와 Dexa-methsone 억제의 차이. 신경정신의학. 1995;34:134-45.
2. 위송희. 뇌졸중 노인의 우울,수면의 질과 수면만족도의 관계. 간호과학회지. 2008;20(2):26-30.
3. 오홍근. 약먹기 싫은 당신을 위한 아로마 건강법, 서울:도솔. 1997:122-44.
4. 이화진, 이명선. 뇌졸중 후 편마비를 가진 중년기 환자의 적응 과정. 대한간호학회지. 2006;36(5):792-802.
5. 김현철, 김세주, 최낙경, 김영신, 이병철, 이만흥. 뇌졸중 후 삶의 질에 관한 추적연구. 신경정신의학. 2002;41(4):681-91.
6. 전국한의과대학 신경정신과 교과서 편찬위원회. 한방신경정신의학. 경기도:집문당. 2005:254-57, 345-57, 744-92.
7. 주은선, 이혜경, 주은지. 한국적 인본주의 상담 모형 모색-인본주의 상담자들의 자기 보고 중심으로. 한국심리학회지. 2007;19(3):569-86.
8. 이영희. 칼 로저스의 인간중심 상담이론의 철학적 함의. 한국심리학회지. 1994;6(1):1-20.
9. 이영호, 송종용. BDI,SDS,MMPI-D 척도의 신뢰도 및 타당도에 대한 연구. 한국심리학회지. 1991;15(1):98-113.
10. Williams JB. A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. Arch Gen Psychiatry. 1989;46(5):481-2.
11. Parikh RM, Robinson RG, Lipsey JR. Starkstein SE, Fedoroff JP. The impact of poststroke depression on recovery in activities of daily living over a 2 year of follow up. Arch Neurol. 1990;47(7):785-9.
12. Kauhanen M, Korpelainen JT, Hiltunen P, Brusin E, Mononen H, Maatta R, Nieminen P, Sotaniemi K.A. Poststroke depression correlates with cognitive impairment and neurological deficits. Stroke. 1999;80(9):1875-80.
13. Francisco GS. An overview of poststroke depression. N J Med. 1993;90(9):686-9.
14. Ghose, S. S., Williams, L. S. Depression and other mental health diagnosis after stroke increase inpatient and outpatient medical utilization three years poststroke. Medical Care. 2005;43(12):1259-64.
15. Hackett, M. L, Yapa, C, Parag, V. Frequency of depression after stroke: A systemic review of observational studies. Stroke. 2005;36(6):1330-40.
16. Berg, A., Palomaki, H., Lehtihalmes, M., Lonnqvist J. Poststroke depression. An 18-month follow-up. Stroke. 2003;34(1):138-43.
17. 김인자, 서문자, 김금순, 조남옥, 최희정. 뇌졸중 후 우울에 영향을 미치는 요인. 성인간호학회지. 2000;12(1):147-62.

18. Morris, P. L. P., & Robinson, R. G. Prevalence and course of depressive disorders in hospitalized stroke patients. International Journel of Psychiatry in Medicine. 1990;20: 349-64.
19. House, A., Dennis, M., Mogridge, L., Warlow, C., Hawton, K., & Jones, L. Mood disorders in the year after first stroke. British Journel of Psychiatry. 1991;158:83-92.
20. Astrom, M., Adolfsson, R., & Asplund, K. Major Depression in stroke patients: A 3-Year Longitudinal study. Stroke. 1993;24 :976-82.
21. Whyte Em, Mulsant BH. Post stroke depression: epidemiology, pathophysiology and biological treatment. Biol Psychiatry. 2002;52:253-64.
22. 강경숙. 중풍환자의 삶의 질 변화와 관련 인자에 관한 연구. 경희대 석사 학위 논문. 2001.
23. 나병조, 정재한, 최창민, 홍진우, 김태훈, 이준우, 이차로, 반건호, 정우상, 문상관, 배형섭. 중풍 후우울증에 대한 반하후박탕의 유효성 및 적응증 평가. 대한한방내과학회지 2005; 26(3):563-74.
24. 선종주, 정세연, 황재웅, 김석민, 정재한, 최창민, 정우상, 문상관, 조기호, 김영석. 중풍 후우울증 환자에 대한 향기침요법의 임상적 연구. 대한한방내과학회지. 2006;27(2):480-7.
25. 김청자, 정진선. 상담의 이론과 실제. 서울:동문사. 2009:48-64.
26. Rogers, Carl R. The necessary and sufficient conditions of theapeutic personality change. Journal of Consulting Psychology. 1957;21 :95-103.
27. 이장호. 상담심리학 제 4판. 서울:박영사. 2005 :64-71.
28. 김미희. 뇌졸중 후 편마비 노인의 우울 영향요인. Journal of Korean Gerotological Society. 2006;26(4):911-27.
29. Castillo, C, S., Starkstein, S, E., Fedoroff, J, P., Price, T, R., & Robinson, R, G. Generalized Anxiety Disorders after Stroke. Journel of Nervous and Mental Disease. 1993;81:100-6.
30. 오영희. 용서를 통한 한의 치유- 심리학적 접근. 한국심리학회지. 1995;7(1):70-94.