

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

## 憂鬱症의 臨床樣狀 및 생체전자자율반응에 對한 臨床的 考察

崔秉晚 · 朴智雲 · 李相龍  
대전대학교 한의과대학 신경정신과 교실

### A Clinical Study of Depression in 43 Cases

Byung-Man Choi, Ji-Un Park, Sang-Ryong Lee

Department of Neuropsychiatry, College of Oriental Medicine, Dae Jeon University, Daejeon, Korea

The clinical study was carried out the 43 patients with Depression who were treated in Department of Neuropsychiatry, College of Oriental Medicine, Dae Jeon University from 22 February 2000 to 14 November 2001.

The results were summarized as follows.

1. The ratio of male and female was 10:33, 60's(32.6%) was frequent, no inducing factor(38.3%) was seen in a lot of cases and many patients came to our hospital by way of west-neuropsychiatry(56.8%).
2. The period of clinical history was frequent from 3 to 10 years(23.2%), the most frequent preceding disease was cardiovascular systemic disease(18.4%).
3. The main clinical symptoms were apprehension · palpitation(13.4%), anorexia(9.8%), headache · nuchal region · stiffness(9.8%), general body weakness(6.5%), chest discomfort(6.5%), dizziness(5.7%), febris(5.3%) and constipation(5.3%).
4. The patient's tongue aspect had pink tongue and empty fur(32.6%) and pulse type had thin and deficient pulse(39.5%). The prescription drugs were Chunggansoyo-san(30.0%), purging liver and alleviating depression to regulate qi, and Guibiondam-tang(15.8%) eliminating phlegm, cooling pericardium and warming gallbladder.
5. The curve was within normal range at Psychoneural system(81.4%), and Visceral system(90.1%).
6. The regulation was Normal(48.1%), RL(27.9%), RR(20.2%) at Psychoneural system and Normal(45.9%), RL(28.5%), RR(20.3%) at Visceral system.
7. Activity and Reactivity had much lower response at 1th, 2th, 3th, 4th, 7th SANGHAN, Polalization had much higher response at 1th, 4th, SANGHAN and much lower response at 2th, 3th, 7th SANGHAN.

**Key Words** : Depression, ABR.

## I. 緒 論

憂鬱症은 憂鬱한 感情과 興味 혹은 기쁨의 喪失 등과 같이 人間의 病的狀況에서 일어나는 情緒의 病理現狀을 말하는 것으로 神經症的인 憂鬱症과 精神病的인 憂鬱症으로 나누는데, 神經症的인 憂鬱症은 精神社會的인 스트레스를 받은 후에 發病하는 것으로 非精神病的이며 社會的인 機能障礙가 적은 데 반해, 精神病的인 憂鬱症은 精神運動의 遲滯, 妄想, 幻覺, 混沌 등의 症勢를 보이며, 現實感의 喪失 및 精神機能의 障礙로 인하여 個人的으로나 社會的으로 심각한 機能의 障礙를 가져오는 것으로 되어 있다<sup>1)</sup>.

韓醫學에서는 이와 類似한 概念을 鬱證으로 表現하였는 데<sup>2)</sup>, 鬱에 대하여 《素問·至眞要大論》에 “鬱者 結而不舒也”<sup>3)</sup>라 하여 鬱은 氣機가 鬱滯되어 發越하지 못함으로써 誘發되는 人體의 機能的인 障礙를 말하였고, “凡滯而不通者”<sup>4)</sup> “結聚不得發越也”<sup>5)</sup> “病結不散”<sup>6)</sup>으로 正義되어지며 人體의 生理代謝過程에 障礙를 초래하여 人體에서 機能的인 障礙를 誘發<sup>7)</sup>하는 것으로 龔<sup>8)</sup>은 “一有鬱結 諸病生焉”이라 하여 鬱이 모든 病的인 根源이 된다고 하였다.

이러한 憂鬱症은 가장 흔한 精神障礙 중 하나로 여러 보고에 의하면 平生 有病率은 약 15%로 상당히 높으며 우리나라의 전국적인 역학조사에서는 3.31~3.47%로 나타났는 데, 최근의 研究에서는 젊은 연령층에서 알코올이나 약물남용의 증가로 發病 年齡이 빨라지고 發病率도 增加하는 傾向이 있다고 한다. 더불어 緊張이 계속되는 경쟁사회구조에서 일어나는 精神的인 葛藤이나 苦悶 등으로 인해 그 發病率은 점차 늘어가는 추세에 있다<sup>9)</sup>.

ABR-2000(Autonomic Bioelectric Response Analyzer)은 생체전기 자율반응 분석기 또는 스트레스 분석기로 미세전류를 이용하여 생체의 에너지 상태를 평가하는 기기이니 병증 진단뿐만

아니라, 憂鬱症 등에 대한 평가의 가능성도 있다고 사료된다<sup>10)</sup>.

이에 著者는 憂鬱症의 양상을 研究하고자 憂鬱症 患者의 일반적 사항에 대한 臨床考察을 시행하고, 憂鬱症 患者의 臨床的인 診斷價値의 효용성을 높이고자 ABR-2000의 檢査結果와 比較分析하기 위해 2000年 2月 22日부터 2001年 11月 14日까지 大田大學校 附屬 韓方病院 神經精神科 外來에서 憂鬱症을 主訴로 來院한 患者 43例를 對象으로 살펴본 결과 有意한 結果를 얻었기에 報告하는 바이다.

## II. 觀察對象 및 方法

### 1. 觀察對象

2000年 2월 22일 부터 2001年 11월 14일 까지 大田大學校 附屬 韓方病院 神經精神科 外來에서 憂鬱症을 主訴로 來院한 患者 43例를 對象으로 하였다.

### 2. 研究方法

本院 神經精神科에서 憂鬱症을 主訴로 來院한 患者 43例를 다음 아래와 같은 方法으로 나누고 分析 觀察하여 表로 整理하였다.

#### (1) 憂鬱症 진단기준

우울증환자의 진단기준은 우울증선별검사(BDI)<sup>11)</sup> 결과 23점 이상인 경우 우울증으로 진단하여 고찰하였으나 향후 더 면밀한 검사방법이 요구되리라 사료됨

#### (2) 일반적 관찰

- 1) 性, 年齡 分布
- 2) 發病動機 分布
- 3) 來院前 治療現況
- 4) 病歷期間 分布
- 5) 過去歷 分布
- 6) 家族歷 分布
- 7) 同伴症狀 分布
- 8) 舌苔樣狀 分布
- 9) 脈狀 分布

교신저자 : 최병만, 대전광역시 중구 대흥동 22-5 대전대학교 부속한방병원(Tel. 042-229-6756, Fax. 042-254-3403, e-mail: npmillion@hanmail.net)

10) 處方 分布

11) 效果判定

(3) 생체전자자율반응 검사 결과

1) CURVE의 결과 분석

2) REGULATION의 결과 분석

3) GRAPH(ACTIVITY, REACTIVITY, POLARIZATION)의 결과분석

3. 治療成績의 評價基準

患者, 保護者를 통한 好轉度에 對한 問答을 통해 다음 3段階로 나누어 治療成績의 判定基準을 삼았다.

① 優秀 : 治療後 憂鬱 및 症狀의 完全消失

② 好轉 : 治療後 憂鬱 및 症狀의 輕減이 있으나, 輕度の 憂鬱로 不便함을 호소

③ 別無變化 : 治療後 憂鬱이나 症狀이 輕減되었다가 時間이 經過 後 以前과 같은 憂鬱이나 症狀을 호소

### III. 觀察結果 및 分析

1. 性, 年齡 分布

性別 分布에서는 女子에서, 年齡에서는 61~70歲에서 가장 많았으며 表1과 같다(表1).

表1. 性 · 年齡

性 · 年齡	男	女	症例(%)
20歲以下	0	1	1(2.3)
21~30歲	3	4	7(16.3)
31~40歲	1	6	7(16.3)
41~50歲	1	4	5(11.6)
51~60歲	1	7	8(18.6)
61~70歲	4	10	14(32.6)
71歲以上	0	1	1(2.3)
計	10(23.3)	33(76.7)	43(100.0)

2. 發病動機 分布

發病動機는 患者 스스로 어떠한 動機에 의해 發病되었는지를 잘 모르는 病因不明이 가장 많았다(表2).

表2. 發病動機

發病動機	類型	症例(%)
病因不明		18(38.3)
집안 問題		7(14.9)
夫婦間의 不和		5(10.6)
交通事故		4(8.5)
事業失敗 및 經濟的損失		2(4.3)
學業問題		2(4.3)
看病後		2(4.3)
軍隊問題		2(4.3)
異性問題		1(2.1)
知人死亡		1(2.1)
過勞後		1(2.1)
出産後		1(2.1)
놀란後		1(2.1)
計		47(100.0)

3. 來院前 治療現況

憂鬱症으로 來院하기 前의 治療現況을 보면 神經精神科가 25例(56.8%)로 가장 많았다(表3).

表3. 治療現況

治療機關	症例(%)
神經精神科	25(56.8)
韓醫院	4(9.1)
藥局	2(4.5)
神經外科	1(2.3)
別無	12(27.3)
計	44(100.0)

4. 病歷期間 分布

病歷期間은 3年~10年以內가 10例(23.2%)로 가장 많았다(表4).

表4. 病歷期間

病歷期間	症例(%)
1個月以內	7(16.3)
1個月~3個月以內	3(7.0)
3個月~6個月以內	3(7.0)
6個月~1年以內	9(20.9)
1年~3年以內	5(11.6)
3年~10年以內	10(23.2)
10年以上	6(14.0)
計	43(100.0)

5. 過去歷 分布

過去歷은 심혈관계질환이 가장 많았다(表5).

表5. 過去歷

過去歷	類型	症例(%)
심혈관계질환		9(18.4)
소화기질환		5(10.2)
근골격계질환		2(4.1)
비뇨생식기계질환		2(4.1)
사고		2(4.1)
기타		6(12.2)
별무		23(46.9)
계		49(100.0)

6. 家族歷 分布

家族歷은 高血壓, 憂鬱症이 各各 2例(4.5%)였고, 腫瘍, 呼吸器疾患, 肝疾患이 各各 1例(2.3%)였고, 別無가 37例(84.1%)였다(表6).

表6. 家族歷

家族歷	症例(%)
高血壓	2(4.5)
憂鬱症	2(4.5)
腫瘍	1(2.3)
呼吸器疾患	1(2.3)
肝疾患	1(2.3)
別無	37(84.1)
計	44(100.0)

7. 同伴症狀 分布

症狀으로는 消化器系 症狀이 60例(24.4%)로 가장 많았고, 다음으로는 神經精神系 症狀, 頭部·顔面部 症狀, 筋骨格系 症狀, 呼吸 및 心血管系 症狀의 순이었으며, 기타 症狀으로는 多汗, 寒熱往來, 小便頻數, 性機能減退를 동반하였다.(表7).

表7. 同伴症狀

症狀	類型	症例(%)
消化器系	食慾不振	24(9.8)
	便秘	13(5.3)
	口舌咽乾	12(4.9)
	消化不良(惡心, 腹滿, 吞酸)	9(3.7)
	泄瀉	2(0.8)
神經精神系	不安·焦燥, 心悸·怔忡	33(13.4)
	기억력, 주의력, 이해력低下	7(2.8)
	多夢, 가위눌림	6(2.4)
	정신흥분(易怒)	6(2.4)
	恐怖感	3(1.2)
頭部·顔面部	頭痛, 項強痛, 頭重感	24(9.8)
	眩暈	14(5.7)
	上熱感	13(5.3)
筋骨格系	全身無力感	16(6.5)
	疲勞	11(4.5)
	痺感	9(3.7)
	痛症(全身痛, 脇痛, 肩背痛)	5(2.0)
	四肢拘攣	4(1.6)
	四肢冷	2(0.8)
	呼吸 및 心血管系	胸悶
胸痛		2(0.8)
呼吸不利		1(0.4)
梅核氣		1(0.4)
鼻塞·咯痰		1(0.4)
其他	多汗	6(2.4)
	寒熱往來	4(1.6)
	小便頻數	1(0.4)
	性機能減退	1(0.4)
計		246(100.0)

8. 舌苔樣狀 分布

舌苔는 舌淡紅無苔가 14例(32.6%)로 가장 많았다(表8).

表8. 舌苔

舌苔	類型	症例(%)
舌淡紅無苔		14(32.6)
舌淡紅苔薄白		11(25.6)
舌紅無苔		7(16.3)
舌淡紅苔薄黃		5(11.6)
舌淡紅苔白厚		3(7.0)
舌紅苔薄白		2(4.6)
舌紅絳無苔		1(2.3)
計		43(100.0)

9. 脈狀 分布

脈은 細弱脈이 17例(39.5%)로 가장 많았다(表9).

表9. 脈

脈	類型	症例(%)
細弱		17(39.5)
細滑		7(16.3)
弦細		4(9.3)
弦滑		3(7.0)
滑數		2(4.7)
沈滑		2(4.7)
弦		2(4.7)
沈細		2(4.7)
數		1(2.3)
細滑數		1(2.3)
弦數		1(2.3)
細數		1(2.3)
計		43(100.0)

10. 處方 分布

處方은 淸肝解鬱하는 藥物이 가장 많았는데, 淸肝逍遙散이 17例(30.0%)로 가장 많았고, 分心氣飲이 2例(3.5%)였다. 다음으로는 祛痰淸心溫膽하는 藥物이 많았는데, 歸脾溫膽湯이 9例(15.8%)로 가장 많았고, 夏朮補心湯, 溫膽湯加味가 각각 2例(3.5%)였고 淸神導痰湯이 1例(1.8%)였다. 다음으로 補氣血하는 藥物과 順氣養血安神하는 藥物이 많았는데, 補氣血하는 藥物中 補中益氣湯이 5例

(8.8%), 大補湯加味가 1例(1.8%)였으며, 順氣養血安神하는 藥物中 四物歸脾湯이 3例(6.8%), 歸脾逍遙散이 2例(1.4%), 四物安神湯이 1例(1.8%)였다. 다음으로 祛痰順氣止痛하는 藥物中 肩痛A와 半夏白朮天麻湯, 淸心淸熱하는 藥物中 涼膈散火湯과 淸心蓮子湯, 健脾益氣시키는 平陳健脾湯이 각각 1例(1.8%)로 나타났으며, 處方을 사용하지 않은 경우가 7例(12.3%)였다(表10).

表10. 處方

處方	類型	症例(%)
淸肝解鬱	淸肝逍遙散	17(30.0)
	分心氣飲	2(3.5)
祛痰淸心溫膽	歸脾溫膽湯	9(15.8)
	夏朮補心湯	2(3.5)
	溫膽湯加味	2(3.5)
	淸神導痰湯	1(1.8)
補氣血	補中益氣湯	5(8.8)
	大補湯加味	1(1.8)
順氣養血安神	四物歸脾湯	3(6.8)
	歸脾逍遙散	2(3.5)
	四物安神湯	1(1.8)
祛痰順氣止痛	肩痛A	1(1.8)
	半夏白朮天麻湯	1(1.8)
淸心淸熱	涼膈散火湯	1(1.8)
	淸心蓮子湯	1(1.8)
健脾益氣	平陳健脾湯	1(1.8)
無		7(12.3)
計		57(100.0)

11. 效果判定

憂鬱症患者에 對한 治療效果를 評價基準에 따라 判定한 結果 好轉이 24例(55.8%), 別無變化가 18例(41.9%), 優秀는 1例(2.3%)로 나타났다(表11).

表11. 效果判定

好轉度	類型	症例(%)
優秀		1(2.3)
好轉		24(55.8)
別無變化		18(41.9)
計		43(100.0)

12. 생체전기자율반응 검사 결과

생체전기자율반응 검사는 Curve, Regulation, Graph(Activity, Reactivity, Polarization)의 결과를 분석하였다.

① CURVE의 결과분석

Curve에서 살펴보면 정신신경계에서 정상 81.4%, 저하 14.0%, 항진 4.6%였는데, 이상반응 중에서 1상한에서는 SL이 20.9%로 정상이외에는

무기력 반응만이 있었고, 2상한에서는 SL이 11.6%, SH가 9.3%, 3상한에서는 SL이 9.3%, SH가 4.7%로 무기력 반응이 많았다. 내부장부계에서는 정상 90.1%, SL이 8.7%, SH와 SI가 0.6%였는데, 이상반응 중에서 4상한에서는 SL이 11.6% SI가 2.3%였으며, SL이 5상한에서는 2.3%, 6상한에서는 9.3%였으며, 7상한에서는 SL이 11.6%, SH가 2.3%였는데 모두 무기력 반응이 많았다(表12-1).

表12-1. CURVE의 결과분석

상한		상				하				
		1	2	3	계	4	5	6	7	계
SH	증례	0	4	2	6	0	0	0	1	1
	%	0	9.3	4.7	4.6	0	0	0	2.3	0.6
SL	증례	9	5	4	18	5	1	4	5	15
	%	20.9	11.6	9.3	14.0	11.6	2.3	9.3	11.6	8.7
SI	증례	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	%	0	0	0	0	2.3	0	0	0	0.6
정상	증례	34	34	37	105	37	42	39	37	155
	%	79.1	79.1	86.0	81.4	86.0	97.7	90.7	86.0	90.1
계	증례	43	43	43	129	43	43	43	43	172
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

② REGULATION의 결과분석

Regulation을 살펴보면 정신신경계에서 정상 48.1%, RL 27.9%, RR 20.2%, RH 3.9%로 이상반응 중 기능실조가 많았다. 이상반응만 보면 1상한에서는 RL, RR이 각각 23.3%, RH 4.7%로 기능실조와 역전된 반응이 높게 나타났으며, 2상한에서는 RL 23.3%, RR 18.6%, RH 4.7%, 3상한에서는 RL 37.2%, RR 18.6%, RH 2.3%로 기능실조가

우세하였다. 내부 장부계에서는 정상이 45.9%, RL 28.5%, RR 20.3%, RH 5.2%로 이상반응중 기능실조가 많았다. 이상반응만 보면 4상한은 RR 32.6%, RL 25.6%, RH 4.7%로 역전된반응이, 5상한은 RL 20.9%, RR 9.3%, RH 2.3%, 6상한은 RL 28.0%, RR 9.3%, RH 7.0%, 7상한은 RL 39.5%, RR 30.2%, RH 4.7%로 기능실조가 많았다(表12-2).

表12-2. REGULATION의 결과분석

상한		상				하				
		1	2	3	계	4	5	6	7	계
RH	증례	2	2	1	5	2	2	3	2	9
	%	4.7	4.7	2.3	3.9	4.7	4.7	7.0	4.7	5.2
RL	증례	10	10	16	36	11	9	12	17	49
	%	23.3	23.3	37.2	27.9	25.6	20.9	28.0	39.5	28.5
RR	증례	10	8	8	26	14	4	4	13	35
	%	23.3	18.6	18.6	20.2	32.6	9.3	9.3	30.2	20.3
정상	증례	21	23	18	62	16	28	24	11	79
	%	48.8	53.5	41.9	48.1	37.2	65.1	55.8	25.6	45.9
계	증례	43	43	43	129	43	43	43	43	172
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

③ GRAPH의 결과분석

Activity를 살펴보면 정신신경계에서는 저하(L, LR, L!) 67.4%, 정상 23.2%, 항진(H, HR, H!) 9.4%로 저하반응이 우세하였는데, 이상반응만 살펴보면 1상한은 저하가 67.4%, 항진이 11.6%였고, 2상한은 저하가 67.4%, 항진이 9.3%였고, 3상한은 저하가 67.4%, 항진이 7.0%였는데, 1, 2, 3

상한 모두 저하반응이 우세하였다. 내부 장부계에서는 저하 38.4%, 정상 31.4%, 항진 18.6%로 역시 저하반응이 우세하였는데, 이상반응만 살펴보면 4상한은 저하 62.8%, 항진 9.3%였고, 5상한은 저하 41.9%, 항진 16.3%로 저하반응이 우세하였으며, 6상한은 항진 39.5%, 저하 37.2%로 항진반응이 약간 우세하였으며, 7상한은 저하 58.1%, 항진 9.3%로 저하반응이 우세하였다(表12-3).

表12-3. ACTIVITY의 결과분석

상한		상				하				
		1	2	3	증례	4	5	6	7	증례
항진	H	3	1	0	4	2	2	11	1	16
	HR	2	3	3	8	1	2	1	1	5
	H!	0	0	0	0	1	3	5	2	11
	계	5	4	3	12	4	7	17	4	32
	%	11.6	9.3	7.0	9.4	9.3	16.3	39.5	9.3	18.6
저하	L	13	13	12	38	10	8	6	12	36
	LR	4	4	4	12	6	6	5	3	20
	L!	12	12	13	37	11	4	5	10	30
	계	29	29	29	87	27	18	16	25	86
	%	67.4	67.4	67.4	67.4	62.8	41.9	37.2	58.1	38.4
정상		9	10	11	30	12	18	10	14	54
% (정상)		20.9	23.2	25.6	23.2	27.9	41.9	23.3	32.6	31.4
계		43	43	43	129	43	43	43	43	172

Reactivity를 살펴보면 정신신경계에서는 저하 56.6%, 정상 28.7%, 항진 14.7%로 저하반응이 우세하였는데, 이상반응만 살펴보면 1상한은 저하 79.1%, 항진 2.3%, 2상한은 저하 65.1%, 항진 25.6%, 3상한은 저하 48.8%, 항진 16.3%로 저하반응이 우세하였다. 내부 장부계에서는 저하52.3%

정상 41.3%, 항진 6.4%로 저하반응이 우세하였는데, 이상반응만 살펴보면 4상한은 저하 83.7%, 항진 2.3%, 5상한은 저하 46.5%, 항진 2.3%, 6상한은 저하 34.9%, 항진 4.7%였고, 7상한은 저하 44.2%, 항진 16.3%로 저하반응이 우세하였다(표 12-4).

表12-4. REACTIVITY의 결과분석

상한		상				하				
		1	2	3	증례	4	5	6	7	증례
항진	H	1	9	4	14	1	0	0	5	6
	HR	0	2	3	5	0	1	2	2	5
	H!	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	계	1	11	7	19	1	1	2	7	11
	%	2.3	25.6	16.3	14.7	2.3	2.3	4.7	16.3	6.4
저하	L	23	14	18	55	20	9	7	13	49
	LR	4	0	0	4	8	9	3	1	21
	L!	7	4	9	14	8	2	5	5	20
	계	34	28	21	73	36	20	15	19	90
	%	79.1	65.1	48.8	56.6	83.7	46.5	34.9	44.2	52.3
정상		8	14	15	37	6	22	26	17	71
% (정상)		18.6	32.6	34.9	28.7	13.4	51.2	60.5	39.5	41.3
계		43	43	43	129	43	43	43	43	172

Polarization을 살펴보면 정신신경계에서 저하 41.1%, 정상 31.8%, 항진 27.1%로 저하반응이 우세하였는데, 이상반응만 살펴보면 1상항은 항진 55.8%로 정상을 제외하면 모두 항진반응이었으며, 2상항은 저하 58.1%, 항진 4.7%, 3상항은 저하 65.1%, 항진 20.9%로 저하반응이 우세하였다. 내부 장부계에서는 정상 58.1%, 항진 23.3%, 저하

18.6%로 저하반응이 약간 우세하였는데, 이상반응만 살펴보면 4상항은 항진 65.1% 저하 2.3%로 항진반응이 우세하였으며, 5상항은 저하 20.9%로 저하반응만이 나타났으며, 6상항은 항진 9.3%, 저하 2.3%로 항진반응이 우세하였으며, 7상항은 저하 67.4%로 저하반응만이 나타났다(表12-5).

表12-5. POLARIZATION의 결과분석

상항	상				하					
	1	2	3	증례	4	5	6	7	증례	
항진	H	14	1	4	19	8	0	2	0	10
	HR	3	0	2	5	13	0	0	0	13
	H!	7	1	3	11	7	0	2	0	9
	계	24	2	9	35	28	0	4	0	32
	%	55.8	4.7	20.9	27.1	65.1	0	9.3	0	18.6
저하	L	0	6	5	11	0	2	0	7	9
	LR	0	11	10	21	1	1	1	13	16
	L!	0	8	13	21	0	6	0	9	15
	계	0	25	28	53	1	9	1	29	40
	%	0	58.1	65.1	41.1	2.3	20.9	2.3	67.4	23.3
정상	19	16	6	41	14	34	38	14	100	
%	44.1	37.2	14.0	31.8	32.6	79.1	88.4	32.6	58.1	
계	43	43	43	129	43	43	43	43	172	

#### IV. 考 察

憂鬱症은 憂鬱한 感情과 興味 혹은 기쁨의 喪失 등과 같이 人間의 病的 狀況에서 일어나는 情緒의 病理現狀을 말하는 것으로 神經症的인 憂鬱症과 精神病的인 憂鬱症으로 나뉘는데, 神經症的인 憂鬱症은 精神社會的인 스트레스를 받은 후에 發病하는 것으로 非精神病的이며 社會的인 機能障敝가 적고 기분이 나쁘고 沈鬱한 狀態이며 喪失이나 失望 등의 環境에서의 影響에 대한 反應으로 생기는 現狀이므로 反應的인 憂鬱症이라고도 하며 보통 神經症的인 人格構造를 지닌 사람에게서 일어난다<sup>1)</sup>.

이에 비해 精神病的인 憂鬱症은 가장 많이 治療에 露出되지 않는 障敝로서<sup>12)</sup>, 精神運動의 遲滯, 妄想, 幻覺, 混沌 등의 症勢를 보이며, 現實感의 喪失 및 精神機能의 障敝로 인하여 個人的으로나 社會的으로 심각한 機能의 障敝를 가져오는 것으로 이러한 憂鬱症은 비교적 客觀的인 사태와는 관

계없이 한 人間의 病的 狀況에서 이 憂鬱한 氣分으로 덮여있고 精神運動의 低下, 自殺意慾, 厭世感, 自責感 그리고 絶望에 사로잡혀 있다는 점에서 슬픔과는 구별된다<sup>1)</sup>. DSM-IV에서는 이러한 憂鬱症을 기분장애에서 논급하고 있다. DSM-IV의 분류를 보면 기분장애는 크게 우울장애와 양극성 장애로 나뉘며 우울장애는 다시 주요우울장애와 감정부전장애로 구분된다. 양극성 장애는 I형 양극성 장애, II형 양극성 장애, 순환성 장애로 나뉜다<sup>13)</sup>.

韓醫學에서는 이와 類似한 概念을 鬱證으로 表現하였으며, 鬱에 대하여 《素問·至眞要大論》에 “鬱者 結而不舒也”<sup>3)</sup>라 하여 鬱은 氣機가 鬱滯되어 發越하지 못함으로써 誘發되는 人體의 機能的인 障敝를 말하였고, “鬱結也 凡滯而不通者 皆謂之鬱”<sup>4)</sup> “結聚而不得發越也”<sup>5)</sup> “病結不散”<sup>6)</sup>으로 정의되고 있으며, 黃<sup>14)</sup>은 “抑壓되고 沈鬱한 精神狀態로 인하여 모든 生理機能이 沈滯되는 現狀이니, 發散시킬 수 없는 欲求不滿이나 지속되는 憂愁, 지나친 思慮나 悲嘆등이 原因이 되는 수가



많다”고 하였다.

精神病的 憂鬱症의 原因에 대해서는 근본적인 原因을 충분히 밝혀내지 못하고 있다. 지금까지 논의되고 있는 遺傳的·體質的 要因, 神經生化學的 要因, 內分泌代謝, 心理的 要因 및 病人人格들은 때로 그것이 이 疾病의 原因인지 結果인지 분명치 않은 때가 있고 설명 原因的 要因임이 밝혀진 경우라도 하나의 原因的 要因과 다른 原因的 要因 사이에 相互關聯性이 모호해서 논란을 야기하고 있으며<sup>1)</sup>, 神經症的 憂鬱症은 病人이 될 만한 일을 우울한 성격의 사람이 경험했을 때 생기는 것으로 대개의 경우 배우자나 가족의 죽음, 사업의 실패, 체면이나 자존심의 타격, 실연등과 같은 急激한 環境의 變化가 그 原因이 된다<sup>14)</sup>.

鬱症의 原因은 朱<sup>5)</sup>는 “七情之邪鬱 或寒熱之交侵 九氣之怫鬱 或雨濕之侵凌 或酒漿之積聚” 등을 說明하였고, 徐<sup>15)</sup>는 “七情不舒遂成鬱結”이라 하였으며, 趙<sup>16)</sup>는 情志不疏 氣機結聚로 인하여 鬱이 된다 하였고, 張<sup>17)</sup>은 情志不舒와 氣機鬱滯로 인한다고 하였으며, 金<sup>18)</sup>은 七情內傷 및 六氣外感 혹은 飲食所傷으로 氣가 鬱結한다 하였고, 黃<sup>14)</sup>은 思慮過度나 失意, 悲嘆등 精神的인 衝擊과 欲求不滿 등의 精神的인 要因으로 인한다고 하였다. 이렇듯 鬱은 情志不舒와 七情所傷 그리고 外感과 飲食內傷으로 인하여 發生하며 그 중 特히 情志所傷이 중요한 原因으로 요약된다.

精神病的 憂鬱症의 主要 症狀은 憂鬱感情과 흥미 혹은 기쁨의 喪失로 持續的으로 나타나며 諸 症狀으로서 睡眠障礙, 食欲不振, 體重變化, 不安, 精神運動의 遲延 또는 焦燥, 活動性低下, 罪責感, 自殺念慮, 症狀의 日中變動, 異人症 등이며, 더甚하여지면 妄想, 幻覺, 混沌 등과 아울러 憂鬱性 昏迷의 狀態까지 이르며 現實感의 喪失 및 精神機能의 障礙로 인하여 正常的인 生活의 영위가 힘든 상태가 된다<sup>1,14)</sup>. 이에 비해 神經症的 憂鬱症의 症狀는 感情이 恒常 抑鬱상태에 있을 뿐 아니라 刺戟性 氣分의 不愉快, 不安이 수반되기도 하며, 그런 경우 精神運動制止보다는 運動不穩의 氣味가 엿보이고 疲勞感이 심하며 항상 沈鬱하여 사람을 싫어하고, 每事에 흥미를 잃기 때문에 生氣가 없어 보인다. 그러나, 現實과의 접촉은 잘 維持되어 있으며, 安心시킨다든가 激動나 慰安의

말에 反應을 보인다. 患者에 따라서는 여러 가지 신체적 호소를 하는 수도 있으나, 반대로 모든 것을 숨기거나 否認 또는 拒絕하기도 하지만, 그 정도는 內因性의 鬱病이나 分裂病의 拒絕症보다 훨씬 가볍다. 또한 罪業觀念 보다는 오히려 被害觀念이 강한 경향이 있다. 內因이 強烈한 경우에는 흔히 가벼운 意識混濁이 따르며 激越性의 경향을 보이기도 한다. 일반적으로 神經症的 憂鬱症은 環境에 따라서 증상이 動搖되는 특징이 있으며, 그 경과도 짧아서 1~2週에 끝나는 일이 많다<sup>19)</sup>.

鬱症의 症狀는 情緒的인 面에서 氣分이 恒常 憂鬱하고 사람을 싫어한다던지 精神의 抑鬱感이 나타나며 身體症狀으로는 四肢無力이나 食欲不振, 食不化 或은 吞酸, 嘈雜, 心下痞滿 胸悶 혹은 胸痛이나 脇痛, 腹脹滿 혹은 浮腫, 口乾, 舌燥, 周身關節走痛, 心神不寧, 精神恍惚, 悲傷欲哭, 心煩不得臥, 心悸, 坐臥不安, 小便赤澀 大便秘, 脈沈澀 등이 나타나며 婦女의 경우 月經不調와 經前乳脹 및 梅核氣의 症狀도 나타난다<sup>14,19)</sup>.

精神病的 憂鬱症患者은 輕한 경우 대부분 藥物治療와 함께 正常的인 日常生活을 계속시키며 직장업무수행이 곤란한 상태가 되면 入院이 가장 주요한 대책이 된다. 대개 삼환계 抗憂鬱劑가 처음으로 시도되며 妄想을 비롯한 精神病的 狀態에서는 抗精神病 藥物을 并用할 수도 있으며 그 외에 二次的 障礙 防止, 力動的 要因의 解決, 意思疏通能力, 緊張減少, 對人關係, 社會適應을 위해 精神治療인 새로운 인식과 행동반응을 연습하는 認知治療와 대인관계를 호전시킴으로 憂鬱症을 治療하고자 하는 對人關係治療가 있다. 其他의 治療로는 電氣痙攣治療나 睡眠操作 그리고 光線治療 등이 시도되어진다<sup>13)</sup>. 이에 비해 神經症的 憂鬱症의 경우는 短期의 표면적이고 支持的인 形式의 精神治療가 좋으며 長期의 精神分析이 필요한 경우는 드물다. 入院治療에 있어 入院이 병적인 가정 환경에서 벗어나는 것이 되고, 環境의 변화라는 결과가 될 때는 입원시켜야 하며 입원한 후에는 작업요법과 놀이 요법을 많이 하게 하여야 하며 그들의 내용보다도 더 중요한 것은 환자가 그런 데에 소비하는 시간만큼 걱정을 잊고 있을 수 있다는 것이다. 또한 憂鬱症 患者는 충

분한 잠이 절대로 필요하므로 잠을 재워야 하며 睡眠劑보다는 安靜劑를 통하여 환자 자신의 힘으로 睡眠을 이루었다고 느끼는 것이 症勢의 好轉에 도움이 된다. 抗憂鬱劑의 경우는 精神治療의 보조적인 요법으로 사용되어지며 電氣療法 역시 될 수 있으면 삼가는 것이 좋고 精神治療와 藥物療法, 環境調節이나 다른 支持的인 方法들을 써서 治療하는 것이 바람직하다<sup>14)</sup>.

鬱症의 治療는 李<sup>20)</sup>는 順氣를 爲先으로 하여 降火, 化痰, 消積의 治療를 兼하여야 하며 鬱을 治療하는 데는 마땅히 調中하여야 한다고 하였고, 林<sup>21)</sup>은 火鬱은 散하고 寒鬱은 瀉하고 濕鬱은 除하고 痰鬱은 滌하고 食鬱은 消하라 하였으며 閉鬱은 利氣를 爲主로 한다고 하였다. 趙<sup>16)</sup>는 鬱症의 治療는 實證의 경우 疏肝利氣를 爲主로 하며 化痰, 消積, 利濕, 行血, 清熱 등을 兼하고 虛證의 경우는 益氣養血 등의 法을 써야 한다고 하였다.

이러한 憂鬱症은 가장 흔한 精神障礙 중 하나로 여러 보고에 의하면 平生 有病率은 약 15%로 상당히 높으며 우리나라의 전국적인 역학조사에서는 3.31~3.47%로 나타났는데, 최근의 研究에서는 젊은 연령층에서 알코올이나 약물남용의 증가로 發病 年齡이 빨라지고 發病率도 增加하는 傾向이 있다고 한다. 더불어 緊張이 계속되는 경쟁사회구조에서 일어나는 精神的 葛藤이나 苦悶 등으로 인해 그 發病率은 점차 늘어가는 추세에 있다<sup>9)</sup>. 이에 著者는 그 發病率이 점차 늘어가는 추세인 憂鬱症의 양상을 研究하고자 憂鬱症 患者를 臨床考察하고, 現代的 스투레스診斷機器인 ABR-2000의 檢査結果와 比較分析하여, 憂鬱症 患者의 臨床的 특징을 客觀적으로 測定함으로써 臨床的 診斷價値의 효용성을 높이고자 2000年 2月 22日부터 2001年 11月 14日까지 大田大學校 附屬 韓方病院 神經精神科 外來에서 憂鬱症을 主訴로 來院한 患者 43例를 對象으로 살펴보았다.

BDI<sup>11)</sup>란 憂鬱症에 대한 선별검사로 이 검사는 어디까지나 진단에 도움을 주기 위한 것으로 절대적으로 憂鬱症을 診斷할 수는 없는 檢査이다.

性別 分布는 女子가 33例(76.7%), 男子가 10例(23.3%)였으며, 年齡에서는 61~70歲가 14例(32.6%)를 보였고, 다음으로 51~60歲가 8例

(18.6%), 21~30歲와 31~40歲는 各各 7例(16.3%)를 나타냈으며, 41~50歲가 5例(11.6%), 20歲以下와 71歲 以上은 各各 1例(2.3%)를 나타내었다(表1).

發病動機는 患者 스스로 어떠한 動機에 의해 發病되었는지를 잘 모르는 病因不明이 18例(38.3%)로 가장 많았으며, 다음으로 집안 問題가 7例(14.9%)로 많았고, 夫婦間의 不和가 5例(10.6%)였으며, 交通事故가 4例(8.5%), 事業失敗 및 經濟的損失, 學業問題, 看病後, 軍隊問題가 各各 2例(4.3%), 異性問題, 知人死亡, 過勞後, 놀란後가 各各 1例(4.3%)로 나타났다(表2).

憂鬱症으로 來院하기 前의 治療現況을 보면 神經精神科가 25例(56.8%)로 가장 많았고, 韓醫院이 4例(9.1%)로 다음이었으며, 藥局이 2例(4.5%), 神經外科가 1例(2.3%)였고, 別無가 12例(27.3%)였다(表3).

病歷期間은 3年~10年以內가 10例(23.2%)로 가장 많았으며, 6個月~1年以內가 9例(20.9%)로 다음이었으며, 1個月以內가 7例(16.3%)였고, 10年 以上이 6例(14.0%)였으며, 1年~3年以內가 5例(11.6%), 1個月~3個月以內와 3個月~6個月以內는 各各 3例(7.0%)로 나타났다(表4).

過去歷은 심혈관계질환이 9例(18.4%)로 가장 많았고, 소화기질환이 5例(10.2%)로 다음이었으며, 근골격계질환, 비뇨생식기계질환, 사고가 各各 2例(4.1%)였으며, 기타 6例(12.2%), 別無 23例(46.9%)였다(表5).

家族歷은 高血壓, 憂鬱症이 各各 2例(4.5%)였고, 腫瘍, 呼吸器疾患, 肝疾患이 各各 1例(2.3%)였고, 別無가 37例(84.1%)였다(表6).

症狀으로는 消化器系 症狀이 60例(24.4%)로 가장 많았으나, 食慾不振 24例(9.8%), 便秘 13例(5.3%), 口苦咽乾 12例(4.9%), 消化不良(惡心, 腹滿, 吞酸) 9例(3.7%), 泄瀉 2例(0.8%)였다.

다음으로는 神經精神系 症狀이 55例(22.4%)로 많았으나, 不安·焦燥, 心悸·怔忡이 33例(13.4%), 기억력, 주의력, 이해력低下가 7例(2.8%), 多夢, 가위눌림과 정신 흥분(易怒)이 各各 6例(2.4%)였고, 공포감이 3例(1.2%)였다.

頭部·顔面部 症狀이 51例(20.7%)로 나타났으나, 頭痛, 項強痛, 頭重感이 24例(9.8%), 眩暈 14

例(5.7%), 上熱感 13例(5.3%)였다.

筋骨格系 症狀은 47例(19.1%)로 나타났으니, 全身無力感 16例(6.5%), 疲勞 11例(4.5%), 痺感 9例(3.7%), 痛症(全身痛, 脇痛, 肩背痛) 5例(2.0%), 四肢拘攣 4例(1.6%), 四肢冷 2例(0.8%)였다.

呼吸 및 心血管系 症狀이 21例(8.5%)로 나타났으니, 胸悶 16例(6.5%), 胸痛 2例(0.8%), 呼吸不利, 梅核氣와 鼻塞·咯痰은 1例(0.4%)였다.

기타 症狀이 12例(4.9%)로 나타났으니, 多汗 6例(2.4%), 寒熱往來 4例(1.6%), 小便頻數과 性機能減退은 1例(0.4%)였다(表7).

舌苔는 舌淡紅無苔가 14例(32.6%)로 가장 많았고, 舌淡紅苔薄白가 11例(25.6%)로 다음이었으며, 舌紅無苔가 7例(16.3%), 舌淡紅苔薄黃가 5例(11.6%), 舌淡紅苔白厚가 3例(7.0%)였으며, 舌紅絳無苔가 2例(4.6%), 紅苔薄白가 1例(2.3%)였다(表8).

脈은 細弱脈이 17例(39.5%)로 가장 많았고, 細滑脈이 7例(16.3%)으로 다음이었으며, 弦細脈이 4例(9.3%), 弦滑脈이 3例(7.0%)였으며, 滑數, 沈滑, 弦, 沈細脈이 各各 2例(4.7%)였으며, 數, 細滑數, 弦數, 細數脈이 各各 1例(2.3%)였다(表9).

處方은 淸肝解鬱하는 藥物이 가장 많았는데, 淸肝逍遙散이 17例(30.0%)로 가장 많았고, 分心氣飲이 2例(3.5%)였다. 다음으로는 祛痰淸心溫膽하는 藥物이 많았는데, 歸脾溫膽湯이 9例(15.8%)로 가장 많았고, 夏朮補心湯, 溫膽湯加味가 各各 2例(3.5%)였고 淸神導痰湯이 1例(1.8%)였다. 다음으로 補氣血하는 藥物과 順氣養血安神하는 藥物이 많았는데, 補氣血하는 藥物중 補中益氣湯이 5例(8.8%), 大補湯加味가 1例(1.8%)였으며, 順氣養血安神하는 藥物중 四物歸脾湯이 3例(6.8%), 歸脾逍遙散이 2例(1.4%), 四物安神湯이 1例(1.8%)였다. 다음으로 祛痰順氣止痛하는 藥物중 肩痛A와 半夏白朮天麻湯, 淸心淸熱하는 藥物중 涼膈散火湯과 淸心蓮子湯, 健脾益氣시키는 平陳健脾湯이 各各 1例(1.8%)로 나타났으며, 處方을 사용하지 않은 경우가 7例(12.3%)였다(表10).

憂鬱症患者에 對한 治療效果를 評價基準에 따라 判定한 結果 好轉이 24例(55.8%), 別無變化가 18例(41.9%), 優秀는 1例(2.3%)로 比較的 良好한 好轉率을 나타내는 것으로 調査되었다(表11).

ABR-2000(Autonomic Bioelectric Response Analyzer)은 생체전기 자율반응 분석기 또는 스트레스 분석기이다. 이 기기는 양측 이마, 양손, 양발에 6개의 전극을 접촉시킨 후 13Hz, 340mA의 저주파 펄스 자극을 4초간 가하고 전극간에 음양을 바꾼 채로 4초간 자극하여 인체에 흘러 들어가는 전류량을 측정하고, 이 후 인체에서 전극을 통해 방출되는 전류량을 4초 동안 측정하는 방식으로 인체에 자극을 주었을 때 반응하는 regulatory capacity를 분석하여 이를 장기에 대한 기능적인 정보로 사용하는 BER(Bio electric Regulatory) techniques의 일종이다<sup>10)</sup>.

ABR-2000의 기본원리는 내장체표반사(Viscero-Cutane Reflex), 생체전기 자율반응(Autonomic Bioelectric Response)과 자율조절(Regulation)의 세가지로 양측 이마, 손바닥, 발바닥의 6곳을 접점으로 사용하는 이유는 모발이 없고, 땀샘이 발달되어 있으며 많은 신경과 혈관들이 분포하여 인체 내부의 상태에 대한 기능을 대변하는 창구의 역할을 하기 때문이다.

기본원리 중 내장체표반사(Viscero-Cutane Reflex)는 내장에 이상변화가 생겼을 경우 한선 등을 통하여 피부와 혈관에 반사현상이 나타나니 병변에 의한 반사작용은 자율신경 등이 내장기를 비롯한 몸의 전체를 지배하고 있어 체표에 나타난 내장상태의 반사로 병의 증상들을 파악할 수 있는 것이고, 생체전기 자율반응(Autonomic Bioelectric Response)은 감지 수준이하의 정량화된 마이크로 전류를 적용하여 체표의 전기적 자율반응의 제반특성인 도전도(Conductivity), 용량성(Capacitance), 전위차(Polarization)를 측정하여 이들을 생체자율반응의 변화로서 인체자율조절계의 상태를 나타내주게 되는 것이며, 자율조절(Regulation)은 내장체표반사에 의해서 증추에서 자율조절반응을 일으키는 것을 말하는 데, 1차 측정 후 일정시간 경과 후에 다시 2차 측정을 하여 양 측정 사이에 자율조절반응이 체표에 일으킨 변화를 비교하여 인체자율조절계의 상태를 파악하는 것이다<sup>10)</sup>.

ABR-2000에서 측정하는 상한은 다음과 같다. 1측정 오른쪽 손-오른쪽 머리, 2측정 오른쪽 머리-왼쪽 머리, 3측정 왼쪽 머리-왼쪽 손, 4측정

왼쪽 손-오른쪽 손, 5축정 오른쪽 손-오른쪽 발, 6축정 오른쪽 발-왼쪽 발, 7축정 왼쪽 발-왼쪽 손의 7상한으로 각 상한별 구분 및 진단기능 영역은 1상한은 신경계, 순환계와 이비인후과, 2상한은 중추신경계와 이비인후과, 3상한은 신경계, 순환계와 이비인후과, 4상한은 심장, 폐, 상복부(비, 위, 대장)와 갑상선 등이며, 5상한은 간담, 오른쪽 신장, 폐와 좌골관절, 6상한은 비뇨생식계, 내분비계, 골반, 척추와 관절, 7상한은 비위, 왼쪽 신장, 폐와 좌골관절이다<sup>10)</sup>.

검사결과 항목은 Curve, Regulation, Graph 부분 세 가지이며, Curve는 각 상한에 부착된 전극에 의해 순서대로 자극이 인가되면서 그것에 대한 반응결과가 동시에 출력되는 부분으로 2번의 검사가 이루어지며 1차 반응검사는 파란색으로, 2차반응검사는 빨간색 Curve로 기록되는 데 이를 바탕으로 Regulation, Graph 부분에서 연산이 이루어지게 된다. 기울기가 급하면(35° 이상) 민감한 반응(긴장도)을 나타내는 "SH"(Slope High) 마크가 나타나고, 기울기의 변화가 거의 없으면 무기력한 반응을 의미하는 "SL"(Slope Low) 마크가 나타나며, 측정 도중 움직였을 때는 기울기가 매끄럽지 못하게 되면서 한번 이상의 굴곡이 생기는 이상반응이거나 해당상한의 질환유무를 뜻하는 "SI"(Slope Irregular) 마크가 나타나게 된다.

이를 살펴보면 정신신경계에서 정상 81.4%, 저하 14.0%, 항진 4.6%으로 나타났으며, 이상반응 중에서 1상한에서는 SL이 20.9%로 정상이외에는 무기력 반응만이 있었고, 2상한에서는 SL이 11.6%, SH가 9.3%, 3상한에서는 SL이 9.3%, SH가 4.7%로 무기력 반응이 많았다. 내부장부계에서는 정상 90.1%, SL이 8.7%, SH와 SI가 0.6%로 나타났으며, 이상반응 중에서 4상한에서는 SL이 11.6% SI가 2.3%였으며, SL이 5상한에서는 2.3%, 6상한에서는 9.3%였으며, 7상한에서는 SL이 11.6%, SH가 2.3%였는데 모두 무기력 반응이 많았으니(表12-1), 정신신경계와 내부장부계 모두 무기력 반응이 많기는 하나 정상소견이 각각 81.4%, 90.1%로 Curve는 유의성있는 진단기준으로는 부적합하다 하겠다.

Regulation은 1차 검사 후 2차 측정결과가 인

가된 자극에 대해서 정상적으로 반응하는지에 대한 인체의 자율조절 반응의 방향성을 보여주는 부분으로 자극을 받은 후에는 교감신경이 활성화되는 방향으로 반응을 하는 것이 정상이므로 머리부분(1, 2, 3상한)에서는 상승하는 조절반응(∧)이 정상이고, 사지부분(4, 5, 6, 7상한)에서는 하강하는 조절반응(∨)이 정상이다. RH(Regulation High)는 자율조절반응이 정상보다 크게 변화하였다는 것을 의미하며 과도, 과민반응을 나타내고, RL(Regulation Low)은 자율조절반응이 정상보다 작은 것으로 기능실조를 의미하고, RR(Regulation Reverse)는 자율조절반응이 역전된 상태로 조절착란을 의미한다<sup>10)</sup>.

이를 살펴보면 정신신경계에서 정상 48.1%, RL 27.9%, RR 20.2%, RH 3.9%로 이상반응 중 기능실조가 많았다. 이상반응만 보면 1상한에서는 RL, RR이 각각 23.3%, RH 4.7%로 기능실조와 역전된 반응이 높게 나타났으며, 2상한에서는 RL 23.3%, RR 18.6%, RH 4.7%, 3상한에서는 RL 37.2%, RR 18.6%, RH 2.3%로 기능실조가 우세하였고, 내부장부계에서는 정상이 45.9%, RL 28.5%, RR 20.3%, RH 5.2%로 이상반응 중 기능실조가 많았다. 이상반응만 보면 4상한은 RR 32.6%, RL 25.6%, RH 4.7%로 역전된반응이, 5상한은 RL 20.9%, RR 9.3%, RH 2.3%, 6상한은 RL 28.0%, RR 9.3%, RH 7.0%, 7상한은 RL 39.5%, RR 30.2%, RH 4.7%로 기능실조가 많았으니(表12-2), 憂鬱症에서 기능실조와 역전된 반응이 높게 나타남을 확인 할 수 있었으나 정상소견과 비슷한 수치를 보이고 있어 진단에 참조할 수 있을 것으로 사료된다.

Graph는 체표의 전기적인 자율반응의 제반 특성을 나타내면서 생체자율반응의 변화로서 활용하는 도전도, 용량, 전위차에 대한 연산이 이루어지는 부분으로 각 그래프(Graph : A, R, P)에서는 각 상한에 대한 정상범위를 제공한다.

첫째 Activity는 한선의 활동에 영향을 받는 피부의 외피층에서 측정되는 것으로, 한선의 활동이 강하면 높은 도전도(작은 저항값)를 나타내며, 한선의 활동이 약하면 낮은 도전도(큰 저항값)를 나타낸다. 인체 각 상한의 도전도가 높을수록 인체의 도전도가 높다는 것을 의미한다. 임상

적으로 표피로 드러나는 교감 활동성의 관계로 현재의 활동성과 긴장도, 스트레스의 상태를 알 수 있다. H(High)는 지나치게 긴장하거나 교감항진으로 인한 과도활동, 과긴장상태를 말하며, L(Low)는 지나치게 이완되거나 미주항진으로 인한 비활동성 상태를 의미한다. H!마크는 정상범위보다 위로 벗어나면서 1, 2차 반응의 결과가 변화없음을 뜻하고, L!마크는 정상범위보다 아래로 벗어나면서 1, 2차 반응의 결과가 변화가 없다는 것을 뜻하고, HR(High Reverse)은 정상범위보다 높게 벗어난 상태에서 2차 반응 또한 정상범위를 역행해서 정상범위보다 더 위로 벗어난 것을 의미하며, LR(Low Reverse)는 정상범위보다 낮게 벗어난 상태에서 2차 반응 또한 정상범위를 역행하여 정상범위보다 더 아래로 벗어난 것을 의미한다.

이를 살펴보면 정신신경계에서는 저하(L, LR, L!) 67.4%, 정상 23.2%, 항진(H, HR, H!) 9.4%로 저하반응이 우세하였는데, 이상반응만 살펴보면 1상한은 저하가 67.4%, 항진이 11.6%, 2상한은 저하가 67.4%, 항진이 9.3%, 3상한은 저하가 67.4%, 항진이 7.0%로 1, 2, 3상한 모두 저하반응이 우세하였고, 내부장부계에서는 저하 38.4%, 정상 31.4%, 항진 18.6%로 역시 저하반응이 우세하였는데, 이상반응만 살펴보면 4상한은 저하 62.8%, 항진 9.3%, 5상한은 저하 41.9%, 항진 16.3%로 저하반응이 우세하였으며, 6상한은 항진 39.5%, 저하 37.2%로 항진반응이 약간 우세하였으며, 7상한은 저하 58.1%, 항진 9.3%로 저하반응이 우세하였으니(表12-3), 정신신경계가 전체적으로 저하된 소견을 보이는 데 비해 내부장부계는 저하와 정상이 유사하게 나타났음을 알 수 있었으나, 이상반응만 보면 정신신경계의 1, 2, 3상한과 내부장부계의 4, 7상한은 모두 저하소견이 뚜렷하게 나타나 憂鬱症의 유의성있는 진단기준이 될 것으로 사료된다.

둘째 Reactivity는 외부자극에 대한 인체의 탄력적 반응성으로 내부상태의 저항력을 나타낸다. 피부의 진피층은 풍부한 모세혈관과 림프세관의 분포를 보이며 이 진피층에 충전된 체액과 표피의 전극은 일종의 Capacitance(용량)를 형성한다. 이는 어떤 펄스도 공급받지 않은 상태에서 이미

받은 자극에 대해 인체에서 방출되는 전류량을 측정하는 것으로 내부상태의 반응력을 알 수 있다. 체액의 충전이 많으면 큰 용량으로 정상범위보다 높은 값을 나타내고, 체액의 충전이 불충분하면 작은 용량을 나타낸다. H(High)는 과민, 자극, 급성, 왕성하게 항진된 상태로 과도한 과민반응을 보일 때고, L(Low)은 정상범위보다 낮을 때로 저하, 변성, 만성, 이미 과로하여 반응력을 잃었거나 둔감한 반응을 보일 때고, !!(Rigid)는 1, 2차 반응의 변화가 없을 때, 경직을 나타내고, R(Reverse)는 1차에 대한 2차 반응결과의 역행반응으로 장애를 나타낸다.

이를 살펴보면 정신신경계에서는 저하 56.6%, 정상 28.7%, 항진 14.7%로 저하반응이 우세하였는데, 이상반응만 살펴보면 1상한은 저하 79.1%, 항진 2.3%, 2상한은 저하 65.1%, 항진 25.6%, 3상한은 저하 48.8%, 항진 16.3%로 저하반응이 우세하였고 내부장부계에서는 저하 52.3%, 정상 41.3%, 항진 6.4%로 저하반응이 우세하였는데, 이상반응만 살펴보면 4상한은 저하 83.7%, 항진 2.3%, 5상한은 저하 46.5%, 항진 2.3%, 6상한은 저하 34.9%, 항진 4.7%였고, 7상한은 저하 44.2%, 항진 16.3%로 저하반응이 우세하였으니(표12-4), 정신신경계에서는 저하가 뚜렷한 반면 내부장부계에서는 저하소견이 보이나 정상과 유사한 수치를 나타내었음을 알 수 있었고, 이상반응만 보면 정신신경계의 1, 2, 3상한과 내부장부계의 4, 7상한은 모두 저하소견이 뚜렷하게 나타나 憂鬱症의 유의성있는 진단기준이 될 것으로 사료된다.

셋째, Polarization은 +펄스와 -펄스에 대한 인체 저항 값의 비율을 의미하며, 인체의 생리작용에 균형을 잃게되면 이상 전위차가 형성되어 정상범위를 벗어나게 된다. 전극과 피부를 접촉하면 일종의 분극이 형성되는데 정상적인 경우일 때는 안정된 균형상태를 유지한다. 정상범위를 이탈하여 "H", "L"이 나타나는 것은 左右(2, 4, 6상한)/上下(1, 3, 5, 7상한)가 비정상적으로 분극되어 비대칭을 보이는 경우로 이는 비정상을 의미한다<sup>10)</sup>.

이를 살펴보면 정신신경계에서 저하 41.1%, 정상 31.8%, 항진 27.1%로 저하반응이 우세하였는

데, 이상반응만 살펴보면 1상한은 항진 55.8%로 정상을 제외하면 모두 항진반응이었으며, 2상한은 저하 58.1%, 항진 4.7%, 3상한은 저하 65.1%, 항진 20.9%로 저하반응이 우세하였고, 내부장부계에서는 정상 58.1%, 항진 23.3%, 저하 18.6%로 저하반응이 약간 우세하였는데, 이상반응만 살펴보면 4상한은 항진 65.1% 저하 2.3%로 항진반응이 우세하였으며, 5상한은 저하 20.9%로 저하반응만이 나타났으며, 6상한은 항진 9.3%, 저하 2.3%로 항진반응이 우세하였으며, 7상한은 저하 67.4%로 저하반응만이 나타났으니(表12-5), 1, 4상한의 항진, 2, 3, 7상한의 저하소견이 보여 憂鬱症의 진단에 이용할 수 있을 것으로 사료된다.

### V. 結 論

2000年 2月 22日 부터 2001年 11月 14日 까지 大田大學校 附屬 韓方病院 神經精神科 外來에서 憂鬱症을 主訴로 來院한 患者 43例를 對象으로 하여 臨床的 觀察을 한 바 다음과 같은 結論을 얻었다.

① 男女의 性比는 10:33으로 女子가 많았고, 年齡에서는 60代(32.6%)가 많았고, 發病動機는 病因不明(38.3%)인 경우가 많았고, 來院 前의 治療現況을 보면 神經精神科(56.8%)가 가장 많았다.

② 病歷期間은 3年~10年以內(23.2%)가, 過去歷은 심혈관계질환(18.4%)이 많았으며, 別다른 家族歷은 없었다.

③ 症狀으로는 不安·焦燥, 心悸·怔忡(13.4%), 食慾不振(9.8%), 頭痛, 項強痛, 頭重感(9.8%), 全身無力感(6.5%), 胸悶(6.5%), 眩暈(5.7%), 上熱感(5.3%), 便秘(5.3%)가 주로 나타났다.

④ 舌苔는 舌淡紅無苔(32.6%)가, 脈은 細弱脈(39.5%)이 많았으며, 處方은 淸肝解鬱하는 淸肝逍遙散(30.0%)이 가장 많았고, 祛痰淸心溫膽하는 歸脾溫膽湯(15.8%)이 그 다음이었다.

⑤ Curve는 정상소견이 정신신경계(81.4%), 내부장부계(90.1%)로 나타났다.

⑥ Regulation은 정신신경계에서 정상(48.1%), RL(27.9%), RR(20.2%), 내부장부계에서 정상(45.9%), RL(28.5%), RR(20.3%)로 나타났다.

⑦ Activity와 Reactivity는 1, 2, 3, 4, 7상한의 저하소견이, Polarization은 1, 4상한의 항진, 2, 3, 7상한의 저하소견이 우세하게 나타났다.

### 參考文獻

1. 李定均. 精神醫學. 서울:一潮閣. 1994:212-255, 251-253.
2. 徐元熙·李相龍. 鬱證과 憂鬱症의 比較考察. 大田大學校 韓醫學研究所 論文集. 1997:6(1): 505-514.
3. 王冰. 黃帝內經素. 서울:大星出版社.1990:306-307, 654-659, p.720,
4. 周命新. 醫門寶鑑. 서울:杏林書院. 1975:97-100.
5. 方廣. 丹溪心法附錄. 서울:大星文化 . 1982: 515-527.
6. 李槌. 醫學入門. 서울:南山堂. 1974:81-87.
7. 田炳薰. 鬱證·痰證·癆證에 관한 文獻的 考察. 東醫病理學會志. 1989:4:103-112.
8. 龔廷賢. 萬病回春. 北京:人民衛生出版社. 1984: 108-110.
9. 대한신경정신의학회편. 신경정신과학. 서울:하나의학사. 1997:378-388.
10. 메리디안 임상마케팅. ABR-2000 임상매뉴얼. 서울:메리디안. 2000.
11. 이영호·송중용. BDI, SDS, MMPI-D척도의 신뢰도 및 타당도에 대한 연구. 한국심리학회지. 1991:10(1):98-113. 김혜숙. 유아그림의 심리진단. 서울:세종출판사. 2001:243-246.
12. 이근후 외 4인. 最新臨床精神醫學. 서울:하나醫學社. 1998:376-410, 448-449.
13. 閔聖吉. 最新精神醫學. 서울:一潮閣. 1995:

- 99-256.
14. 黃義完·金知赫. 東醫精神醫學. 서울:現代醫學書籍社. 1987:471-487, 576-582, 608-611.
  15. 徐春補. 古今醫統. 北京:人民衛生出版社. 1991:936-943.
  16. 趙尙華. 張子琳醫療經驗選輯. 山西:山西人民出版社. 1986:88-91.
  17. 張伯臾. 中醫內科學. 北京:人民衛生出版社. 1988:238-246.
  18. 金定濟. 診療要鑑. 서울:東洋醫學研究院. 1974:224-225.
  19. 金相孝. 東醫神經精神科學. 서울:杏林出版. 1998:152-154, 166, 207-217.
  20. 李用粹. 證治彙補. 台北:旋風出版社. 1965:107-113.
  21. 林佩琴. 類證治裁. 台北:旋風出版社. 1967:192-198.