CASE REPORT

pISSN 1226-6396, eISSN 2234-4942
J of Oriental Neuropsychiatry 2025;36(4):343-352
https://doi.org/10.7231/jon.2025.36.4.343

JON Journal of Oriental Neuropsychiatry

주요우울장애 환자에서 한방통합치료 적용: 공황발작의 이례적인 경과를 보인 증례보고

하원정, 손 산, 김민서, 현지수*, 김도영†, 김주연‡

자생한방병원 한방신경정신과, 한방부인과*, 침구의학과†, 자생의료재단‡

Application of Integrative Korean Medicine Treatment in a Patient with Major Depressive Disorder: A Case Report of an Unusual Course of Panic Attacks

Won-Jeong Ha, San Son, Minseo Kim, Jisoo Hyun*, Do-Young Kim†, Juyeon Kim‡

Departments of Oriental Neuropsychiatry, *Obstetrics and Gynecology, †Acupuncture & Moxibustion Medicine, Jaseng Hospital of Korean Medicine, ‡Jaseng Medical Foundation

Received: August 12, 2025
Revised: September 3, 2025
Accepted: October 10, 2025

Correspondence to
Juyeon Kim
Jaseng Medical Foundation, 540 Gangnam-daero, Gangnam-gu, Seoul, Korea.
Tel: +82-2-2222-2740
Fax: +82-2-2222-2737
E-mail: jyjykim128@gmail.com

Objectives: This retrospective case report details the clinical course of a patient diagnosed with Major Depressive Disorder (MDD) with anxious distress and comorbid panic attacks, emphasizing the application of Integrative Korean Medicine treatment.

Methods: The patient received integrative Korean medicine therapy, which included the Emotional Freedom Technique (EFT). Clinical status was assessed using the Beck Depression Inventory (BDI), the European Quality of Life-5 Dimensions (EQ-5D) scale, and the Numerical Rating Scale (NRS) for pain intensity during panic attacks, as well as the duration of each episode.

Results: Post-treatment assessments indicated improvement in depressive symptoms, as evidenced by lower BDI scores, and enhanced quality of life, as shown by improved EQ-5D scores. However, the frequency of panic attacks and the severity of somatic pain gradually increased throughout the treatment period.

Conclusions: This case highlights important clinical considerations in managing patients with depressive disorders and a history of panic attacks. Further clinical evidence is needed to develop refined guidelines, with a focus on advancing individualized treatment strategies.

Key Words: Integrative Korean medicine, Emotional freedom technique, Major depressive disorder, Panic attacks, Case report.

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

주요우울장애(Major Depressive Disorder, MDD)는 최소 2주 이상 지속되는 저조한 기분, 낮은 자존감 그리고 일상생활에서의 흥미 저하 등을 특징으로 하는 정신 질환이다[1]. 전 세계적으로 MDD의 유병률은 지속적으로 증가하고 있으며, 이는 경제적 질병 부담은 물론 일상생활 활동과 삶의 질에도 부정적인 영향을 미친다[2].

DSM-5에 따르면, 주요 우울 장애는 동반 증상에 따라 불안증적 양상형, 혼합형, 비전형적 유형, 긴장증형 등의 아형으로 구분되며 그중 불안증적 양상형은 주요 우울 삽화 중 긴장감, 걱정으로 인한 집중 저하, 예기불안 등이 동반된다[1]. 불안 증상이 극심한 경우 공황 발작이 발생하기도 하는데, 주요우울장애 환자군의 약 22.5%에서 재발성 공황발작 증상이 발현되는 것으로 보고되었다[3].

주요우울장애의 병태생리는 전두엽 기능 이상, 신경망 변화 및 인지적 손상 등과 관련되며, 치료는 증상의 정도와 환자의 상태에 따라 달라진다. 경증에서 중등도의 우울증 치료에는 자기관리와 심리치료가 우선 권고되며, 증상의 호전이 없을 경우 선택적 세로토닌 재흡수 억제제(Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, SSRI)와 같은 약물치료가 병행된다. 그러나 SSRI는 어지럼증, 소화불량, 설사 등의 다양한 부작용이 보고되어 최소한의 부작용으로 효과를 도모할 대안이 필요하며[4], 최근에는 발병 원인과 사회적 배경 등을 고려한 개별화된 치료 접근이 필요하다는 인식이 확대되고 있다[5].

이러한 배경 속에서 한방 치료는 비교적 안전하면서도 개별화된 치료로 주목받고 있다. 국내에서는 주요우울장애의 한방 치료로 침, 한약, 한방정신요법 등이 활용되고 있으며, 전반적인 우울 증상뿐 아니라 동반되는 불안, 분노, 신체 증상 등에서도 긍정적인 효과가 보고되고 있다[6]. 특히, 한 체계적 고찰에 따르면, 감정자유기법(Emotional Freedom Technique, EFT)은 신체 특정 경혈을 두드리거나 문지르며 자극함과 동시에 정서적, 신체적 문제나 과거의 트라우마를 다루는 치료법으로 우울증에 효과적이고 안전한 치료 방법으로 제시된 바 있다[7].

그러나 현재까지 공황발작을 동반한 주요우울장애에 대해 한방통합치료 전략은 아직 확립되어 있지 않으며, EFT를 포함한 접근에 대한 임상적 근거도 제한적이다. 이에 본 증례에서는 주요 우울 장애 환자에게 EFT를 포함한 한방 통합치료를 적용하였고 우울 증상이 완화되는 것을 확인하였다. 그러나 공황 발작의 빈도와 강도가 증가하는 이례적인 양상이 관찰되어 본 증례를 보고함으로써, 공황발작을 동반한 불안증적 양상형 주요우울장애의 치료에서 유의해야 할 점을 고찰하고 향후 치료 전략 수립을 위한 기초 자료로 활용하고자 한다.

II. 증례

1. 연구 승인

본 연구는 서울 소재 ○○한방병원에 28일간 입원 치료를 받은 환자 1명을 대상으로 한 후향적 증례 보고로, 자생한방병원 생명윤리위원회(Institutional review board, IRB)에서 심의면제를 받았다(JASENG 2024-07-004).

2. 환자 기본 정보

60대 여성.

3. 주소증

1) 우울증.
2) 불면.
3) 기억력 및 인지 저하.

4. 발병일 및 동기

1) 19○○년 ○월 ○일 결혼 이후 정서적으로 의지할 가족이 부재한 상태에서 시댁 생활 지속으로 인한 2009년 주요우울장애(MDD) 최초 진단.

2) 201○년 ○월 ○일 남편의 사업 실패로 인한 재산 압류 과정에서 자살 충동 및 빈번한 공황발작 발현.

5. 현병력

상기 환자 신장 153 cm 체중 45 kg의 여환으로, 19○○년 고된 시댁 생활을 겪은 이후 2009년 주요우울장애를 최초 진단받았으며 이후 정신신경용제를 복용하였다. 201○년에는 남편의 사업 실패를 계기로 자살 충동 및 빈번한 공황 발작이 발현되었고, 2019년 1월부터 2019년 4월, 2019년 4월부터 2019년 8월, 2019년 12월부터 2020년 6월까지 세 차례에 걸쳐 Local 정신건강의학과 병원에서 입원 치

료를 받았다. 그러나 2022년 겨울, 우울 증상 및 무기력증이 재발되어 칩거 생활을 하던 중 한방 치료를 희망하여 2023년 3월 5일 본원 한방신경정신과에서 28일간 입원 치료를 받았다.

6. 과거력

1) 주요우울장애(2009).
2) 부신피로증후군(2009).
3) 자율신경실조증(2009).
4) 공황발작(2019).
5) 하지불안증후군(2022).

7. 가족력

고혈압(부, 모).

8. 사회력

1) 직업 분류: 없음(주부/학생 포함).
2) 흡연 여부: 비흡연.
3) 음주 여부: 비음주.

9. 한의학적 초진 소견

1) 식욕 및 소화: 1일 1끼 일반식, 소화불량 별무.
2) 대변: 3일에 1회, 변비 경향.
3) 소변: 야뇨.
4) 수면: 불면(평균 3~4시간).
5) 맥진: 세(細).
6) 설진: 설질담태박백(舌質淡苔薄白).
7) 면색: 백(白).
8) 변증: 심비양허(心脾兩虛).

10. 실험실 검사 소견

입원 시 시행된 혈액 및 소변 검사는 complete blood count (CBC), glucose/lipid metabolic panel, liver and kidney function tests, 및 inflammatory markers였으며 특별한 이상 소견은 관찰되지 않았다. 또한 심전도 검사에서 sinus bradycardia 소견이 있었으며 흉부 방사선 촬영(Chest PA)에선 특이 소견은 없었다.

11. 진단

본 증례의 환자는 최근 2주 이상 기간 동안 경험한 신체적 및 정신적 증상을 기반으로 진단되었다. DSM-5 주요우울장애 진단 기준 중 6가지 항목에 해당했으며, 주요 증상은 다음과 같다. 하루 대부분 우울한 기분을 경험하고, 모든 일에 흥미가 현저히 감소하였다. 거의 매일 새벽 2시를 넘겨 잠에 들었으며, 작은 소음에도 쉽게 각성하는 등 수면 유지에 어려움을 겪었다. 무기력함으로 인해 오후 늦게 일상 생활을 시작할 수 있었고 항상 피로감을 호소하였다. 또한, 자신의 우울증으로 인해 자녀 양육에 책임을 다하지 못했다는 죄책감이 심했으며, 하루 동안 한 끼 분량도 다 먹지 못하는 식욕부진을 호소하였다. 추가적으로, 주요 우울 삽화의 기간 동안 걱정으로 인해 집중하기 어려워하고 자신에 대한 통제력을 잃을 것 같은 느낌을 호소하여 주요 우울 장애의 불안 증적 양상형으로 판단하였다. 또한, DSM-5 기준에 따르면 상기 환자는 입원 중 심한 공포나 강한 불편감이 갑자기 밀려와 수 분 내에 최고조에 이르고 심계 항진, 몸의 떨림 또는 흔들거림, 숨이 답답한 느낌, 흉통, 어지럼증 또는 기절할 것 같은 느낌 등 공황 발작의 주요 증상 중 4개 이상의 증상이 1개월 미만 동안 나타나 공황발작 특정형(Panic attack specifier)으로 진단하였다. 상기 증상들은 다른 정신 질환으로 더 잘 설명되지 않았으며 물질의 생리적 효과나 다른 의학적 상태 또는 신경학적 상태로 인한 것은 아니었다. 아울러, 입원 기간 중 치료를 받았으나 치료 내용 일부를 기억을 못하는 등의 인지 저하를 보여 한국판 간이정신상태검사(Korean Mini-Mental State Examination, K-MMSE)를 진행하여 28점으로 '인지적 손상이 없음'을 확인하였고, 신경인지장애가 아닌 우울증에 의한 인지 저하 상태로 판단하였다. 상기 환자 입원 1주 차에 시행한 BDI는 45점으로 심한 우울 상태에 해당하였으며, 최종적으로 '공황발작을 동반한 주요우울장애'라 진단하였다.

12. 평가 도구

본 환자의 증상을 평가하기 위하여, European Quality of Life-5 Dimensions scale (EQ-5D), Beck의 우울증 척도(Beck's Depression Inventory, BDI), 공황 발작 시 Numerical Rating Scale (NRS) 및 지속 시간을 확인하여 환자의 상태를 파악하였다.

1) European Quality of Life-5 Dimensions scale (EQ-5D)

EQ-5D는 널리 사용되고 있는 건강 관련 삶의 질을 측정하기 위한 도구로 운동능력, 자기 관리, 일상 활동, 통증/불편, 불안/우울 등 5개의 객관식 문항을 5가지 수준의 척도인 '전혀 문제 없음', '약간 문제 있음', '중간 정도', '심각한 문제 있음', '불가능한 상태'로 답하도록 구성되어 있다. EQ-5D index는 효용 점수로 0은 사망을, 1은 완전한 건강을 나타내도록 기준점을 설정하고 있다[8].

2) Beck의 우울증 척도(Beck's Depression Inventory, BDI)

우울 증상의 심각도와 종류를 평가하기 위해 사용되는 자가 보고식 설문지인 BDI는 Beck 등에 의해 개발되었으며, 21개의 문항으로 구성되어 있다. 정서적, 인지적, 신체적 증상 등에 대한 질문을 포함하고 문항별로 증상 정도에 따라 0~3점으로 답하게 되어있다. 총점 범위에 따라 0~9점은 우울하지 않은 상태, 10~15점은 가벼운 우울 상태, 16~23점은 중등도 우울 상태, 24~63점은 심한 우울 상태로 평가한다[9].

3) 공황 발작 시 NRS (Numerical Rating Scale)

NRS (Numerical Rating Scale)는 주관적인 통증을 객관적으로 수치화하기 위한 평가 방법으로, 0 (통증 없음)부터 10 (상상할 수 있는 가장 심한 통증)까지의 숫자 중 선택하는 방법을 사용하여 발작 시 환자의 불편감을 직관적으로 확인하였다[10]. 본 증례에서는 공황 발작 도중 경험한 최대 통증 강도를 기준으로 하였다.

4) 공황 발작 시 지속 시간

발작 지속 시간은 신체 통증이 발생한 시점부터 소실될 때까지를 기준으로 측정하였다. 하루에 두 차례 공황 발작이 발생한 경우에는 지속 시간을 누적으로 기록하였다.

13. 치료 방법

1) 한약치료

한약은 입원 기간(28일) 동안 하루 3회, 식후 30분에 처방되었다. 환자의 증상에 따라 처방을 가감하거나 변경하였으며, 가미사물안신탕과 시호가용골모려탕을 위주로 사용하였다. 각 처방의 구성 약재, 용량, 제형, 복용 빈도 및 기간은 Table 1에 제시하였다.

2) 양약치료

Local 정신의학과 병원에서 처방받은 정신신경용제를 28일 동안 복용하였다.

항우울제: Venlafaxine hydrochloride 75 mg 1 T #1, Venlafaxine hydrochloride 37.5 mg 1 C #1, Lorazepam 1 mg 2 T #2, Alprazolam 0.25 mg 2 T #2, Escitalopram

Table 1. Composition and Amount of Herbal Medicine Used for the Patient

Herbal medicine	Content	Formulation	Dosage	Administration period
Samulanshin-tang-gamibang	Ziziphi Spinosae Semen 15 g, Zizyphi Fructus 7.5 g, Rehmanniae Radix Preparata 7.5 g, Ophiopogonis Radix 7.5 g, Angelicae Gigantis Radix 5.625 g, Atractylodis Rhizoma Alba 5.625 g, Astragali Radix 5.625 g, Cnidii Rhizoma 3.75 g, Poria Sclertum Cum Pimi Radix 3.75 g, Paeoniae Radix 3.75 g, Pinelliae (Tarnatae) Rhizoma 3.75 g, Cinnamomi Ramulus 3.75 g, Rehmanniae Radix Recens 3.75 g, Thujae Semen 3.75 g, Fraxini Cortex 3.75 g, Ponciri Fructus Immaturus 3.75 g, Phyllostachyos Caulis in Taeniam 3.75 g, Ginseng Radix 3.75 g, Bupleuri Radix 3.75 g, Cyperi Rhizoma 3.75 g, Nelumbinis Semen 3.75 g, Glycyrrhizae Radix 1.875 g, Gardenia Fructus 1.875 g	Decoction	3 times/day, 30 min after meals	28 days (during admission)
Shihogayonggolmoryo-tang	Bupleuri Radix 5 g, Pinelliae (Tarnatae) Rhizoma 4 g, Cinnamomi Cortex 3 g, Poria Sclerotium 3 g, Scutellariae Radix 2.5 g, Ginseng Radix 2.5 g, Ostreae Testa 2.5 g, Fossilia Ossis Mastodi 2.5 g, Zizyphi Fructus 2.5 g, Rhei Radix et Rhizoma 1 g, Zingiberis Rhizoma 0.8 g	Kracie extract granule	3 times/day, 30 min after meals	28 days (during admission)

20 mg 1 T #1.

수면제: Trazodone HCl 25 mg 1 T #1, Flunitrazepam 1 mg 1 T #1.

3) 침치료

침 치료는 하루 2번 오전과 오후로 나누어 28일간 시행하였다. 침 치료 시 스테인리스 스틸(stainless steel) 재질로 된 0.25×30 mm 직경의 멸균 호침(동방침구제작소, 보령, 한국)으로 15분 이내 유침하였다. 2 Hz 전침 자극과 경피적 외선조사요법을 병행하였다.

혈위는 환자의 상태에 따라 선택하였으며, 환자가 통증을 주로 호소하는 견배부 아시혈에 직접 시행하거나 울증, 불면증 해소를 위하여 ST36 (足三里, 족삼리), SP6 (三陰交, 삼음교), LR3 (太衝, 태충), GV20 (百會, 백회), GV29 (印堂, 인당), HT7 (神門, 신문), PC6 (內關, 내관), GB20 (風池, 풍지)에 자침하였다.

4) 약침 치료

약침 치료는 하루 2번 28일간 시행하였다. 약침은 환자의 주소 중 하나인 견배통의 호전을 위해 신바로2 약침을, 울증 및 불면 개선을 목적으로 자하거 약침을 병행 사용하였다. 신바로2 약침(자생약침연구소, 남양주, 한국)은 작약, 강활, 독활, 두충염자, 우슬, 구척, 식방풍, 오가피, 오공초를 동비율로 수증기 증류 냉각식 조제법에 따라 제조되었으며, 자하거 추출물을 이용한 약침(자생약침연구소, 남양주, 한국)을 함께 사용하였다. 혈위는 견배부 아시혈 및 HT7 (神門, 신문), SP6 (三陰交, 삼음교) 중에 선택하였으며, 각 0.3 mL씩 31 G 일회용 인슐린 주사기(B/Braun, Germany)를 사용했다.

5) 경근간섭저주파요법(Interferential Current Therapy, ICT)

경근간섭저주파요법(ICT)을 주된 통증 호소 부위인 견배부에 10분간 간헐적으로 시행하였다.

6) 감정자유기법(Emotional Freedom Technique, EFT)

치료는 EFT 교육을 받은 한방신경정신과 전공의가 총 3회(3월 19일, 3월 24일, 3월 28일) 회당 30분간 시행하였다. 치료는 과거 경험으로 인해 내재되어 있던 정서적인 상처를 우울 삽화의 유발 인자로 보고, 과거의 경험을 마주하고 솔직하게 말할 수 있도록 유도하는 것을 목표로 하였다. EFT 과정은 Goal setting and symptom identification, Preparation, Basic tapping, Brain tuning, Basic tapping, Reevaluation and additional tapping순으로 이루어졌으며[11], 환자에게 EFT 시행 전후로 주관적 고통 단위(SUD)를 이용하여 부정적인 감정의 정도를 확인하였다. SUD는 고통 수준을 평가하기 위한 Likert 유형 척도로, 10점은 최대 고통 수준을, 0점은 최소 또는 중립 상태를 나타낸다[12]. 이를 통해 환자의 감정의 정도를 즉각적으로 확인하면서 치료를 진행하였다.

7) 기타 정신 사회적 치료

기타 상담으로는 지지적 정신 치료 및 인지치료를 병행하였다. 지지적 정신 치료는 매일 하루에 15분 이상 환자와의 면담을 통해 진행하였으며, 인지치료는 면담 중 환자가 자신과 현재 및 과거의 경험에 대한 부정적인 해석을 할 때 시행되었다.

14. 치료 경과

입원 1주 차에 시행한 BDI 점수는 45점으로 심한 우울 상태에 해당하였다. 이에 환자의 우울감 완화 및 일상생활 개선을 목표로 한방 통합 치료를 계획하였다. 입원 2주 차에 시행된 BDI에서 30점으로 다소 호전 양상을 확인하고 퇴원 후 자가 관리에 활용할 수 있도록 3월 19일, 24일, 28일에 EFT 치료를 시행하였다.

EFT 치료 과정에서 환자가 직면한 주요 첫 번째 정서적 장애물은 과거 고된 시댁 생활에서의 고통이었다. 환자는 시부모가 모든 가사와 책임을 전가했던 상황에 대한 억울함과 집에 자주 머물지 않았던 남편에 대한 원망을 핵심 감정으로 설정하였으며, 초기 SUD 지수를 10으로 설정하였다. “비록 나는 그 시절의 억울함과 원망스러운 마음을 느끼지만, 그럼에도 불구하고 나는 나 자신을 깊이 있고 완전하게 받아들입니다.”를 수용 확언 문구로 사용하였으며, 세션 이후 고통 지수가 10에서 8로 감소하였고 환자는 정서적 완화를 경험하였다.

두 번째 장애물은 남편의 사업 실패와 재산 압류 이후 자녀 양육 과정에서 부모의 역할을 제대로 수행하지 못했다는 죄책감이었다. 이로 인해 큰 딸과의 연락 단절, 작은 딸의

가출 등 자녀와의 관계에서 어려움을 겪었다. 환자의 정서적 고통을 완화하고 자기 수용을 촉진하기 위해 "비록 나는 그 시절에 부모로서 충분하지 못했다는 죄책감을 느끼지만, 그럴 수밖에 없었던 상황을 인정해보기로 시작합니다."로 수용 확언을 설정하고 치료 종료 후 고통 지수가 10에서 7로 감소하며 환자는 다소 편안해진 느낌이라고 보고하였다. 본 과정들은 환자가 과거의 부정적 감정을 정리하고 자기 수용의 첫 단계를 밟도록 돕는 데 초점을 맞추었다.

그러나, 각 EFT 세션에서 정서적 완화가 관찰되었음에도 치료 직후부터 2019~2020년경 Local 정신건강의학과 병원 퇴원 시 호전되었던 공황 발작 증상이 심화되었다. EFT 시행 다음 날인 3월 20일과 25일에는 각각 2회, 3월 29일에는 1회의 공황 발작이 발생하였고, 이와 함께 통증 강도 또한 상승하였다. 이에 입원 치료를 연장하여 한방 통합 치료를 지속하였으며, 그 결과 퇴원 시 BDI 점수는 22점으로 중등도 우울 상태 수준까지 개선되었다. 환자의 우울 장애 과거력 및 입원 시 공황 발작의 발생과 치료 기록은 Fig. 1에 나타내었다.

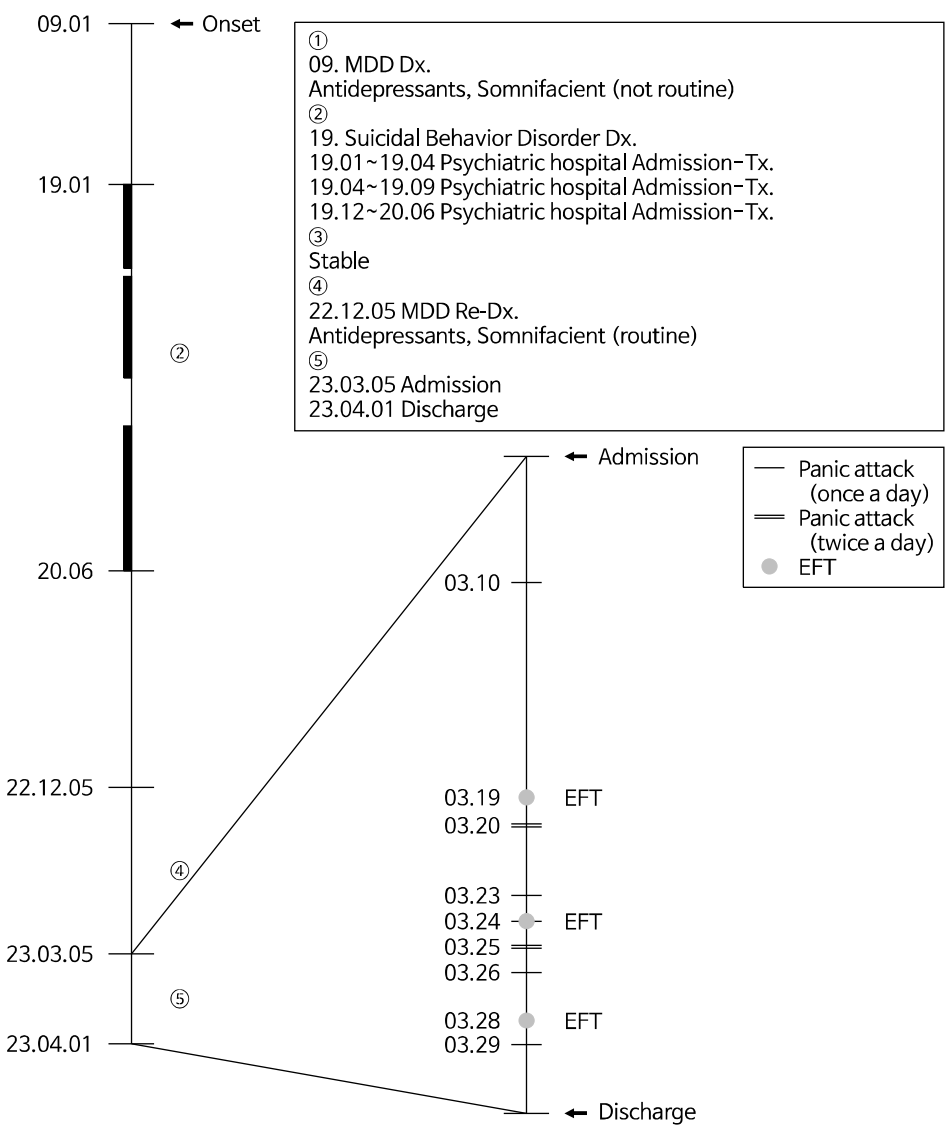


Fig. 1. Past medical history, timeline of EFT treatment and panic attack.
MDD: Major Depressive Disorder, Dx.: Diagnosis, Tx.: Treatment, EFT: Emotional Freedom Technique.

15. 치료 결과

1) European Quality of Life-5 Dimensions scale (EQ-5D)의 변화

본 증례의 환자에게 입원 시, 2주 차, 퇴원 시 총 3회 진행하였다. 입원 시 평가한 EQ-5D는 운동능력 3점, 자기관리 3점, 일상활동 3점, 통증/불편감 4점, 불안/우울 5점이었으며, 2주 차에는 통증/불편감 3점, 불안/우울이 4점으로 미약 호전을 보였다. 퇴원 시에는 운동능력 1점, 자기관리 1점, 일상활동 2점, 통증/불편감 2점, 불안/우울 2점으로 평가되었다. 다섯 가지 항목 모두에서 호전 결과가 나타났으며, 특히, 불안/우울 항목에서 가장 높은 호전도를 보였다(Table 2).

2) Beck의 우울증 척도(Beck's Depression Inventory, BDI)의 변화

환자는 입원 첫날 무기력한 상태로 인해 21개의 문항을 완성하지 못하였다. 이에 따라 입원 3일 차부터 설문지를 진행할 수 있었다. 입원 3일 차에는 BDI 점수가 45점으로 심한 우울 상태에 해당하였다. 2주 차에는 BDI 점수가 30점으로 감소하여 호전을 보였으나 여전히 심한 우울 상태에 해당하였다. 퇴원 당일에는 BDI 점수가 22점으로 중등도 우울 상태로 추가적인 호전을 보였다(Fig. 2).

3) 공황발작 시 NRS (Numerical Rating Scale) 및 지속 시간의 변화

본 증례의 환자의 공황 발작 증상은 신체의 강한 불편감(흉통 또는 견배통)이 갑자기 시작되면서, 호흡곤란, 현훈, 몸의 진전 등을 동반하였다. 입원 기간 동안 공황 발작은 총 9차례 발생하였다. 3월 10일, 3월 20일, 3월 23일, 3월 24일, 3월 25일, 3월 26일, 그리고 3월 29일에 발생하였으며, 이 중 EFT 치료를 받은 다음 날인 3월 20일, 3월 25일에는 각각 두 차례의 공황 발작이 발생하였으며, 통증 양상도 심화되었다. 공황 발작이 상대적으로 완화된 상태에서 3월 28일에 EFT를 다시 시행한 결과, 3월 29일에 공황 발작이 재발됨을 확인하였다(Fig. 3).

Table 2. European Quality of Life-5 Dimensions Scale (EQ-5D)

	Admission	Day 14	Discharge Day 28
Mobility	3	3	1
Self-care	3	3	1
Usual activities	3	3	2
Pain/discomfort	4	3	2
Anxiety/depression	5	4	2
EQ-5D index	0.030	0.302	0.657

III. 고찰

우울증은 만성적이고 주기적으로 재발하는 질환으로, 첫 번째 주요 우울 삽화 이후 재발 위험이 최소 60%이며, 우울 삽화를 두 번 경험한 사람의 최대 70%까지, 세 번 이상 경험한 사람의 90%가 재발한다고 알려져 있다[13]. 재발 위험을 줄이는 것은 우울 장애 치료의 주요 과제 중 하나이며, 이를 위해 효과적인 비약물 치료법을 병행한 한방통합치료의 적용을 고려할 필요가 있다.

본 증례 환자는 한방 통합치료를 받는 동안 우울 증상을 포함한 다양한 임상 증상에서 전반적인 호전을 나타냈다. 한약 치료로 사용된 가미사물안신탕과 시호가용골모려탕은 양혈안신 및 우울, 불면 개선의 효과가 알려져 있으며[14,15], 침 치료는 우울 상태의 중증도를 감소시키는 치료로 임상적 유효성이 보고된 바 있다[16]. 또한 자하거 약침은 수면장애, 기분장애, 경도인지장애 등 다양한 신경정신과 질환 개선에 효과적인 것으로 보고되었으며, 특히 불면증 치료에 유효성이 다수 확인되었다[17]. 임상 경과를 살펴보면, 환자의 BDI 점수는 입원 시 심한 우울 상태에서 퇴원 시 중등도 수준으로 개선되었으며, EQ-5D 역시 전반적인 향상을 보였다. 실제로 환자의 총 수면시간은 입원 당시 평균 3~4시간에서

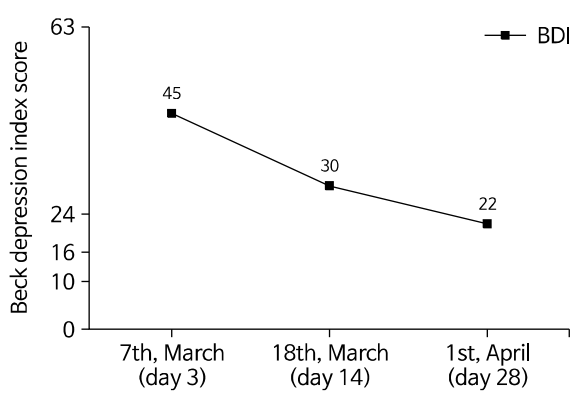


Fig. 2. The changes of BDI (Beck Depression Inventory).

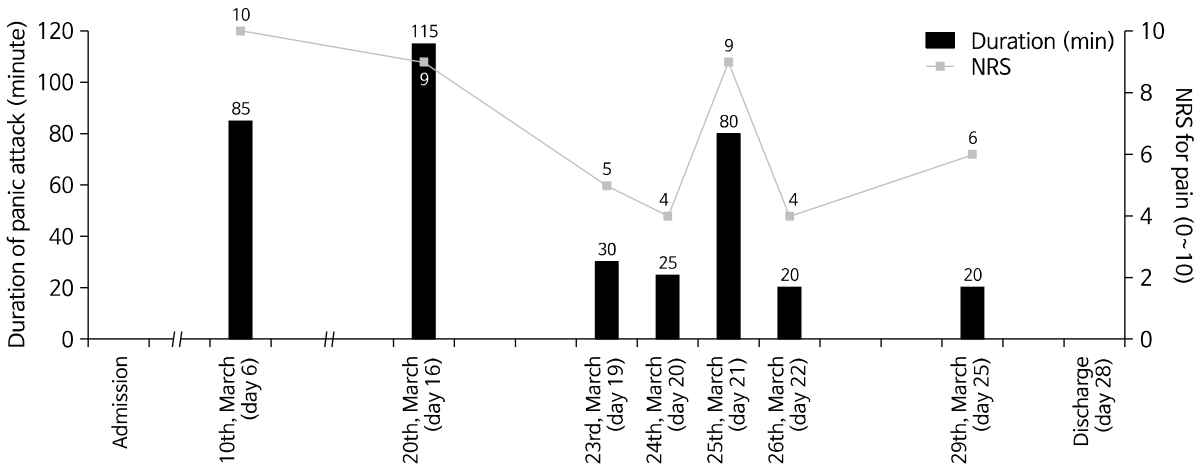


Fig. 3. Changes in NRS (Numerical Rating Scale) and duration during panic attacks.

퇴원 시 평균 6시간으로 증가하였으며, 인지 기능에서도 주관적인 호전을 보고하였다.

또한 본 증례에서는 성인 우울증에 대한 치료 효과가 입증되어 있으며 치료 후에도 우울 증상의 호전 상태가 지속되는 것으로 보고된 EFT 치료를 통해[18], 환자의 장기간 지속된 부정적 정서와 과거 경험에 대한 고통을 다루고 자기 수용을 촉진함으로써 정서적 치유와 즉각적인 안정감을 유도하였다. 아울러 인지 치료와 지지적 접근을 병행하여 부정적 자기 인식을 교정하고 자존감을 점차 회복하도록 도왔다. 퇴원 당일 문진에서는 성악과 운동의 재개, 대인관계 회복 등 사회적 적응 의지를 보이며 주요우울장애 환자의 다차원적인 증상에 대한 한방 통합 치료의 긍정적인 효과를 확인할 수 있었다.

그런데 본 증례에서는 2020년 이후 호전된 상태를 유지하던 공황발작이 입원 6일째에 첫 번째로 관찰되었다. 우울 증상은 점차 호전되고 있는 양상을 보였음에도 불구하고 입원 16일째에 두 번째 공황발작이 발생한 이후부터는 공황발작이 반복적으로 발생하였으며, 특히 EFT 시행 직후에는 하루 2회의 발작이 나타나거나 신체 통증도 악화되는 양상이 관찰되어 그 원인에 대하여 고찰해 보고자 한다.

첫 번째로 본 환자는 초진 시 정서적 둔마를 포함한 무기력증을 주로 호소하였다. 치료 과정에서 정서적 둔마가 호전되면서 감정적 반응(emotional reactivity)이 전반적으로 증가하였고[19] 이전에 발현되지 않았던 불안, 공황 증상이 표면화되었을 가능성이 있다. 아울러, 공황발작의 인지적 모델에서는 유발 자극에 대한 불안과 신체 감각에 대한 해석이 중요한 역할을 한다[20]. 그러므로 우울 증상이 심할 때 신체 증상에 대한 인지 및 주의가 저하되어 있다가 우울 증상이 호전되고 인지 기능이 정상화되어 상대적으로 공황과 연관이 있는 감각에 주의를 기울일 수 있게 되면서[21] 점차 공황발작의 횟수가 증가하였을 수 있다. 본 환자 경우, 부정적인 해석에 대한 인지치료를 병행하고 환자와의 지지적 관계를 유지하고 있었기에 공황발작이 반복되고 있었음에도 전반적인 증상은 호전되는 경향이 유지될 수 있었던 것으로 생각된다. 따라서 본 증례와 같이 MDD 환자에서 공황발작이 동반된 과거력이 있었던 경우에는 우울증이 먼저 완화되면 불안, 공황이 증가할 가능성을 염두에 두고 이완 기법(relaxation strategies), 마음챙김 기반 인지치료(mindfulness-based cognitive therapy, MBCT) 등[22,23]을 병행하는 것을 고려할 수 있을 것이며 공황발작과 관련이 있는 신체 증상에 대한 인지적 왜곡이 지속되지 않도록 인지치료를 병행하는 것이 중요할 것이다.

두 번째로 EFT 세션을 진행한 다음 날마다 공황발작이 발생하여, EFT와의 연관성을 고려해 볼 수 있다. 그동안 EFT는 단계별로 외상 기억에 접근하고 각 단계에서 각성을 줄여 재외상화(re-traumatization) 위험을 최소화하도록 설계되어 안전하고 부드러운 방법이라고 보고되어왔다[24]. 그러나, 정신과 임상에서 해결되지 못한 과거의 기억을 다루고자 할 때 재외상화의 위험은 항상 존재한다. 일부 전문가들은 극심한 스트레스를 겪고 있는 경우 과거의 깊은 감정적

이슈에 접근하는 것이 감당하기 어렵거나 침습적일 수 있으므로, EFT를 시작할 때 현재 상황과 관련된 표면적 문제(surface-level issues)부터 다루는 것을 권고하기도 한다[25]. 이에 따르면, 본 증례에서는 EFT 세션에서 가족과 관련된 핵심적이고도 감정적인 오래된 기억을 다룬 것이 환자에게 과도한 정서적 부담을 주었을 가능성을 유추해 볼 수 있다. 그러나 본 증례에서 EFT를 시행한 총 횟수가 3회에 불과하였으며 EFT 세션 중에는 재외상화의 징후가 거의 관찰되지 않았기 때문에 EFT와 공황 발작과의 연관성을 단정 지을 수는 없다. 따라서, 향후 임상 현장에서 오랫동안 해결되지 못한 감정적 문제가 있거나 공황 발작의 과거력이 있는 경우에는 비교적 경미한 표면적 문제부터 단계적으로 접근하는 방안을 충분히 고려해 봄 직하다.

본 연구의 한계점은 다음과 같다. 첫째, 본 증례에 대한 추적 관찰이 이루어지지 않았기에 장기적인 경과를 확인하지는 못하였다. 둘째, 불안 증상 및 공황장애의 중증도 평가를 위해 일반적으로 사용하는 평가 도구를 사용하지 않아 객관적인 평가는 불가능하였다. 셋째, EFT와 공황 발작의 연관성은 임상 관찰에 기초한 해석으로, 우연적 발생이나 다른 요인들의 영향을 배제할 수 없다.

본 증례는 한방 통합 치료를 시행하며 우울 증상이 호전되고 있는 과정에서 공황발작은 악화되는 경과를 보인 MDD 환자의 임상 사례를 살펴보았다. 위의 한계에도 불구하고, 본 증례를 통해 임상의들이 EFT를 포함한 한방 통합 치료를 적용 시 고려해야 할 환자 특성과 다양한 경과에 대한 가능성 등을 제시했다는 데 중요한 의의가 있다. 향후 우울 장애 환자의 병력, 과거의 기억, 감정 상태, 트라우마 등을 고려한 세밀한 한방 통합 치료 및 EFT 가이드라인을 구축한다면 더욱 안전하고 효과적인 개인 맞춤형 치료로 발전될 수 있을 것이다.

IV. 결론

한방통합치료가 주요우울장애 환자에서 우울 증상 완화에 효과적임을 확인하였다. 한 편, 전반적인 증상 호전과 함께 EFT 세션에서도 긍정적인 경과를 보이면서도 공황 발작은 증가하는 이례적인 양상을 관찰하였다. 향후 다양한 임상 사례를 통해 한방 통합 치료와 EFT의 세밀한 임상 가이드라인을 구축할 것을 제안한다.

REFERENCES

1. American Psychiatric Association D, American Psychiatric Association D. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. Proudman D, Greenberg P, Nellesen D. The growing burden of major depressive disorders (MDD): implications for researchers and policy makers. Pharmacoeconomics. 2021;39(6):619-25.
3. De Jonge P, Roest AM, Lim CC, Florescu SE, Bromet EJ, Stein DJ, Harris M, Nakov V, Caldas-de-Almeida JM, Levinson D. Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys. Depression and Anxiety. 2016;33(12):1155-77.
4. Zhao X, Zhang H, Wu Y, Yu C. The efficacy and safety of St. John's wort extract in depression therapy compared to SSRIs in adults: a meta-analysis of randomized clinical trials. Advances in Clinical and Experimental Medicine. 2023;32(2):151-61.
5. Sampogna G, Toni C, Catapano P, Della Rocca B, Di Vincenzo M, Luciano M, Fiorillo A. New trends in personalized treatment of depression. Current Opinion in Psychiatry. 2024;37(1):3-8.
6. An Y, Kim L, Yoo J. Clinical Effects of Korean Medical Treatment on Depressive Disorder using Depression and Anxiety Scales. J of Oriental Neuropsychiatry. 2022;33(3): 317-27.
7. Nelms JA, Castel L. A systematic review and meta-analysis of randomized and nonrandomized trials of clinical emotional freedom techniques (EFT) for the treatment of depression. Explore. 2016;12(6):416-26.
8. Balestroni G, Bertolotti G. EuroQol-5D (EQ-5D): an instrument for measuring quality of life. Monaldi Archives for Chest Disease. 2012;78(3)155-9.
9. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II: Beck Depression Inventory Manual. 2nd ed. San Antonio: Psychological Corporation; 1996.
10. Shim SY, Park HJ, Lee JM, Lee HS. An overview of pain measurements. Korean Journal of Acupunct. 2007;24(2): 77-97.
11. Craig G. The EFT manual. Santa Rosa, CA: Energy Psychology Press; 2010.
12. Wolpe J. The Practice of Behavior Therapy. 4th ed. New York: Pergamon Press; 1990.
13. Monroe SM, Harkness KL. Recurrence in major depression: a conceptual analysis. Psychological Review. 2011; 118(4):655.
14. Kwon SY, Oh JG, Lee IY, Park MY, Kim DW. A case report of vascular dementia treated with Samulanshin-tanggamibang. The Journal of Internal Korean Medicine. 2011; 249:256.
15. Kwon CY, Lee BR, Chung SY, Kim JW, Shin AS, Choi YY, Yun YH, Leem JT. Herbal medicine Sihogayonggolmoryeo-

tang or Chai-Hu-Jia-Long-Gu-Mu-Li-Tang for the treatment of post-stroke depression: a protocol for a systematic review and meta-analysis. Medicine. 2018;97(38): e12384.
16. Armour M, Smith CA, Wang LQ, Naidoo D, Yang GY, MacPherson H, Lee MS, Hay P. Acupuncture for depression: a systematic review and meta-analysis. Journal of Clinical Medicine. 2019;8(8):1140.
17. Shin HG, Lee JH, Kang HW. A Systematic Review of Placenta Pharmacopuncture for Neuropsychiatric Diseases in Practice. Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2022;33(2):157-80.
18. Chatwin H, Stapleton P, Porter B, Devine S, Sheldon T. The effectiveness of cognitive behavioral therapy and emotional freedom techniques in reducing depression and anxiety among adults: a pilot study. Integrative Medicine: A Clinician's Journal. 2016;15(2):27.
19. Bylsma LM, Morris BH, Rottenberg J. A meta-analysis of emotional reactivity in major depressive disorder. Clinical Psychology Review. 2008;28(4):676-91.
20. Clark DM. A cognitive approach to panic. Behaviour Research and Therapy. 1986;24(4):461-70.
21. Hayward P, Ahmad T, Wardle J. Attention to bodily sensations: a test of the cognitive-attentional model of panic. Depression and Anxiety. 2000;12(4):203-8.
22. Klein B, Barton D, Blashki G, Austin D. Managing panic disorder in general practice. Australian Family Physician. 2005;34(7):563-71.
23. Kim B, Lee SH, Kim YW, Choi TK, Yook K, Suh SY, Cho SJ, Yook KH. Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder. Journal of Anxiety Disorders. 2010;24(6):590-5.
24. Church D, Stapleton P, Mollon P, Feinstein D, Boath E, Mackay D, Sims R. Guidelines for the treatment of PTSD using clinical EFT (emotional freedom techniques). Healthcare (Basel). 2018;6(4):146.
25. Kalla M, Simmons M, Robinson A, Stapleton P. Emotional freedom techniques (EFT) as a practice for supporting chronic disease healthcare: a practitioners' perspective. Disability and Rehabilitation. 2018;40(14):1654-62.