동의신경정신과학회지 제22권 제4호(2011년 12월)
J. of Oriental Neuropsychiatry 2011;22(4):77-86

외상 후 스트레스장애에 대한 한방중재 고찰
- 재해정신보건 한의학적 치료 모델 연구 -

권용주, 조성훈

경희대학교 한의과대학 한방신경정신과교실

Oriental medical Intervention Research for Post traumatic stress disorder
- A Model of Oriental medicine for Disaster Mental Health -

Yong-Ju Kwon, Seung-Hun Cho

Dept. of Neuropsychiatry, College of Korean Medicine, Kyung-Hee University

Abstract

Objectives :
These days assaults and other natural and human disasters are increasing. But oriental medical treatment researches in Korea are limited in car accident PTSD patients only. Our object is to explore an oriental medical intervention model for the evidence-based approach to PTSD after diverse trauma including disasters.

Methods :
Domestic papers for Korean researches are obtained from oriental medical related journals by internet searching. International materials are obtained from PubMed searching and a publication from Department of Veterans' Affairs. After assorting searched articles into RCTs and non-RCTs, we analyzed the articles according to the elapsed time from trauma.

Results :
We confirmed that acupuncture, CBT, and PMR were effective in acute stage after traumatic event. And EMDR, EFT, and relaxation therapy were effective in chronic stage after traumatic event. Building on the findings, we proposed a model of oriental medicine for Disaster Mental Health.

Conclusions :
Analyzing previous researches about oriental medicine on PTSD, several interventions were confirmed the effectiveness on specific treatment stage. We could find the possibility of Oriental Medicine as a Disaster Mental Heath and proposed a model of Oriental medicine for Disaster Mental Health.

Key Words :
Posttraumatic stress disorder(PTSD), Oriental Medicine, Disaster Mental Health

투고 : 2011. 11. 09. 수정 : 2011. 11. 22. 채택 : 2011. 11. 24.
교신저자 : 조성훈, 서울시 동대문구 회기동 1번지 경희의료원 한방신경정신과
Tel) 02-958-9188, Fax) 02-958-9187, E-mail) chosh@khu.ac.kr

Ⅰ. 서 론

외상 후 스트레스장애(Post Traumatic Stress Disorder, PTSD)란 심각한 외상을 직접 경험하거나 보거나 또는 들은 후에 나타나는 불안장애이다. 이 경우 외상이란 전쟁, 사고, 자연재앙, 폭력 등 생명을 위협하는 충격적인 경험을 의미한다. 환자들은 이러한 경험들에 대하여 공포심을 갖게 되고 아무도 도와줄 수 없다는 느낌을 갖게 되고 지속적으로 사건을 회상하며 다시 기억하는 것을 회피하려 노력한다[1].

외상성 사건에는 직접적으로 경험한 전투, 폭행(추행, 신체 공격, 강도, 노상 강도), 유괴, 인질, 테러리스트의 공격, 전쟁 포로나 수용소 수감, 자연적 혹은 인위적 재해, 심한 자동차 사고, 생명을 위협하는 질병의 진단이 포함되는데, 반드시 이러한 사건에만 국한되는 것은 아니다. 이 장애가 나타날 가능성은 스트레스의 강도나 스트레스에 대한 신체적 접근도가 증가할수록 높아진다[2]. 참전군인이나 사고 또는 범죄의 피해자인 고위험군에서 유병률이 3-58%로 높게 보고되고 있으며, 남자의 경우 전쟁경험이 많고 여자의 경우 물리적 폭행, 강간을 당한 경우가 많다고 보고되고 있다[1].

그러나 국내 한의학 연구는 성폭행 후 PTSD에 대한 고찰 다룬 김(2003) 의 연구 한 편[3]을 제외하고는 모두 교통사고 후 PTSD 에 대한 치료에 한정되어 있는 실정이다[4-8]. 각종 폭행 사건과 자연적, 인적 재해가 증가하고 있는 오늘날의 상황을 고려하여 보다 다양한 외상적 사건들, 특히 대량으로 극심한 정신적 스트레스에 노출되는 피해자가 발생하는 재해 및 재난에 의한 PTSD 환자에 대한 근거있는 한방적 치료 접근을 모색하고자 본 연구를 수행하였다.

Ⅱ. 연구대상 및 방법

국내 자료는 2011년 10월 20일까지 한국학술정보(KISS), 한국교육학술정보원(RISS), 전통의학정보포털(OASIS)에서 'PTSD'로 검색한 후 제목과 초록을 보고 한방중재관련 임상연구 논문 6편을 분석 대상으로 선정하였다.

국외 자료는 PubMed에서 검색어 '"Complementary Therapies" AND "Stress Disorders, Post-Traumatic"'로 검색된 41편의 논문과 미국 재향군인회에서 지원을 받아 Evidence-based Synthesis Program (ESP) center에서 2011년 8월 발간한 「Efficacy of Complementary and Alternative Medicine Therapies for Posttraumatic Stress Disorder」[9] 중에서 한방중재 관련 임상연구 10편을 선정, 이 중에서 무작위 대조군 연구와 대조군 연구만을 분석 대상으로 삼았다.

검색된 논문들을 무작위대조군 임상연구와 비무작위대조군 임상연구로 구분하고, 각 연구 내에서 외상성 사건의 발생 후로부터 중재 개입 시점의 시간경과를 조사하였다. 외상성 사건이 발생하고 얼마만큼의 시간이 흐른 시점에서 어떠한 종류의 한방관련 중재가 개입되었을 때 효과를 내었는지를 분석하고, 그 결과를 바탕으로 PTSD에 대한 한의학적 치료 모델을 구상하였다.

Ⅲ. 결 과

1. PTSD에 대한 한방중재 무작위 대조군 임상연구

PTSD에 대한 한방중재 무작위 대조군 임상연구들을 외상 발생 후 중재가 개입된 시점까지 시간경과에 따라 살펴보았다. 외상 발생 후 비교

적 초기(약 한 달 이내)에 중재가 개입된 두 편의 연구를 확인할 수 있었는데, 첫 번째는 지진 발생 8일 후에 91명을 대상으로 침치료와 CBT를 시행하여 비교한 Zhang et al.[10]의 연구이다. 지진 피해자들에게 침치료와 CBT를 병행 치료한 것이 CBT 단독 치료군보다 유의한 치료효과가 있음을 밝히고 있다. 두번째는 성폭행을 당한 뒤 평균 5주가 경과한 PTSD 환자에게 점진적 근육 이완법(Progressive muscle relaxation, PMR)을 1시간씩 5회에 걸쳐 연습시킨 Echeburúua et al. (1996) 의 연구[11]로 PMR과 대조군인 CBT 사이 통계적으로 유의한 차이를 확인하지는 못하였다.

베트남 전쟁후 평균 1년여의 시간이 경과한 시점에서 PTSD 환자들에게 눈 운동 민감소실 및 재처리법(Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR)과 바이오피드백, 이완훈련의 효과를 비교한 임상 논문에서는 EMDR의 효과가 가장 우세한 것으로 나타났다[12]. 아동기 폭력 및 성폭행 등의 외상으로부터 평균 6년이 경과한 PTSD 환자들을 대상으로 한 Vaughan et al. (1994) 의 연구[13]에서는 EMDR, 노출치료, PMR의 군간 차이가 없는 것을 확인하였다. 외상 후 6-9년이 경과한 시점에서 EMDR과 정서적 자유 기법(Emotional Freedom Techniques, EFT)의 치료효과를 비교한 결과 두 방법 모두 유의한 효과를 확인하였다[14]. 외상 후 9년여가 경과한 후 외상 치료용 인지행동치료법(Cognitive-Behavioral Therapy, CBT)의 효과를 EMDR과 비교한 결과 전자의 치료법이 더 유효한 효과를 나타내었다[15].

그 외 외상 후 경과시간이 명기되어 있지 않은 연구로 Brooks and Scarano[16]의 연구에서 전쟁 후 PTSD 환자 25명을 대상으로 11주간 초월명상 (Transcendental meditation, TM)을 시행하여 증상의 감소를 확인하였다. Watson et al. (1997)[17] 은 이완요법과 이완요법에 심호흡법, 바이오피드백 등을 첨가하여 치료효과를 비교하였으나 첨가후 효과의 변화를 검증하지 못하였다. Hollifield et al.[18] 은 아동기 성폭력이나 육체적 폭력을 경험한 84명의 PTSD 환자를 침치료군과 활성대조군인 CBT 군으로 나누어 두 군 모두에서 대조군에 비해 유의한 효과를 나타내고 그 효과가 24주간 유지됨을 보고하였다. 국내 연구로는 이 등 (2009)[7] 이 교통사고 후 PTSD를 나타내는 성인 30명을 두 군으로 나누어 일반치료군과 담정격 침치료를 일반치료에 병행한 군의 치료효과를 평가한 결과 두 군 모두에서 통증이 감소하고 SCL-90-R의 증상척도가 개선되었으나 군간 차이는 없음을 보고하였다.

Table Ⅰ. Randomized Controlled Trials of Oriental Medical intervention

Elapsed time after trauma	Study	Population	Intervention	Comparator	Result
8 days	Zhang Y et al., 2011[10]	N = 91 Trauma: earthquake	Acupoint stimulation (Left Laogong(PC8), with a 50Hz stimulator) + CBT	CBT	the treatment group was better that of in the control group
5 weeks	Echeburúua et al., 1996[11]	N = 20 Trauma: rape/sex assault	PMR	Cognitive restructuring and coping skills training	no between group differences
12.5 months	Silver et al., 1995[12]	N = 100 Trauma: Vietnam War	EMDR, Relaxation Biofeedback	Control	EMDR was the most effective extra treatment

6.6 years	Vaughan et al.,1994[13]	N = 36 Trauma : childhood abuse, exual/physical assault, transportation	EMDR, IHT, AMR	waiting list	no between group differences
EMDR=6.5 yrs EFT=9.7 yrs	Karatzias et al., 2011[14]	N = 46 Trauma : Accident, Assault /murder, Other	EMDR	EFT	EMDR group produced a slightly higher substantial clinical improvement
9.4 years	Devilly et al., 1999[15]	N = 23 Trauma : Accident/disaster, Nonsexual/Sexual assault, War zone	TTP(CBT variant)	EMDR	TTP was both statistically and clinically more effective
NR	Brooks and Scarano, 1985[16]	N = 18 Trauma : combat	TM	Individual psychotherapy	TM treatment group showed significant improvement
NR	Watson et al., 1997[17]	N = 90 Trauma : combat	RI, RI +deep breathing, RI +deep breathing+thermal biofeedback		the additions of training in deep breathing and thermal biofeedback did not produce improvement beyond simple instructions to relax
NR	Hollifield et al., 2007[18]	N = 84 Trauma : childhood sexual /physical abuse	Acupuncture	CBT, waitlist	Acupuncture = 15 (63%), maintained at 24 weeks CBT = 9 (36%), increased to 13 (52%) at 24 weeks Waitlist = 4 (17%), NR at 24 weeks
NR	Lee et al., 2009[7]	N = 30	Routine care (Acupuncture, Herb med, Physical therapy) + Acupuncture (膽正格)	Routine care	Both groups showed good effect on decreasing of VAS

CBT : Cognitive behavioral therapy, PMR : Progressive muscle relaxation, EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing, IHT : Image habituation training, AMR : Applied muscle relaxation , EFT : Emotional Freedom Techniques, TTP : Trauma Treatment Protocol, TM : Transcendental meditation, RI : relaxation instruction, NR = not reported

2. PTSD에 대한 한방중재 비무작위 임상연구

PTSD에 대한 한방중재 비무작위 임상연구로 중재의 개입시기가 가장 빠른 증례는 출판보고되지는 않았으나 2011년 3월 일본 대지진 피해자에게 외상 후 8일만에 한방치료가 투입된 경우로 26일간의 한방 입원치료를 받았다. 환자는 1차 지진 이후 통솔과정에서 해일을 경험하였으며 직장 동료가 해일에 휩쓸려가고 건물이 무너지는 것을 목격하였다. 말을 이어갈 수 없을 정도로 계속되는 마른 기침, 구토, 구토로 인한 음식섭취불능, 불면, 가슴 답답함, 두통을 호소하였다. 이완요법과 한약, 침구치료 위주로 치료하였다. 극도의 충격으로 인한 기역(氣逆) 증상-구역, 구토, 기침-의 치료를 위해 동의보감 출전 소합향원에 용뇌를 넣은 용뇌소합원과 시경반하탕을 복용하고, 침치료와 명상 치료, EFT를 시행하였다. 입원 5일째부터 기침의 경도 감소를 보고하고, 입원 19일째부터 많이 호전되어 계단을 오르내릴 때에만 기침을 호소하고 식사도 정상량을 회복하였다. 악몽을 꾸거나 수면중 깜짝깜짝 놀라던 수면 양상은 입원 8일째부터 중간에 놀라면서 깨지않고 3시간 정도 잘 수 있는 회복 양상을 보였다. 정상 식사량 섭취 가능하고, 식사 후 답답한 느낌은 있으나 구토는 없으며 기침은 주변 환경 변화가 있을 경우에만 가볍게 발생하

는 정도로 유지되어 퇴원하였다.

김 등 (2003)[4]은 교통사고 외상 발생후 15일이 경과한 환자에게 음교혈, 부극혈 자침, 근긴장 이완 목적으로 갈근탕을 5일동안 사용한 뒤 체질처방 투여, 어혈의 병리로 접근한다는 원칙 아래 어혈을 다스리기 위해 부항요법을 항, 견, 배부에 시행을 보고하였으며, 추나요법 등과 병행한 후 자각적 증상의 호전을 확인하였다. Hossack et al. (1996)[19]은 Jacobson의 자율훈련법을 포함한 이완법을 외상 발생후 약 1-2년이 지난 5명의 PTSD 환자에게 시행하고 효과를 확인하였다.

외상후 경과시간이 명기되지 않은 연구로 고 등 (2007)[6] 은 교통사고로 인한 PTSD 환자 20명에 대하여 어혈방 침치료와 약침치료, 당귀수산, 순기활혈탕을 투여를 포함한 한방치료를 시행하고 호전을 보고하였다.

Table II. Non-Randomized Controlled Trials of Oriental Medical intervention

Elapsed time after trauma	Study	Population	Intervention	Comparator	Outcomes
8 days	Unpublished, 2011	N = 1 Trauma : Earthquake	Herbal medicine, Acupuncture, Rexation therapy, EFT	Baseline	decrease of total symptom score (self-report)
15 days	Kim et al., 2003[4]	N = 1 Trauma : Traffic accident	Herbal medicine, Acupuncture, Mental therapeutics	Baseline	decrease of total symptom score (self-report)
subject 1 =18 momths subject 2,3,4 =34 months	Hossack and Bentall, 1996[19]	N = 5 Trauma: helicopter crash (one), the football stadium disaster(four)	Jacobson' method and guided imagery, Visual kinesthetic dissociation	Baseline	3 patients : decrease in intrusive imagery, 1 patient : less clear cut improvement, 1 patient : showed no improvement
NR	Ko et al., 2007[6]	N = 20 Trauma : Traffic accident	Herbal medicine, Acupuncture (瘀血方), Herbal acupuncture. Physical therapy	Baseline	4 symptoms of SCL-90-R were significantly improved.

EFT : Emotional Freedom Techniques, NR : not reportedm, SCL-90-R : Symptom Checklist-90-R

3. 재해정신보건 한의학 모델 제안

외상 발생 후 1개월 이내에 현저한 불안이나 증가된 각성 반응의 증상이 나타나는 경우 급성 스트레스 장애(Acute Stress Disorder, ASD)로 진단하는데 이는 적으면 2일간, 길게는 4주간 지속되고 회복되는 경우이다[2]. 외상적 사건이 일어나고 4주 이내에 재해적 외상을 경험한 PTSD 고위험자들 중에서 일부는 자연회복되고 일부는 ASD로 진단받은 뒤 회복되며 일부는 PTSD로 진행하는 것이다. 이 때 외상에 노출된 집단을 PTSD 고위험군으로 규정하고 PTSD 예방을 위한 조기개입을 시행하게 된다.

외상 발생 후 1개월 이내에 시행되는 PTSD 예방 프로그램에 대한 Feldner et al. (2007)[20] 의 연구에 따르면 이 시기에 경험한 외상에 대해 심리학적 재진술(debriefing)을 시키는 치료법의 효과는 미지수라고 한다. 심리학적 교육을 위주로 한 단기 심리개입은 유효하다고 하며, 외상을 경험한 개인의 증상 수준에 따라 치료 강도에 차등을 두는 단계별 공동 치료 프로그램과 ASD 증상이 나타난 외상 노출자에게 CBT를 시행하는 것은 유효하다고 한다. CBT의 내용은 심리교육이나 불안 제어 훈련, 인지 재구성, 노출 훈련 등으로 구성된다.

이 시기에 한방중재적 개입을 생각해보면 이전 연구를 근거로 하여 노궁혈 침자극[10], 외부 충격으로 인한 신체 내 어혈이나 근육긴장을 해소하기 위한 어혈방 침치료[6]와 PMR[11] 치료를 고려할 수 있다. 이 시기 치료법의 특징은 그 술기가 간단하고 효과가 즉각적이어서 재해시 대규모로 발생하는 피해자에게 효율적으로 적용될 수 있다는 점이다. 이같은 한방중재의 효과를 근거로 하여 재해로 인한 PTSD 고위험군에 대한 개입 모델을 구상해 볼 수 있다(Fig. 1).

이후 외상 발생 후 1달 이후부터 약 6년 이내의 PTSD 환자들에게 행해진 연구 결과에 근거하여 EMDR과 이완요법을 고려할 수 있다. 외상 발생 후 6년 이상 경과한 환자들에게 대해서는 EMDR, EFT, CBT의 효과 보고가 있으며, 이외에도 RCT를 통해 효과가 검증되지는 않았으나 치료효과가 보고된 한약중재 증례도 다수이다[4,6-7].

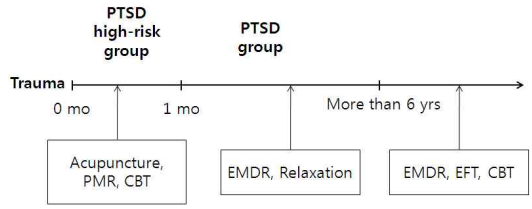


Fig. 1. A Oriental medical Treatment Model for Disaster Mental Health.
PTSD : Post Traumatic Stress Disorder, PMR : Progressive muscle relaxation, CBT : Cognitive behavioral therapy, EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EFT : Emotional Freedom Techniques

Ⅳ. 고 찰

재해정신보건(Disaster Mental Health, DMH)은 피해를 당한 피해자들을 포함하여 재해와 관련된 모든 사람들이 재해당시 혹은 그 여파로 인해 겪게 되는 심한 정신적 스트레스에 효과적으로 대처하도록 돕는 서비스를 의미하는데, 각종 재해가 날이 갈수록 더욱 빈번하게 발생함에 따라 점차 그 요구도가 증가하고 있는 분야이다. 미국에서는 70년대 말부터 재해정신보건사업이 활성화되어 온 데 반해 우리나라는 재해정신보건서비스가 공적 재해대책체계에 포함되어 있지 않으며 민간기관인 적십자사에서도 제공하고 있지 않다[21].

폭력성과 인적 자연적 재해가 증가하는 요즈음은 우리나라도 구체적이고 체계적인 재해정신보건 프로그램의 개발이 필요한 시점으로 특히 재해로부터의 심리적 회복단계는 문화적 차이에 의해 편차가 있을 것이므로 우리나라 주민에게 맞는 모형의 개발이 필요하다는 것은 신(2000)[21]의 연구에서도 지적되는 바이다. 한의학은 오랜 기간 발전해 온 우리날 고유의 의학으로서 우리나라 국민 정서에 맞는 스트레스 회복 프로그램을 구성하는데 주요한 역할을 할 수 있을 것으로 기대할 수 있다.

재해정신보건의 특성상 혼란스럽고 시끄러운 현장에서는 심리상담 서비스를 받을 정신도 없는 사람들을 대상으로 최대한 10-30분 내에 조기 개입을 하게 되므로 즉각적인 라포 형성과 빠른 사정 기술 등이 요구되는데 전통적인 심리치료 기법보다는 피해자들에게 스트레스반응을 인지시키고 스트레스관리법을 일러주는 등, 보다 실질적이고 단편적인 심리교육적 방법이 유용하다는 것은 주지의 사실이다. 또한 이 때의 신속한 교육적 CBT를 시행하면서 침치료를 병행하였을 때 증상 안정 효과가 더 높다는 것이 최근의 연구에서 확인되었다[10].

EFT는 미국의 Gray Craig가 개발한 새로운 심신치유 테크닉으로 각종 심신의 증상과 병을 치료하며 총체적인 건강을 도모하는 대체의학적인 건강 기법으로 출발하였다. 한의학계에서는

이[22] 등이 정신분열증 환자의 추체외로 증후군과 환청 증상에 한방치료와 EFT를 병용하여 성공적으로 치료한 사례가 보고된 바 있다. 구체적인 방법으로 여러 가지 증상에 '공식'이라고 부르는 일련의 타점을 치게 하여 정서적 문제를 해결하는데, 이때에 두드리는 타점이 한의학에서 말하는 경락의 개념으로 볼 수 있으며 즉 EFT에서도 경락이 소통되면 신체증상이 치료된다고 보고 있다. 곧 침술과 언어의 결합으로, 두드리는 자극이 침을 대신하고 언어를 사용하여 무의식이 치료과정에 동참하여 자연회복력을 극대화시킨다는 개념이다[23].

EMDR은 Francine Shapiro에 의해 개발되어 1989년에 첫 임상 연구가 발간되었으며, 기존의 정신치료 패러다임과는 다른 형태로 인해 그간 많은 논쟁이 있어지만 현재 EMDR은 축적된 연구를 바탕으로 하여 미국정신의학회, 미국심리학회, 미국보훈청과 국방부 등에서 PTSD의 표준치료로 공식 인정받고 있다. 환자는 안구 운동과 같은 외부 자극과 동시에 외상적 기억인 내부 자극에 집중하는 이중 주의 상태가 되는데, 빠르고 반복적인 안구운동을 통해 인지적 변화와 불안감소의 효과를 얻는다. 환자는 외상과 관련된 부정적 감정, 기억, 인지 등을 상기한 후 안구운동 중 경험한 이미지나 감정을 보고하게 된다. 이 과정은 외상적 기억과 감정이 최소화될 때까지 진행된다[24].

바이오피드백은 개인이 정상적으로 깨달을 수 없고 마음대로 조절할 수 없다고 알려진 정신생리학적 과정을 기기를 통해 훈련시키는 자기조절 훈련법으로, 心身一如, 身形一體의 한의학적 인체관, 인체의 항상성을 통한 자생력, 평정을 요구하는 치료자의 마음자세, 자연과 상응하는 호흡법을 중시한다는 의미에서 한의학적 이론에 유사한 면을 가지고 있다[25].

현대의 명상법 중 하나인 초월 명상은 각성, 수면, 꿈 외에 더없이 행복한 의식상태인 초월상태에 이르는 것이 목적으로 개별적으로 주어진 만트라를 유성 또는 무성으로 반복적으로 읊조린다[26]. 초월 명상만을 대상으로 한 한의학적 연구는 없지만 그 외의 명상들을 대상으로 한 한의학 연구는 다수 존재한다[27-31]. 한의학은 심신일여라는 도가적 이론을 근간으로 형과 신의 합일을 강조하였는데 이는 건강과 양생이라는 목표를 위하여 육체와 정신이 합일되어야 함을 표현한 것인데, 이러한 이론에 근거하여 명상 요법은 여러 한의학 임상장면에서 응용된 형태로 사용되고 있다[27].

점진적 근육이완법은 심신이완을 도모하여 건강 증진을 할 수 있다는 점에서 導引療法 또는 기공과 유사하여 한방정신요법 중의 한 형태라 할 수 있으며 특히 기공 중에서도 防鬆功 혹은 鬆靜功으로 볼 수 있다. 도인요법의 호흡을 통하여 자연의 정기를 끌어들이고 근육수축과 이완을 통해 체내의 기혈 순환을 활발하게 하고, 정신의 안정과 氣의 調息을 통해 精, 氣, 神을 조양함으로써 질병을 예방하거나 치료하는 것은 점진적 근육이완법의 목적과 일치한다. 다른 이완요법들도 마찬가지이다[32].

본 연구의 한계점으로는 우선 PTSD에 대한 한방 처치 연구 수가 많지 않아 시기별 추천 처치를 풍부하게 제시하지 못하였다는 점을 들 수 있다. 국외 연구들도 PTSD의 시기에 따른 투입을 고려하지 않은 연구 설계가 많아서 외상을 경험한 환자의 증상 단계에 따른 치료 가이드라인 제시에 한계가 존재하는 것이 사실이다. 그러나 기존의 연구를 바탕으로 최대한 접근 모델을 제안하였고 비 무작위임상연구에서 기타 다른 중재들의 효과도 보고되고 있으므로 향후 시기별 한방중재의 효과성 연구가 축적되고 보다 세

밀한 효과 기전이 밝혀진다면 재해 및 재난 발생시 한방중재가 효과적인 재해정신보건의 한 축을 담당할 수 있을 것이다.

Ⅴ. 결 론

기존의 외상 후 스트레스 장애에 대한 한방중재 임상 문헌들을 고찰한 결과 외상성 사건 발생 후 한 달 이내에 침, 점진적 근육 이완법, 인지행동치료의 개입이 효과가 있는 것으로 나타났으며, 외상성 사건 발생 한 달 이후에는 눈 운동 민감소실 및 재처리법, 이완요법, 정서적 자유 기법 등이 유효하였다. 이러한 한의학적 중재에 대한 연구를 바탕으로 하여 외상성 사건 발생 후 치료 시기에 따라 적절한 한방적 치료 중재를 제시하였다. 향후 재해 및 재난 발생시 한의학이 재해정신보건으로서 큰 역할을 할 수 있을 것으로 사료된다.

참고문헌

1. 전국한의과대학 신경정신과 교과서편찬위원회. 한의신경정신의학. 1판. 파주:집문당. 2007:528-9.
2. 미국정신의학회 저. 정신장애의 진단 및 통계 편람 제4판. 서울:하나의학사. 1995:553-9.
3. 김동일, 권차남, 이태균. 성폭행에 의한 외상후 스트레스 장애로 나타나는 만성 골반통에 관한 고찰. 대한한방부인과학회지. 2003;16(2):200-14.
4. 김선홍, 심윤섭. 교통사고로 인한 외상 후 스트레스장애 환자 1례. 동의신경정신과학회지. 2003;14(1):175-81.
5. 김현우, 김호준, 박영회, 금동호, 이명종. 교통사고 환자에서의 외상 후 스트레스 장애에 대한 문헌 고찰 -東醫寶鑑을 중심으로. 한방재활의학과학회지. 2006;16(1)35-47.
6. 고경모, 최성훈, 김재수, 박서영, 이윤규, 이윤경 외. 교통사고 후 외상성 스트레스 장애 후유증 환자에 대한 고찰 -SCL-90-R을 중심으로-. 대한침구학회지. 2007;24(6):63-8.
7. 이지은, 천혜선, 류충열, 조명래. 류미선. 膽定格 병행치료와 일반한방치료가 교통사고 후 PTSD환자의 심리상태와 통증에 미치는 영향에 대한 비교. 대한침구학회지. 2009;26(6):151-9.
8. 설재욱, 김세진, 정일문, 김수연, 김경옥, 장하정, 최진봉. 교통사고 환자의 다면적 인성검사 결과 -교통사고 유형, 외상후 스트레스 장애 유무 및 성별에 따라-. 한방재활의학과학회지. 2006;16(3):137-48.
9. Evidence-based Synthesis Program(ESP) Center. Efficacy of Complementary and Alternative Medicine Therapies for Posttraumatic Stress Disorder. Department of Veterans Affairs Health Services Research & Development Service. 2011.
10. Zhang Y, Feng B, Xie JP, Xu FZ, Chen J. Clinical study on treatment of the earthquake -caused post-traumatic stress disorder by cognitive-behavior therapy and acupoint stimulation. J Tradit Chin Med. 2011 Mar; 31(1):60-3.
11. Echeburúa E, de Corral P, Sarasua B, et al. Treatment of acute posttraumatic stress disorder in rape victims: An experimental study. J Anxiety Disord. 1996;10(3):185-99.
12. Silver SM, Brooks A, Obenchain J. Treatment of Vietnam War veterans with PTSD: a comparison of eye movement desensitization and reprocessing, biofeedback, and relaxation training. J Trauma Stress. 1995 Apr;8(2):337-42.

13. Vaughan K, Armstrong MS, Gold R, et al. A trial of eye movement desensitization compared to image habituation training and applied muscle relaxation in post-traumatic stress disorder. J Behav Ther Exp Psychiatry. 1994;25(4):283-91.
14. Karatzias T, Power K, Brown K, McGoldrick T, Begum M, Young J et al. A controlled comparison of the effectiveness and efficiency of two psychological therapies for posttraumatic stress disorder: eye movement desensitization and reprocessing vs. emotional freedom techniques. J Nerv Ment Dis. 2011 Jun;199(6) :372-8.
15. Devilly GJ, Spence SH. The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive-behavior trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder. J Anxiety Disord. 1999 Jan-Apr; 13(1-2):131-57.
16. Brooks J, Scarano T. Transcendental Meditation in the Treatment of Post-Vietnam Adjustment. Journal of Counseling and Development. 1985;64:212-5.
17. Watson CG, Tuorila JR, Vickers KS, et al. The efficacies of three relaxation regimens in the treatment of PTSD in Vietnam war veterans. J Clin Psychol. 1997:917-23.
18. Hollifield M, Sinclair-Lian N, Warner TD, et al. Acupuncture for posttraumatic stress disorder: a randomized controlled pilot trial. J Nerv Ment Dis. 2007;195(6):504-13.
19. Hossack A, Bentall RP. Elimination of posttraumatic symptomatology by relaxation and visual-kinesthetic dissociation. J Trauma Stress. 1996;9(1):99-110.
20. Matthew T. Feldner, Candice M. Monson, Matthew J. Friedman. A Critical Analysis of Approaches to Targeted PTSD Prevention. Behavior Modification. 2007;31(1):80-116.
21. 신선인. 재해 및 재난 구호시 요구되는 정신보건사회사업 서비스에 관한 연구. 정신보건과 사회사업. 2000;10:61-83.
22. 이지원, 차혜진, 서영민, 서덕원, 박세진. 양약 복용 후 추체외로증후군을 나타낸 정신분열형 장애 환자에게 EFT 요법과 한방치료를 병행하여 치료한 치험 1례. 동의신경정신과 학회지. 2009;20(2):207-16.
23. 최인원, 김원영, 정유진. 5분의 기적 EFT. 서울:정신세계사. 2008:31-8.
24. 김대호. 외상후 스트레스 장애에 대한 안구운동 민감소실 및 재처리 요법. J Korean Neuropsychiatr Assoc. 2005;44(2):147-51.
25. 강형원, 김태헌, 류영수. 바이오피드백의 이해와 한의학적 이용. 동의신경정신과 학회지 2005;16(1):143-57.
26. 장현갑. 명상의 심리학적 개관: 명상의 유형과 정신생리학적 특징. 한국심리학회지 : 건강. 1996;1(1):15-33.
27. 서진우, 황은영, 정선용, 황의완, 김종우. 심박변이도 측정을 통한 정서 상태 및 명상의 종류별 명상 효능 평가. 동의신경정신과 학회지. 2009;20(3):133-47.
28. 오경민, 김보경. 한방치료와 호흡명상으로 호전된 불면 및 우울증을 동반한 불안 장애 환자 치험 1례. 동의신경정신과 학회지. 2009; 20(3):297-307.
29. 서진우, 김종우, 정선용, 김지영, 황은영. 심박변이도 및 SCL-90-R 측정을 통한 자율훈련법과 과일 명상의 효과 비교 분석. 동의신

경정신과 학회지. 2008;19(3):35-44.
30. 정선용, 서진우, 김종우, 황의완. 뉴로피드백을 이용한 명상훈련이 정상 성인의 기억과 집중력에 미치는 영향. 동의신경정신과 학회지. 2008;19(2):15-39.
31. 강현선, 김자영, 이진환, 성우용. 신체증상을 주증상으로 호소하는 우울증 환자에 대한 침치료와 명상의 결합을 응용한 치험 2례. 동의신경정신과 학회지. 2008;19(2):241-50.
32. 이제균, 이재혁. 점진적 근육이완법이 자율신경계에 미치는 영향. 동의신경정신과 학회지. 2007;18(1):111-22.