CASE REPORT

pISSN 1226-6396, eISSN 2234-4942
J of Oriental Neuropsychiatry 2025;36(4):353-368
https://doi.org/10.7231/jon.2025.36.4.353

JON Journal of Oriental Neuropsychiatry

자살 사고 및 자살 행동을 동반한 주요우울장애 환자의 한의복합정신요법 적용 2례

국혜정, 정인철

대전대학교 한의과대학 한방신경정신과학교실

Korean Medicine-Based Integrated Psychotherapy for Major Depressive Disorder Patient with Suicidal Ideation and Suicidal Behavior: 2 Cases

Hye Jeong Kook, In Chul Jung

Department of Oriental Neuropsychiatry, College of Korean Medicine, Daejeon University

Received: August 28, 2025
Revised: September 15, 2025
Accepted: September 26, 2025

Correspondence to
In Chul Jung
Department of Oriental Neuropsychiatry, College of Korean Medicine, Daejeon University, 62 Daehakro, Dong-gu, Daejeon, Korea.
Tel: +82-42-470-9129
Fax: +82-42-470-9005
E-mail: npjeong@dju.kr

Acknowledgement
This research was supported by a Daejeon University Research Grant (2023).

Objectives: This study presents two cases of major depressive disorder characterized by suicidal ideation and behavior. Both cases were treated using a Korean Medicine-based integrated psychotherapy approach that combined Mindfulness & Loving Beingness (M&L) therapy, Emotion Freedom Technique (EFT), and conventional Korean medical interventions.

Methods: Two female inpatients diagnosed with major depressive disorder and recent suicide attempts received a treatment regimen that included acupuncture, moxibustion, Chuna therapy, and individualized herbal medicine, in conjunction with M&L psychotherapy and EFT administered five times a week.

Results: Both patients demonstrated significant reductions in suicidal ideation and depressive symptoms. Scores on the Korean-Beck Scale for Suicide Ideation and the Columbia Suicide Severity Rating Scale decreased significantly. Additionally, improvements were observed in scores on the Korean-Symptom Checklist-95, Beck Depression Inventory-II, Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory XYZ form, the Korean version of the State-Trait Anger Expression Inventory, Penn State Worry Questionnaire, and the Korean Version of the Insomnia Severity Index, indicating enhancements in depression, anxiety, and insomnia. The patients reported increased emotional stability, improved self-acceptance, and greater coping resources. No adverse effects were noted during hospitalization.

Conclusions: These cases suggest that an integrated approach combining M&L therapy and EFT with traditional Korean medical treatments may serve as an effective adjunctive management strategy for patients with major depressive disorder at risk of suicide.

Key Words: Major depressive disorder, Suicidal ideation, Suicidal behavior, Korean medicine psychotherapy, Mindfulness & loving beingness, Emotion freedom technique.

Copyright © 2025 by The Korean Society of Oriental Neuropsychiatry. All rights reserved.
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

I. 서론

주요우울장애는 지속적인 기분 저하, 흥미와 의욕의 상실, 죄책감이나 무가치감, 수면 및 식욕 변화, 에너지 고갈, 집중력 저하 등의 증상을 특징으로 하며, 이로 인해 일상생활과 사회적 기능에 심각한 장애를 초래하는 기분장애이다[1]. 주요우울장애 환자는 일반 인구보다 자살 위험이 유의하게 높으며, 심각한 자살 사고를 경험한 집단의 주요우울장애 경험 비율은 24.9%, 평생 자살시도 집단에서는 35.8%, 최근 1년 내 자살시도 집단에서는 40.0%로, 자살 위험 수준이 높을수록 주요우울장애 경험 비율이 증가하는 경향이 보고되었다[1].

자살은 주요우울장애에서 가장 치명적인 합병증 중 하나로, 반복적이고 지속적인 자살 사고는 삶의 질을 심각하게 저하시킬 뿐 아니라, 자살시도로 이어질 경우 생명을 위협하는 응급상황을 초래하므로 자살은 정신과적 응급에 해당하며, 급성기에는 신속한 평가와 집중 치료가 필요하다[2]. 그러나 자살시도 경험자 중 일부는 신분 노출에 대한 두려움이나 정신질환에 대한 사회적 낙인으로 인해 정신과적 치료나 도움을 구하는 태도가 위축되는 경우가 많으며 특히, 자살 사고 및 행동을 보인 환자 중 일부는 입원치료가 권고되더라도 안정병동 입원에 대한 심리적 거부감으로 치료를 회피하여 적절한 치료 시기를 놓치고 치료 공백 상태에 머무르게 되는 위험이 있다[3].

최근 연구에 따르면 자살 사고 및 행동을 동반한 주요우울장애 환자의 치료에서 약물치료와 심리치료의 병행이 증상 완화와 재발 예방에 효과적이며[4], 특히 마음챙김 기반 치료는 현재 순간에 대한 수용적 주의집중을 통해 자살 사고의 강도를 완화하고, 감정의 탈융합을 촉진하여 재발 위험을 줄이는 데 유용하다[5].

한의학에서는 주요우울장애를 울증(鬱證)의 범주로 보아, 칠정상(七情傷)으로 인한 기혈 운행과 장부 기능에 장애가 지속적인 우울감, 정신적 억울감 등의 정서적 증상과 식욕부진, 소화불량, 흉복부 답답함, 불면 등의 신체적 증상으로 나타나는 것으로 설명한다[6]. 최근에는 심신 상호작용을 기반으로 한 한의정신요법이 정서 조절, 자율신경계 안정, 삶의 의미 회복에 기여할 수 있는 통합적 치료방안으로 주목받고 있다[7].

한의정신요법 가운데 M&L 심리치료(Mindfulness & Loving Beingness Therapy)는 '깨어있는 알아차림(Mindfulness)'과 '존재적 사랑(Loving Beingness)'이라는 두 가지 중요한 개념을 활용하여 자기 인식과 자기 수용을 증진시키고, 대인관계에서 긍정적 정서를 회복하도록 돕는 기법이다[8]. 또한, 감정 자유 기법(EFT, Emotion Freedom Technique)는 경혈 두드리기와 긍정적 확언을 결합하여 부정적 정서와 신체적 긴장을 완화하는 에너지 심리치료 기법으로, 신체 감각과 감정을 통합적으로 다루어 정서적 안정과 인지 재구성을 통해 우울 증상 완화에 효과가 보고되고 있다[9].

이에 본 증례에서는 자살 사고 및 자살시도 병력이 있는 주요우울장애 환자 2명을 대상으로 한의정신요법을 포함한 한의복합치료를 시행하여, 환자의 정서 안정, 자살 사고 경감, 삶의 회복력 향상에 유의미한 호전을 보였음을 보고한다.

II. 연구대상 및 방법

1. 연구대상

2025년 3월부터 2025년 7월까지 본원 한방신경정신과에 입원한 환자 중 DSM-5의 주요우울장애 진단기준에 부합하며, 입원 이전에 자살시도를 한 병력이 있고 자살 사고가 뚜렷하여, 적극적인 입원치료와 함께 M&L 심리치료 및 감정 자유 기법의 적응증에 해당하는 환자 2명을 대상으로 하였다. 본 증례보고는 ○○대학교 ○○한방병원 기관생명윤리 위원회(IRB)에서 신속심의를 통하여 심의면제의 건으로 확인받았다(심의번호: DJDSKH-25-E-09-1).

2. 치료방법

상기 환자 2명에게 입원기간 동안 침치료, 뜸치료, 추나치료, 한약치료를 비롯한 한방치료와 M&L 심리치료 및 EFT의 복합적인 한의정신요법을 시행하였다.

1) 침구치료

침 치료는 1일 2회, 15~20분 동안 0.25 mm×30 mm 일회용 스테인리스 침(Dongbang Medical)을 사용하여 백회(GV20, 百會), 신정(GV24, 神庭), 단중(CV17, 膻中), 대릉(PC7, 大陵), 극문(PC4, 郄門), 곡지(LI11, 曲池), 외구(GB36, 外丘), 신맥(BL62, 申脈), 금문(BL63, 金門), 조해(KI6, 照海), 대종(KI4, 大鐘), 耳神門에 시행하였다. 뜸 치료는 주 6회 뜸

판(Dongbang Medical, 단전구합)에 황토뜸(Dongbang Medical, 쑥탄) 3장을 장착하여 관원혈(CV4), 신궐혈(CV8), 중완혈(CV12)에 30분간 적용하였으며, 매일 소형 무연뜸(Onttum, Technoscience)을 양측 견정혈(GV21)에, 대형 무연뜸(Ettum, Technoscience)을 복부에 사용하였다.

2) 추나치료

두경부의 전반적인 근육 통증 및 긴장 완화를 위하여 경추 신연 기법과 경항견배부와 흉부 근육들의 압박이완기법과 이완강화기법의 근막 추나를 시행하였다.

3) 한약치료

한약 치료는 환자의 주요 증상과 변증에 따라 처방을 구성하였다(Table 1, 2). 첫 번째 증례 환자에서는 주증상과 함께 소화불량이 동반되어 평진건비탕(平陳健脾湯)을 처방하였고, 소화불량 개선 이후에도 우울 및 불면 증상이 지속되어 귀비탕(歸脾湯)으로 전방하였다. 두 번째 증례 환자에서는 우울과 반추로 인한 불안 및 입면곤란을 호소하여 온담

Table 1. Herbal Medicine on Each Treatment Day of Case 1 Patient

Treatment day	Target	Detailed intervention
1～21	Insomnia	Chunwangbosim-dan (Tianwangbuxin-dan, 天王補心丹). Granule. Every night
1～14	Depression, insomnia, dyspepsia	Pyeongjingeonbi-tang (Pingchenjianpi-tang, 平陳健脾湯). Decoction. Three times per day
1～21	Depression, fatigue	Gongjin-dan (Gongchen-dan, 拱辰丹). Moschus replaced with Aucklandiae Radix. Granule. Every day, 1 hour before breakfast
1～4	Throat discomfort, dyspepsia	Banhahubak-tang (Banxiahoupo-tang, 半夏厚朴湯). Extract. Insured herbal preparation. Three times per day
2, 17, 19	Chest discomfort, anxiety	Sohaphyang-won (Suhexiang-yuan, 蘇合香元) Granule. Taken as symptom appears.
4	Throat discomfort, cough	Haengso-san (Xingsu-sǎn, 杏蘇散) Extract. Insured herbal preparation. Taken as symptom appears
4～6	Throat discomfort, cough, body ache	Gumiganghwal-tang (Jiuweiqianghou-tang, 九味羌活湯). Extract. Insured herbal preparation. Three times per day
5～7, 12～15	Dyspepsia due to anxiety	Daehwajungeum (Dahezhongyin,大和中飮). Extract. Insured herbal preparation. Three times per day
7～9	Cough, body ache, runny nose	Socheongryong-tang (Xiaoqinglong-tang, 小靑龍湯). Extract. Three times per day
8～11	Dyspepsia	Pyeongwi-san (Pingwei-san, 平胃散). Extract. Insured herbal preparation. Three times per day
8～15	Cough, body ache	Insampaedok-san (Renshenbaidu-san, 人蔘敗毒散) Extract. Insured herbal preparation. Three times per day
14	Constipation	Yunjang-hwan (潤腸丸) Granule. Taken as symptom appears
15～17	Constipation	Doinseunggi-tang (Taorenchengqi-tang, 桃仁承氣湯). Extract. Insured herbal preparation. Three times per day
15～21	Cough, runny nose	Hyunggaeyungyo-tang (Jingjielianqiao-tang, 荊芥連翹湯). Extract. Insured herbal preparation. Three times per day
15～21	Anxiety, depression, insomnia	Guibi-tang (Guipi-tang, 歸脾湯). Decoction. Three times per day
18～21	Heat sensation, cold sweating	Jaeumganghwa-tang (Ziyinjianghuo-tang, 滋陰降火湯). Extract. Insured herbal preparation. Three times per day

Table 2. Herbal Medicine on Each Treatment Day of Case 2 Patient

Treatment day	Target	Detailed intervention
1～15	Insomnia	Chunwangbosim-dan (Tianwangbuxin-dan, 天王補心丹). Granule. Every night
1～7	Depression, anxiety, insomnia	Ondam-tang (Wendan-tang, 溫膽湯). Decoction. Three times per day
3～10	Urination discomfort	Ohrim-san (Wuling-san, 五淋散). Extract. Insured herbal preparation. Three times per day
5	Anxiety	Uhwangchungsim-won (Niuhuangqingxin-wan, 牛黃淸心丸). Decoction. Taken as symptom appears
7～10	Constipation	Doinseunggi-tang (Taorenchengqi-tang, 桃仁承氣湯). Extract. Insured herbal preparation. Three times per day
8, 11～14	Chest discomfort, anxiety	Sohaphyang-won (Suhexiang-yuan, 蘇合香元) granule. Taken as symptom appears
8～15	Depression, anxiety, insomnia	Guibi-tang (Guipi-tang, 歸脾湯). Decoction. Three times per day
12	Numbness of extremities	Jakyakgamcho-tang (Shaoyaogancao-tang, 芍藥甘草湯). Granule. Taken as symptom appears

탕(溫膽湯)을 사용하였으며, 증상 변화에 따라 귀비탕으로 전방하였다. 불면 완화를 위해 두 증례 모두에서 천왕보심단(天王補心丹)을 취침 전 투여하였으며, 필요에 따라 단미엑스제 및 과립제를 병용하였다.

4) 한의정신요법

(1) M&L 심리치료(Mindfulness & Loving Beingness Psychotherapy)

M&L 심리치료는 M&L advanced 코스를 이수하고 임상경험을 갖춘 한방신경정신과 전문수련의가 담당하여 입원 1일 차부터 토요일, 일요일을 제외하고 주 5회 시행하였으며, 각 세션은 20~50분 사이의 시간이 소요되었다. 첫 번째 세션에서는 환자의 개인력을 청취하고 다양한 평가 도구를 시행하여 초기 평가를 시행하였으며, 이후 세션은 환자의 증상에 따라 적절하게 리소스 탐색, 마음의 방 그리기, 다양한 마음챙김 명상 기법을 시행하였다.

(2) 감정 자유 기법(EFT, Emotion Freedom Technique)

EFT 치료는 입원 8일 차부터 토요일, 일요일을 제외하고 주 5회 시행하였다. 준비작업, 1차 연속 두드리기, 손등 두드리기 및 뇌 조율과정, 2차 연속 두드리기, 추가 조정과정의 5단계로 시행하였다. 회기 별 20~30분 진행하였고 EFT 교육을 받은 한방신경정신과 전문수련의에 의해 개별적으로 시행되었다.

3. 입원 시 치료 목표 및 퇴원 계획

입원치료의 일차적 목표는 급성기 안전 확보와 자살위험 감소, 주요 증상의 단기 안정, 증상 악화 시 안정 병동 입원의 필요성 이해를 포함한 치료 수용성 증진으로 설정하였다. 이와 더불어 M&L 심리치료와 EFT를 통해 정서조절, 탈융합, 자기수용, 심리적 자원화 등을 촉진하여 퇴원 후 심리적 지지 체계 확보, 스트레스 요인에 대한 의사결정, 위기대응 안전계획 등 문제 해결을 위한 전제조건을 마련하는 것을 이차적 목표로 설정하였다. 퇴원 기준은 구체적 자살계획의 소실, 자살사고 및 충동의 빈도와 강도의 감소, 우울, 불안, 불면 및 신체화 증상의 단기적 안정, 지지 체계 확보와 외래 진료 연계, 한의정신요법을 통한 일상에서의 자기 돌봄 기술의 습득 여부로 설정하였다.

4. 평가도구

1) 한국어판 벡자살 사고척도(Korean version of the Beck Scale for Suicide Ideation, K-BSS)

자기보고형 검사로, 총 21문항의 자살에 대한 열망, 계획, 충동성 등 자살 사고의 심각도를 3점 척도로 평가하며 총점이 높을수록 자살 사고의 심각도가 높음을 의미하며, 임상 및 연구 현장에서 신뢰도 높은 자기보고형 평가도구로 널리 사용된다[10].

2) 컬럼비아 자살 심각도 척도(Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS)

자살 사고와 행동을 평가하기 위해 개발된 반구조화 면담형 도구로, 자살 사고의 유무, '죽고 싶은 소망'부터 '구체적인 계획과 의도'를 포함한 적극적 자살 사고까지 5단계의 심각도 척도, 빈도, 지속시간, 통제력, 억제 요인, 이유의 강도 척도 및 자살 행동 이력을 체계적으로 측정한다[10].

3) 간이정신진단검사 II (Korean-Symptom Check List 95, KSCL-95)

자기보고형 검사로, 정서 상태, 현실 검증력, 스트레스 취약성 등을 포함한 다양한 심리적 특성을 종합적으로 평가하는 95문항으로 구성되어 있으며, 하위 영역은 타당도 척도의 긍정 왜곡과 비일관성, 정서 영역의 우울・불안・공포(공황발작, 광장공포), 강박(강박증, 강박성 성향), 외상 후 스트레스, 분노 및 공격성, 신체화, 현실 적응 문제 영역의 조증・편집증・정신증, 기타 영역의 자살, 중독, 수면 문제, 그리고 대인 민감성 및 낮은 조절력과 같은 스트레스 취약성으로 구분된다[11].

4) 한국어판 벡우울척도 2판(Korean-Beck Depression Inventory-II, K-BDI-II)

우울 수준을 측정하기 위해 고안된 자기보고형 척도로, 각 문항은 0점에서 3점까지의 4점 척도로 채점되며 총 21문항으로 구성되어, 점수 구간에 따라 0~9점은 우울하지 않은 상태, 10~15점은 가벼운 우울 상태, 16~23점은 중한 우울 상태, 24~63점은 심한 우울 상태를 나타낸다[12].

5) 자기 감정 평가 질문지(Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory-form Korean YZ, STAI-XYZ)

자기보고 형식으로 상태불안과 특성불안을 구분하여 측정하는 4점 척도로 점수 구간에 따라 상태불안의 수준이 52~56점은 약간 높음, 57~61점은 상당히 높음, 62~80점은 매우 높음을 의미하며, 특성불안의 수준이 54~58점은 약간 높음, 59~63점은 상당히 높음, 64~80점은 매우 높음을 의미한다[12].

6) 한국판 상태-특성 분노표현척도(Korean adaptation of the State-Trait Anger Expression Inventory, STAXI-K)

총 44문항으로 이루어진 자기보고형 척도로, 각 문항은 '전혀 그렇지 않다'에서 '매우 그렇다'까지의 4점 척도로 측정하며 상태 분노, 특성 분노, 분노의 내향화, 분노의 외향화, 분노 조절의 5개 하위 척도를 포함한다[13].

7) 펜실베니아 걱정증상 설문지(Penn State Worry Questionnaire, PSWQ)

자기보고 형식으로 범불안장애의 핵심 증상인 지속적이고 통제하기 어려운 걱정의 빈도와 강도를 측정하며, 총 16문항으로 구성되어 각 문항은 1~5점 척도로 채점되며, 총점이 높을수록 걱정 수준이 높은 것을 의미한다[14].

8) 한국판 불면증 심각도 평가 척도(ISI-K)

자기보고 형식으로 수면 개시 및 유지 곤란, 조기 각성, 만족도, 일상 기능 장애, 불편감과 심리적 괴로움 등 7개 항목에 대하여 0~4점의 5점 척도로 평가하여 0~7점은 임상적인 불면증이 없는 상태, 8~14점은 임상적인 불면증 전단계의 경증 불면증 상태, 15~21점은 임상적 불면증의 중등도 불면증, 22~28점은 임상적 불면증의 중증 불면증 상태를 나타낸다[12].

III. 증례

1. 증례 1

1) 환자 기본 정보

50대 초반 기혼의 여성.

2) 주소증

(1) 지속적 우울감(흥미의 저하, 무기력, 식욕 저하, 주의집중 저하, 피로감 등 동반).

(2) 자살 사고(지속적 자살 사고, 평소에는 힘들어서 죽으면 편해질 것 같다는 막연한 사고를 간헐적으로 보이다가, 갈등이 심화될 경우에는 정신과 약물을 한 번에 복용하거나, 과도한 음주, 높은 곳에서의 투신 등 구체적 계획과 의도를 포함한 자살 사고를 보고).

(3) 불면(수면제 복용하여도 하루에 4~5시간 수면하나, 불안과 걱정으로 잠이 들기까지 1~2시간가량 걸리며, 자다가 4~5회가량 깨며, 깨고 나면 소변을 보고 와서 다시 불안으로 재입면곤란이 있으며 일어났을 때 개운하지 않음).

3) 발병일, 동기 및 현병력

약 3년 전 가족 관련 갈등이 지속되며 우울감과 신체 증상이 악화되어 1차 의료기관에서 주요우울장애 진단 후 약물치료를 지속하였다. 갈등이 반복되던 중, 입원 전날 자녀의 흡연 장면을 목격한 뒤 갈등이 악화되었고, 남편의 책망이 더해져 극심한 좌절과 절망을 느끼며 실행 의도가 포함된 구체적인 자살 사고를 경험하였고, 손수건으로 목을 조르는 자살 행동을 시행하였다. 의식 소실 상태로 발견되어 남편은 즉시 입원 치료를 위해 정신건강의학과 방문을 권유하였으나, 환자는 기존에 경과 관찰을 받아오던 1차 정신건강의학과 의원의 진료를 거부하고 치료 의사를 보이지 않았다. 이에 양방 의료기관에는 방문하지 않고, 자살 시도 다음날 본원 한방신경정신과에 입원하였다.

4) 복용약

Fluoxetine HCl 22.4 mg (20 mg as Fluoxetine) 1 t, Flunitrazepam 1 mg 2 t, Lorazepam 1 mg 1 t 취침 전. Alprazolam 0.5 mg 1 t, Propranolol HCl 40 mg 1 t 필요시.

5) 과거력

(1) 위식도 역류 질환: 2000년 진단. 호악 반복하며 증상 발현 시 내과에서 경구약 처방받아 복용.

(2) 자궁선근증: 2007년 진단. 자궁절제술 시행.

(3) 공황장애: 2022년 4월 주요우울장애와 함께 진단. 1차 정신건강의학과 의원에서 필요시 경구약 복용하며 지속적으로 경과관찰. 현재는 다소 안정적으로 호흡 곤란, 실신 등 신체적인 증상이 나타나지 않는 시간이 더 길다.

6) 사회력 및 가족력

(1) 직업: 2018년경까지 금융권 근무, 현재 전업주부.

(2) 음주/흡연: 비음주, 비흡연.

(3) 가족력: 부 - 위암, 모 - 뇌내출혈.

7) 치료기간

21일간 본원 입원 치료.

8) 신체진찰

(1) 망진(望診): 얼굴이 희고 체구가 작고 마른 체형.

(2) 음식(飮食): 1~2회/일. 소화불량 및 식욕 저하로 죽 1/3~1/2공기/회.

(3) 소화(消化): 불량. 복부 팽만감, 오심, 식후 비만(痞滿) 호소.

(4) 대변(大便): 1회/3~4일. 변비 경향.

(5) 소변(小便): 6~7회/일. 주간에는 뇨의감이 없으나 야간 빈뇨.

(6) 수면(睡眠): 불면, 걱정과 불안으로 1~2시간가량의 입면곤란, 이각성, 재입면 곤란.

(7) 맥진(脈診): 맥현세(脈弦細).

9) 초진 시 심리 평가 결과

입원 직후 KSCL-95를 사용하여 정신병리적 증상과 스트레스 취약성을 평가하였으며, K-BSS 및 C-SSRS로 자살 사고의 심각도와 자살위험 수준을 평가하였다. KSCL-95에서 DEP (88T), ANX (79T), PHOB (78T), PAN (84T), PTSD (87T), SOM (89T)이 상승하여 우울, 죄책감, 절망감, 허무감 등 부정적 정서가 지속되고, 흥미 및 의욕 저하, 무력감, 삶의 무의미감, 빈번한 자살 사고가 동반되었다. 과도한 걱정과 불안 속에서 갑작스러운 불안 반응, 스트레스 사건의 반복적 재경험, 회피와 대인관계 위축을 보였으며 의학적 이상 없이 어지러움, 흉통, 질식감 등 증상을 호소하는 신체화 경향과 심리적 고통이 확인되었고, SUC (96T)가 상승해 있어 삶의 희망 상실과 허무감, 빈번한 자살 사고를 시사하여 긴급 개입이 필요한 수준이었다. K-BSS에서 총점은 35점으로 전반적으로 자살 사고의 심각도가 높은 수준이며, 살고 싶은 소망과 죽고 싶은 소망이 공존하는 양가감정을 보였다. 자살 사고의 빈도와 지속성이 높고, 구체적 계획과 과거 시도 및 준비가 보고되어 면밀한 평가와 지속적 관찰이 필요한 상태였다. C-SSRS에서 자살 사고 심각도는 5점으로 구체적인 계획과 의도가 있는 자살 사고가 보고되었으며, 입원 전날 자살 시도가 있었으나 입원 직후에는 자살 사고는 지속되었지만 추가 계획이나 준비행동은 확인되지 않았다. 중등도의 수면 문제(ISI-K 16점)와 심한 우울감(K-BDI-II 43점), 높은 상태 및 특성 불안(STAI-XYZ 상태 불안 77점, 특성 불안 77점), 표출이 제한된 현재의 강한 분노(STAXI-K 상태 분노 40점, 특성 분노 20점, 분노 조절 21점, 분노 표출 5점, 분노 억제 20점)가 동반되었다. 중간 수준의 걱정을 보이며 일상에서 비교적 잦은 걱정을 경험하나, 과도하고 통제 불가능한 수준은 아니었다(PSWQ 53점).

10) 진단

(1) KCD 상병명

DSM-5 진단 기준에 의한 주요 우울장애(F32.2).

(2) 한의 변증

간기울결(肝氣鬱結), 영혈부족(營血不足), 심비양허(心脾兩虛).

11) 치료 경과

(1) 입원 1~7일 차

입원 첫날 환자는 부정적인 자아상과 처한 상황에 대한 부정적인 측면을 지속적으로 반추를 하며 우울, 지속적인 우울로 식욕이 없고 먹어도 계속 체하는 양상, 미래가 나아지지 않을 것이라는 생각이 들면서 반복되는 구체적인 계획을 동반한 자살 사고, 자녀와의 갈등에 대한 걱정으로 인한 불면을 주증상으로 호소하여 이에 평진건비탕 가미를 처방하였다. 환자는 어린 시절 충분한 정서적 지지를 받지 못했다고 인식하였으며, 성인 이후에도 가족 내 갈등이 지속되어

자기비난과 죄책감이 강화되어 상황이 나아지지 않을 것이라는 비관적 사고와 구체적 자살사고로 이어졌다고 하였다. 입원 당일에도 남편은 환자에게 입원 치료를 해야 한다고 강요하였으나 환자는 기존에 다니던 1차 정신건강의학과 의원 내원을 거부하고 남편과의 갈등을 피하기 위해 짐을 챙겨 혼자 내원하여 본원 입원을 희망하였으나 상주 가능한 보호자가 없어 환자에게 현재 상황이 정신과적 응급상황임과 개방 병동의 특성을 설명하고 환자의 자살 사고 및 충동이 심화될 때에는 즉시 안정병동을 포함한 보다 적극적인 치료를 받아야 함을 설명하였으며 이에 동의하였다. 입원 둘째 날부터 심리적 자원을 탐색하였다. 처음에는 자녀 출산 순간이 유일한 심리적 자원이었으나, 자녀와의 갈등이 심해지면서 모든 자원이 사라졌다고 하며 상황은 나아지지 않을 것이라고 탐색을 거부하였다. 그러나 지속적으로 러빙 비잉네스(Loving beingness)의 태도로 컨택(contact)과 트래킹(tracking)을 이어가며 심리적 지지를 하며 심리적 자원에 대하여 더욱 심도 있게 질문하자 종교적 신앙 경험, 과거의 성취 경험, 긍정적 추억 등을 자원으로 떠올릴 수 있었다. 특히, 힘든 순간 성당에서 기도할 때는 온전히 나로 존재하였음을 알아차려 이를 기반으로 심리적 자원을 구체화시켜 신체의 일부분에 저장하는 리소스 마인드풀니스(Resource Mindfulness)를 적용하여 성당에서 기도할 때의 따듯한 기운을 가슴 한 가운데에 저장하였다. 이후 매 회기 환자가 보다 이완될 수 있도록 리소스 마인드풀니스와 호흡명상을 시행하였다. 회기를 거듭하면서 부정적 자아 인식을 자각하고, 자신 안에 여전히 존재하는 긍정적 자원을 인식하기 시작하였다. 입원 7일 차에는 '마음의 방 그리기'를 통해 자녀 및 배우자와의 갈등, 원망, 소망, 그리고 죽음보다는 함께 잘 살아가고 싶은 마음이 있다는 것을 알아차렸다.

(2) 입원 8~14일 차

입원 2주 차가 되면서 본인을 있는 그대로 보는 것에 대한 불편함이 줄었다고 하였으나 여전히 자녀 및 배우자와의 갈등을 떠올리며 심한 울음과 두통을 호소하여 EFT를 시작하였다. '비록 이 응어리가 풀어질지 의심스럽지만, 나는 나 자신을 받아들인다'라는 수용확언을 설정하고 반복 시행하였다. 1회차 시행 전 주관적 고통지수(Subjective Units of Distress, SUDs)는 10의 극심한 고통(최대의 고통)을 호소하였으나 2회차 시행 후 SUDs 6으로 감소하였다. 입원 9일 차 환자는 본인의 나약함을 인정하는 느낌이 들고 사회적 낙인을 우려하여 기존 1차 정신건강의학과 의원 담당 의사에게 우울감을 구체적으로 설명하거나 자살 사고에 대하여 보고한 바가 없었으나, 입원 후 자신을 있는 그대로 수용하면서 치료의 필요성을 인정하게 되었다고 하며 기존에 다니던 1차 정신건강의학과 의원에 진료를 예약하여 진료차 외출을 하였다. 환자는 처음으로 담당 의사에게 자살 사고를 포함하여 마음 속에 있는 이야기를 솔직하게 하였다고 하였다. 그러나 담당 의사가 자살 사고에 대하여 3차 병원의 진료가 필요함을 설명하였을 때, 의사도 환자 본인을 책망하는 것 같다며 절망감을 표하였다. 이에 SUDs는 8로 악화되었으며 전반적인 신체의 통증을 호소하였다. 이에 호흡명상, 신체감각 명상과 함께 EFT를 동일한 수용확언으로 지속적으로 시행하였으며 EFT 4회차 시행 후 SUDs 5로 감소하였다. 입원 13일차에는 우울감이 입원 시 60~70%로 호전되었다.

(3) 입원 15~20일 차

입원 3주 차에 전반적으로 우울과 불면이 입원 시 대비 40~50% 정도 호전되었다. 먹으면 체하는 양상의 소화불량은 더 이상 유의미하게 호소하지 않았으며 잠들기 전 지속적 반추와 걱정 등으로 불면을 호소하여 한약을 귀비탕으로 변경하였다. 입원 15일 차에 환자는 더 이상 적극적인 계획을 동반한 자살 사고는 없다고 하였으며, 죽어도 아깝지는 않지만 적극적으로 죽고 싶지는 않은 막연하게 죽고 싶다는 정도의 자살 사고를 며칠에 한 번 정도 한다고 하였다. 처음보다 바뀐 자신에 대하여 전문의의 의견을 듣기 위하여 기존의 정신건강의학과 담당 의사와 면담을 하였으나 여전히 동일하게 3차 병원 입원 치료를 포함한 보다 적극적인 치료가 필요하다는 소견을 들었다. 본인이 3차 의료기관을 방문해야 할 정도로 심각한 상황이라는 것에 절망하였으며 이에 대하여 배우자로부터 공감과 위로받지 못하는 것에 슬퍼하였다. 입원 17일 차에는 자녀에게 짜증 섞인 전화를 받고 집에 가면 힘들겠구나 하는 마음이 들어 우울이 심해졌고, 입원 18일 차에 남편이 병문안을 와서 혼자 육아를 해보니 환자의 힘듦에 공감한다고 하였으나 오히려 그동안 일부러 외면한 남편에게 화가 난다고 하였다. 입원 2일 차부터 시행한 리소스 마인드풀니스, 호흡명상, 신체감각 명상을 지속적으로 매일 시행하였으며 스스로 심리적인 불편감을 느낄 때마다 EFT를 시행하였다. 입원 19일 차에는 '나는 타인, 특히 가족에게 인정받지 못하는 존재이며, 나의 가치는 충분하지

않다'라는 핵심 신념을 알아차렸고 그럼에도 불구하고 스스로 가치 있는 존재이며 스스로를 위해 살겠다는 다짐이 생겼다고 하였다. 이 과정에서 1차 의료기관 담당 의사의 소견에 대한 심리적 저항이 감소하여 3차 의료기관 예약을 하였으며, 입원 20일 차에는 우울한 생각이 거의 안 든다고 하였으며 이제 샌드위치 등 먹고 싶은 음식이 생각나고, 수면의 양상도 특별한 계기 없이 30분 정도의 입면 곤란은 있었으나 이전처럼 지속적인 반추는 없고 6~7시간 정도 수면한다고 하여 수면의 양과 질이 상승하였다고 하였다(Fig. 1).

(4) 입원 21일 차

환자가 자살에 대하여 생각하였을 때, 구체적인 방법이 생각나지는 않으며 처한 상황이 나아지지 않는다고 하더라도 성당에 가 기도를 할 것이며 자살은 시행하지 않을 것이라고 하였다. 자각적으로 느끼는 무가치감, 우울감이 줄고 스스로가 단단해진 느낌이 든다고 하였다. 퇴원 후 가족 간의 갈등이 새로 생기는 것에 대한 걱정은 있으나 이에 대하여 회피하지 않고 지속적인 치료를 받을 결심을 하게 되었다고 하였다. 3차 병원 정신건강의학과 의원 진료와 부부 상담 치료, 가족 상담 치료를 포함하여 보다 적극적인 치료를 받겠다고 하였으며, 이런 진료를 받는 자신에 대한 부정적인 생각이 들지 않는다고 하였다. 우울, 불면 입원 시 30~40%로 호전되었으며 간헐적으로 우울과 상황이 나아지지 않을 것 같다는 절망감이 몰려올 때, 스스로에게 러빙 비잉네스를 하며 리소스 마인드풀니스, 호흡명상, EFT 등을 하며 스스로 대응할 수 있는 방법을 찾았다고 하였다. 이에 퇴원 시 실시한 심리 평가의 결과 KSCL-95에서 임상 영역에서는 특별한 정신병리가 보고되지 않았다(Fig. 2). C-SSRS 자살 사고 심각도는 1점으로 "며칠에 한 번씩 몇 분 정도 아이와 남편과 과연 잘 지낼 수 있을까하고 걱정이 많아지면 막연하게 잠든 뒤 깨어나지 않았으면 좋겠다고 생각을 한다"고 보고하였으며, K-BSS는 12점이었다. 추가적인 구체적인 실행 계획을 동반한 자살 사고는 보고되지 않았다. 이와 함께, ISI-K 14점, K-BDI-II 18점, STAI-XYZ 상태불안 42점, 특성불안 52점, STAXI-K 상태 분노 10점, 특성 분노 19점, 분노 조절 19점, 분노 표출 3점, 분노 억제 14점, PSWQ 61점이 측정되었다(Table 3).

2. 증례 2

1) 환자 기본 정보

20대 중반 미혼의 여성.

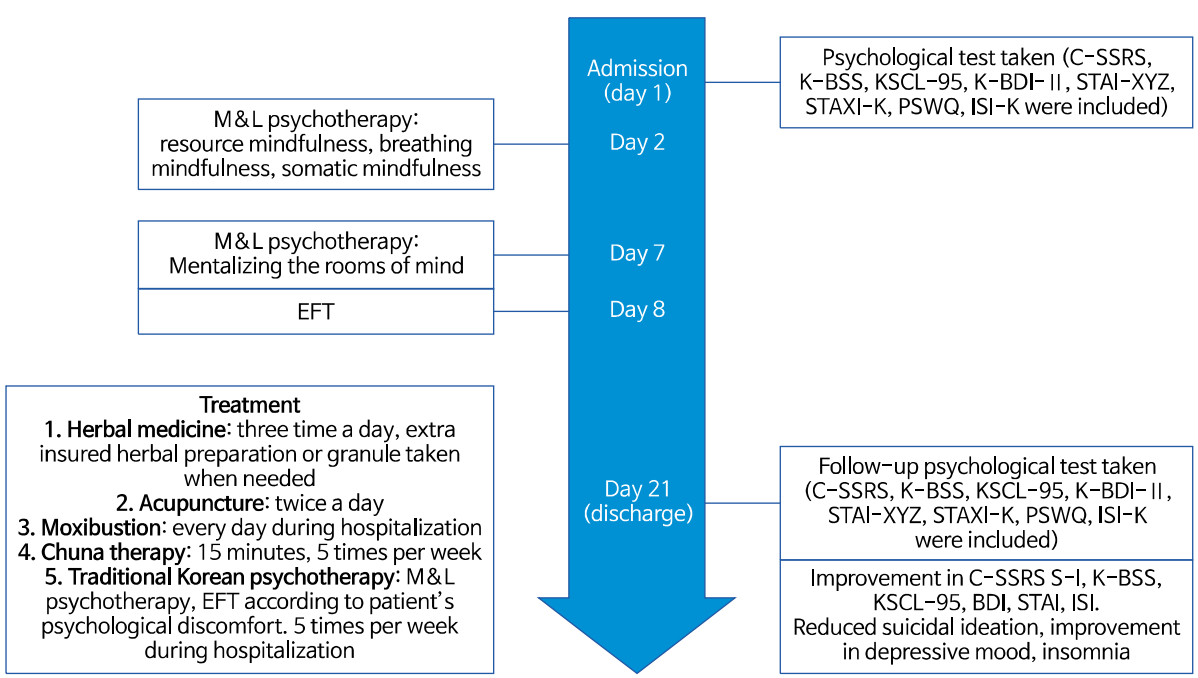


Fig. 1. Flowchart of treatment of case 1 patient.

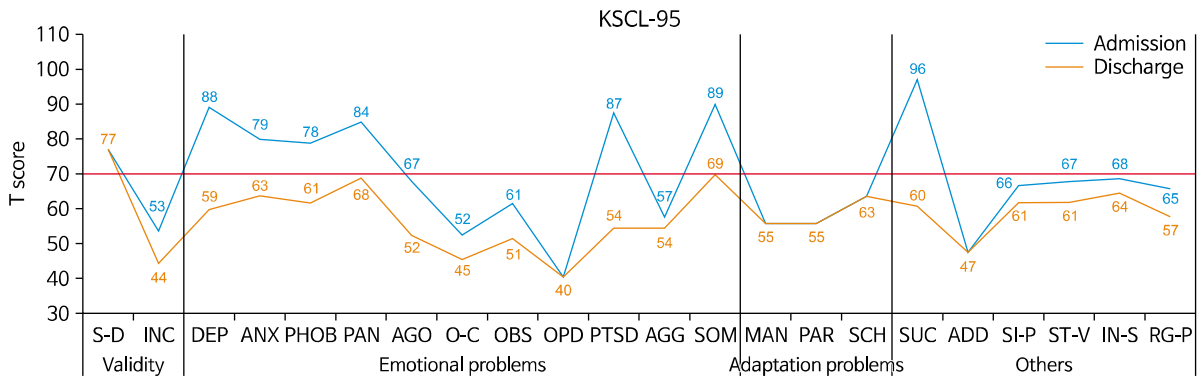


Fig. 2. Result of KSCL-95 of case 1 patient.

Table 3. Results of Case 1 Patient's Psychological Assessment Scales

	Admission	Discharge
C-SSRS S-I	5	1
K-BSS	35	12
ISI	16	14
BDI	43	18
STAI-S	77	42
STAI-T	77	52
STAXI-S	40	10
STAXI-T	20	19
STAXI Anger-In	20	14
STAXI Anger-out	5	3
STAXI Anger-control	21	19
PSWQ	53	61

S-I: Suicidal Ideation, STAI-S: STAI State Anxiety scale, STAI-T: STAI Trait Anxiety subscale, STAXI-S: STAXI State Anger Scale, STAXI-T: STAXI Trait Anger Scale.

2) 주소증

(1) 우울감(스트레스 상황 이후 지속적인 우울감과 의욕저하, 무기력감, 일상생활 수행, 학업에서 흥미와 집중력이 저하 동반).

(2) 불안 및 관련 신체 증상(간헐적인 흉부 압박감, 두근거림, 호흡곤란이 동반, 전신 긴장감과 불안 지속).

혼자 있을 때 두렵고, 특별한 계기 없이 간헐적으로 가슴이 조여 오는 듯한 답답함과 숨이 막히는 느낌, 과호흡과 유사한 호흡곤란을 경험하였다. 이와 함께 전신 긴장감과 두근거림이 동반되었으며, 일상 전반에서 본인의 가치를 증명해 내야 한다는 압박감과 불안감이 지속되었다.

(3) 자살 사고(스트레스 사건에 압도되는 경우 반복적이고 구체적인 자살 사고가 보고되었으며, 약물 과복용이나 투신 등의 실행 의도가 포함된 계획이 확인됨).

(4) 불면(불면, 총 4~5시간가량 수면하나 수면제 복용하여도 미래에 대한 생각과 불안으로 잠이 들기까지 1~2시간 가량 걸리며 새벽에 별무 계기로 한 번 깨면 다시 잠에 드는 것이 어렵고, 스트레스 상황을 기반한 꿈을 많이 꾸며, 일어났을 때 개운하지 않음).

3) 발병일, 동기 및 현병력

최근 수개월간 학업, 연구 부담이 증가되어 증상 발생되었으며, 연구 일정이 구체화되고 발표 준비를 진행하는 과정에서 계획대로 논문 작성이 이루어지지 않아 스트레스가 누적되고 죄책감과 무가치감이 심화되었다. 이후 흥미 저하, 불면, 식욕 부진, 피로감, 집중력 저하가 두드러지면서 일상생활에도 지장을 초래하였고, 구체적인 방법을 포함한 자살사고가 발생하였다. 본가와 다른 지역에 위치한 자취방에서 고량주와 보관 중이던 약물을 함께 복용하려 하였으나, 약물은 복용하지 않고 고량주만 한 번에 들이키고 이틀간 수면 후 의식이 회복된 후 주변인에게 이에 대하여 알리지 않았다. 방학에 본가로 돌아와 1차 정신건강의학과 의원에서 재발성 주요우울장애 및 불안장애를 진단받고 약물치료와 상담치료를 시작하였으나 증상이 악화되어 용량 증량에도 호전이 없었고, 치료 한 달 후에는 자살 사고를 반복적으로 보고하였다. 상급 의료기관 입원치료가 권고되었으나 환자와 보호자가 사회적 낙인과 심리적 부담으로 안정병동 입원치료를 포함한 보다 적극적인 치료에 대해 거부 의사를 표하였고, 본원 의료진이 본원의 개방병동 입원이 부적절할 수 있음을 상세히 설명하였음에도 환자와 보호자가 한방신경정신과 입원을 강력히 희망하였다. 이에 보호자 24시간 상주

를 조건으로 본원 한방신경정신과에 입원치료를 시행하였다.

4) 복용약

Aripiprazole 1 mg 1 t, Fluoxetine HCl 22.4 mg (20 mg as Fluoxetine) 1 t, Mosapride citrate hydrate 5.29 mg (5 mg as Mosapride citrate anhydrous) 1 t 아침 식후. Trazodone HCl 25 mg 1 t, Flunitrazepam 1 mg 1 t, Clonazepam 0.5 mg 1 t 취침 전. Alprazolam 0.25 mg, 1 t, 아침, 점심 저녁 식후.

5) 과거력

주요 우울 장애, 단일 에피소드: 2020년 진단. 동생의 입시를 도와주다가 갈등 발생하여 물리적, 언어적 폭력을 당한 이후 3년간 약물치료 이후 호전.

6) 사회력 및 가족력

(1) 직업: 대학원 재학.
(2) 음주/흡연: 비음주, 비흡연.
(3) 가족력: 부 - 뇌경색, 모 - 고혈압, 고지혈증.

7) 치료기간

15일간 입원 치료.

8) 신체진찰

(1) 망진(望診): 얼굴이 희고 체구가 크고 살집이 있는 체형.
(2) 음식(飮食): 2회/일. 밥 1~2수저/회. 일일 음수량 500 mL 미만. 간헐적 식욕 상승.
(3) 소화(消化): 식사량이 적어 식후 복부팽만감, 소화불량 등의 증상 호소하지 않음.
(4) 대변(大便): 1회/1~2일. 잔변감 다소 호소.
(5) 소변(小便): 5~6회/일. 정상뇨 양상이나 스트레스 상황 시 간헐적으로 배뇨통 동반.
(6) 수면(睡眠): 불면, 1~2시간의 입면 곤란, 이른 새벽 각성과 재입면 곤란, 다몽(多夢) 경향.
(7) 맥진(脈診): 맥세삭(脈細數).

9) 초진 시 심리 평가 결과

입원 직후 KSCL-95로 정신병리와 스트레스 취약성을 평가하였으며, K-BSS와 C-SSRS로 자살 사고의 심각도와 자살위험 수준을 평가하였다. KSCL-95에서 DEP (70T), ANX (73T), PTSD (74T)가 상승하여 우울, 죄책감, 절망감 등 부정적 정서가 지속되고, 흥미와 의욕 저하, 무력감, 삶의 무의미감, 빈번한 자살 사고, 과도한 걱정과 불안, 긴장 속에서 짜증과 피로감을 자주 경험하는 경향을 보였다. 또한 스트레스 사건 관련 기억과 감정을 반복적으로 재경험하며, 과민반응, 관련 자극 회피와 대인관계 위축이 나타났고, 다소 상승된 SUC (68T)는 삶의 희망 상실과 허무감, 빈번한 자살 사고를 시사하였다. K-BSS 총점은 24점으로 중등도 이상의 자살 사고 심각도가 확인되었으며, 살고 싶은 소망과 죽고 싶은 소망이 공존하는 양가감정, 높은 빈도와 지속성, 구체적 계획 및 과거 시도・준비가 보고되었다. C-SSRS에서 자살 사고 심각도는 5점으로 구체적인 계획과 의도가 있는 자살 사고가 확인되었고, 입원 전 여러 차례 시도가 있었으며, 최근 시도는 입원 10일 전 약물과 고량주를 이용하려 했으나 부작용에 대한 두려움으로 음주만 하고 약물은 복용하지 않았다. 이와 함께, 자살 의도는 없으나 스스로에 대한 징벌적 의미로 허벅지나 팔 안쪽을 피멍이 들 때까지 때리는 자해 행동을 반복하였다. 입원 직후에도 자살 사고는 지속되었으나 추가 계획이나 준비행동은 없었다. 경도의 수면 문제(ISI-K 11점)와 심한 우울감(K-BDI-II 44점), 높은 특성 및 상태불안(STAI-XYZ 상태불안 72점, 특성불안 70점), 표출되지 못하여 잔존하는 미약한 분노(STAXI-K 상태 분노 10점, 특성 분노 19점, 분노 조절 18점, 분노 표출 4점, 분노 억제 10점)가 동반되었다. 중간 수준의 걱정을 보이며 일상에서 비교적 잦은 걱정을 경험하나, 과도하고 통제 불가능한 수준은 아니었다(PSWQ 53점).

10) 진단

(1) KCD 상병명
DSM-5 진단기준에 의한 주요우울장애(F32.2).
(2) 한의 변증
간기울결(肝氣鬱結), 심비양허(心脾兩虛).

11) 치료 경과

(1) 입원 1~7일 차

입원 첫 날 환자는 부정적 자아상, 반복적 반추로 인한 우울감, 미래가 나아지지 않을 것이라는 생각이 들 때 두근거림이 동반되는 불안과 입면 곤란을 주증상으로 호소하였다. 본인에 대하여 탐색해 보았을 때 성장 과정에서 성과 중심의 양육과 반복된 비난 경험으로 형성된 부정적 자아상이 회피 습관과 무가치감으로 이어졌으며, 불안이 심화될 때 자살 사고가 나타난다고 보고하였다. 가족들의 지지가 없는 환경에서 최대한 잘 해보려고 노력했으나 비난받은 경험이 더 많아 뭘 해도 부족한 사람이라는 생각이 든다고 하였다. 입원 둘째 날부터는 환자와 함께 힘이 되는 심리적 자원을 탐색하였고 이런 심리적 자원을 구체화시켜 신체의 일부분에 저장하는 리소스 마인드풀니스를 적용하였다. 처음에는 학업과 성과 경험을 언급했으나, 이에 대하여 더욱 심도 있게 질문하자, 사실 성과와 성취는 늘 결과를 중시하던 부모님 특히, 아빠에게 혼나지 않고 인정받기 위한 수단이었던 것 같고 부담이 컸다고 하였다. 온전한 자기 자신에 대하여 깊이 고민을 하면서 포근한 방 침대에서 좋아하는 연예인 관련된 동영상을 보면서 느끼는 만족감을 심리적 자원으로 가슴 한 가운데에 저장하였다. 이후 매 회기 환자가 보다 이완되고 자신의 상황을 받아들일 수 있도록 리소스 마인드풀니스와 호흡명상을 시행하였다. 입원 시에는 양약 치료 지속 여부에 저항이 있었으나 점차 치료 필요성을 수용하고 기존 정신건강의학과 진료를 유지하기로 하였다. 입원 3일 차에 기존에 다니던 1차 정신건강의학과 의원에서 일부 약물을 중단, 조정하였다. 오전에 심한 무기력감으로 기존에 취침 전 복용하는 명인트라조돈염산염정 25 mg 1정과 아침 식후 복용하는 자나팜정 0.25 mg 1정은 중단하고 이외 약들은 그대로 처방받았다. 입원 5일 차에는 마음의 방 그리기를 시행하였다. 불안함, 포기, 피곤함, 낙담 등의 방을 그리고 설명하며 부정적인 생각이 드는 것에 대하여 거부하지 않고 스스로의 마음 상태를 알아차렸으며, 편안했던 기억, 일상에서의 설렘, 정서적 지지를 해주는 가까운 친구 등의 심리적인 자원을 다시 탐색하며 긍정적인 마음이 있음을 알아차렸다. 갑자기 한 차례 미래에 대한 생각으로 희망이 없는 느낌에 압도되어 가슴 답답함과 팔다리 저림을 동반하는 불안함을 호소하였으나 우황청심원을 복용하고 호흡 명상 후 증상이 완화되었다. 이후 복용 양약이 줄었음에도 수면의 양과 질이나 가슴 두근거림을 동반한 불안함 등의 증상은 다시 악화되지 않았다. 입원 치료 전에는 우울과 불안에 압도되어 신체 증상까지 나타날 때 자살 사고가 보다 더 뚜렷해졌다고 하였으나 입원 환경에서는 지속적인 지지로 구체적인 자살 사고가 떠오르거나 충동이 일어나지는 않는다고 하였다. 또한 그동안 비난만 하는 보호자로 여기던 엄마와 허심탄회하게 환자 본인의 생각에 대하여 이야기를 해도 안전하게 느꼈다. 입원 7일 차에는 이전에 비하여 증상의 강도가 입원 시 70%로 감소하였고 실행 의도가 있는 구체적인 자살 계획이 떠오르는 시간이 줄었으며 떠오르더라도 충동이 일지 않고 자살 사고에 몰두하지 않게 되었다고 하였다. 지속적인 부정적인 자아상에 대한 반추로 인한 입면 곤란은 없었고, 중도각성은 1회 있었으나 불안과 긴장으로 인한 재입면곤란 없이 6~7시간 정도 수면을 취할 수 있게 되었다.

(2) 입원 8~14일 차

입원 2주 차에 치료 환경에 익숙해지고 스스로를 있는 그대로 바라보는 것에 대한 불편함이 감소하였다고 하여 EFT 치료를 시작하였다. “나는 이 상황에 압도되어 죽고 싶은 충동이 들지 몰라 불안하지만 그럼에도 불구하고 나는 나 자신을 마음 속 깊이 진심으로 받아들입니다.”는 수용확언을 만들어 EFT를 시행하였다. 처음 수용확언을 작성할 때는 본인이 극심한 스트레스 상황에 우울감이 심해져서 죽고 싶은 충동이 든 경험에 대해 치료자에게 이야기하는 것에 대하여 숨기고 싶어하며 환자 본인이 지속적인 자살 사고가 있는 것에 대하여 부적절감과 이런 마음을 가질 수 밖에 없게 된 것에 대하여 스스로에게 분노를 표하였다. 그럴 때 마다 러빙 비잉네스의 태도로 지지하며 호흡명상과 신체감각 명상을 병행하였다. 1회차 시행 전 주관적 고통 지수는 SUDs 8점이였던 것에 비하여 3회자 EFT 이후에는 4~5점으로 감소하였고, EFT 3회차에 본인의 상황과 자살 사고 및 우울, 불안 등의 주소증에 대하여 치료자에게 이야기하는 것에 대하여 심리적인 저항이 줄었다고 하였고, 수용확언을 이야기하면서 본인에게 화가 처음보다 덜 난다고 하였다. 환자는 가슴 답답함, 불안, 무기력감이 입원 시의 50% 수준으로 호전되었으며 규칙적인 생활과 산책을 자발적으로 하였다. 입원 10일 차에 가슴 답답함, 불안, 우울 등의 증상이 입원 시 30~40%로 다소 호전되어 유지되었으나 한 번씩 미래에 대한 생각을 많이 해서 입맛이 없고, 밤에 특별한 계기 없이

한 번씩 깨어 귀비탕 가미로 한약을 변경하였다. 환자는 지속적인 M&L 심리치료와 EFT를 통하여 본인 상황을 받아들이며 어렸을 때부터 꿈 꿔왔고 본인이 하고 싶어서 시작한 학업과 연구 과제에 대하여 압박감을 느끼고 있는 상황을 인정하였으나, 연구 과제를 지속할지 그만둘지 등의 선택을 둘러싼 부담감과 죄책감을 토로하며 지속적으로 갈등하는 본인에게 분노하였다. 이후 수용확언을 "비록 나는 방향이 모호한 현재 상황이 불안해 골치 아프지만, 그럼에도 불구하고 나는 나 자신을 마음 속 깊이 진심으로 받아들입니다"로 수정하여 EFT를 진행하였다. 이를 통해 본인의 상황을 받아들이고 연구 과제를 중단하기로 마음을 정하였다. 입원 12일 차에 외출 후 불안과 신체증상을 심하게 호소하여 알프람정 0.4 mg 복용하였으나, 증상은 2시간가량 지속되었다. 이에 리소스 마인드풀니스, 호흡명상과 신체감각 명상을 시행하였다. 이후 안정된 후 신체증상이 이렇게까지 오래 지속된 적은 처음이고, 신체증상이 나타나고 나면 죽고 싶은 생각이 강해지곤 했으나, 이번에는 오히려 내적 갈등이 해소되었다고 하며 마음의 방향을 정한 대로 정리하겠다고 하였다. 이에 자살 사고는 떠오르지 않고 무가치감과 죄책감 위주의 우울과 미래에 대한 불안감이 줄고 현재에 집중할 수 있게 되었다(Fig. 3).

(3) 입원 15일 차

구체적 자살 사고는 보고되지 않았으며, 안정된 상태로 미래 계획을 세우는 모습을 보였다. 학업과 관련된 불안과 우울은 남아 있었으나 입원 시 대비 20~30% 수준으로 호전되었고, 불안이 몰려올 때 러빙 비잉네스, 호흡명상, EFT 등을 자발적으로 활용할 수 있었다. 퇴원 시 심리평가에서 KSCL-95는 ANX (72T), PAN (74T)은 다소 상승해 있었으나 다른 영역에서는 특별한 정신병리가 보고되지 않았다(Fig. 4). C-SSRS 자살 사고 심각도는 1점으로 "죽고 싶은 것은 아니지만, 논문을 쓰는 게 막막할 때 잠든 뒤 깨어나지 않았으면 좋겠다고 생각을 한다"고 보고하였으며, K-BSS는 9점이었다. 이와 함께 ISI-K 5점, K-BDI-II 40점, STAI-XYZ 상태불안 66점, 특성불안 65점, STAXI-K 상태 분노 15점, 특성 분노 19점, 분노 조절 15점, 분노 표출 4점, 분노 억제 11점, PSWQ 57점이었다(Table 4).

IV. 고찰

주요우울장애는 정상인에 비해 약 20배, 다른 정신질환

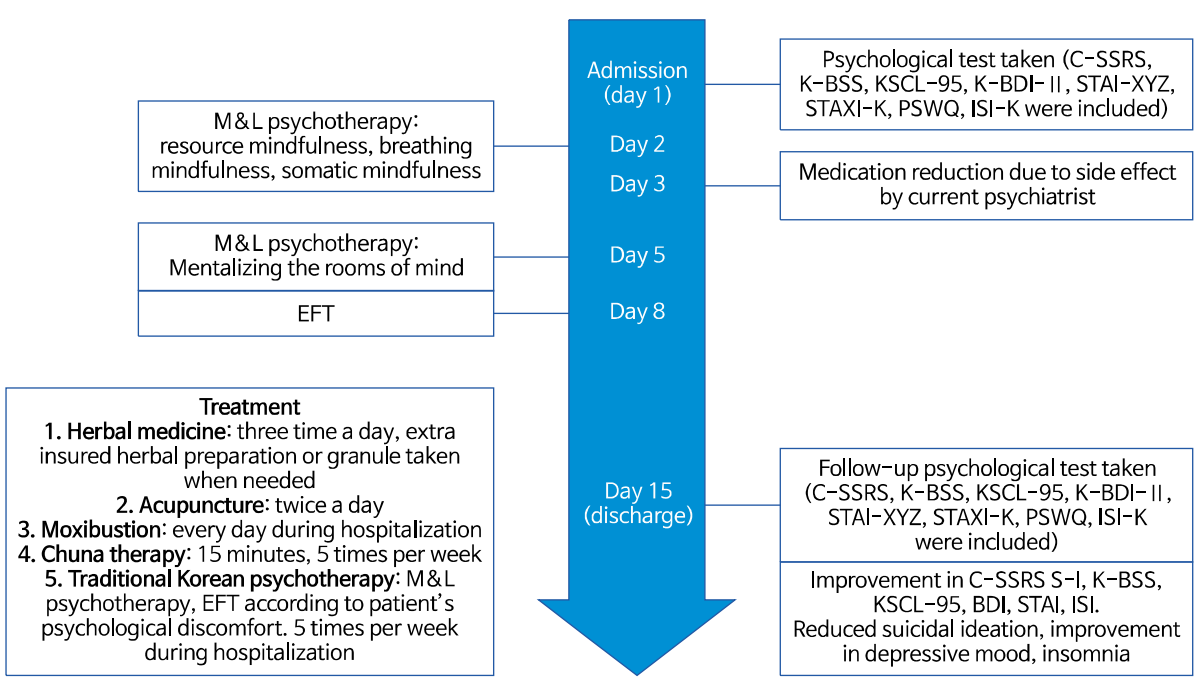


Fig. 3. Flowchart of treatment of case 2 patient.

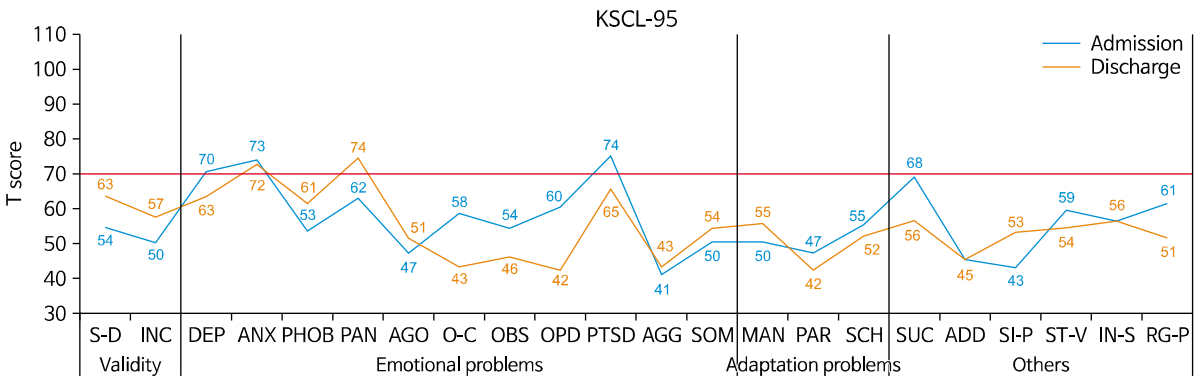


Fig. 4. Result of KSCL-95 of case 2 patient.

Table 4. Results of Case 2 Patient's Psychological Assessment Scales

	Admission	Discharge
C-SSRS S-I	5	1
K-BSS	24	9
ISI	11	5
BDI	44	40
STAI-S	72	66
STAI-T	70	65
STAXI-S	10	15
STAXI-T	19	19
STAXI Anger-In	10	11
STAXI Anger-out	4	4
STAXI Anger-control	18	15
PSWQ	53	57

S-I: Suicidal Ideation, STAI-S: STAI State Anxiety scale, STAI-T: STAI Trait Anxiety subscale, STAXI-S: STAXI State Anger Scale, STAXI-T: STAXI Trait Anger Scale.

에 비해 약 4배 높은 자살 위험을 보이는 대표적인 원인 질환으로, 환자들은 자살에 대한 재발 위험이 높으나 면담과 교육에 대한 수용성이 높고 신체적 및 정신과적 중증도는 상대적으로 낮은 특성을 보인다[15]. 이러한 점에서 우울증 환자에 대한 적극적인 정신과적 협진, 상담 및 교육은 반복 자살을 예방하고 자살 치명도를 낮추는 데 중요한 역할을 할 수 있다[15]. 그러나 국내의 경우 해외에 비해 정신과 면담 및 입원율이 낮으며, 이는 사회적 낙인과 정신과 치료 회피 경향으로 설명될 수 있다[15]. 특히 응급실에 내원한 자살시도자 중 우울증 환자는 재발 위험이 크지만, 적극적인 정신과적 개입이 이루어질 경우 예방 효과가 크다는 점에서 보다 체계적이고 적극적인 관리 전략이 필요하다[15]. 자살 행동은 정신질환의 급성 악화로 발생하는 정신과적 응급으로 환자와 주변인의 안전을 위협하므로, 즉각적인 임상 개입이 요구된다[16]. 이에 따라 고위험군으로 평가되는 환자들의 경우, 안정적인 치료 환경이 보장되는 전용 보호 병동이 없는 시설에서는 입원 치료가 의학적으로 적절하지 않거나 안전하지 않다[16]. 본 증례의 환자들 역시 자살 시도 경험과 자해와 자살 사고를 유지하고 있었기 때문에 안정병동 입원치료가 필요한 상황이었으나 안정병동 입원을 강력히 거부하고 있었다. 환자들이 자발적으로 본원 입원을 희망하고 있었고 입원치료를 하지 않고 자택 등에서 거주할 경우 자살 실행 위험이 높아질 수 있기 때문에 환자와 보호자에게 본원에 입원하는 동안 보호자가 상주하여야 하며 위기 상황 발생 시 환자의 안전을 위하여 타 의료기관으로 전원 조치를 할 것임을 고지하였고 동의하에 입원치료를 실시하였다. 환자들은 적극적인 치료적 개입과 스스로를 있는 그대로 받아들이고 지지하는 방법을 적용하여 심리적 안정을 찾을 수 있었고, 이 과정에서 자의로 중단하지 않고 적절한 치료와 관리를 지속할 수 있는 기틀을 마련할 수 있었다.

자살사고가 동반된 주요우울장애 환자의 퇴원 여부 판단은 환자의 주관적 호전 보고만으로는 불충분하다. 구체적인 자살 계획의 소실, 주요 증상의 유의한 호전, 보호자 지지와 외래 치료 연계의 확보, 위기 상황 시 즉각적 개입이 가능한 안전망, 치료 지속 의사와 순응도 등이 표준적 기준으로 제시된다[17,18]. 본 증례의 첫 번째 환자는 주관적 호전에도 여전히 간헐적인 자살사고가 지속되어 이에 1차 의료기관 정신건강의학과에서는 3차 의료기관 진료 및 입원을 권유받았다. 이는 환자의 주관적 호전과는 별개로 안전 확보와 장기적 치료 연계를 중요하게 본 임상적 판단으로 보인다. 본 증례에서는 자살사고가 구체적 계획에서 막연한 사고로 약화

되고, 환자가 자기 가치를 재인식하며 임의로 치료 중단을 하지 않는 것에 동의한 점이 퇴원 준비의 핵심 기준으로 작용하였다. 따라서 본 증례에서의 치료 성공은 자살사고의 완전한 소실보다 안전하게 지속적으로 치료를 이행하게 했다는 데 임상적 의의가 있다.

우울증 한의표준임상진료지침에서 자살사고 및 정신병적 증상 동반 시 정신건강의학과 혹은 한방신경정신과 전문의 의뢰, 전과 권고 원칙을 제시하고 있다. 한의 치료 측면에서 주요우울장애의 기본 치료는 한약 치료와 침 치료이며, 단독치료에 반응이 불충분한 경우에는 복합치료가 권고된다. 중증 우울증의 경우에는 항우울제와 한약 또는 침을 병합하여 사용하는 치료가 권고된다. 또한 본 증례에서 처방한 귀비탕은 불면이나 기억력 저하가 동반된 심비양허 변증에서 대표적으로 고려할 수 있는 처방으로 제시되고 있다. 또한 심신요법의 경우에는 기공, 태극권, 점진적 근육이완법, 그리고 명상과 이완에 기반한 요법 등이 보조적 치료로 권고된다[19]. 본 증례에서 적용된 M&L 심리치료와 EFT는 지침에서 특정 기법으로 명시되어 있지는 않지만, 명상과 이완에 기반한 심신중재 중 하나로 해석될 수 있다. M&L 심리치료는 현대 심리치료적 접근에서 영향을 받아 현재의 순간을 있는 그대로 받아들이는 '마인드풀니스'와 자기 내면을 수용하고 존중하는 '러빙 비잉네스'라는 두 가지 심리적 자원을 바탕으로 하며, 마음챙김 명상을 활용하여 개인의 내적 상태와 핵심 신념을 자각하게 함으로써 자기 이해를 심화하는 치료적 접근으로 심신일여(心身一如), 신형일체(神形一體)와 같은 한의학적 개념과 오지상승(五志相勝), 이정변기(移精變氣) 등 전통적인 한방 정신요법과의 연계 가능성을 지닌다[8]. 특히 마인드풀니스 기반 치료는 자동적 반응과 반추를 줄이고 현재의 경험을 비판단적으로 수용하도록 하여 우울 증상을 완화하고 재발을 예방하는 효과가 과학적으로 입증되어 있다[20]. 또한, EFT는 특정 경혈을 두드리며 자기 수용적 확언을 병행하는 정서적 고통과 신체 증상을 완화하는 경락기반 심리치료법으로, 약물이나 침습적 처치 없이 환자 스스로 시행할 수 있어 접근성이 높다[21]. 특히 M&L 심리치료와 EFT의 적용은 국내외 다양한 증례에서도 그 유효성이 보고된 바 있다. 교통사고 후 급성 수면장애 환자에게 M&L 심리치료와 한방치료를 병행한 연구에서는 불면과 외상 후 스트레스 증상이 유의미하게 호전되었으며[22], 만성 요통 환자에서도 M&L 심리치료와 한방치료 병행을 통해 통증과 함께 우울, 불안 증상이 현저히 개선된 사례가 보고되었다[23]. 또한 EFT는 교통사고 후 급성 스트레스 장애, 공황장애, 외상 후 스트레스 장애 유사 증상 등 다양한 불안 및 외상 관련 질환에서 증상 완화 효과가 보고되었다[24,25]. 이러한 선행 사례들과 본 증례를 비교해 보면, M&L 심리치료는 부정적 자기개념을 재구성하고 심리적 자원을 탐색・강화하는 데 효과적이었으며, 특히 호흡 명상, 리소스 마인드풀니스와 같은 세부 기법은 환자의 자기 회복력 증진에 핵심적이었다. EFT는 불안, 긴장 등 신체화 증상을 완화하며 급성기 정서 안정에 중요한 역할을 하였다. 본 증례에서 적용한 M&L 심리치료와 EFT의 병행은 급성기 정서 안정과 자살 위험 감소, 치료 수용성 증진을 도모하였으며, 이를 통해 심리적 자원화, 안전 계획 수립, 가치기반 의사결정 등 장기적 회복으로 이어질 수 있는 전제 조건을 마련하는 데 기여하였다. M&L 심리치료는 환자의 부정적 자아상과 반복적 반추사고를 다루어 자기 수용과 자기 인식을 촉진하는 데 효과적이었으며, EFT는 자살사고와 동반된 불안, 긴장 및 신체 증상을 완화하여 위기관리에 기여하였다. 두 기법을 결합하여 적용함으로써, 개별 요법만으로는 얻기 어려운 단기적 정서 안정과 자기 통찰을 통한 치료 수용성 향상이 관찰되었다. 이는 한의정신요법이 기존 정신건강의학과 치료와 상호 보완적으로 적용될 수 있는 임상적 가능성을 제시한다.

본 증례에서는 주요우울장애로 진단된 두 명의 환자에서 공통적으로 지속적인 우울감, 불안, 불면 및 반복적 자살 사고가 핵심 증상으로 나타났으며, 1차 정신건강의학과 의원에서 지속적으로 치료를 받았음에도 불구하고 증상의 악화 및 자살 사고가 반복되는 양상을 보였다. 특히 두 환자 모두 기존에 가족 등 가까운 사람들의 정서적 지지가 거의 없었으며, 가족관계의 갈등 및 사회적 압박감 속에서 본인이 감당할 수 없는 큰 스트레스 사건 이후 무가치감과 죄책감을 경험하고 있었고, 이로 인해 구체적인 방법을 포함한 자살 사고 및 자살시도에까지 이르렀다는 공통점이 있었다. 첫 번째 증례에서 장기간의 양육 스트레스와 배우자 및 자녀와의 갈등 속에서 반복적으로 무가치감과 죄책감을 경험하였으며, 두 번째 증례에서 학업 및 연구 성과에 대한 압박과 가족 내 지지 부족이 주요 스트레스 요인으로 작용하였다. 두 환자 모두 "나는 불충분하고 가치 없는 존재이다"라는 핵심 신념이 있었으며, 이는 자살 사고와 불안 증상의 악화에 중요한 역할을 한 것으로 사료된다. 또한, 두 증례에서 공통적으

로 정신건강의학과 치료 경험이 있었으나, 안정 병동 입원을 포함한 적극적 정신건강의학과 치료에 대한 거부감, 사회적 낙인 우려 등으로 본원 한방신경정신과의 개방병동 입원을 선택하였다. 본 증례에서 환자들은 침구 치료, 한약 치료와 추나 치료 뿐 아니라 M&L 심리치료와 EFT 치료를 받았으며, 이러한 다면적 치료 접근을 통해 자살 사고의 구체성 및 강도가 감소하고, 우울, 불안, 불면 등의 증상 역시 유의한 호전을 보였다. 또한, 두 환자 모두 치료과정에서 심리적 자원의 탐색과 회복이 중요한 치료적 의미로 작용하였다. 첫 번째 증례는 종교적 신념과 성당에서의 기도, 학업적 및 직업적 성취감 등 과거 긍정적 경험을 자원으로 재발견하였고, 두 번째 증례는 개인적 성취 경험과 일상적 즐거움을 심리적 자원으로 구체화하였다. 이는 자살 사고 환자에게서 단순히 부정적 사고의 억제보다 자원의 강화와 긍정적 자기 경험의 회복이 증상 완화에 핵심적임을 보여주는 결과라 할 수 있다.

그러나 본 증례에는 몇 가지 한계가 존재한다. 첫째, 한방병원의 개방병동이라는 특수한 환경에서 보호자 상주 조건하에 치료가 이루어졌으며, 상주 가능한 보호자가 없는 경우 환자 단독으로 입원하여 치료가 이루어져, 일반적인 정신과적 입원 환경과 직접적으로 비교하기에는 제한이 있다. 둘째, 치료효과가 약 2~3주의 단기간 내 평가되었기 때문에 장기적 추적 관찰을 통한 효과의 지속성을 확인할 수 없었다. 특히 본 증례에서 결합된 치료를 통한 급성기의 자살 충동 억제 가능성을 확인할 수 있었으나 장기적 재발 억제 효과를 입증하기 위해서는 추가적인 추적 연구가 필요하다. 셋째, 침구 치료, 한약 치료, 추나 치료 및 M&L 심리치료와 EFT의 한의 복합 정신요법의 다양한 한의 치료가 동시에 적용되었으므로, 각각의 치료 요소가 증상 개선에 기여한 정도를 명확히 분리하기 어렵다.

종합하면, 본 증례는 주요우울장애 환자에서 가족 및 사회적 갈등을 기반으로 심화된 자살 사고에 대해, 침구 치료, 한약 치료, 추나 치료와 함께 한의 복합 정신요법의 한방신경정신과적 다면적 치료를 통합적으로 적용함으로써 자살 사고의 감소와 치료에 대한 저항감 감소와 함께 증상 호전을 이끌어낸 사례이다. 특히 두 증례 모두 부정적 자기개념의 교정, 심리적 자원의 회복, 마인드풀니스 기반 정서조절 훈련을 통해 자살 사고의 강도가 감소하였다는 공통점은 임상적으로 중요한 시사점을 제공한다. 향후에는 보다 대규모 환자를 대상으로 한 체계적 연구와 장기적 추적 관찰이 필요하며, 한방신경정신과적 통합치료가 정신과적 치료의 보완적 대안으로 자리매김할 수 있는 근거를 확립할 필요가 있다.

V. 결론

자살 사고 및 자살 행동을 동반한 주요우울장애 환자 2례를 대상으로 대전 소재의 ○○한방병원에서 한의복합정신요법을 적용한 결과는 다음과 같다. 두 증례에서 치료의 필요성에 대한 저항과 사회적 낙인 우려로 안정병동 입원을 거부하였으나, 보호자 상주와 증상 악화 시 전원 조치 가능성에 대한 동의를 전제로 침구 치료, 한약 치료, 추나 치료 등 기존의 한방치료와 더불어 지지적 환경 제공, M&L 심리치료, 감정자유기법 등의 복합적인 한의정신요법을 시행하였다. 그 결과, 자살 사고는 구체적 계획을 포함한 형태에서 빈도와 강도가 감소하여 막연한 사고 수준으로 변화하였고, 환자들은 치료 지속 의사를 보였다. 이는 한의복합정신요법을 포함한 한의 복합 치료가 신체 증상의 조절뿐만 아니라 심리적 개입을 통해 자살 사고 조절 및 치료 순응도 향상에 일정한 역할을 하였음을 보여준다. 다만, 본 연구는 2례에 국한된 보고이므로 일반화에 한계가 있으며, 향후 더 많은 환자를 대상으로 한 체계적 연구와 장기 추적을 통해 한의복합정신요법 및 개별 치료법의 유효성과 안전성을 검증할 필요가 있다.

REFERENCES

1. Jeon HJ. Epidemiologic studies on depression and suicide. Journal of the Korean Medical Association. 2012; 55(4):322-328. https://doi.org/10.5124/jkma.2012.55.4.322
2. Ballard ED, Gilbert JR, Wusinich C, Zarate CA Jr. New methods for assessing rapid changes in suicide risk. Frontiers in Psychiatry. 2021;12:598434. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.598434
3. Carpiniello B, Federica P. The reciprocal relationship between suicidality and stigma. Frontiers in Psychiatry. 2017;8:35. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00035
4. Voderholzer U, Barton BB, Favreau M, Zisler EM, Rief W, Wilhelm M, Schramm E. Enduring effects of psychotherapy, antidepressants and their combination for depression: a systematic review and meta-analysis. Frontiers in Psychiatry. 2024;15:1415905. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1415905
5. Zhang B, Fu WX, Guo Y, Chen Y, Jiang C, Li XM, He KL.

Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy against suicidal ideation in patients with depression: a systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders. 2022;319:655-662. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.091
6. The Korean Society of Oriental Neuropsychiatry. Neuropsychiatry of Korean Medicine. Seoul: Maver Publishing. 2018: 249-59, 286-96, 476-510, 581, 840.
7. Yoon SI, Park HY, Park C, Pyun JH, Yoo JH, Song GJ, Lee HW, Chung SY, Kim JW. Effectiveness of Mindfulness and Qigong Training for Self-Healing in patients with Hwabyung and depressive disorder: a randomized controlled trial. Frontiers in Psychiatry. 2025;16:1508937. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1508937
8. Sue J, Kang HW. An Introduction of Hakomi Therapy and Its Application to Korean Medicine. Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2013;24(spc1):101-18. https://doi. org/10.7231/JON.2013.24.SPC1.101
9. Seok JW, Kim JU. The effectiveness of emotional freedom techniques for depressive symptoms: a meta-analysis. Journal of Clinical Medicine. 2024;13(21): 6481. https://doi.org/10.3390/jcm13216481
10. Baek IC, Jo SB, Kim EJ, Lee GR, Lee DH, Jeon HJ. A review of suicide risk assessment tools and their measured psychometric properties in Korea. Frontiers in Psychiatry. 2021;12:679779. https://doi. org/10.3389/fpsyt.2021.679779
11. Kwon SJ. Korean-symptom checklist 95. Seoul: Jung Ang Juk Sung Publisher. 2015: 1-39.
12. Alfonsson S, Maathz P, Hursti T. Interformat reliability of digital psychiatric self-report questionnaires: a systematic review. Journal of Medical Internet Research. 2014; 16(12):e3395. https://doi. org/10.2196/jmir.3395
13. Chon KK, Hahn DW, Lee CH. Korean adaptation of the state-trait anger expression inventory (STAXI-K): the case of college students. Korean Journal of Health Psychology. 1998;3(1):18-32.
14. Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the penn state worry question naire. Behaviour Research and Therapy. 1990;28(6):487-495. https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6
15. Kim WH, Choi YG, Kim SJ, Cho SH. A Study on the Effect of the Depressive Disorder in Suicidal Attempt Aspect. Journal of the Korean Society of Emergency Medicine. 2010;21(5):670-677.
16. Norris DR, Clark MS. The suicidal patient: evaluation and management. American Family Physician. 2021;103(7): 417-421.
17. Brown GK, Henriques GR, Sosdjan D, Beck AT. Suicide intent and accurate expectations of lethality: predictors of medical lethality of suicide attempts. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2004;72(6):1170. https://doi.org/10.1037/0022-006x.72.6.1170
18. National Action Alliance for Suicide Prevention: Transforming Health Systems Initiative Work Group. Recommended standard care for people with suicide risk: making health care suicide safe. Washington, DC:Education Development Center, Inc. 2018:1-11.
19. EBM-based Depression Korean Medicine Clinical Guidelines Development Commitee. Depression Korean Medicine Clinical Guidelines. Daejeon: Institute of Oriental Medicine: Korean Neuropsychiatric Association; 2015.
20. Lee SH. Effects of Mindfulness-Based Therapy on Depressive Disorder. Journal of Korean Neuropsychiatric Association. 2018;57(2):133-138. https://doi.org/10.4306/jknpa.2018.57.2.133
21. Seok JW, Kim JU. The effectiveness of emotional freedom techniques for depressive symptoms: a meta-analysis. Journal of Clinical Medicine. 2024;13(21):6481. https://doi.org/10.3390/jcm13216481
22. Goo KM, Park JW, Ji JH, Kim NY, Lee DH, Kim HR, Im YR, Son JY, Yang SG. Acute Insomnia in Post-Traffic Accident Patients Treated with M&L Psychotherapy Combined with Traditional Korean Medicine: Three Case Reports. J of Oriental Neuropsychiatry. 2024;35(2):205-216. https://doi.org/10.7231/jon.2024.35.2.205
23. Sim HA, Kim JH, Lee JK, Kim SD, Koh YT. A Case Report on the Use of M&L Psychotherapy for Chronic Pain Patients through a Traditional Korean Psychiatric Therapeutic Approach. J of Oriental Neuropsychiatry. 2024; 35(3):279-289. https://doi.org/10.7231/jon.2024.35.3.279
24. Son CW, Kang JY, Kim BJ, Ha WJ, Kim H. EFT and Korean Medicine Treatment for ASD Induced by a Traffic Accident: A Case Report. J of Oriental Neuropsychiatry. 2023; 34(2):115-124. https://doi.org/10.7231/jon.2023.34.2.115
25. Lee SW, Lee YJ, Yoo SW, Lee RD, Park SJ. Case Series of Panic Disorder Patients Treated by Oriental Medical Treatments and EFT. J of Oriental Neuropsychiatry. 2014; 25(1):13-28. http://dx.doi.org/10.7231/jon.2014.25.1.013l