

환병환자 1例의 임상 보고

경희대학교 한의과대학 신경정신과학교실

이승기 · 김종우 · 황의완

I. 緒 論

화병(火病)의 사전적 의미는, 울화병과 같으며 울화병(鬱火病)은 울화로 말미암아 생긴 병으로 기술되고 있고, 울화(鬱火)란 울울하고 답답하여 일어나는 심화로 설명되며 울화증(鬱火症)이라고도 하는데 울화가 원인이 되어 생긴 질환으로 알려져 있다⁴⁾. 그러나 환병은 의학용어로 인식되기 보다는 일용어로 인식되어지고 있는데, 전통한의학과 중국이나 일본의 책뿐만 아니라 북한의 동의학에도 환병에 대한 언급은 없으며 언급이 되어 있어도 하나의 특징적인 병의 개념보다는 화의 성질을 지닌 질환으로 기술되고 있다²³⁾.

서양의학적인 환병의 해석에서는, 환병은 한국 고유의 사회문화적 배경과 특징적 증상들을 가진 하나의 증후군이며, 하나의 병명, 또는 하나의 문화관련 증후군이 될 수 있고, 또한 환병은 심인성으로 나타나는 장애에 대한 한국인의 일반적인 개념을 나타내는 용어라는 견해가 있다^{17,21)}. 한편 정신과 의사들은 진단적으로는 신체화장애, 신경증적 우울증(감정부전장애), 범불안장애로 보았고²⁰⁾, 그 경과에는 성장 이후의 외적 요인에 의한 의식적 감정반응들이 불완전하게 억제되어 적응장애가 생기고 장기간에 걸쳐 누적되면서 환병이 발생하는 것으로 보았다¹⁷⁾. 하지만 다수의 정신과 의사들은 환병을 하나의 병명으로 보기를 꺼려하였으며 한국의 문화관련증후군으로서의 가능성은 긍정하였다²⁰⁾.

반면 그간 연구된 한의사의 환병 개념을 보면, 화가 원인이 되거나 화의 양상을 띤 모든 질병 양상을 포괄

한다는 광범위한 개념²⁴⁾에서부터, 七情 스트레스에 의하여 발생한 체내의 열감이라는 해석¹⁴⁾, 그리고, 억울한 감정을 제대로 발산하지 못하고 억제하는 가운데 발생한 신경성적인 화로 말미암는 병상에 이르기까지 다양한 해석을 하고 있다⁷⁾.

최근 환병에 대한 일반인들의 관심이 고조되고 있으나, 이에 뒤따른 학문적 접근은 아직 환병의 개념정리에 머무르고 있는 것이 사실이다. 이는 환병이 우리나라에 국한되어 발생한다는 점, 환병이 醫書에 뚜렷이 기재되지 않고 민간에서 구전되었기 때문에 의사 및 한의사들이 비교적 등한시 해왔다는 점, 그리고, 환자들이 자신의 상황에 체념하여 특별한 진료를 받으려 내원하지 않으려 한데서 기인한 듯하다. 이에 저자는 경희의료원 부속한방병원 신경정신과에 내원한 환병환자 1명의 임상 보고를 통하여 한의학적인 환병에 대한 접근방법을 모색해 보고자 한다.

II. 證 例

1. 조사대상

1996년 8월 14일부터 동년 8월 26일까지 본원에 입원치료하였으며, 자신의 병이 환병이라고 인식하는 34세의 여자 환자 1명을 대상으로 하였다(table 1).

Table 1. Identification of the patient

직업	전업주부
종교	불교(신실한 편은 아님)
결혼	5년 연상의 현 남편과 4년간의 교제 후 1987년 결혼(사내 커플)
가정	시아머니, 남편, 초등학교 2학년, 3학년의 딸 2명
경제적 위치	中
교육	고졸, 남편도 고졸이라 결혼 당시 갈등을 느낌
그 밖의 정보	2남 4녀의 네번째로 바로 아래 동생은 아버지의 외도로 인해 이복 동생이며, 아버지에 대한 혐오감은 가지고 있지만, 동생과는 좋은 관계를 유지함.

1) 발병일

1996년 3월(본인 진술)

2) 과거력

- ① 1987년, 1988년 제왕절개 수술
- ② 1996년 3월 아주대병원서 역류성식도염 Dx. Tx.

3) 가족력

모친의 고혈압과 당뇨 외에는 특별한 것이 없었다.

4) 주증상

- ① 신체증상-두통, 소화장애, 불면,心悸, 소변빈삭, 구역질
- ② 정신증상-우울, 불안, 초조, 의욕이나 흥미의 상실, 밖으로 뛰쳐나가고 싶은 느낌, 갑작스런 화의 폭발, 강박적인 생각이 자꾸 떠오름, 쉽게 놀람.

5) 발병과정

상기 환자는 어렸을때 아버지가 외도를 하고 어머니가 고생을 하는 상황을 지켜보면서 자랐으며, 현재의 남편과는 4년간 사내 커플로 사귀다 10년 전 결혼하였는데, 남편의 학력이 高卒이라서 조금 갈등을 했지만 남편을 믿었다. 결혼 당시 시아버지는 단 살림을 차리고 있는 상태라서 심리적인 거부감을 가지고 있었다. 시어머니는 결벽증이 있을 정도로 아주 깔끔한 성격이었고, 누구와도 일체 말을 하지 않으며 집안에서도 하

루종일 걸레질을 할 정도이다. 돈에 대한 집착이 아주 강하며, 결혼 당시는 患者를 이빠하였으나 환자가 하는 일을 못마땅해 하는 등 점차 트집을 잡기 시작하였다. 患者가 첫 아이를 낳고 난 후 직장일을 계속하고 싶다고 아이봐줄 것을 요구하자 버럭 화를 내며 이때부터 사이가 벌어지기 시작하였고, 시어머니의 가출, 분가 등의 소동이 계속되었다. 남편은 아주 깔끔하고 자상한 편이지만 결정적일 때는 항상 어머니편을 들어 患者를 외롭게 하였다. 해결되지 않는 자신의 상황에서 남편과도 사이가 벌어지게 되었고, 급기야 상기 증상이 나타나게 되었다.

2. 경과

8월 14일 : 외래 통해 오후 9시경 입원함. 頭痛(특히 뒷머리가 뻐뻐함), 혀가 갈라지고 뻐뻐하여 말하기 힘들다고 함. 消化障碍, 不眠, 心悸, 등의 증상을 나타냄. 5월달부터 인하대병원에서 p.o. med.로 Aurorix 1T, Xanax 1T, Prepulcid 2T tid 복용 중이었고 현재는 복용량을 반으로 줄인 상태라 하여 그대로 복용하도록 함. 排便 상태는 1일 1-2회를 유지하며 조금 무른 듯하다 함. 舌微紅 苔薄 脈微弱. 치료에 있어서, 鬱滯된 氣를 풀어줄 목적으로 分心氣飲¹⁾ 加 白茯神 20g(HM)을 투여하고, 不眠에 대해서는 Nega-Tx.(督脈經) 실시함. 針치료에 있어서는 膻中, 中脘, 下脘, 天樞, 合谷, 湧泉 穴을 위주로 하여 刺針함.

8월 15일 : 밤새 잠을 잘 못자고 아랫배가 더부룩하다함. 밤새 3-4회의 排尿로 小便頻數 나타남. HM복용 후 乾嘔 3-4회 정도 하였으며, 오후에는 上熱感 나타나고 下肢가 冷하다함.

8월 16일 : 安眠, 項背部微強하며 오후에는 腹微滿 등 消化障碍 症狀로 香砂平胃散 투여함. 小便頻數(30-60분에 1회 정도 排尿)이 계속되어 Moxa-Tx.(氣海, 關元, 中樞 5壯)실시함. Routine 검사(Chest PA, EKG, B/C, CBC, U/A)에서는 EKG상 Nonspecific T wave abnormality, Prolonged QT를 나타낸 것을 제외하고는 특별한 이상은 없었음.

8월 17-19일 : 消化障礙, 및 心下疼痛으로 香砂平胃散 1ch qd. 3일간 투여함. 患者는 밥을 먹고 나면 금방 허기가 저서 또 무엇을 먹는데 이것이 다시 消化障礙를 야기하는 악순환을 가져와 식습관에 대한 주의를 줌. 아침에 일어나면 心悸症狀이 심하다고 하며 下肢가 冷한 것에 대해 Hot pack을 대줌. 舌淡苔白, 脈微數. 17일 患者와 면담 실시함.

8월 20일 : 새벽에 가슴이 답답하고 멈출 것같다고 무서워하며 울음을 터뜨림. 안정이 안되어 인하대병원에서 p.o. med.하던 藥을 복용하였으나 두드러진 호전은 보이지 않음. 이후 약간 토하였으나 香砂平胃散 복용 후 안정이 됨. 꿈에 아기호랑이가 가슴속으로 뛰어드는 꿈을 꾸었는데 임신이 아닌가 걱정을 함.(최근 H.C.G.검사상 음성 진단받음) 낮에는 頭痛 호소하여 Acup-Tx.(百會, 神庭, 率谷, 陽白, 太陽, 頭維)실시함. 무섭다고 담당의가 곁에 있어주기를 원함.

8월 21일 : 安眠. 낮에 頭痛, 心悸亢進 發하여 頭部 刺針 후 涼膈散火湯 1ch qd 복용. 이후 症狀이 조금 가라 앉는 듯하더니 금방 症狀이 나타나 신경과에서 협진의뢰하여 p.o. med.(Prepucid 4T, Xanax 0.5mg) 복용함. 이후에도 안정이 되지 못하여 기공요법실에서 刺針하고 면담실시함. 이후 안정됨. 오후에는 남편과 면담 실시함. 患者가 예민하고 우울증 양상이 있는 듯 하다고, 밤에 자다가도 화나는 일이 기억나면 갑자기 큰 소리를 지르거나 작은 방으로 건너가 물건을 집어 던지기도 하였다하며, 患者에 대한 애정은 여전한 듯함. 밤에도 症狀 發하여 胸膈熱을 發散시킬 목적으로 涼膈散火湯 투여하였으나 호전이 보이지 않아 p.o. med.(Prepucid 4T, Xanax 0.5mg) 투여후 安眠함. 남편과 같이 보냄.

8월 22일 : 入院 후 症狀의 호전은 두드러지지 않은 듯 하다함. 전에는 왼쪽만 저렸으나 이젠 오른쪽도 그런 듯하다 함. 남편이 어제 밤부터 현재까지 계속 곁에 있어서인지 안정되어 보임. 전날 밤 생리를 한 후(정상보다 4-5일 늦음) 속이 조금 편안한 듯 하다함. 평균 2일에 1회 정도 심하게 後頭部가 뻣기고 아프다

고 하며 현재는 頭痛症狀 호소하지 않음. 心悸 등 症狀이 심하게 發할 때에는 심한 不安感 호소하며 주위에 누군가가 곁에 있어 주기를 바라고 있음. 꿈에 병실 밖에서 하얀 눈이 내리는데 하얀 옷을 입은 할아버지가 제사를 지냈다고 함.

8월 23일 : 消化障礙의 症狀을 것처럼 심하게 불평하는 않으나 면담할 때마다 신체症狀에 대한 불평은 계속됨. 아이들이 걱정된다며 퇴원하기를 원함. DITI검사 실시하였으며, 患者가 호소하는 症狀과 체열의 분포와는 약간의 차이가 있음.

8월 24일 : 본인이 가지고 있던 인하대학교 藥을 복용하고는 安眠을 취함. 너무 힘이 든다며 식사량이 적은 것도 아닌데 왜 이렇게 힘이 없는지 모르겠다고 불평함. 사식을 먹어 보라는 권유에 사식을 먹었으나 병원식사보다 못하다함. p.o. med. 藥을 계속적으로 복용시킴. 오른쪽 눈에 무지개 빛 물체가 보였다가 사라졌다고 함.

8월 25일 : 전반적으로 양호한 상태를 유지함. 불안감이 감소되었고, 소화장애도 나아졌다고 함. 남편이 밤새 곁에서 간호함.

8월 26일 : 입원 당시에 비해 心悸亢進 및 怔忡의 症狀은 호전되었음. 남편이 곁에 있어서인지 전날 밤에는 p.o. med. 복용하지 않고 安眠을 취함. 顔面 및 上部로 熱이 치솟는 症狀은 많이 가라앉았으나 下肢의 冷感은 별다른 변화가 없다고 함. 외래치료 위해 금일 퇴원함.

III. 考 察

고대 의가들은 천지자연의 변화의 규율을 관찰하여 우주만물의 해석에 대한 방법론적 수단으로 五行 즉 木, 火, 土, 金, 水를 제시하였으며, 이들간의 상호 相生 相克관계를 인체에 투사하였다. 이후 인체의 생리, 병리적 변화는 이러한 합법칙성에 의거해 해석되었으며, 蕪병도 예외는 아니었다. 한의사들의 蕪병에 대한 접근은 주로 이러한 인식속에서 이루어졌으며, 蕪병에 대한

연구도 火에 대한 고찰로 귀결되었다.

內經⁹⁾에서 壯火와 少火가 처음 제기된 이후로 火에 대한 논쟁은 금원사대가들에 의하여 많이 이어졌는데, 劉完素²⁵⁾와 張宗政²⁸⁾은 병리적인 實火의 측면을, 李東垣²⁶⁾은 虛火, 內傷火를 강조하였으며, 朱丹溪²⁹⁾는 火의 병리적인 측면에서 뿐만 아니라 생리적인 면도 강조를 하였다. 특히 李東垣²⁶⁾은 氣의 관점에서 보고 있는데, 사람이 성장하면서 氣의 不足에 대하여 병리적인 火로 전변되어 가는 과정을 陰火의 관점에서 논술하면서, 氣弱의 관점은 氣의 과민 현상을 의미한다고 하였다. 張景岳²⁷⁾은 火의 虛實을 구별하여야 한다고 병리적으로만 본 劉河間의 이론을 매우 비판하였는데, 생리적인 火가 병리적인 火로 변하는 요인은 外感, 七情의 변화, 음식관계 등으로 구별할 수 있다 하였다⁵⁾.

최근의 火병에 대한 한의사들의 火병 개념을 보면, 문충모¹⁴⁾는 민간에서 말하는 火병은 七情 스트레스에 의하여 발생한 체내의 열감으로 鬱火, 心火, 肝火, 胃火, 陰虛火劫: 心腎不交이 대표적이라고 하면서 스트레스 인자이며 스트레스의 결과라고 논술하고 있고, 조홍진⁷⁾은 억울한 감정을 제대로 발산하지 못하고 억제하는 가운데 일어나는 신경성적인 火로 밀미암은 병상을 울화병 또는 火病이라고 하며 이를 심신증과 같은 범주내에서 해석하고 있다. 구병수¹¹⁾는 火病은 氣나 火의 부조화에 의하여 이상을 초래하는 것으로 자율신경실조와 호르몬의 불균형에 의하여 발생할 것 같다고 하였으며, 火病에 상응하는 한의학적 용어로 ①梅核氣, ②百合病, ③奔豚證, ④煩躁, ⑤上氣候, ⑥驚悸怔忡, ⑦臧燥, ⑧鬱證, ⑨上實下虛, ⑩花癩, ⑪血崩을 제시하였다. 이종형²⁴⁾은 火(熱)病의 총괄에서 火病은 火가 원인이 되거나 火의 양상을 띤 모든 질병 양상임을 포괄하여 논술하고 있다.

火病에 대한 한의사들의 인식에 관한 조사²⁰⁾에 있어, 화를 신체적인 증상으로 보면 한의사들은 “자율신경실조증”을 포함한 신체기능의 불균형이라고 대답한 사람이 가장 많고 다음으로 울체, 열감과 발열, 陰의 부족과 陽의 항진 순이고 기타는 悸亢進症, 心中痺, 胸痺, 화의 불균형, 정신적 긴장, 체질요인, 심인성 질환이라고 하였다.

한편 정신장애의 진단 및 통계편람 제 4판(DSM-IV)

에서는 火病에 대해, 울화병으로도 불리우고, 영어로는 분노증후군(anger syndrome)으로 번역되며, 분노의 억제로 인하여 발생한다고 하였으며, 증상으로 불면, 피로, 공황, 압박한 죽음에 대한 두려움, 우울한 정동, 소화불량, 식욕부진, 호흡곤란, 빈맥, 전신 동통 및 상복부에 덩어리가 있는 느낌 등을 제시하였다⁶⁾.

서양의학에서는 火病은 한국 고유의 사회문화적 배경과 특징적 증상들을 가진 하나의 증후군이고, 하나의 병명, 또는 하나의 문화관련 증후군이 될 수 있다는 견해^{17,21)}가 있으며, 특히 민성길¹⁶⁻²⁰⁾은 그간의 연구를 통해 火病은 중년 이후에 많으며, 여자에 많고, 사회경제적 수준이 낮은 계층에 많으며, 발병기간이 10여 년에 걸친 만성적 경과의 병으로 환자들은 여러 치료수단을 전전해 왔는데, 대부분의 환자들은 火病이 심인성임을 인식하고 있으며, 원인은 남편과 시부모관계 등 고통스러운 결혼생활과 가난과 고생, 사회적 좌절 그리고 개인의 성격 특성 등에 의한 속상함, 억울함, 분함, 화남, 증오 등으로 대표되는 특징적 감정반응들이라고 하였다. 그리고, 이들 성장 이후의 외적 요인에 의한 의식적 감정반응들이 불안정하게 억제되어 적응장애가 생기고 장기간에 걸쳐 누적되면서 火病이 발생하는 것 같다고 추정하였다. 즉 火病 또는 화란 불안정한 억제 때문에 일부 의식하고 있는 충동적 감정반응과 일부 신체화된 증상들이 하나의 미분화된 상태로 통칭되는 것으로 보았으며, 이러한 상태는 불(火)의 역동성과 그 부분적 억압상태를 상징화하고 있는데, 火病의 증상은 우울, 불안, 소화장애, 두통, 신체통증 등 일반적인 신경증적인 증상들 이외에 특징적으로 답답함, 열기, 입마름, 치밀어 오름, 심계항진, 목가슴의 덩어리 멍침, 한숨, 뛰쳐나가고 싶음 등 火病특유의 증상과 illness behavior로서의 하소연 많음 등이 두드러지게 있다고 보고하였다.

다수의 정신과 의사들은 火病을 하나의 진단명이나 증후군으로 다루려는 시도에 대해서는 비판적이었으나^{17,21)}, 민성길¹⁸⁾은 火病군이 비화병군에 비해 진단을 내릴 만큼 신경증적 증세가 뚜렷이 심하고 진단명에 있어서는 우울증과 신체화장애가 복합된 상태로 기타 범불안장애, 공황장애, 공포증 및 dysthymic disorder 등이 흔히 병발하고 있는 하나의 독특한 증후군이 될 수

있음을 제시하였다.

한편 환병과 관련된 방어기제는 불완전한 억제와 신체화라고 추정되었으며¹⁷⁾, 다른 연구¹⁹⁾에서 환병 환자는 비환병군에 비해 신체화, 구강성, 억제-참기-위축, 자극-긴장회피, 외부화, 도움요청 불평, 충동성(화풀이) 등의 기전을 유의하게 많이 사용하는 것으로 나타났고, 또한 환병이 유머, 유사애타주의, 전능감, 자기연민, 운명론, 공상, 행동화도 상당히 관련됨이 나타났음이 보고되었다.

이상에서 동·서양의학에서의 환병에 대한 고찰을 살펴 본 바에 의하면, 한의사들의 환병에 대한 접근은 화가 원인이 되거나 화의 양상을 띤 모든 질병 양상을 포괄한다는 광범위한 개념에서부터 스트레스성 질환으로의 인식이 이르기까지 다양하나, 본인이 환병이라고 인식하고 있는 환자들의 구체적인 양상과는 어느 정도 차이가 있었다. 그리고, 서양의학적인 접근은 2개이상의 진단명을 가진 우리나라 특유의 문화관련증후군이라는 해석으로 요약되나, 다수의 정신과 의사들은 환병의 독특한 병리적 경과와 그에 따른 치료에 대해 관심이 덜한 것이 사실이다.

김중우¹³⁾는 민성길 등¹⁶⁻²⁰⁾의 환병연구를 바탕으로 하여, 발병원인은 지속된 억울된 감정으로 인한 肝氣鬱結로 말미암고, 환병의 발생이 여성에게 많은 까닭은 여성이 스트레스를 잘 풀지 못하며 衝任脈의 쇠약이 쉬운 생리적, 장기적 취약점이 있으며, 증상이 화의 역동성과 연관된다는 점은 화의 양상은 역동적으로 위로 올라가는 성질과, 병이 腎水가 心火를 억제하지 못하는 데서 비롯되었다는 점으로 해석하였으며, 발병이 만성화의 경과를 밟는 이유는 복합감정이 문제가 되고 또 감정이 오래되어 화로 바뀌며 나이가 들어 수가 화를 억제하지 못하는 시기에 발병한다는 점으로 환병을 해석하여, 정신의학자의 임상연구와 한의학적인 화의 개념을 가지고 환병을 설명하였다..

환병이 같은 동양문화권인 중국이나 일본 등에서는 보고되지 않고 우리나라의 민간에서 회자되고 있는 것에 대하여 우리나라 고유의 사회문화적 배경과 관련이 있다는 주장은 문화관련증후군의 근거를 대변해 준다. 이시형²²⁾은 우리나라의 문화가 억압문화권에 속해 있다고 하였으며, 민성길은 한(恨)과 환병사이에는 가난,

약자, 그리고, 억울함, 원통함, 설움, 허무함, 참음(억제), 쌓이고 쌓임 등 원인적인 요인들에게 공통점이 많고, 증상면에서도 한숨, 눈물, 답답함, 웅어리짐, 하소연 등들 사이에 공통적인 면이 많다고 하면서^{16,19)}, 환병이 한국인 고유의 전통적인 정서표현으로 알려진 한(恨)과 깊은 관련이 있다는 점과, 따라서 환병이 한국의 문화관련증후군이 될 수 있다는 점을 제시하였다¹⁷⁾.

한편 갱년기 장애와 환병은 그 호발연령과 증상에 있어 유사성이 있어 연구대상이 되기도 하였으나, 그 원인에 있어 근본적인 차이가 있다. 즉 한동세⁸⁾는 갱년기 우울증에 대해서 초조, 불안이 따르고 비현실감, 건강염려증, 허무망상 등의 정신증적 증상이 함께 나타난다고 하였지만, 환병의 경우 뚜렷한 원인이 되는 장기간 지속된 스트레스 인자를 환자가 분명히 인식하고 있다는 점 등에서 차이가 있다.

위 환자는 어렸을때 아버지가 외도를 하고 어머니가 고생을 하는 상황을 지켜보면서 자라났다. 현재의 남편과는 4년간 사내 커플로 사귀다 10년 전 결혼하였다. 남편의 학력이 高卒이라서 조금 갈등을 했지만 남편을 믿었다. 결혼 당시 시아버지는 작은집 살림을 차리고 있는 상태였고, 동갑인 시동생이 있었다(7년간 같이 살다 결혼하여 분가하였으며 시어머니에게 말을 함부로 하는 등 망나니라고 함). 시어머니는 결벽증이 있을 정도로 아주 깔끔한 성격이었고, 누구와도 일체 말을 하지 않으며 집안에서도 하루종일 걸레질을 할 정도이다. 돈에 대한 집착이 아주 강하며, 결혼 당시는 患者를 이뻐하였으나 환자가 하는 일을 못마땅해 하는 등 점차 트집을 잡기 시작하였고, 첫 아이를 낳고 난 후 患者가 직장일을 계속하고 싶다면 아이봐줄 것을 요구하자 버럭 화를 내며 이때부터 사이가 벌어지기 시작하였다. 남편은 아주 깔끔하고 자상한 편이지만 결정적일 때는 항상 어머니편을 들어 患者를 외롭게 했으며, 남편도 혼자서 고민을 많이 한 것으로 판단된다. 5년 전에는 분가문제로 다시 크게 다투었으며, 모든 일에서 시어머니와 갈등을 빚었다. 내원 1개월 전에는 시어머니가 방을 하나 얻어 보름간 집을 나가는 소동이 일어났으며, 그 와중에 남편과도 심하게 다투게 되었다. 입원당시 남편은 患者와 같이 내원하였으며, 현재 患者는 남편에 대한 애증이 같이 나타나지만 남편과 헤어

질 의사는 없는 것 같았다.

위 환자의 경우 어렸을때부터 지켜본 아버지의 외도와 어머니의 안쓰러운 모습이 결혼해서도 시댁에서 재현된 데에 따른 의식적, 무의식적 거부감을 가지고 있는 데다, 결혼하기전부터 해왔던 직장생활을 재개하려는 과정에서 시어머니와 갈등이 심화되어 결국 현 症狀에까지 이르게 된 경우이다. 남편도 시어머니와 患者의 중간에서 조정 역할을 다하지 못했으며, 시어머니의 편만 드는 것에 대한 불만으로 症狀이 가중되고, 결국 남편과도 문제도 심각해졌다.

본 보고에서 살펴 본 환자는 전형적인 蕩病의 경과를 나타내었다. 가족내의 문제, 즉 시어머니와 남편과의 갈등이 원인이 되어 장기간에 걸친 스트레스를 받고 있다는 점, 환자 자신이 심인성이라는 것을 인지하고 있다는 점, 그리고, 환자가 호소하는 증상들이 蕩病 환자의 증상으로 보고된 것들과 일치한다는 점, 그리고 환자가 蕩病을 일으킨 감정으로 억울함과 분함을 꼽았다는 점이 민성길 등의 연구와 일치한다¹⁷⁾. 특히 위 환자는 두통, 가슴 답답함, 혀와 인후의 타는 듯한 느낌, 소화장애 등의 증상을 나타내었는데, 이는 화가 상부가 치솟는 화의 역동성을 드러낸다고 할 수 있을 것이다. 한편 하지의 냉감은 여타의 蕩病환자에 대한 연구에서는 찾아보기 어려웠으나, 연구자들이 화의 양상에 대해 지나치게 치중하여 이를 간과했을 가능성이 있으며, 이 역시 水升火降의 실조로 上熱下寒의 양상을 보인 것으로 추정되나 이에 대해서는 추후의 연구가 필요할 것으로 사려된다.

약물치료에 있어서, 입원당시에 투여했던 鬱滯된 氣를 풀어주는 分心氣散加減方¹⁾을 퇴원시까지 계속 투여하였다. 그리고, 針치료는 膈中, 中脘, 下脘, 天樞, 合谷, 湧泉穴을 위주로 하였다. 膈中은 蕩病환자의 주증상인 심계, 흉민, 흉통 등의 발현부위라는 점, 中丹田으로서 울체된 기를 소통시키는데 유효하리라는 점 등에 주목하였고, 中脘, 下脘, 天樞는 역시 蕩病환자에게서 나타날 수 있는 소화장애에 주목한 것이며, 合谷은 氣滯의 효능이 있다는 점에 주목하였고, 湧泉은 상초로 역상된 기를 하기시키기 위하여 선택하였다⁵⁾.

입원기간 동안은 症狀의 변화가 두드러지지 않았고 퇴원 2일 전부터 조금씩 호전되었으나 患者의 병력으

로 보아 선불리 치유되고 있다고 판단하기는 어려울 것이다. 계속적으로 면담을 실시하고 患者의 불안감을 덜어 주려고 하고, 울체된 기운을 다른 쪽으로 분출할 수 있도록 시도하였으나, 근본적으로 患者 주위의 환경의 개선이 없는 상태에서는 한계가 있었다. 홀어머니를 두고 분가를 종용하는 것도 아들이나 시어머니에게 가혹한 처사이고 굳을대로 굳어버린 시어머니와 患者의 관계를 다시 개선하려는 것도 어려운 일이었다.

진단적으로 위 환자의 경우는 불안신경증과 우울증, 신체화 장애의 양상을 보이고 있었다. 문홍세¹⁵⁾는 꿈의 임상적 연구에서 신경성 우울증, 불안신경증환자에게는 죽은 조상이나 근친에 대한 꿈이 가장 많이 나타난다고 하였는데, 위 환자도 입원기간 동안 사망한 할아버지를 꿈에 보았다고 하였다.

한국인의 생활사건에 대한 예비적 연구에서 고병학 등¹⁰⁾은 이별, 경제 및 법률 문제, 가족 및 사회의 문제, 작업, 교육, 건강 순으로 감정의 변화가 크다고 보고하였다. 하지만 위 환자의 경우처럼 10여년 동안 장기간 지속되면서, 해결될 기미가 보이지 않는 상황에서는 개체가 느끼는 감정은 클 것으로 추정된다. 위 환자는 단 순 월경전기증상²³⁾에도 불안을 느끼는 등 자신의 신체의 모든 변화에 대해 민감한 반응을 보였다.

김광일 등¹²⁾은 고부간의 갈등으로 인해 정신과에 입원한 환자의 경우 신체화 장애가 가장 많이 나타남을 보고하면서 두통, 소화장애, 심계항진, 피로 등을 들었는데, 위 환자도 비슷한 증상을 보였다. 자식, 특히 아들과 자신을 동일시하는 한국 사회의 어머니와 서양식 교육을 받으면서 자란 젊은 며느리와의 가치충돌은 충분한 개연성을 가지고 있다. 더구나 시어머니는 남편의 외도로 아들만을 지나치게 의지하고 있으며, 이미 성격의 변화를 나타내었다(누구와도 말을 하지 않고 집안 청소만 한다). 환자 역시 순탄치 않았던 가정환경 탓으로 남편의 집안에 대한 혐오감이 어느 정도 자리잡고 있었고, 남편의 학력에 대한 불만도 잠재되어 있는 상황이어서, 김광일¹²⁾의 권고대로 본인의 인격 문제로 돌리기에는 무리가 있었다. 즉 한국사회라는 특수성과 환자 자신의 개인사가 복잡하게 얽혀 蕩病을 야기한 것으로 판단된다.

IV. 結 論

1996년 8월 14일부터 동년 8월 26일까지 본원에 입원치료하였으며, 자신의 병이 환병이라고 인식하는 34세의 여자 환자 1명을 대상으로 임상적으로 살펴 보았다.

參 考 文 獻

1. 慶熙醫療院韓方病院編 : 韓方基本處方集, 서울, 慶熙醫療院韓方病院, p.86, 1988.
2. 김동일 : 동의학사전, 평양, 과학백과사전종합출판사, pp.1021-1029, 1988.
3. 謝觀 : 東洋醫學大辭典, 서울, 高文社, pp.151-154, 1988.
4. 신기철 : 새우리말 큰사전, 서울, 삼성출판사, p.2534, 3761, 1990.
5. 安榮基 編著 : 經穴學叢書, 서울, 藥業新聞社, p.104, 438, 690, 694, 702, 1986.
6. 이근후 외 역 : 정신장애의 진단 및 통계편람 제4판(DSM IV), 서울, 하나출판사, p.1083, 1995.
7. 조홍건 : 스트레스병과 火病의 한방치료, 열린책들, pp.95-100, 1991.
8. 한동세 : 정신과학, 서울, 대정문화사, p.162, 1986.
9. 洪元植 編 : 精校黃帝內經素問, 서울, 東洋醫學研究院 出版部, p.23, 1985.
10. 고병학, 송옥현, 신윤오 : 한국인의 생활사건에 관한 예비적 연구, 신경정신의학, 20(1):62-78, 1981.
11. 具炳壽, 李鐘馨 : 火病에 對한 文獻的 小考, 동의신경정신과학회지, 4(1):1-18, 1993.
12. 金光日, 南正鉉 : 精神科 入院患者에서 본 姑婦間의 葛藤, 신경정신의학, 17(1):27-32, 1978.
13. 김종우, 황의완 : 한의학에서 본 환병의 해석, 동의신경정신과 학회지, 5(1):9-15, 1994.
14. 文流模, 金知赫, 黃義完 : Stress와 火에 關한 東西醫學的 考察, 대한한방내과학회지, 29:146-153, 1989.
15. 文洪世 : 꿈의 臨床的 研究, 신경정신의학, 14(4):428-431, 1974.

16. 민성길 : 환병(火病)과 한(恨), 대한의학협회지, 34(11):1189-1198, 1991.
17. 민성길 : 환병(火病)의 개념에 대한 연구, 신경정신의학, 28(4):604-615, 1989.
18. 민성길 외 : 환병(火病)에 대한 진단적 연구, 대한의학협회지, 29(6):653-661, 1986.
19. 민성길, 박청산, 한정옥 : 환병에 있어서의 방어기제와 대응전략, 신경정신의학, 32(4):506-516, 1993.
20. 민성길, 소은희, 변용욱 : 정신과 의사 및 한의사들의 환병에 대한 개념, 신경정신의학, 28(1):146-154, 1989.
21. 이동식 : 화병고-학문하는 태도, 대화, 3:65-68, 1986.
22. 이시형 외 : 환병의 임상연구(II), 高醫, 12:145-150, 1989.
23. 이제영, 강병조, 하재창 : 연령별 월경전기증상, 신경정신의학, 25(3):1986.
24. 李鐘馨 : 火(熱)病에 總括, 松齊 李鐘馨 停年退任 論文集(松齊醫學會), 210-216, 1994.
25. 劉完素 : 素問玄機原病式, 南京, 江蘇科學技術出版社, pp.2-3, p.31, 1981.
26. 李東垣 : 東垣十書, 서울, 慶熙醫大漢醫學部, p.1, 1973.
27. 張景岳 : 景岳全書 上, 上海, 上海科學技術出版社, p.42, 1984.
28. 張宗政 校註 張海嶺外 三人 : 儒門事親, 河南, 河南科學技術出版社, 1984.
29. 朱丹溪 : 格致餘論, 南京, 江蘇科學技術出版社, p.56, 1981.

=ABSTRACT=

A Case Study on Hwabyung

Lee Seung Gi, Kim Jong Woo, Whang, Wei Wan

Dept. of Neuropsychiatry. College of Oriental Medicine. Kyung Hee University, Seoul, Korea

Generally, Hwabyung is more common in older women, in low educational group. Many psychiatrists explain it as the illness originated from a series of psychological stresses. And they think that Hwabyung patients have somatization disorder, anxiety disorder, and, major depression. But, many of oriental medical doctors explain it as symptoms having the character of fire.

In order to investigate the clinical aspects of Hwabyung, this study was carried out in department of oriental neuropsychiatry at Kyung Hee Medical Center. The subject was 34 year old female who

was an inpatient in K.M.C. from Aug. 14 to Aug. 26, 1996.

The results of the study showed that familial problem and long-termed(about 10 years) stressed situation drove her to Hwabyung. This seems to be related to Korean traditional culture. That is, Korean women were exposed to familial problem(related to mother-in-law, and, her husband), and, poverty, etc. But, they had to be patient of this situation.

Nowadays, though this situation is rather improved, Hwabyung remains a problem with us, because many people still suffer from Hwabyung.