

동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 12. No. 2. 2001

憂鬱證의 韓方的 理解에 관한 文獻考察

강형원, 장현호, 강인선, 문형철¹⁾, 황유진¹⁾, 유영수
원광대학교 한의과대학 한방신경정신과학 교실 · 원광대학교 한의과대학 침구학 교실¹⁾

A Study on The Oriental-medical Understanding of Depression

Hyung-Won Kang, Hyun-Ho Jang, In-Seon Kang, Hyung-Cheol Moon*, Yoo-JIn Hwang*,
Yeoung-Su Lyu.

Department of Oriental Neuropsychiatry Medicine, College of Oriental Medicine, Won-kwang University
Department of Acupuncture & Moxibustion, College of Oriental Medicine, Won-kwang University*

According to ICD-10, The typical Depression are characterized by dejected mood, loss of interest and pleasure, feeling of helplessness. Also, other symptoms such as loss of attentiveness and concentration, guilty conscience, pessimistic attitude for the future, sleeping disorder, lack of appetite, thinking of or doing a self-injury or suicidal act may characterize Depression. These Symptoms of Depression are similar to Wool-Zeng(鬱證), Zeon-Zeng(癩證), Her-ro(虛勞), Bul-Sa-Sik(不思食), Tal-Young-Sil-Zeong(脫營失精), Bul-Myeon(不眠), Ki-Myeon(嗜眠) in Oriental Medicine.

In general, Depression is classified into Wool-Zeng type and Zeon-Zeng type. The former is similar to the neurotic type of depression, the latter is similar to the psychopathic type of depression.

The clear causes of Depression are not known yet. But psychodynamic and biological factors are assumed to cause Depression. Psychodynamic factors may correspond to Chil-Zeong(七情) and biological factors to Tae-Byeong(胎病) and Dam(痰) in Oriental medicine.

In Occidental medicine, Depression is treated by psychotherapy and medication. Electrically-induced spasm therapy and phototherapy also used for the treatment of Depression. In Oriental medicine, Depression is treated by more various therapy such as herb medication, acupuncture and moxibustion, oriental psychotherapy and dirigation(Gi-Gong, 氣功).

Depression is not easy to cure. When the treatments of Occidental medicine and Oriental medicine are mutually cooperated, more effective medical care might be expected. Therefore, futher study to treat depression by mutually cooperated therapy is necessary.

Key Words : Depression, Wool-Zeng, Zeun-Zeng, Tal-Young-Sil-Zeong.

I. 緒 論

· 교신저자 : 강형원, 경기도 군포시 산본동 1126-1
원광대 군포한방병원 신경정신과학교실
((Tel. 031-390-2762, Fax. 031-398-2223,
E-mail: faithkhw@unitel.co.kr

우울은 대부분의 사람에게서 찾아볼 수 있는
보편적인 정서로서 누구나 살아가면서 어느 정도
의 우울감은 경험하게 된다. 우울이라는 정서는

일상생활에서의 슬픈 감정상태와 심한 정신병적 상태를 양극으로 하는 하나의 연속선상에서 설명되고 있는데¹⁾, 이러한 우울이 비정상적으로 심하거나 지속될 때, 우울증이라는 기분 장애가 주축이 된 정신 장애가 된다.

이러한 우울증은 Hippocrates가 의학적으로 처음 기록한 이래, Kraepelin(1896)이 당시까지의 기술을 종합하여 조울정신병으로 명명하고 체계적 분류를 시도하였으며¹⁾, 현재에 이르러 ICD-10과 DSM-IV에서는 기분장애라는 항목 아래 양극성 장애와 우울 장애로 大別하였다.

우울증의 주요 증상을 ICD-10에서는 전형적인 증상으로 우울한 기분, 흥미와 즐거움의 상실, 피로감의 증대와 활동성 저하를 초래하는 기력감퇴를, 기타 증상으로 집중력과 주의력의 감소, 죄의식과 쓸모 없다는 생각, 미래에 대한 비관적 태도, 자해나 자살 행위 또는 생각, 수면장애, 식욕감퇴를 말하고 있다. 이러한 증상들은 한의학적으로 볼 때, 鬱證, 癩證, 脫營失精, 虛勞, 不眠, 嗜眠, 不思食 등과 유사하다고 할 수 있는데, 현재 한국표준질병사인분류(韓醫, 1994)에서는 西醫學的 病名인 우울증을 급성스트레스 반응, 신경쇠약증 등과 함께 氣鬱證(鬱證)의 범주에 넣고 있다²⁾. 하지만 우울증의 정신병적 증상들은 鬱證 이외에 癩證과 유사한 증상이 많아 우울증을 한의학적으로 이해하는 데 있어서, 주로 鬱證이나 癩證에 관련된 역대 문헌적 내용들이 많은 참고가 되고 있다.

여러 보고에 의하면 주요 우울 장애의 평생 유병률은 약 15%로 상당히 높고, 전국적인 역학조사에서도 3.31~3.47%로 나타났다. 발병 연령의 평균이 약 40세 이지만, 최근 연구에 의하면 젊은 연령층에서 알콜이나 약물 남용의 증가로 우울증의 발병 연령이 빨라지거나 발병률도 증가되는 경향이 있다³⁾. 이러한 이유로 우울증이 앞으로 사회 문제로써 더욱 대두될 수 있다고 보여지기 때문에 우울증에 대한 한의학적 인식이 확립됨으로써, 본격적으로 우울증 치료에 心身一如의 한의학적인 방법이 확대되어야 한다고 사료된다.

현재까지 한의계에서 우울증에 관한 보고로는 서⁴⁾ 등과 이⁵⁾ 등의 鬱證의 역대 문헌적 연구와 김⁶⁾ 등의 전신체열활영을 이용한 임상적 연구가

있었다. 하지만 우울증에 대하여 본격적인 한의학적 이해를 다룬 연구가 부족한 실정이다.

이에 저자는 우울증의 ICD-10 진단기준에 상응하는 한의학적 진단명을 현재까지 연구된 결과들을 토대로 정리하여, 오늘날 우울증에 대한 한의학적 이해를 소개하고자 한다.

II. 本 論

1. 概 念

우울증은 어떤 기간 우울하거나 들뜨는 기분의 장애가 주축이 된 일련의 정신장애를 일컫는 기분장애 중 저조한 기분이 있는 상태를 말하는 것으로 여러 가지 종류의 정신장애 또는 신체장애에서 나타나는 증상이다⁴⁾.

우울, 멜랑코리아, 자살, 조증 등의 기록은 고대의 문헌이나 시에 많이 나타나 있지만 의학적으로 기록되기는 Hippocrates에서 부터로 1896년 Kraepelin이 당시까지의 기술을 종합하여 조울정신병으로 명명하고 체계적 분류를 시도하였으며, 이 개념은 현재에 이르기까지 사용되고 있다. 이 밖에도 Beckham와 Danker-Brown(1985) 등은 신경증적-정신병적, 반응성-내인성, 일차적-이차적, 단극적-양극적, 지체성-초조성 등으로 구분하기도 하였다. DSM-III-R(1987)에서는 기분장애라는 항목 아래 양극성장애와 우울장애로 대별하였으며¹⁾, DSM-IV(1994)와 ICD-10(1994)에서도 같은 분류방법을 사용하였다.

한의학의 고유진단 체계상 서양의학의 우울증과 같은 단독 병명으로 체계가 이루어지지 않았지만 오늘날 우울증과 유사한 韓醫 症狀들이 內經時代부터 언급되어 왔다. 일반적으로 鬱證의 개념으로 이해되어져 내려오다가, 1994년 한국표준질병사인분류(韓醫)에서는 우울증을 氣鬱證에 포함시켰고, 1997년 한국한의학 연구원에서 발간한 한의 진단명과 진단요건의 표준화연구(III)에서는 氣鬱證을 우울신경증에, 癩證을 다른 정신병과 함께 조울병의 울증에 상응하는 질환으로 분류하였다⁷⁾.

氣鬱은 情志不遂, 精神抑鬱太過로 인한 병리표

현으로 金元時代 이전에는 外邪를 포함한 정서적 원인으로 인한 廣義의 鬱證이었으나 明代부터 鬱證을 일종의 독립된 병증으로 논술하면서 정서적 원인으로 생긴 狹義의 鬱證으로 바뀌어 요즘에는 우울증의 한의진단명으로 사용되고 있다⁸⁾.

ICD-10에 의하면 전형적인 우울증 에피소드에서 환자는 우울한 기분, 흥미와 즐거움의 상실, 그리고 피로감의 증대와 활동성 저하를 초래하는 기력감퇴 등으로 고통을 받는다. 그밖에 흔히 있는 증상들로는 집중력과 주의력의 감소, 자존심과 자신감의 감소, 죄의식과 쓸모 없다는 느낌, 미래를 황망하고 비관적으로 바라보는 태도, 자해나 자살 행위 혹은 생각, 수면장애, 식욕감퇴 등이 있다⁹⁾.

이러한 우울증의 증상들을 한방적 진단명과 연관시켜 보면, 전형적인 증상 중 우울한 기분, 흥미와 즐거움의 상실, 그리고 기타 증상 중의 집중력과 주의력의 감소, 자존심과 자신감의 감소, 죄의식과 비관적인 태도, 자해나 자살행위 혹은 생각은 우울 및 정서장애로 통합될 수 있는데, 이는 대체로 한방의 鬱證이나 癩證, 脫營失精 등과 가깝고, 전형적 증상 중 피로감의 증대와 기력감퇴는 虛勞의 범주에, 수면장애는 不眠이나 嗜眠, 식욕감퇴는 不思食과 유사하다고 사료되어 이에 따른 문헌적 고찰을 하였다.

(1) 우울 및 정서장애

① 鬱證

『靈樞 本神篇』¹⁰⁾

憂愁者 氣閉塞而不行”

『古今醫統』¹¹⁾

“鬱爲七情之病 故病鬱者十有八九 鬱爲七情不舒 遂成鬱結則鬱之久變病多端”

『東醫寶鑑』¹²⁾

“氣之初病 其端甚微 或因七情 或感六氣 或因飲食 以致津液不行 清濁相干 自氣成積 自積成痰 氣爲之鬱 或痞或痛”

『景岳全書』¹³⁾

“凡五氣之鬱則諸病皆有 此因病鬱也 至若情志之

鬱則總有乎心 此因鬱而病也”

『張子琳醫療經驗選輯』¹⁴⁾

“鬱者滯而不通也 鬱證 非一病之專名 乃由情志不疏 氣機結聚不得發越而引起的一類病證”

鬱이란 억압되고 침울한 정신상태로 인하여 모든 생리기능이 침체되는 현상이니, 발산시킬 수 없는 욕구불만이나 지속되는 憂愁, 지나친 思慮나 悲嘆 등이 원인이 되는 경우가 많다. 鬱은 기분이 憂鬱하다는 정신적 증상을 나타나게 되므로 본인의 호소가 없더라도 겉으로 보기에 의욕상실, 흥미상실, 침묵, 무기력 등 생기가 없음을 알 수 있게 된다⁸⁾. 이와 같은 증상들은 모두 神經症 환자에게 다소 공통적인 증상이기 때문에 鬱證의 정신적인 문제들은 특히 李¹⁵⁾가 보고한 神經症의 우울증에 더 가깝다고 볼 수 있다. 또한 이외에 鬱證의 신체적인 문제로는 心下痞滿, 胸悶, 胸痛, 脇痛, 食欲不振, 食不化, 四肢沈重無力, 小便赤澀, 大便秘 혹 難澀, 目赤, 耳鳴, 眩暈, 心悸, 心煩 등이 있다⁴⁾. 즉 鬱證은 “鬱者滯而不通也 鬱證 非一病之專名 乃由情志不疏 氣機結聚不得發越而引起的一類病證”¹⁴⁾나 “鬱爲七情之病 故病鬱者十有八九 鬱爲七情不舒遂成鬱結則鬱之久變病多端”¹¹⁾처럼 생리대사과정의 장애와 그에 따른 병리적 상태로 요약되기 때문에, 정신적인 면에 있어 정서의 병리현상으로 요약되는 憂鬱證⁴⁾과 유사하지만 그렇다고 동일한 질환으로 볼 수는 없다. 하지만 鬱證에서 나타나는 정신적인 문제는 憂鬱證의 전형적인 증상 중 우울한 기분, 흥미와 즐거움의 상실, 그리고 기타 증상 중의 집중력과 주의력의 감소와 유사하다고 할 수 있다.

② 癩證

『靈樞 癩狂篇』¹⁰⁾

“癩疾始生 先不樂 頭重痛 視學目 赤甚作極 已而煩心”

『難經』¹⁶⁾

“癩疾始發 意不樂 僵伏直視 其脈三部陰陽俱盛是也”

「醫學入門」¹⁷⁾

“癲者異常也 平日能言 癲則沈默 平日不言 癲則呻吟 甚則僵仆直視 心常不樂 此陰虛血少 心火不寧”

「東醫寶鑑」¹²⁾

“癲者異常也 精神痴呆 言語失倫 狂者 凶狂也”

「景岳全書」¹³⁾

“狂病常醒 多怒而暴 癲病常昏 多倦而靜 由此視之 卽其陰陽寒熱 自由水炭之異”

癲·狂·癩은 한의학에서 정신증상을 통칭하는 병名이며, 시대의 변천에 따라 질병의 개념에 약간의 변동이 있었으나, 精神病은 癲狂으로, 또 癩疾發作과 같은 증상은 이를 癲癩 혹은 癩으로 불리우고 있다. 內經시대에는 癩도 癲證에 포함시켰기 때문에 특별히 癩이라는 병명이 따라 나타나지 않았으나, 송대의 「濟生方」에 이르러 癩證을 五癩으로 분류하면서 뚜렷이 구분하여 기록하고 있다⁸⁾. 韓醫學에서는 같은 정신질환이더라도 그 증상이 陽動的이어서 소위, 광란, 흥폭한 것은 이를 狂症이라 하고, 陰的이며 沈靜的인 것은 이를 癲證이라고 한 것이다⁸⁾. 이러한 이유로 권¹⁸⁾ 등의 보고에서는 癲證의 주요 증상은 “平日能言 癲則沈默 平日不言 癲則呻吟 甚則僵仆直視 心常不樂” 등으로 정신분열증의 해체형(Hebephrenic type), 단순형(Simple type), 잔여형(Residual schizophrenia type)과도 유사하고 躁鬱病의 鬱상태와도 유사하다고 보고한 바 있다. 이는 우울증에서 볼 수 있는 우울감이나 의욕저하 등의 침체적인 면이 癲證의 정신적인 증상과 유사함을 보여주는 것이다. 또한, 癲證의 주요 증상 중에서 “平日能言 癲則沈默 平日不言 癲則呻吟”은 인격의 변화와, “甚則僵仆直視”은 자폐적 경향과, “心常不樂”는 의욕상실과, “自高賢也 自辨智也 自尊貴也”는 망상과 “目妄堅 耳妄聞...善見鬼神”은 환각증상과 연관 있다는 면에서 李¹⁵⁾가 제시한 정신병적 우울은 鬱證보다는 癲證과 더 유사하다고 보여진다. 정신병적 우울은 망상, 환각, 혼탁 등의 증세를 보이며 현실감의 상실 및 정신기능의 장애로 인하여 개인적으로나 사회적으로

심각한 기능의 장애를 가져오는 경우를 말하며, 그 빈도는 전체 우울증의 10% 이내로 추정된다. 또한 이 정신병적 우울증은 치료가 어렵고 항우울제나 전기경련요법에도 잘 반응하지 않는 것으로 되어 있다⁴⁾.

③ 脫營·失精

「素問 疏五過論」¹⁹⁾

“嘗貴後賤 雖不中邪 病從內生 名曰脫營 嘗富後貧 名曰失精”

“嘗貴後賤 嘗富後貧 則傷其志意 故雖不中邪 而病從內生 夫脾藏營營藏意 腎藏精精舍志 是以志意失而精營脫也”

「東醫寶鑑」¹²⁾

“內經曰 嘗貴後賤 名曰脫營 嘗富後貧 名曰失精 雖不中邪 病從內生 身體曰減 氣虛無精 病深無氣 酒酒然時驚病深者 以其外耗於衛內奪於榮 註云血爲憂煎氣隨悲滅故 外耗於衛內奪於榮”

한의학에서는 귀한 신분에 있던 사람이 갑자기 그 지위를 잃게 되어 정신적 충격과 갈등 등이 원인이 되어 발생하는 증상을 脫營이라 하였고, 財力이 풍족하던 사람이 갑자기 재산을 탕진하던지 또는 줄지에 損財를 당하여 실망과 회한 등의 정신적 충격이 원인이 되어 발생하는 증상을 失精이라 하여 이와 같은 증상들을 정신적인 갈등과 상실감 속에서 생기는 병으로 인식하였다²⁰⁾. 또한 朴²¹⁾ 등은 “先貴後賤 先富後貧 情志抑鬱 憂思不已 血爲憂煎 氣隨悲滅 故外耗於衛 內奪於榮 臟腑既傷 經火復動”이라 하여 脫營과 失精의 주된 정신적인 증상은 억울과 비탄 등이며 이것이 원인이 되어 氣血虛損과 精力減退를 유발한다는 것을 보여주고 있다. 여기서 억울감이나 비탄 등은 우울증의 우울감은 물론 자존감과 자신감의 감소, 죄의식과 비판적인 태도, 자해나 자살행위 혹은 생각과도 어느 정도 연관이 있다고 할 수 있겠다. 또한 이미 강²⁰⁾ 등은 脫營失精과 오늘날 외상후 스트레스 장애와 반응성 우울증의 病因은 정신적인 충격에 대한 반응으로 서로가 밀접한 관계가 있다고 보고한 바 있다.

(2) 피로감의 증대와 기력저하.

① 虛勞

『素問 藏氣法時論』²²⁾

“肝虛則目眈眈無所見 耳無所聞 善恐如人將捕之心虛則胸腹大 脇下與腰相引而痛 脾虛則腹滿腸鳴 飧泄食不和 肺虛則少氣不能報息耳聾喑乾 腎虛則胸中痛大腹小腹痛 清厥 意不樂”

『金匱要略方論』²³⁾

“勞極虛 羸瘦腹滿 不能飲食 食傷 憂傷 飲傷 房室傷 飢傷 勞傷 經絡營衛氣傷”

『諸病源候論』²⁴⁾

“夫虛勞者 五勞六極七傷是也. 五勞者 一曰志勞 二曰思勞 三曰心勞 四曰憂勞 五曰瘦勞”

『三因方』²⁵⁾

“五勞者 皆用意施爲 過傷五臟 使五神不寧而爲病 故曰五勞也 以其盡力謀慮則肝勞 曲運神機 則心勞 意外過思則脾勞 預事而憂 則肺勞 矜持志節 則腎勞 是皆不諒稟賦 臨事過差 遂傷五臟”

『張氏類經』⁶⁾

“脾愁憂而不解則傷意 意傷則悵亂 四肢不舉 毛悴色夭 死於春”

虛勞는 원기가 허약하고 內臟이 虧損됨으로써, 발생하는 여러 가지 만성질환을 총칭하는 것이다²⁷⁾. 이 중 『金匱要略方論』에서의 憂傷과 『諸病源候論』의 思勞, 憂勞 등이 情志적 요인으로 인한 虛勞라고 볼 수 있으며 『張氏類經』²⁶⁾의 “脾愁憂而不解則傷意 意傷則悵亂 四肢不舉 毛悴色夭 死於春”에서도 七情이 원인이 되어 虛勞가 나타날 수 있다고 언급하였다. 이러한 점은 우울증의 전형적인 증상 중 피로감의 증대와 기력감퇴와 관련이 깊다고 생각할 수 있다. 특히 『諸病源候論』의 五勞는 七情으로 인한 것으로 우울증에서 나타나는 기력감퇴와 연관이 있다.

(3) 수면장애

① 不眠

『靈樞 大惑論』¹⁰⁾

“衛氣不得入於陰常留於陽 留於陽則陽氣滿 陽氣滿則陽蹻盛 不得入於陰則陰氣虛 故目不瞑”

『儒門事親』²⁸⁾

“一富家婦人 傷思慮過度 二年不寐 無藥可療 其夫戴人治之 戴人曰 兩手脈俱緩 此脾受之也 脾主思故也..... 思慮過傷 兩手脈俱緩 此因膽虛不能制脾之 思慮而不寐故也”

『景岳全書』¹³⁾

“思慮勞倦傷心脾 以致氣虛精陷 而爲怔忡驚悸不寐”

『辨證奇聞』²⁹⁾

“人有憂愁之後 終日困倦 至夜而雙目不閉 欲求一閉目而不能者 人以爲心腎之不交也 誰知是肝氣之太燥乎”

② 嗜眠

『靈樞 大惑論』¹⁰⁾

“衛氣留於陰 不得行於陽 留於陰則陰氣盛 陰氣盛則陰蹻滿 不得入於陽則陽氣虛 故目閉”

『脾胃論』³⁰⁾

“形體勞役 則脾病 病脾則怠惰嗜臥”

『丹溪心法』³¹⁾

“脾胃受濕 沈困無力 怠惰嗜臥”

『證治彙補』³²⁾

“憂思恚怒 勞役過度則傷脾 脾病則 怠惰嗜臥 四肢不隨 腸鳴泄瀉”

수면의 장애는 크게 불면증과 수면과다증으로 나누어지는데, 이 중 불면증이란 수면부족을 의미하며 수면기간의 길이 및 원기회복에 어떤 장애를 나타낼 때 일반적으로 사용되는 말로서 잠들기 힘들고 계속 잠을 유지하는데 어려움이 있는 상태를 말한다. 또한 수면과다증인 嗜眠은 잠이 많은 것을 뜻하는 것으로 별다른 육체적 질병 없이 밤낮으로 睡氣에 시달리며 밤에 충분한 수

면을 취하면서도 항상 수면부족을 자각하여 頭重, 身困하고 生氣가 없으며 의욕도 감퇴되어 능률도 떨어지는 상태를 말한다⁸⁾. 이러한 不眠과 嗜眠 중에는 정신적 요인에 의한 것이 있으니 『儒門事親』²⁸⁾의 “思慮過傷 兩手脈俱緩 此因膽虛不能制脾之 思慮而不寐故也”와 『證治彙補』³²⁾의 “憂思志怒 勞役過度則傷脾 脾病則 怠惰嗜臥 四肢不隨 腸鳴泄瀉”가 이에 해당한다. 『素問 陰陽應象大論』²²⁾의 “思傷脾”와 위의 『儒門事親』의 내용을 볼 때 五志 중 思가 脾와 밀접한 관계가 있으며, 또 『脾胃論』³⁰⁾의 “形體勞役 則脾病 脾病則怠惰嗜臥”와 『丹溪心法』³¹⁾의 “脾胃受濕 沈困無力 怠惰嗜臥”를 볼 때 五臟 중 脾가 嗜眠과 관계 있음을 알 수 있다. 그런데 『內經』¹⁰⁾의 “思則心有所存 神有所歸 正氣留而不行 故氣結”와 “憂愁者 氣閉塞而不行”, 『諸病源候論』²⁴⁾의 “結氣病者 憂思所生也 心有所存 神有所止 氣留而不行 故結於內”, 張介賓은 “憂本肺之志 而亦傷脾者 母子氣通也 憂則脾氣不舒 不舒則不能運行 故悅悶而亂”²⁶⁾으로 볼 때, 憂와 思는 七情 중 대표적인 陰的 감정으로 상존하는 경우가 많음을 알 수 있다. 憂³³⁾은 七情 중 憂를 悲와 思의 중간형이라고 인식하였는데, 이러한 점은 憂鬱證의 주요 정서인 憂와 思가 밀접한 관계에 있음을 알 수 있다. 이상으로 보아 五志 중 思와 憂는 밀접한 관계에 있고 이들 陰的 감정들이 脾에 영향을 미침으로써 不眠이나 嗜眠의 수면장애가 나타날 수 있음을 알 수 있다. 즉, 우울증의 주요정서인 憂와 思로 인해 수면장애가 유발될 수 있음을 고전의 文獻을 통해 확인할 수 있다.

(4) 食慾減退

① 不思食

『素問 陰陽應象大論』²²⁾

“喜傷心 怒傷肝 思傷脾 悲傷肺 恐傷腎”

『靈樞 本神篇』¹⁰⁾

“憂傷思怒傷心 愁憂不鮮傷脾 悲哀動中傷肝 喜樂無極傷肺 盛怒不止傷腎”

『東醫寶鑑』¹²⁾

“思傷脾者 氣留不行 積聚中脘 不得飲食 腹脹滿

四肢怠惰悲”

“脾結不食 : 一室女因事忤意 鬱結在脾 半年不食 但日食熟菱 棗 數枚 遇喜食饅 頭彈子大 深惡粥飯 子意脾氣實 非枳實不能開 以溫膽湯(方見夢門)去竹茹 與數十貼而安”

한의학적으로 신경성 식욕부진에 속한다고 볼 수 있는 肝脾不調에 의한 納呆는 不思食, 不能食으로도 표현되는데, 情志內傷으로 인해 운화기능 장애를 일으키거나 中氣가 虛弱해지면 발생한다고 한다³⁴⁾. 『素問 陰陽應象大論』에서는 思傷脾라 하여 思는 脾의 志임을 밝혔는데, 과도한 思慮는 脾氣를 鬱結시켜 胃呆를 유발, 不食하여 수곡의 정미를 생산할 수 없게 하여 脾胃가 虛衰하게 되면 運化기능이 실조되어 여타 질환들이 발생한다³⁵⁾. 또한 대체로 신경성 식욕부진 환자는 자기중심적이며 만성적으로 우울하면서 도덕적으로 약해지고, 고집이 세어지는 경향이 있으면서 病識이나 치료의욕이 없다는 점³⁶⁾에서 우울증에서 볼 수 있는 식욕부진과 思傷脾로 인한 不思食은 서로 유사하다고 볼 수 있다.

이상과 같이 ICD-10에 나와있는 우울증의 진단기준이 되는 증상 중에서 우울감, 흥미나 즐거움의 상실, 집중력과 주의력 감소, 죄의식과 쓸모 없다는 느낌, 미래에 대한 비관적 태도, 자해나 자살 행위 또는 생각 등은 한의학의 鬱證, 顛證, 脫營失精과 유사한 면이 있으며, 신체증상 중의 수면장애는 不眠, 嗜眠과 一食欲부진은 不思食과 서로 유사하다고 볼 수 있다(Table I).

Table 1. 우울증과 한의학적 증상과의 연관성

우울증의 증상(ICD-10)	한의학적 증상
[전형적인 증상] ③ 피로감의 증대와 기력감퇴 ① 우울한 기분 ② 흥미와 즐거움의 상실	虛勞
[기타 증상] ① 집중력과 주의력의 감소 ② 죄의식과 쓸모 없다는 생각 ③ 미래에 대한 비관적 태도 ④ 자해나 자살 행위 또는 생각	鬱證 · 癲證 · 脫營失精
⑤ 수면장애	不眠 · 嗜眠
⑥ 식욕감퇴	不思食

우울 및 정서장애 →

2. 病因

(1) 西醫學的 病因³⁷⁾

① 정신역동학적 원인

우울의 정신역동학은 현재의 환경적 또는 대인 관계의 상황에서 생긴 우울증이 과거 성장기의 어떤 영향 때문에 그 정도가 좌우되고 있는가를 찾아보는 것이다. 이것은 프로이트의 정신분석학적 이론에 바탕을 두고 있다. 이 학설에 따르면 우울증은 대상의 상실에서 생긴다고 한다. 예를 들면, 앓을 당한 후의 애도 과정이 우울의 과정과 비교된다. 사랑하는 사람이 죽었을 때의 슬픈 감정이 우울과 꼭 같은 증상으로 나타나 식음을 전폐하고 잠을 잘 못 이루며 허무하고 자기 탓인 것 같아 죄책감을 느끼고 야속하고 분하기도 한다. 또한 만사에 흥미를 잃고 같이 따라 죽을 까하는 생각도 한다. 이 외에도 재산상실후의 허탈한 감정, 배우자의 외도, 이혼, 은퇴, 이별 등으로 자존심과 의존심이 손상당하면 상실감, 분노, 적개심 때문에 우울 과정을 밟게 되고 끝내는 자살에 이를 수 있게 된다.

② 생물학적 원인

우울의 원인을 유전적, 해부병리적, 생화학적, 신경생리학적 요인으로 보는 견해로, 자연히 반응

성 우울보다는 내인성 우울에 관한 이론이 많다. 초기에는 우울의 생물학적 요인으로 아민가설(Amine hypothesis)이라 하여 norepinephrine과 serotonin 등 신경전달물질의 결핍이 우울의 원인이라는 의견이 지배적이었다. 이것은 삼환계 우울제의 치료기전을 연구하면서 형성된 이론인데, 현재는 다소 수정되어 신경전달물질에 있어, 각종 수용체의 감수성에 연구가 집중되고 있다. 대체로 신경전달물질이 많아 활발하면 조증이 되고 결핍되어 그 활동이 감퇴되면 우울이 온다고 한다.

또한 내분비계통의 장애도 발견되고 있는데, 이는 대체로 신경전달물질의 변화에 따라 나타난 것으로 보고 있다. 이 중에 변연계-시상하부-뇌하수체-부신피질계통의 기관에 어떤 기능장애가 있다는 가설이 우울의 기전으로 연구되고 있는 중이다.

(2) 韓醫學的 病因

① 鬱證의 측면

『古今醫統』¹¹⁾에 보면 “鬱爲七情之病 故病鬱者十有八九”라 하여 鬱病에는 주로 七情으로 인한 것이 대부분이라 하였으며, 李梴도 『醫學入門』¹⁷⁾에서 “鬱者病結不散也 多因七情鬱結”이라 하여 鬱病은 대부분 七情인 內因에 의한 것이라

고 하였다. 하지만 「丹溪心法附餘」³⁸⁾의 “鬱病大率有六 或七情之邪鬱 或寒熱之交侵 九氣之佛鬱 或雨濕之侵凌 或酒漿之積聚 故爲酒陰濕鬱之疾 又如熱鬱而成痰 痰鬱而成癖 血鬱而成癥 食鬱而痞滿 此必然之理也”에 의하면 鬱證이 七情 뿐만 아니라 寒熱이나 雨濕 등의 外因과 酒漿인 不內外因에 의해서도 발현될 수 있지만, 憂鬱證과 연관시켜 본다면 주로 思慮過度, 失意, 悲嘆, 欲求不滿 등의 七情으로 인한 鬱證이 憂鬱證에 근접한다고 볼 수 있겠다. 또한 鬱證에서 七情의 病因은 우울증의 정신역동학적 원인과 유사한 면이 있다.

② 癩證의 측면

「素問 奇病論」³²⁾에서는 癩證의 원인에 대하여 “病名爲胎病 此得之在母腹中時 其母有所大驚 氣上而不下 精氣并居 故令子發爲癩疾也”라 하여 癩證을 선천적인 胎病으로 보았는데, 이 당시의 견해로 볼 때, 임신부의 정신적이나 육체적인 건강상태가 태아에 중대한 영향을 미친다는 사실을 인정하고 있었던 것으로 해석함이 옳을 것이며, 비단 크게 놀란다는 것에 국한시킬 것은 아니다⁸⁾. 이러한 점은 우울증의 생물학적 원인 중 유전적 요인과의 유사한 면이 있다.

한편, 「景岳全書」¹³⁾의 “癩病多由痰起 凡氣有所逆 痰有所滯 皆能壅閉經絡 格塞心竅 故發則旋暈僵仆 口眼相引 目睛上視 手足搖擗 腰背強直 食頃乃甦”은 癩證의 병인으로 氣逆으로 유발된 痰을 들었으며, 「石室秘錄」³⁹⁾에서는 “癩病之生也 多生於脾胃之虛寒 脾胃虛寒 所養水穀不變精而變痰 痰凝胸膈之間 不得化流於心而癩證生矣”에서도 脾胃虛寒으로 유발된 痰을 설정하였는데, 이러한 痰들이 心竅나 心에 영향을 준다는 것은 우울증의 생물학적 원인 중 신경생화학적인 요인이나

내분비의 문제 등과 유사하다고 보여진다.

이외에도, 「醫學入門」¹⁷⁾의 “素問註云 多喜爲癩 多怒爲狂 喜屬心怒屬肝 二經皆火有餘之地 但喜則氣散 畢意謀爲不遂 鬱結不得志者多有之”에서는 癩證의 병인을 喜怒無常 즉, 정서의 불안정으로 보고 있는데, 이는 心經, 肝經이 모두 火가 유여한 곳이므로 喜怒의 情이 과하면 火가 성해져서 癩證이 온다는 것을 말한 것⁸⁾으로 欲求不滿이나 기타 심리적인 문제로 우울증이 유발된다는 정신역동학적 원인과 유사한 면이 있다.

이상과 같이 癩證의 한의학적 병인론을 크게 七情, 胎病, 痰으로 볼 때, 각각 우울증의 정신역동학적 원인, 생물학적 원인 중 선천적 요인과 신경생화학적 요인이나 내분비 대사의 문제점 등과 관련이 있기에 鬱證의 病因論보다 더 포괄적으로 憂鬱證의 원인을 설명할 수 있다고 생각되어진다.

서⁴⁾ 등은 이¹⁵⁾가 보고한 신경증적 우울증과 정신병적 우울증을 언급하면서, 신경증적 우울증은 배우자나 가족의 죽음, 사업의 실패, 체면이나 자존심의 타격, 실연 등과 같은 급격한 환경의 변화로 발병하는 것으로 외부의 자극과 그에 따른 情志變化로서 발생한다고 할 수 있으며 情志所傷 및 생활, 환경적 스트레스 인자에 의하여 발생한다는 점에서 鬱證과 유사하지만 정신병적 우울증은 외적 환경요인과 무관하게 내적인 요인에 의하여 발생한다하여 그 원인에 대해 유전적·체질적 요인, 신경생화학적 요인, 내분비대사, 정신신경생리학적 소견 등 생물학적 원인이 제시되고 있는 점에서 울증의 원인과는 차이를 나타내고 있다고 제시한 바 있다. 오히려 정신병적 우울증은 鬱證보다는 癩證과 더 유사하다고 볼 수 있겠다(Table II).

Table II. 憂鬱證 病因의 東·西醫學的 比較

西醫學的 病因	韓醫學的 病因
정신역동학적 원인	
심리적 요인 및 병전성격	情志所傷(七情) - 鬱證, 癩證
생물학적 원인	
유전적·체질적 요인	胎病 - 癩證
신경생화학적 요인·내분비대사의 문제	痰 - 癩證

3. 分類

(1) 西醫學的 分類

우울증 에피소드에 대한 ICD-10에서의 분류는 다음과 같다(Table III). 경도 우울증 에피소드는 전형적인 증상 3개(①우울한 기분, ②흥미나 즐거움의 상실, ③피로감의 증대와 기력저하) 중 최소한 2개와 7개의 기타 증상들(①집중력과 주의력의 감소, ②자존심과 자신감의 감소, ③죄의식과 쓸모 없다는 느낌, ④미래에 대한 비판, ⑤자해나 자살생각 혹은 행위, ⑥수면장애, ⑦식욕감퇴) 중 최소한 2개가 더 있어야 하며, 일상적인 업무나 사회 생활을 계속해 나가는데 어려움이 있지만 완전히 와해되지는 않는다. 중등도 우울증 에피소드는 최소한 2개의 전형적인 증상과 최소한 3개의 기타 증상들이 더 있어야 하며, 일상적인 업무나 사회 생활에 상당한 어려움이 있는 경우이다. 마지막으로 중증 우울증 에피소드는 신체적 증후군이 항상 있다는 전제하에, 3개의 전형적인 증상이 다 있어야 하고 최소한 4개의 기타 증상이 더 있어야 하며, 일상적인 업무나 사회 생활을 계속해 나가기 어려운 경우이다. 그 밖의 기타 우울증 에피소드는 비정형 우울증으로 우울 증상들과 긴장, 걱정, 근심과 같이 진단적 가치가 없는 증상들이 혼재해 있고, 특정불능의 우울증 에피소드는 달리 분류할 수 없는 우울증 또는 우울장애가 포함된다³⁾.

Table III. ICD-10에서 우울증 에피소드의 분류

F32.0 경도 우울증 에피소드(Mild depressive episode)
F32.00 신체 증상이 없는 것(Without somatic symptoms)
F32.01 신체 증상이 있는 것(With somatic symptoms)
F32.1 중등도 우울증 에피소드(Moderate depressive episode)
F32.10 신체 증상이 없는 것(Without somatic symptoms)
F32.11 신체 증상이 있는 것(With somatic symptoms)
F32.2 정신병적 증상이 없는 중증 우울증 에피소드 (Severe depressive episode without psychotic symptoms)
F32.3 정신병적 증상이 있는 중증 우울증 에피소드 (Severe depressive episode with psychotic symptoms)
F32.8 기타 우울증 에피소드 (Other depressive episodes)
F32.9 우울증 에피소드, 특정불능 (Depressive episode, unspecified)

이 밖에 이¹⁵⁾는 우울증에 대하여 Table IV와 같이 분류하였는데, 우울증을 파악하는데 좀 더 이해하기 쉽다고 생각된다. 단극성 우울증은 정기적으로 우울증만 나타나는 것이고, 양극성 우울증은 우울증과 躁症이 교대로 나타나는 것을 말한다. 신경증적 우울증은 비정신병적이고, 사회적 기능장애가 적으며, 내인성 증상이 없고, 정신 사회적 스트레스를 받은 후에 발병하고, 지속적인 비적응적 성격양상의 결과이며, 무의식적인 정신역동적 갈등의 결과인 반면, 정신병적 우울증은 망상, 환각, 혼탁 등의 정신병적 증세를 보이며 정신기능 장애로 인하여 개인적으로 사회적으로 심각한 기능의 장애를 가져오는 경우를 말한다. 또한 발병원인에 따른 분류로서 내인성 우울증은 그 발병이 외적 환경요인과 무관하게 내적인 생물학적 요인에 의한 것으로서 후기불면증, 체중감소, 식욕저하, 심한 죄책감, 정상적 생활 영위불능등의 증상을 동반하며, 반응성 우울증은 우울에 빠질 만한 충분히 납득될 수 있는 외적 원인이 있는 것이다. 증상의 양상에 따른 분류로서 정신운동의 양상이 지체가 심하게 나타나는 것을 지체성 우울증이라 하며, 초조, 흥분이 표면에 두드러지는 것을 초조성 우울증이라 한다. 그리고 일차성 우울증은 이전에 아무런 질병 없이 저절로 나타난 것이며, 이차성 우울증은 우울증이 정신분열병이나 기질성 정신장애 등 다른 선행질환의 부수 증상 혹은 후유증으로 나타난 것이다(Table IV).

Table IV. 李¹⁵⁾의 우울증 분류(精神醫學)

躁症과의 동반 여부	단극성 우울증
	양극성 우울증
정신병적 증상의 동반 여부	신경증적 우울증
	정신병적 우울증
발병원인	내인성 우울증
	외인성 우울증
증상의 양상	지체성 우울증
	초조성 우울증
선행 질병의 여부	일차성 우울증
	이차성 우울증

(2) 한의학적 분류

대체로 신경증적 우울증은鬱證과, 정신병적 우울증은顛證과 비교적 유사한 면을 보이기 때문에, 우울증을 한의학적으로 분류하는데 있어鬱證과顛證이 많은 참고가 될 수 있다. 먼저鬱證을 고전의 분류방식을 고찰해보면, 『東醫寶鑑』에서는氣鬱, 血鬱, 食鬱, 痰鬱, 熱鬱, 濕鬱의 6가지로, 『古今醫統』에서는心鬱, 肝鬱, 脾鬱, 肺鬱, 腎鬱, 膽鬱의 6가지로, 景岳全書에서는情志三鬱이라 하여怒鬱, 思鬱, 憂鬱의 3가지로 나누었다(Table V). 한편 현대의 『中醫內科學』에서는 5가지의 변증방법으로肝氣鬱結, 肝鬱化火, 氣機痰阻, 心神失養, 心脾兩虛을 제시하였다. 顛證은 주로狂症과 함께顛狂으로 보았지만顛證만을 고찰해 본다면痰氣鬱結, 氣虛痰結, 氣血兩虛의 3가지의 변증유형

으로 나눌 수 있다⁴⁰⁾.

憂鬱證은 앞의 개념 고찰에서와 같이鬱證과顛證의 주요양상에脫營失精, 虛勞, 不思食 등이混在 된 것으로 볼 수 있으므로憂鬱證을 한의학적으로 분류하는 데에는 앞서 말한 분류방식들을 통합할 필요가 있다고 사료된다. 이에 著者は臧⁴¹⁾의 연구와 한국한의학 연구소의 한의진단명과 진단요건의 표준화 연구(Ⅱ),(Ⅲ)를 토대로 Table VI와 같이 분류하였다. 우울증의 변증유형으로肝鬱脾虛, 肝鬱氣滯, 痰迷心竅, 心脾兩虛, 脾腎兩虛가 있으며, 이 중肝鬱脾虛와肝鬱氣滯는鬱證에, 心脾兩虛, 脾腎兩虛는顛證에 좀 더 가까우며, 痰迷心竅는鬱證과顛證의 혼합형태라고 보는 것이 좋을 듯 싶다. 또한幻視나幻聽 등이 있는脾腎兩虛는정신병적 우울증에 가까운 형태라고 볼 수 있다.

Table V. 鬱證의 한의학적 분류(古典)

東醫寶鑑 ¹²⁾	氣鬱	胸脇脹滿 脈沈澁
	血鬱	四肢無力 能食 小便淋 大便紅 脈沈空澁
	食鬱	噎氣作酸 胸腹飽悶作痛 惡食不思 脈緊澀
	痰鬱	動即喘滿氣急 痰嗽不出 胸脇痛 嗜臥怠惰 脈沈滑
	熱鬱	目蒙矓 口乾 舌燥 小便赤澀 五心煩熱 脈沈數
	濕鬱	周身關節走痛 遇于陰雨即發 首如物夢 脈沈濡
古今醫統 ¹¹⁾	心鬱	神氣昏昧 心胸微悶
	肝鬱	兩脇微脹 或時刺痛 噎氣連連而聲
	脾鬱	中脘微滿 生涎少食 怠惰嗜臥 四肢無力
	肺鬱	皮毛枯澁燥而不潤 欲嗽而無痰
	腎鬱	少腹微硬 腰腿重脹 精髓虧少 淋濁時作不能久立
	膽鬱	口苦 身熱潮熱往來 惕惕然人將捕之
景岳全書 ¹³⁾	怒鬱	氣滿腹脹 倦怠 小食
	思鬱	欬喘 失血 膈噎 嘔吐 滯濁 崩淋 不月
	憂鬱	怔忡 困倦 胸膈痞悶 少食 吞酸 嘔惡

Table VI. 우울증의 한의학적 변증분류

辨證類型	정신적 증상	신체적 증상	주요 治法	주요 處方
鬱證型	肝鬱脾虛 多愁善慮, 억울감, 비관적 생각	兩脇脹滿, 胸悶, 食欲不振 煩躁易怒, 不眠 善太息 身倦 面色萎黃, 舌苔白膩 脈弦細 或 脈沈細	疏肝健脾	逍遙散(和劑局方) 痛瀉要方(丹溪心法)
	肝鬱氣滯 억울감, 자해나 자살생각 혹은 행위, 초조, 정신적 충격, 민감 하거나 특이한 病前性格	胸脇脹痛, 心煩易怒, 胸悶, 噯氣, 嘔逆, 善太息, 小腹脹痛, 或月經不調, 大便秘結, 舌質苔黃, 脈弦數	疏肝解鬱	柴胡疏肝散(景岳全書) 枳實導滯丸(內外傷辨惑論)
混合型	痰迷心竅 억울감, 神志昏夢, 不省人事 表情淡淡, 行動異常	嘔吐痰涎, 四肢抽搐, 失眠, 多夢, 不思飲食, 獨白自語 舌苔白膩, 脈濡 或 滑	滌痰開竅	導痰湯(婦人良方) 菖蒲鬱金湯(溫病全書)
顯證型	心脾兩虛 침체감, 善悲易哭, 思考缺乏, 의욕상실	食少倦怠, 腹脹便溏, 心悸怔忡, 面色萎黃, 月經不調 舌質薄白, 脈細弱	補益心脾 益氣養血	歸脾湯(濟生方) 人參養榮湯(太平惠民和劑局方)
	脾腎兩虛 精神萎弱, 不動不言, 幻視 幻聽, 자책감	便溏, 腰膝冷痛, 面色晄白, 形寒肢冷, 少氣懶言, 舌淡苔白, 脈沈細	溫補脾腎	實脾飲(濟生方) 四神丸(內科摘要)

4. 治療

치료는 환자의 안전, 완벽한 진단적 평가 및 현재의 증상뿐만 아니라 앞으로의 건강에 대한 계획 등을 목표로 세워야 한다. 따라서 약물 치료나 정신 치료뿐만 아니라 재발에 관여하는 스트레스 요인에 관심을 가져야 한다. 또한 의사가 결정해야 할 가장 중요한 사항은 입원이나 외래 치료 여부를 결정하는 것인데, 자살이나 타살의 위험도가 높은 경우, 정신병적 사고나 전혀 움직이지 않아 자신을 돌볼 수 없는 능력이 없는 경우, 우울증으로부터 초래되는 생명에 위협을 주는 급성 내과적 상태(식욕부진증, 탈수증)가 동반한 경우, 특별한 진단적·치료적 고려가 필요한 내과적 상태(심한 심장질환)가 동반한 경우 등에 입원을 요한다³⁾.

(1) 정신요법

정신요법이란 환자와 의사간에 대화라는 일차

적인 관계를 통하여 환자 자신의 마음 내면에 있는 우울의 원인인 무의식적인 억눌린 감정을 환자가 인식하고 그에 따라 습관화된 생활양식을 수정해 가는 것이라고 할 수 있다. 이러한 정신요법은 장기간 걸리는 것이 통례이며, 더욱이 환자가 그러한 치료에 응할 태세가 되어 있어야 한다³⁷⁾.

西醫學에서의 정신요법은 주로 지지적 정신요법, 역동적 정신요법, 단기 정신요법(대인관계 정신치료, 인지-행동치료, 행동치료) 등이 있고³⁷⁾, 한의학에서 정신요법도 여러 방법이 있는데, 발병 전에 병을 미리 예방하는 以道療法, 마음을 수양하는 虛心合道, 대화 등을 통해 환자의 기분을 전환시켜 주는 移精變氣療法, 오행의 상생상극 이론을 심리치료에 응용하는 五志相勝療法, 약한 자극부터 시작하여 점차 강한 자극을 주어 이들 자극에 익숙해지게 하여 증상을 치료하는 驚者平之療法, 환자에 대한 암시를 통해 병을 치료하는 誑治療法, 상대에 대한 보증, 설득 등으로 자신을 되찾도록 용기를 주는 至言高論療法, 그

리고 오늘날의 기공치료와 유사한 導引療法과 丹田呼吸法이 그것이다⁴²⁾. 이러한 정신요법들이 情志所傷으로 인한 우울증 환자들의 증상개선에 도움이 되리라 사료된다. 이미 강⁴³⁾ 등은 五志相勝療法과 같은 한방정신요법으로 우울증 환자를 치료한 사례를 보고한 바 있다.

(2) 약물요법

西醫學에서 현재까지도 사용하고 있는 항우울제인 imipramine을 기초로 삼환계 항우울제(TCA)와 단가아민산화효소억제제(monoamine oxidase inhibitors.

MAOI) 등이 주로 사용되고 있다. 삼환계 항우울제는 항우울제 중 가장 널리 보급되어 있으며, 여기에는 imipramine, amitriptyline, doxepine, desipramine 등이 있다. 또 중추신경계에서 norepinephrine과 serotonin 대사를 차단하여 항우울 효과를 나타내는 MAOIs에는 phenelzine, isocarboxazid, tranylcypromine 등이 있는데, 일반적으로 TCA보다 다소 효과가 떨어지지만 간혹 부작용 때문에 2차 선택 약물이다. 그 외 새로운 항우울제로는 선택적 serotonin재흡수억제제(serotonin specific reuptake inhibitors. SSRIs)가 대표적인데, 이전의 약물보다 효과가 빠르고 부작용이 적어서 임상에서 많이 사용되고 있다. 그러나 이러한 항우울제들은 가능한 한 충분한 양을 주어야 하는데, 간혹 너무 많이 주면 여러 가지 부작용이 나타난다. TCA는 간질역치를 낮추기 때문에, 간질의 경향을 가진 환자들에게 성욕의 상실과 발기, 사정—그리고 오르가즘 기능부전이 흔하게 나타날 수 있으며, 항콜린성 부작용으로 소변이 잘 안 나오게 하거나 변비, 口乾 등의 부작용을 나타낼 수 있다. MAOI는 흔히 기립성 저혈압의 증상들과 심박급속증, 발한 그리고 진전의 교감 신경계 효과를 야기시키며, 오심, 불면 그리고 성기능부전도 나타나게 할 수 있다. 이러한 부작용들 때문에 SSRIs가 각광받고 있지만 이것 또한 고용량 혹은 항파킨슨 약물인 selegiline을 포함한 MAOIs와 병합했을 때 세로토닌 증후군을 야기시키는데, 주로 경직증, 고체온증, 자율신경계 불안정성, 근간대, 혼돈, 섬망, 그리고 혼수 등의 양상으로 나타난다⁴⁴⁾.

이상과 같은 항우울제의 부작용 때문에 우울증

의 치료에 부작용이 없는 한의학의 약물치료가 더욱 더 필요할 것으로 사료되고 있다. 대체로 Table IV에서 설정한 변증유형에 따라 적절한 치료법을 선택하여 그에 합당한 약물을 투여하는데, 대체로 鬱證型 우울증에서는 順氣를 우선으로 하여 鬱結된 氣運을 풀어주고, 降火, 化痰, 消食 등의 治法을 兼하여 사용한다. 그리고 鬱證型 우울증에 사용할 수 있는 대표적인 通治方으로 황⁸⁾ 등은 六鬱湯, 交感丹, 開鬱至神湯, 解鬱開結湯, 越鞠丸을 제시하였다. 癩證型 우울증에서는 心, 脾, 腎의 虛證 양상이 나타나기 때문에 氣血을 補하는 방법을 주로 사용한다.

(3) 針灸療法

① 體鍼療法

일반적으로 針灸療法은 調氣治神하는 효능이 있어 氣의 흐름을 조절함으로써 기분장애를 호전시킬 수 있다. 여기서 調氣는 經絡, 臟腑에서 氣의 偏勝을 조절하여 불협조상태를 협조상태로 회복시키는 것이며, 治神이란 경락 중의 氣血運행을 강화시킴으로써, 生體의 각 기관 조직의 기능실조를 조절하는 치료목적을 달성하는 것이다⁴⁵⁾.

아직까지 우울증의 침구치료에 관한 보고는 없지만, 일반적으로 임상에서 多用하는 穴들을 보면, 『臨床韓方講座』에서는 氣鬱證에 氣海, 膻中, 支溝, 陽陵泉 등의 穴位에 자침한다고 하였다⁴⁶⁾. 또한 『針灸配穴辭典』에서 癩證에는 心俞, 肝俞, 脾俞, 神門, 豐隆 등의 穴位에 平補平瀉하는 針法을 시행하는데, 背俞穴을 주로 하고 原穴과 絡穴을 從으로 한다고 하였다. 하지만 이러한 癩證이 肝氣鬱結로 인한 것이라면 疏肝理氣시킨다는 의미에서 神門, 行間, 太衝, 心俞, 肝俞, 後谿, 支正 등을 자침하고, 痰阻於內로 인한 것이라면 隱白, 足三里, 豐隆, 中脘, 鳩尾 등에 자침을 한다고 하였다⁴⁷⁾. 한편 『國譯 針灸學』에서는 鬱證에서 疏肝理氣·解鬱化痰시킬 때에는 任脈, 足厥陰, 足陽明, 手太陰, 手少陰經穴을 취하고 太衝, 膻中, 豐隆, 魚際, 神門 등을 選穴하며, 滋陰益氣·養心安神시킬 때에는 背俞穴, 手厥陰, 足太陰經을 취하고, 膈俞, 腎俞, 心俞, 內關, 三陰交 등을 選穴한다. 또한 癩證에서 疏肝理氣·化痰安神시킬 때에는 背俞穴을 위주로 취하며, 心俞, 肝俞,

脾俞, 神門, 豐隆 등을 選穴한다고 하였다⁴⁸⁾. 그 외 기타 신체증상이 더 추가 발견된다면, 증상에 맞게 選穴하여야 할 것이다. 가령 不眠에는 脾俞, 心俞, 神門, 三陰交 등을, 虛勞에는 背俞穴에 灸法을 응용하며, 食欲不振에는 足三里, 三陰交, 四關, 胃俞, 脾俞 등을 응용할 수 있다.

② 舍岩針 療法

우울증과 七情의 怒, 思, 悲, 憂가 연관이 있어, 「舍岩道人鍼灸要訣」의 諸氣痛門을 참조하며, 怒氣上은 肝實인지라 經渠, 中封을 補하고 少府를 瀉하거나 또는 經渠와 太衝을 瀉한다고 하였다. 思氣結은 脾傷인지라 大都와 少府를 補하고 隱白을 瀉하며 또는 間使를 刺鍼하고 氣海를 瀉한다고 하였다. 悲氣消는 上腕을 灸하며 腰俞를 瀉한다고 하였다. 憂氣鬱은 腎弱인지라 經渠, 復溜를 補하며 太白, 太谿를 瀉하거나 腎俞를 灸하거나 行間을 瀉한다고 하였다⁴⁹⁾.

③ 耳鍼療法

耳鍼療法은 耳廓에 刺鍼함으로써 인체 各部의 질병을 치료하는 分區針法으로 효과가 빠르고 조작이 간편해 장기 치료를 요하는 우울증 환자에게 응용할 수 있다. 「國譯 針灸學」에서 鬱證에는 心, 腦, 枕, 緣中, 屏間, 神門 등을 選穴하고 癩證에는 心, 腦, 腎, 枕, 額, 神門 등을 選穴하여 가볍게 자극한다고 하였다⁴⁸⁾. 이외에 皮質下나 交感 등을 더 추가할 수 있다.

(4) 부항요법

附衄療法은 고대에는 角法이라 하였는데, 이는 罐·杯를 도구로 하여, 熱力에 의해 그 속의 공기를 배제해서 피부에 흡착시켜 울혈현상을 조성하는 요법이다⁴⁵⁾. 우울증에는 督脈經과 背俞穴 위주로 치료하는 것이 좋다.

(5) 향기요법

향기요법은 약물이나 꽃의 향기를 이용하여 질병을 예방 치료하고 心身을 회복시키는 방법으로 교감 신경과 부교감 신경의 조화를 꾀하여 심리 상태를 개선시켜서 사람의 정신을 북돋우는 것과 동시에 신경조직을 평온하게 하는 효능을 지닌

다. 또한 명상을 하는데 도움을 주며, 스트레스에 대한 역치를 높여주어 각종 심신증과 정신질환의 예방 및 치료에 응용할 수 있다⁵⁰⁾. 대체로 우울증에는 bergamot, lavender, geranium, ylang-ylang, majoram 등을 흡입하거나 램프를 이용한 확산법이 널리 이용되고 있다.

(6) 기타요법

위에 열거한 치료방법 이외에도 전기경련요법(ECT)이나 광선치료(Phototherapy), 기공요법 등이 있는데, 전기경련요법이나 광선치료는 자살이나 타살의 위험성이 크거나, 약물을 복용할 수 없는 여건이나, 약물치료를 실패했을 경우나, 심하거나, 정신병적 증상을 갖거나, 신체 쇠약으로 약물의 효과가 나타날 때까지 기다릴 수 없는 경우에 시행된다³⁾. 신경증적 우울증 보다는 정신병적 우울증에 많이 사용할 수 있을 것으로 사료된다.

5. 經過와 豫候

주요 우울장애 첫 발병 환자의 약 50%는 발병 전에 뚜렷한 우울 증상이 나타난다고 한다. 그러므로 초기 우울 증상을 조기 발견하여 치료하면 만개된 우울증으로의 발전을 방지할 수 있다. 발병은 어떤 연령에서도 가능하나 평균 발병 연령은 20대 중반이다. 대부분 치료된 우울증은 약 3개월 가량 지속되거나 치료되지 않는 우울증은 6-13개월 지속된다. 그러나 3개월 전에 항우울제를 끊으면 거의 재발하고 20년간의 재발의 빈도는 평균 5-6회이다. 처음 주요 우울장애로 진단 받은 환자의 약 5-10%는 첫 발병 후 6-10년 후에 조증이 나타난다. 조증은 2-4회의 우울증이 재발 후에 흔히 나타난다³⁾. 회복되지 않는 많은 환자들은 기분저하증으로 남아 있게 된다. 후에 양극성 장애로 발전되는 환자는 과수면, 정신운동지연, 정신병적 증상, 산후 정신병의 기왕력, 양극성 장애의 가족력 및 항우울제로 유발된 경조증 등이 특징인데, 이는 앞서 말한 鬱證型 우울증보다는 癩證型 우울증에 가깝다. 즉 鬱證型 우울증이 지속적으로 재발되면 癩證型 우울증으로

로 발전할 가능성이 많다는 것을 시사해준다고 할 수 있다. 우울증의 재발을 방지하기 위해서는 주로 항우울제를 이용하는 西醫學的 치료의 단독 사용 보다는 한의학적 치료방법을 겸하는 것이 도움이 되리라 사료된다.

III. 結 論

우울증에 대한 한방적 이해를 고찰한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. ICD-10에 나와있는 우울증의 증상들은 우울한 기분, 흥미나 즐거움의 상실, 피로감의 증대와 기력 감퇴, 집중력과 주의력의 감소, 죄의식과 쓸모 없다는 생각, 미래에 대한 비관적 태도, 자해나 자살 행위 또는 생각 등이며, 이것들은 한의학적으로 볼 때, 鬱證, 癩證, 脫營失精, 虛勞, 不眠, 嗜眠, 不思食 등과 유사한 면이 있다.

2. 우울증의 西醫學的 병인은 확실하지는 않지만 정신역동학적 원인과 생물학적 원인으로 나눌 수 있는데, 이는 한의학의 情志所傷(七情), 胎病, 痰 등의 病因과 유사한 면이 있다.

3. 우울증에서 대체로 신경증적 우울증은 한의학의 鬱證과, 정신병적 우울증은 癩證과 유사한 면이 있다.

4. 우울증의 한의학적 변증분류는 肝鬱脾虛, 肝鬱氣滯, 痰迷心竅, 心脾兩虛, 脾腎兩虛의 5가지로 나눌 수 있으며, 이 중 肝鬱脾虛와 肝鬱氣滯는 鬱證型으로 신경증적 우울증과 관련이 있고, 心脾兩虛와 脾腎兩虛는 癩證型으로 정신병적 우울증과 관련이 있다. 한편 痰迷心竅는 鬱證과 癩證의 혼합型으로 볼 수 있다.

5. 우울증의 양방적 치료에는 정신요법, 약물요법이 주를 이루고, 이외에 전기경련요법이나 광선치료 등이 사용될 수 있다. 한방적 치료법에는 한방정신요법, 약물요법, 침구요법, 기공요법 등 다양한 치료방법이 있다.

6. 우울증은 조기에 발견하여 치료하는 것과 재발을 방지하는 것이 중요하다. 西醫學的인 치료방법 뿐만 아니라 한의학적 치료방법도 병행된다면 우울증의 치료에 많은 도움을 줄 수 있을 것이라 사료되며 추후 이에 대한 동서협진 연구가 이루어져야 할 것으로 사료된다.

參 考 文 獻

1. 최정운·정진복. 우울증 환자의 MMPI 프로파일. 한국심리학회지. 1991;10(1):34-41.
2. 대한한의학협회. 한국표준질병사인분류. 서울:아람인쇄. 1994:206.
3. 대한신경정신의학회. 신경정신과학. 서울:하나의학사. 1997:378-388.
4. 서원희·이상용. 鬱證과 憂鬱證의 비교고찰. 대전대학교 한의학연구소논문집.1997;6(1):505-514.
5. 이길재·강운호. 鬱證에 대한 문헌적 고찰(治法 중심). 東西醫學. 1995;20(1):46-55.
6. 김태현·이용근·류영수. 全身體熱撮影에 의한 憂鬱證과 顔面麻痺의 객관적 진단방법 모색. 동의신경정신과 학회지. 2000;11(2):87-102.
7. 한국한의학 연구원. 한의진단명과 진단요건의 표준화연구(III). 1997:454-459.
8. 황의완 외 1명 編著. 東醫精神醫學. 서울:현대의학서적사. 1987:505-529, 607-611.
9. 이부영 譯. ICD-10(정신 및 행동장애). 서울:一潮閣. 1994:150-155.
10. 洪元植 譯. 黃帝內經靈樞解釋(原文). 서울:高文社. 1972:17, 37.
11. 徐春甫. 古今醫統. 北京:人民衛生出版社. 1991:936-943.
12. 許浚. 精校東醫寶鑑. 서울:한미의학. 2001:38, 45, 52, 58, 688, 777-778.
13. 張介賓. 景岳全書. 서울:大星文化社(上). 1988:382, 417, 691.
14. 趙尚華. 張子琳醫療經驗選輯. 山西:山西人民出版社. 1986:88-91.

15. 李定均. 精神醫學. 서울:一潮閣. 1994:212-255.
16. 國際書局 總經理. 難經譯釋. 昭人出版社. 202.
17. 李槌. 編註醫學入門(下). 서울:대성문화사. 1994: 165, 262.
18. 권보형 · 이상용. 癲狂의 증상에 관한 동서의 학적 고찰. 동의신경정신과 학회지. 1993; 4(1) :27-46.
19. 金達鎬 · 李鐘馨 共編著. 黃帝內經 素問(下). 서울:醫聖堂. 2001:948.
20. 강석용 · 이상용. 脫營失精에 대한 東西醫學의 考察. 1996:395-403.
21. 朴光功 외 1명. 病源辭典. 서울:고문사. 1975: 131-132, 608-609.
22. 金達鎬 · 李鐘馨 共編著. 黃帝內經 素問(上). 서울:醫聖堂. 2001:126, 514-522, 828, 982.
23. 張仲景述, 王叔和集. 金匱要略方論. 北京:人民衛生出版社. 1978:19-21.
24. 巢元方. 諸病源候論. 臺北:集文書局. 民國65년 :29-50.
25. 陳無擇. 三因方. 臺北:旋風出版社. 民國62년; (8):14, 16.
26. 張介賓. 國譯編註 張氏類經. 서울:大星文化社. 1984:197.
27. 上海中醫學院. 中醫內科學. 香港:商務印書館. 1977: 126.
28. 張子和. 儒門事親. 臺北:旋風出版社. 1978;(7) :11.
29. 錢松. 辨證奇聞. 서울:杏林出版社. 1982:102.
30. 李東垣 著. 東垣脾胃論 譯釋. 서울:大星文化社. 1992:32-33.
31. 朱震亨 著. 丹溪醫集(丹溪心法). 서울:서울대 학교 출판부. 2000:226.
32. 李用粹. 證治彙補. 臺北:旋風出版社. 1976:114.
33. 嚴賢燮. 情緒(七情)와 Stress의 관계에 관한 이론적인 연구. 東西醫學. 1992;17(4):5-20.
34. 李鳳教. 漢方診斷學(Ⅱ). 서울:新光文化社. 1986: 231-232.
35. 索延昌. 新脾胃論. 山西:山西科學教育出版社. 1986:39-40.
36. 박귀영 · 이상용. 神經性 食欲不振 患者 1例 에 대한 임상적 연구. 동의신경정신과 학회 지. 1995;6(1):115-119.
37. 유계준. 가정의(Family Physician). 1988;9(3) :3-5.
38. 朱震亨. 丹溪心法附餘. 서울:大星文化社. 1982: 515-527.
39. 陳士鐸. 國譯石室秘錄 下. 서울:書苑堂. 1991: 102.
40. 원광대학교 한의과대학 제23기 졸업준비위원 회. 精神科學(各論). 2001:362-363.
41. 臧明仁 編著. 精神病的中西醫治療. 北京:人民衛生出版社. 1996:85-90.
42. 이승기. 인지치료와 한방정신요법. 서울:동의 신경정신과 학회지. 2000;11(2):169-175.
43. 강형원 · 장현호 · 유명수. 五志相勝療法에 관 한 임상사례 연구와 현대적 이해. 서울:동의 신경정신과 학회지. 2001;12(1):11-27.
44. 전국의과대학교수 譯. 오늘의 진단과 치료. 서울:도서출판 한우리. 1999:1139-1145.
45. 全國韓醫科大學 經穴 · 鍼灸學教室 編著. 鍼灸學(下). 서울:集文堂. 1988:1017, 1061, 1369.
46. 姜熙相, 韓成洙 整理. 增補臨床韓方講座. 서울: 大星文化社. 1995:27.
47. 김경식 외 1명 編譯. 針灸配穴辭典. 서울:一中 社. 1991:119-120.
48. 劉冠軍 主編. 國譯 針灸學. 서울:大星文化社. 1994:120-121, 130-133.
49. 舍岩先師 譯註. 國文譯註 舍岩道人鍼灸要訣. 서울:행림출판. 1975:110-111.
50. 安點佑 · 金貞娟 · 金鐘一. 향기요법의 임상응용과 한의학적 접근. 대한한방부인과학회지. 2000; 13(1) :569, 571, 579.