

우울, 불안 척도를 통해 살펴본 우울증 환자에 대한 한의학적 치료 효과에 대한 연구

안윤영, 김락형*, 유종호

한음 한방신경정신과 한의원, 우석대학교 한의과대학 신경정신과학교실*

Clinical Effects of Korean Medical Treatment on Depressive Disorder using Depression and Anxiety Scales

Yunyoung An, Lakhyung Kim*, Jongho Yoo

Haneum Neuropsychiatry Clinic of Korean Medicine, *Department of Neuropsychiatry, College of Korean Medicine, Woosuk University

Received: August 25, 2022

Revised: September 20, 2022

Accepted: September 26, 2022

Correspondence to

Jong-Ho Yoo

Haneum Neuropsychiatric Clinic of
Korean Medicine, #301, 326
Seocho-daero, Seocho-gu, Seoul,
Korea.

Tel: +82-2-585-7510

Fax: +82-2-280-1096

E-mail: fcodefree@naver.com

Objectives: To examine clinical effects of Korean medical treatment on depressive disorder.

Methods: Medical records of 102 patients diagnosed with depressive disorder who were treated with Korean medical treatment (herbal-medication, acupuncture, Korean psychotherapy) for at least 12 weeks and measured psychological scales (Beck Depression Inventory-II (BDI-II), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)) every 4 weeks were analyzed.

Results: After 12 weeks of treatment, BDI-II, STAI-X-1/2, BAI, and STAXI-S/T all decreased statistically significantly. STAI-X-1 and BAI were significantly decreased throughout the treatment interval (comparisons every 4 weeks). The other four scales decreased significantly from 0 to 4 weeks and from 8 to 12 weeks.

Conclusions: Treatment for depressive disorder with Korean Medicine was effective not only in improving overall symptoms of depressed patients, but also in improving accompanying anxiety, anger, and physical symptoms. In addition, since all scores were gradually decreased, continuous treatment would be important.

Key Words: Depressive disorder, Korean Medicine, BDI-II, STAI, BAI, STAXI.



I. 서론

우울증은 우울감으로 대표되는 기분의 부정적인 변화를 주증상으로 하는 정신장애를 뜻하는 질환으로 기분의 변화와 함께 전반적인 정신기능의 저하와 행동의 변화가 나타날 수 있는 질환이다. 유전적 요인, 신경생화학적 요인, 심리사회적 요인 등 다양한 원인에 의해 발생할 수 있으며¹⁾, 비교적 흔하게 접할 수 있는 정신 질환으로, 2021년 보건복지부 국내 정신건강실태조사에 따르면 우울장애의 평생 유병률은 7.7%로, 알코올 사용장애와 니코틴 사용장애를 제외하면 평생유병률 9.3%의 불안장애와 함께 1,2위를 다퉈 만큼 유병률이 높다²⁾.

우울장애는 거의 모든 질환과 동반되어 나타날 수 있는 질환으로 불안이 흔히 동반되며, 불안장애 역시 우울증을 동반하는 경우가 많아서¹⁾ 비록 현재 진단 체계상 별개의 장애로 분류되나 임상에서는 대체로 함께 나타난다. 또한 두 질환이 자율신경계 증상 등을 비롯해 공통적으로 가지는 증상들이 많아 약제의 선택 등에 있어서도 함께 고려하여 치료계획을 세워야 한다. 또한 우울증에서 스트레스의 지각은 우울, 불안, 분노 등의 여러 감정변화를 나타내고³⁾, 우울증의 30~40%에서 분노반응이 일어난다는 보고⁴⁾와 같이 분노와 자극과민성 역시 중요한 증상으로 고려되어야 한다.

우울증의 치료에는 주로 항우울제와 같은 약물치료와 인지행동치료(Cognitive Behavioral Therapy), 역동정신치료(Psychodynamic Psychotherapy) 등의 정신치료가 시행되고 있다¹⁾. 주로 약물치료를 필요로 하지만 약의 부작용과 정신과 진료에 대한 거부감 등의 다양한 이유로 임상에서 약물치료를 거부하는 경우가 흔하게 발생하는데, 항우울제가 가지는 체중증가, 성기능 저하, 간독성, 과민반응, 대사장애 등의 부작용⁵⁻⁷⁾은 약물치료의 순응도를 더욱 떨어지게 만든다. 또한 임신부⁸⁾, 소아청소년⁹⁾, 고령¹⁰⁾에서 가지는 항우울제의 위험성 역시 치료에서 제한점을 가질 수 있다.

우울증은 한의학적으로 울증(鬱證)의 범주에서 살펴볼 수 있다. 울증은 과도한 정신자극으로 인해 기가 울체되어 생기는 병을 일컫는데, 가슴이 답답하고, 정신이 억울하고 심리적으로 불안정한 등의 표현¹¹⁾이 현재 DSM-5¹²⁾의 주요 우울장애와 유사하다고 볼 수 있다.

한의학에서도 우울증의 치료를 위해 침구치료, 한약치료, 한방정신요법 등의 치료를 시행¹¹⁾하고 있으며, 한약의 우울

증 개선 메커니즘에 대한 연구를 통해 복합 성분인 한약이 신경면역, 신경내분비계 등에 작용하여 항우울효과를 나타내고, 전신 증상을 개선하는 등의 효과에 대한 보고^{13,14)}가 지속적으로 이루어지고 있다. 또한 한의학적 치료효과를 밝히기 위한 다수의 연구가 지속적으로 보고¹⁴⁻¹⁶⁾되고 있고, 2016년에는 우울증 한의임상진료지침¹⁷⁾도 개발되어 활용되고 있으나, 국내 우울증 환자를 대상으로 한 대단위 연구가 부족한 것이 현실이다.

이에 저자는 ○○한방신경정신과 한의원에 내원한 우울증 환자 중 한약 치료, 침 치료, 뜸 치료 및 한방정신요법의 한의학적 치료를 받고, 치료 전후 심리척도를 측정된 환자를 대상으로 의무기록을 분석하여 한의학적 치료가 우울증 치료 및 동반하는 불안 분노의 개선에 효과적임을 입증하고자 하였다.

II. 연구대상

1. 연구대상 및 방법

본 연구는 2011년 7월부터 2022년 2월까지 ○○한방신경정신과 한의원에 내원하여 한방신경과전문의의 진단을 통해 우울증으로 진단된 3215명 중 12주 이상의 한의학적 치료를 받고, 매 4주마다의 심리척도 측정에 응한 102명을 대상으로 의무기록을 분석하였다.

본 연구는 의무기록을 분석한 후향적 관찰연구로 우석대학교부속한방병원 기관생명윤리위원회의 심의 면제 기준에 해당하여 심의 면제를 승인 받았다(WSOH IRB H2207-01).

2. 평가척도

1) BDI-II (Beck Depression Inventory-II)¹⁸⁾

BDI는 1961년에 Beck 등에 의해 개발되어 현재까지 전 세계적으로 가장 널리 사용되고 있는 자기보고식 척도이다¹⁹⁾. 이후 미국 정신의학회의 DSM-IV에서 우울증의 새로운 진단기준을 발표함에 따라 1996년에 수면과 식욕에 대한 문항의 개정을 포함하여 다수의 수정보완이 이루어진 BDI-II²⁰⁾가 만들어졌다. 우울증의 인지적, 정서적, 동기적, 신체적 증상영역을 포함한 21문항으로 이루어져 있으며, 0~3점의 4점 Likert척도로 구성되어, 전체 점수는 각 문항의 점수를 합산하여 산출하며, 우울증의 심각도(severity)를 평가

하는데 사용된다.

2) STAI (State-Trait Anxiety Inventory)²¹⁾

일시적인 정서 상태로 시간의 경과에 따라 강도가 변화하는 상태 불안(STAI-X-1) 20문항과 안정적인 성격 특성으로 비교적 변화하지 않고, 개인차를 지닌 동기 및 획득된 행동 성향으로 설명되는 특성 불안(STAI-X-2) 20문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 4점 척도로, 점수가 높을수록 불안 수준이 높은 것을 의미한다.

3) BAI (Beck Anxiety Inventory)²²⁾

BAI는 불안의 심각도를 측정하기 위한 자기보고형 검사로 불안의 인지적, 정서적, 신체적 영역을 포함한 21문항으로 구성되어 있다. BAI는 특히 우울로부터 불안을 구별하기 위한 목적으로 개발되었다. 불안으로 인한 신체 증상 평가가 가능한 척도로, 정서적인 불안과 함께 신체 증상이 발생하는 경우가 많기 때문에 BAI를 통해 불안 증상의 호전도를 평가하였다.

4) STAXI (State-Trait Anger Expression Inventory)²³⁾

분노 경험을 측정하기 위한 상태 분노(STAXI-S) 10문항, 특성 분노(STAXI-T) 10문항, 분노 표현 양식을 측정하기 위한 분노 억제 8문항, 분노 표출 8문항, 분노 통제 8문항의 총 44개 문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 4점 척도로 구성되어 있으며, 상태 분노는 검사 당시의 분노 감정의 정도를 측정하고, 특성 분노는 기질성 척도와 반응성 척도로 이루어져, 분노 경험시 개인차를 측정할 수 있다. 분노 표현을 측정하는 3가지 소척도가 있는 점이 특징적이나, 본 연구에서는 치료 전후의 상태 분노 및 특성 분노를 평가하였다.

3. 통계분석

SPSS 18.0을 사용하여 통계분석을 실시하였으며, 각 평가도구에 대한 사전 사후 비교 평가는 대응표본 T 검정을 실시하여 유의성을 평가하였고, 유의수준은 $p < 0.01$ 과 $p < 0.05$ 로 분석하였다.

4. 치료방법

1) 한약치료

환자의 우울, 불안 증상을 포함한 전체적인 증상을 바탕으로 한방신경정신과 전문의가 변증하여 그에 따라 가미온담탕(加味溫膽湯), 가미귀비탕(加味歸脾湯), 시호가용골모려탕(柴胡加龍骨牡蠣湯) 등¹¹⁾의 처방을 선택하였다. 환자의 증상과 체질에 따라 약재를 가감하였으며, 1일 1첩 2포의 100 cc 용량으로 아침 저녁 식후 1시간에 복용하도록 하였다.

2) 침구치료

0.20×30 mm의 1회용 호침(豪針)을 사용하였으며, 백회(百會), 사신총(四神總), 양측 태충(太衝), 내관(內關), 합곡(合谷), 신문(神門) 등¹¹⁾ 혈을 배합하여 주1회 시술하였으며, 유침시간은 20분으로 하였고, 침전기자극술을 20분간 병행하였다.

뜸치료는 기해(氣海)에 20분 동안 기기구술을 시행하였다.

3) 한방정신요법¹¹⁾

우울 증상과 불안, 분노 등의 치료를 위해 주 1회 한방정신요법을 시행하였다. 오지상승위치료법(五志相勝爲治療法), 경자평지요법(驚者平之療法), 이정변기요법(移精變氣療法), 지언고론요법(至言高論療法) 중 환자의 증상과 상황에 따라 선택하여 침치료 전 또는 후에 30분씩 실시하였다.

III. 결과

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구의 대상자들은 102명으로 남성 40명(39.22%), 여성 62명(60.78%)이며, 나이는 최소 만 18세에서 최대 만 69세까지 분포하였으며, 전체 평균연령은 만 30.39±10.19세로 남성의 평균연령은 만 28.52±8.18세, 여성의 평균연령은 만 31.59±11.19세이었다.

대상자들의 초진 시점을 기준으로 한 이환기간은 1개월 이내 5명(4.90%), 1~3개월 6명(5.88%), 3~6개월 9명(8.82%), 6개월~1년 8명(7.84%), 1~3년 15명(14.71%), 3년 이상 59명(57.84%)이었고, 대상자 중 주소증과 관련하여 양약 병

행치료를 실시한 대상자 수는 26명으로 전체의 25.49%이었다.

대상자 102명 중 93명(91.18%)에게 한약치료가 시행되었고, 침전기자극술을 병행한 침치료, 뜸치료, 한방정신요법은 대상자 전원에게 시행되었다(Table 1).

2. 평가 척도별 치료 전후의 수치 비교

1) BDI-II (Beck Depression Inventory-II)

BDI-II는 치료 전 27.43±13.73점에서 치료 4주 후 17.93±12.85점으로, 치료 8주 후 16.57±11.87점으로, 치료 12주 후 13.25±11.20점으로 점차 감소하였다. 치료 전과 각 치료시점을 비교하였을 때 모두 통계적으로 유의하게 감소하였다(p<0.01, Fig. 1).

2) STAI (State-Trait Anxiety Inventory) -X-1, X-2

STAI-X-1은 치료 전 58.23±12.37점에서 치료 4주 후 50.29±13.09점으로, 치료 8주 후 47.74±12.46점으로, 치료 12주 후 44.57±12.95점으로 점차 감소하였으며, 치료 전과 각 치료 시점을 비교하였을 때 모두 통계적으로 유의하

게 감소하였다(p<0.01, Fig. 2).

STAI-X-2는 치료 전 58.73±11.19점에서 치료 4주 후 50.75±12.90점으로, 치료 8주 후 50.05±12.87점으로, 치료 12주 후 47.10±12.57점으로 점차 감소하였으며, 치료 전 시점과 각각의 치료 시점의 비교에서 모두 통계적으로 유의한 감소를 보였다(p<0.01, Fig. 3).

3) BAI (Beck Anxiety Inventory)

BAI는 치료 전 27.22±14.84점에서 치료 4주 후 17.67±13.29점으로, 치료 8주 후 15.15±11.96점으로, 치료 12주 후 13.11±10.76점으로 점차 감소하였다. 또한 치료 전과 각 치료 시점을 비교하였을 때 모두 통계적으로 유의한 감소를 보였다(p<0.01, Fig. 4).

Table 1. Characteristics of Patients

Characteristics	Frequency (N=102)	Percent (%)	Mean±SD
Sex			
Male	40	39.22	
Female	62	60.78	
Age			
Male			28.52±8.18
Female			31.59±11.19
Total			30.39±10.19
Duration of symptom			
Less than 1 month	5	4.90	
1~3 months	6	5.88	
3~6 months	9	8.82	
6~12 months	8	7.84	
1~3 years	15	14.71	
More than 3 years	59	57.84	
Combined treatment with NP drugs	26	25.49	
Korean Medicine alone	76	74.51	
Intervention			
Herbal-medication	93	91.18	
Acupuncture	102	100	
Korean psychotherapy	102	100	

N: Number of patients, SD: standard deviation, NP: Neuropsychiatry.

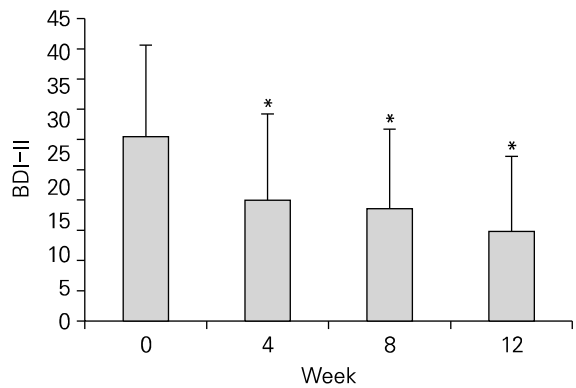


Fig. 1. Results of Beck Depression Inventory-II (BDI-II). BDI-II: Beck Depression Inventory-II, W: weeks, *p-value <0.01.

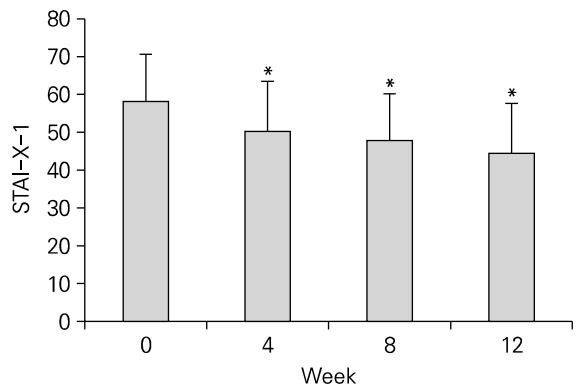


Fig. 2. Results of State-Trait Anxiety Inventory-X-1 (State Anxiety). STAI-X-1: State-Trait Anxiety Inventory-X-1, W: weeks, *p-value <0.01.

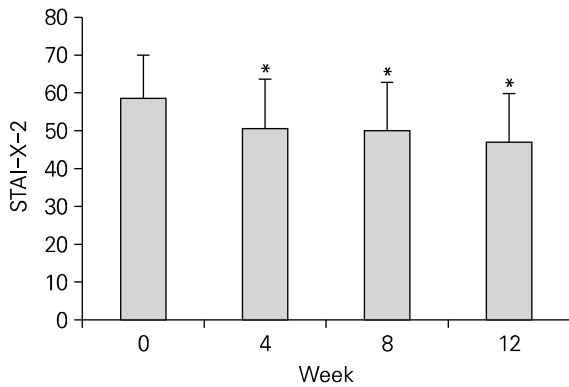


Fig. 3. Results of State-Trait Anxiety Inventory-X-2 (Trait Anxiety). STAI-X-2: State-Trait Anxiety Inventory-X-2, W: weeks, *p-value <0.01.

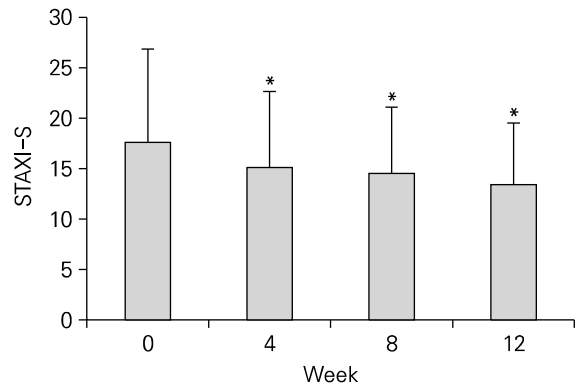


Fig. 5. Results of State-Trait Anger Expression Inventory (State Anger). STAXI-S: State-Trait Anger Expression Inventory-S, W: weeks, *p-value <0.01.

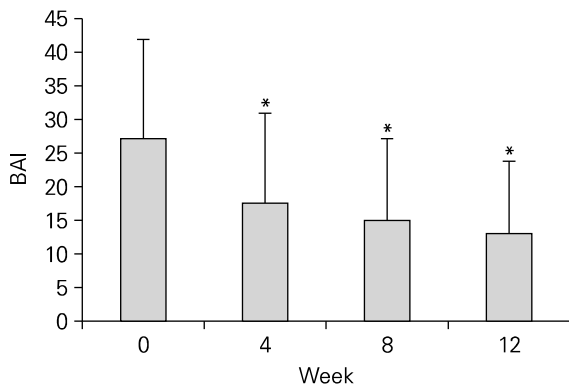


Fig. 4. Results of Beck Anxiety Inventory (BAI). BAI: Beck Anxiety Inventory, W: weeks, *p-value <0.01.

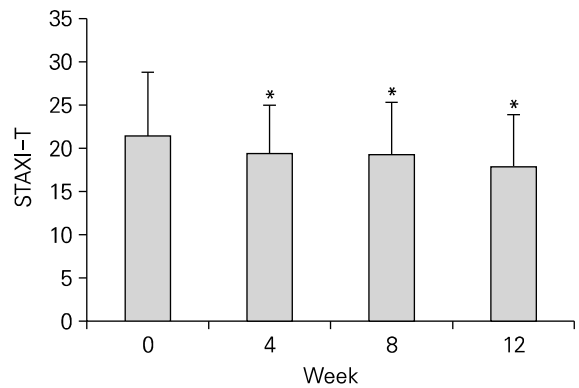


Fig. 6. Results of State-Trait Anger Expression Inventory (Trait Anger). STAXI-T: State-Trait Anger Expression Inventory-T, W: weeks, *p-value <0.01.

4) STAXI (State-Trait Anger Expression Inventory) -S,T

STAXI-S는 치료 전 17.65±9.22점에서 치료 4주 후 15.16±7.55점으로, 치료 8주 후 14.56±6.54점으로, 치료 12주 후 13.45±6.03점으로 점차 감소하였고, 치료 전과 각 치료 시점을 비교하였을 때 모두 통계적으로 유의하게 감소하였다(p<0.01, Fig. 5).

STAXI-T는 치료 전 21.51±7.24점에서 치료 4주 후 19.45±5.54점으로, 치료 8주 후 19.25±6.13점으로, 치료 12주 후 17.86±6.04점으로 점차 감소하였고, 치료 전 시점과 각각의 치료 시점의 비교에서 모두 통계적으로 유의하게 감소하였다(p<0.01, Fig. 6).

3. 치료 기간별 평가 척도 비교

1) 치료 전과 치료 12주 후의 평가척도 비교

BDI-II는 치료 전 27.43±13.73점에서 12주 치료 후 13.25±11.20점으로, STAI-X-1은 치료전 58.23±12.37점에서 12주 치료 후 44.57±12.95점으로, STAI-X-2는 치료 전 58.73±11.19점에서 12주 치료 후 47.10±12.57점으로, BAI는 치료 전 27.22±14.84점에서 12주 치료 후 13.11±10.76점으로, STAXI-S는 치료 전 17.65±9.22점에서 12주 치료 후 13.45±6.03점으로, STAXI-T는 치료 전 21.51±7.24점에서 12주 치료 후 17.86±6.04점으로 모든 척도에서 통계적으로 유의하게 감소하였다(Table 2).

Table 2. Analysis of BDI-II, STAI, BAI, STAXI Before and after Treatment (0 to 12 Weeks)

	N	Before treatment Mean±SD	After 12 weeks Mean±SD	p-value
BDI-II	102	27.43±13.73	13.25±11.20	.000**
STAI-X-1	102	58.23±12.37	44.57±12.95	.000**
STAI-X-2	102	58.73±11.19	47.10±12.57	.000**
BAI	102	27.22±14.84	13.11±10.76	.000**
STAXI-S	102	17.65±9.22	13.45±6.03	.000**
STAXI-T	102	21.51±7.24	17.86±6.04	.000**

N: number of patients, SD: standard deviation, BDI-II: Beck Depression Inventory-II, STAI-X-1: State-Trait Anxiety Inventory (State anxiety), STAI-X-2: State-Trait Anxiety Inventory (trait anxiety), BAI: Beck Anxiety Inventory, STAXI-S: State-Trait Anger Expression Inventory (state anger), STAXI-T: State-Trait Anger Expression Inventory (trait anger), *p-value <0.05, **p-value <0.01.

Table 3. Analysis of BDI-II, STAI, BAI, STAXI Before and after Treatment (0 to 4 Weeks)

	N	Before treatment Mean±SD	After 4 weeks Mean±SD	p-value
BDI-II	102	27.43±13.73	17.93±12.85	.000**
STAI-X-1	102	58.23±12.37	50.29±13.09	.000**
STAI-X-2	102	58.73±11.19	50.75±12.90	.000**
BAI	102	27.22±14.84	17.67±13.29	.000**
STAXI-S	102	17.65±9.22	15.16±7.55	.009**
STAXI-T	102	21.51±7.24	19.45±5.54	.002**

N: number of patients, SD: standard deviation, BDI-II: Beck Depression Inventory-II, STAI-X-1: State-Trait Anxiety Inventory (State anxiety), STAI-X-2: State-Trait Anxiety Inventory (trait anxiety), BAI: Beck Anxiety Inventory, STAXI-S: State-Trait Anger Expression Inventory (state anger), STAXI-T: State-Trait Anger Expression Inventory (trait anger), *p-value <0.05, **p-value <0.01.

Table 4. Analysis of BDI-II, STAI, BAI, STAXI Before and after Treatment (4 to 8 Weeks)

	N	After 4 weeks Mean±SD	After 8 weeks Mean±SD	p-value
BDI-II	102	17.93±12.85	16.57±11.87	.103
STAI-X-1	102	50.29±13.09	47.74±12.46	.027*
STAI-X-2	102	50.75±12.90	50.05±12.87	.496
BAI	102	17.67±13.29	15.15±11.96	.003**
STAXI-S	102	15.16±7.55	14.56±6.54	.386
STAXI-T	102	19.45±5.54	19.25±6.13	.657

N: number of patients, SD: standard deviation, BDI-II: Beck Depression Inventory-II, STAI-X-1: State-Trait Anxiety Inventory (State anxiety), STAI-X-2: State-Trait Anxiety Inventory (trait anxiety), BAI: Beck Anxiety Inventory, STAXI-S: State-Trait Anger Expression Inventory (state anger), STAXI-T: State-Trait Anger Expression Inventory (trait anger), *p-value <0.05, **p-value <0.01.

2) 치료 전과 치료 4주 후의 평가척도 비교

BDI-II는 치료 전 27.43±13.73점에서 4주 치료 후 17.93±12.85점으로, STAI-X-1은 치료전 58.23±12.37점에서 4주 치료 후 50.29±13.09점으로, STAI-X-2는 치료 전 58.73±11.19점에서 4주 치료 후 50.75±12.90점으로, BAI는 치료 전 27.22±14.84점에서 4주 치료 후 17.67±13.29점으로, STAXI-S는 치료전 17.65±9.22점에서 4주 치료 후 15.16±7.55점으로, STAXI-T는 치료 전 21.51±7.24점에서 4주 치료 후 19.45±5.54점으로 모든 척도에서 유의하게 감소하였다(Table 3).

3) 치료 4주 후와 치료 8주 후의 평가척도 비교

BDI-II는 4주 치료 후 17.93±12.85점에서 8주 치료 후 16.57±11.87점으로, STAI-X-1은 4주 치료 후 50.29±13.09점에서 8주 치료 후 47.74±12.46점으로, STAI-X-2는 4주 치료 후 50.75±12.90점에서 8주 치료 후 50.05±12.87점으로, BAI는 4주 치료 후 17.67±13.29점에서 8주 치료 후 15.15±11.96점으로, STAXI-S는 4주 치료 후 15.16±7.55점에서 8주 치료 후 14.56±6.54점으로, STAXI-T는 4주 치료 후 19.45±5.54점에서 8주 치료 후 19.25±6.13점으로 변화하여, 6가지 척도 중 STAI-X-1과 BAI에서 유의하게 감소하였다(Table 4).

Table 5. Analysis of BDI-II, STAI, BAI, STAXI Before and after Treatment (8 to 12 Weeks)

	N	After 8 weeks Mean±SD	After 12 weeks Mean±SD	p-value
BDI-II	102	16.57±11.87	13.25±11.20	.000**
STAI-X-1	102	47.74±12.46	44.57±12.95	.003**
STAI-X-2	102	50.05±12.87	47.10±12.57	.002**
BAI	102	15.15±11.96	13.11±10.76	.016*
STAXI-S	102	14.56±6.54	13.45±6.03	.040*
STAXI-T	102	19.25±6.13	17.86±6.04	.005**

N: number of patients, SD: standard deviation, BDI-II: Beck Depression Inventory-II, STAI-X-1: State-Trait Anxiety Inventory (State anxiety), STAI-X-2: State-Trait Anxiety Inventory (trait anxiety), BAI: Beck Anxiety Inventory, STAXI-S: State-Trait Anger Expression Inventory (state anger), STAXI-T: State-Trait Anger Expression Inventory (trait anger), *p-value < 0.05, **p-value < 0.01.

4) 치료 8주 후와 치료 12주 후의 평가척도 비교

BDI-II는 8주 치료 후 16.57±11.87점에서 12주 치료 후 13.25±11.20점으로, STAI-X-1은 8주 치료 후 47.74±12.46점에서 12주 치료 후 44.57±12.95점으로, STAI-X-2는 8주 치료 후 50.05±12.87점에서 12주 치료 후 47.10±12.57점으로, BAI는 8주 치료 후 15.15±11.96점에서 12주 치료 후 13.11±10.76점으로, STAXI-S는 8주 치료 후 14.56±6.54점에서 12주 치료 후 13.45±6.03점으로, STAXI-T는 8주 치료 후 19.25±6.13점에서 12주 치료 후 17.86±6.04점으로, 모두 척도에서 유의하게 감소하였다(Table 5).

IV. 고찰

정신질환의 증가와 치료에 대한 사회적 필요성이 대두되면서 효과적인 정신질환 치료에 대한 관심은 날로 높아지고 있다. 그 중 우울장애는 불안장애와 함께 임상에서 가장 흔히 볼 수 있는 정신질환²⁾ 중 하나이다. 우울이라는 용어는 기분의 부정적 변화로 일시적인 것부터 일상의 큰 지장을 초래할 정도의 심각한 상태까지 광범위하게 사용되는데, 우울장애는 정상적인 범주를 넘어 과도하게 우울해지거나, 적절하지 않은 상황에서 우울감을 느끼거나, 우울감을 느끼는 기간이 과도하게 긴 경우를 포함한 기분의 변화뿐만 아니라 다양한 신체적, 정신적, 행동적인 변화를 포함한다¹⁾.

우울증의 치료에서는 대부분 약물치료를 통한 접근이 이루어지기 때문에 신경전달물질에 작용하는 기전에 따라 분류된 항우울제를 약물의 목표증상과 약물의 특성, 약물 상호작용 등을 고려하여 투여하게 되는데, 치료효과를 판단하기 위해서는 최소 3~5주간의 약물치료를 필요¹⁾로 하는데 반

해, 정신과 진료에 대한 거부감과 편견, 다양한 양상의 약물 부작용⁵⁻⁷⁾은 환자의 약물 순응도를 떨어뜨리는데 많은 영향을 주고 있다.

그에 따라 우울증 치료를 위한 비약물치료로 인지행동치료, 역동정신치료, 대인관계치료와 같은 정신치료 이외에도 향기요법^{24,25)}, 운동치료요법²⁵⁾, 마사지요법²⁶⁾ 등 다각적인 접근을 통한 증상 완화 시도가 보고되고 있다.

한의학에서는 우울증을 울증(鬱證)의 범주에서 접근할 수 있는데, 울증은 과도한 정신적 자극으로 인해 기가 울체되어 생기는 다양한 증상을 총칭하는 것으로, 울증에서 말하는 가슴이 답답하고, 정신이 억울하고, 심리적으로 불안정한 등의 표현¹¹⁾이 DSM-5의 주요 우울장애¹²⁾에서 나타나는 우울감, 흥미저하, 정신운동 초조, 우유부단함 등의 증상과 유사하다고 볼 수 있다. 또한 울증이 지속되면 울화(鬱火)로 발전하게 되는데, 울화 상태에서는 몸과 마음이 답답하고 불안증상과 신체화가 특징적으로 발생하게 된다¹¹⁾. 임상에서는 우울과 불안이 혼재하는 경우^{27,28)}가 많아 울증과 울화를 함께 고려할 필요가 있다.

우울증의 한의학적 치료로는 침구치료, 한약치료,推拿요법, 한방정신요법 등의 치료¹¹⁾가 시행되고 있다. 이에 침구치료 및 한약치료 등에 대한 치료 효과^{15,16,29)}가 다수 보고되었으며, 한의학적 치료효과를 입증하기 위한 다양한 연구가 진행되고 있다. 복합성분인 한약이 신경전달물질의 부족을 개선하고, 뇌의 신경염증을 완화하고, 해마 손상을 회복시키는 등 다양한 메커니즘으로 항우울효과를 나타내고 있음¹⁴⁾을 보여주고, 한약 단독치료에서 항우울제와 유사 또는 그보다 낮은 이상반응으로 안전성에 대한 근거를 제시¹⁴⁾하고, 한약 단독치료에서 항우울제와 유사한 효과³⁰⁾ 또는 그보다 유의하게 개선된 결과¹⁴⁾를 나타내어, 한약이 우울증 치료에서

항우울제보다 안전하고 효과적일 수 있음을 보여주고 있다.

그러나 상기 연구들은 대다수 중국 연구를 활용하였거나, 실험연구, 단일 치험례 등으로 Kim¹⁶⁾의 연구를 제외하면, 국내 우울장애 환자를 대상으로 하여 국내 한의 진료 특성을 반영한 임상연구는 거의 보고 되지 않았다.

이에 저자는 ○○한방심경정신과 한의원에 내원한 우울증 환자 중 한약 치료, 침 치료, 뜸 치료 및 한방정신요법의 한의학적 치료를 받고, 심리 척도를 측정한 환자를 대상으로 의무기록을 분석하여 한의학적 치료가 우울증 치료에 효과적임을 입증하고자 하였다.

본 연구는 2011년 7월부터 2022년 2월까지 ○○한방심경정신과 한의원에 내원한 환자 중, 한방심경과전문의의 진단을 통해 우울증 환자로 진단된 3215명의 의무기록을 살펴보았다. 그 중 12주 이상의 한의학적 치료를 받고 매 4주마다의 심리척도 측정에 응한 102명을 대상으로 의무기록을 분석하였다.

본 연구의 대상자들은 102명으로 남성 40명(39.22%), 여성 62명(60.78%)으로 여성이 더 많은 수로 나타났고, 전체 평균연령은 만 30.39±10.19세로 남성의 평균연령은 만 28.52±8.18세, 여성의 평균연령은 만 31.59±11.19세이었다. 초진 시점을 기준으로 한 이환기간은 1개월 이내 5명(4.90%), 1~3개월 6명(5.88%), 3~6개월 9명(8.82%), 6개월~1년 8명(7.84%), 1~3년 15명(14.71%), 3년 이상 59명(57.84%)으로 3년 이상의 병력을 가지는 환자가 절반 이상 이었는데, 의무기록상 응답을 살펴보면 3년 이내 발병자는 발병 시점 또는 이환기간을 비교적 명확히 응답한 반면, 3년 이상의 병력을 가지는 대상자의 다수는 비교적 불명확한 답변을 한 경우가 많아(예, '수년 전', '20대부터', '어릴 때부터', '오래되었다' 등) 3년 이상의 병력을 가진 환자들을 더 세분화된 기간으로 나누기에는 어려움이 있었고, 또한 12주간의 치료 및 검사에 응한 환자들을 대상으로 하였기에, 반복성, 재발성의 만성 우울증 환자들이 다수 포함된 것으로 보인다.

주소증과 관련하여 양약 병행치료를 실시한 대상자의 수는 26명으로 전체의 25.49%이었는데, 그 중 다수에서 한약 병행치료를 통한 양약 감약 또는 단약이 있었던 것으로 확인되나, 따로 분석을 실시하기에는 한계가 있었다. 대상자 102명중 91.18%인 93명에게 한약치료가 시행되었고 12주간 유지되었으며, 전체 대상자에게 침전기자극술을 병행한 침치료, 뜸치료, 한방정신요법이 시행되었다(Table 1).

환자들은 공통적으로 우울한 기분을 호소하였으며, 대다수에서 무기력 및 피로감, 의욕저하, 흥미저하, 자신감저하 등을 호소하였을 뿐만 아니라 가슴답답함, 두통, 소화불량, 수면장애 등의 신체증상을 동반하였다. 또한 대부분의 환자가 불안초조 및 가슴 두근거림을 호소하였고, 다수에서 감정 조절이 어렵고 분노, 짜증이 올라온다고 표현하였다.

우울증의 심도를 측정하기 위해 BDI-II¹⁸⁾를 활용하였고, 불안의 경험을 살펴보기 위해 상태 불안(STAI-X-1) 20문항, 특성 불안(STAI-X-2) 20문항으로 구성된 STAI²¹⁾를 활용하였으며, 불안의 정도를 측정하기 위한 도구로 불안의 인지적, 정서적, 신체적 영역을 포함하는 21문항으로 구성되어 있는 BAI²²⁾를 활용하였고, 분노 경험을 측정하기 위하여 상태 분노(STAXI-S) 10문항, 특성 분노(STAXI-T) 10문항으로 구성된 STAXI²³⁾를 활용하여 분석하였다.

치료는 침구치료, 한약치료, 한방정신요법을 시행하였는데, 한약치료는 환자의 전체적인 증상을 바탕으로 한방심경정신과 전문의가 변증하여 가미온담탕(加味溫膽湯), 가미귀비탕(加味歸脾湯), 시호가용골모려탕(柴胡加龍骨牡蠣湯) 등¹¹⁾의 처방을 선택하여 환자의 증상과 체질에 따라 약재를 가감하여 사용하였다.

치료 전후 평가척도를 분석한 결과, 치료 전과 치료 12주 후 BDI-II를 포함한 모든 평가 척도에서 통계적으로 유의한 감소를 보였다. 우울척도(BDI-II)에서 점수 구간은 연구자마다 약간의 차이는 있지만, 0~13점은 '정상', 14~19점은 '가벼운 우울', 20~28점은 '중등도의 우울', 29~63은 '심한 우울'을 나타내는데¹⁸⁾, 치료 전 27.43±13.73점의 '중등도-고도' 수준의 우울 상태에서 치료 12주 후 13.25±11.20점으로 '정상' 수준으로까지의 회복을 보인 것을 볼 수 있었다. STAI에서도 상태불안은 치료 전 58.23±12.37점에서 치료 12주 후 44.57±12.95점으로, 특성불안은 치료 전 58.73±11.19점에서 47.10±12.57점으로 감소하여 모두 중등도의 불안 수준에서 정상 수준으로 회복하였다. 불안으로 인한 신체적 증상을 살펴볼 수 있는 BAI에서도 치료 전 27.22±14.84점에서 치료 12주 후 13.11±10.76점으로 감소하여 중등도의 불안 단계에서 정상 수준으로까지의 회복을 볼 수 있었다. 상태분노, 특성분노 역시 치료 전 각 17.65±9.22점, 21.51±7.24점에서 치료 12주 후 각 13.45±6.03점, 17.86±6.04점으로 통계적으로 유의하게 감소하였다.

12주 이상의 한의학적 치료 후, 환자들의 평가 척도 평균

치는 중등도-고도의 우울상태에서 정상 수준으로, 중등도의 불안 상태에서 정상 수준으로의 결과를 보였는데, 이는 우울 증 환자에 있어서 우울증의 심도, 불안 증상, 분노 경험 등이 한의학적 치료로 유의하게 좋아질 수 있다는 결과를 내포하고 있다.

세부 구간별로 살펴보았을 때도, BDI-II, STAI-X-1, STAI-X-2, BAI, STAXI-S, STAXI-T의 6항목 모두에서, 치료 전(0주)과 치료 4주 후, 치료 전과 치료 8주 후, 치료 전과 치료 12주 후의 모든 비교에서 통계적으로 유의한 차이를 나타내어 한의학적 치료를 통해 불안 분노를 동반한 우울증의 제반 증상을 호전시킬 수 있는 가능성을 보여주었다.

점진적인 호전 양상을 살펴보기 위하여 치료 4주 후와 치료 8주 후, 치료 8주 후와 치료 12주 후의 결과를 비교해 보았을 때, 치료 4주 후와 치료 8주 후의 비교 결과에서 모든 척도의 평균치가 감소하였지만, 상태불안(STAI-X-1) 항목과 불안으로 인한 신체적 증상(BAI)에서만 통계적으로 유의한 차이를 보인 반면, 치료 8주 후와 치료 12주 후의 비교에서는 6가지 척도 모두에서 통계적으로 유의하게 감소하였다.

모든 척도에서 첫 4주간에 가장 수치 변화가 컸고, 4주에서 8주 구간 비교에서는 상태불안 척도와 불안으로 인한 신체증상 척도만 통계적으로 유의한 차이를 보였는데, 이는 불안과 우울을 동반하는 환자에게서 상대적으로 우울보다는 불안과 동반하는 신체증상이 더욱 크고 많은 호소를 하게 하는 부분과 연관이 있어 초기 치료에서 보다 뚜렷한 변화 양상을 보이는 것으로 사료된다. 또한 우울과 분노 등은 초기 치료에서 뚜렷한 효과를 보일 수 있지만, 보다 꾸준한 치료가 필요할 것으로 보이는데, 이는 임상 현장에서의 상황을 고려해 볼 때, 치료를 시작하여 강한 초기반응들을 제어하는 데는 충분히 효과적이나, 우울과 분노 등이 환자가 처한 상황이나 여러 관계 등으로 인해 끊임없이 자극될 수 있으며, 긴 이환기간을 가지는 다수의 환자가 스트레스를 다루는 방식을 포함한 여러 인지를 변화시키고 제어하는 힘을 기르는 데에 불안에 비해서는 좀 더 많은 시간을 필요로 하는 점 등이 영향을 줄 수 있다고 사료된다.

이상에서 우울 척도 및 우울증상에 동반한 불안과 분노의 전반적인 증상이 한의학적 치료로 통계적으로 유의하게 호전되었으며, 12주 이상의 지속적인 치료를 시행하였을 때, 점진적인 회복을 기대할 수 있을 것으로 보이며, 그 중에서

도 상태불안과, 불안으로 인한 신체적 증상은 치료 전과 치료 4주 후의 비교, 치료 4주 후와 치료 8주 후의 비교, 치료 8주 후와 치료 12주 후의 비교에서 모두 통계적으로 유의하게 감소하여, 우울증 환자에서 동반된 불안 증상이 점차 완화된다는 것을 보여주었다.

결과적으로 한약치료, 침구치료, 한방정신요법을 포함한 한의학적 치료를 시행한 환자에서 우울증의 인지, 정서, 동기, 신체적 증상을 포함한 문항으로 이루어져 우울증 심각도를 평가하는 척도인 BDI가 유의하게 감소하여, 한의학적 치료가 우울증의 제반증상을 효과적으로 개선할 수 있는 가능성을 보여주었으며, 불안수준을 평가하는 STAI, 분노수준을 평가하는 STAXI와 불안으로 인한 신체적 증상을 함께 평가할 수 있는 BAI 척도 역시 유의하게 감소하여 한의학적 치료가 우울 증상에 동반하는 불안, 분노 및 신체 증상의 개선에도 효과적일 수 있음을 알 수 있었다. 또한 치료 기간이 경과함에 따라 지속적인 호전을 보이고 있어, 12주 이상의 꾸준한 치료가 더욱 유의할 것으로 사료된다.

그러나 모든 환자에게 동일한 한약치료와 침치료가 선택되지 못하였다는 점, 환자군의 이환기간과 연령별 특성, 약물 병행 치료 여부 등이 정확히 고려되지 못했다는 점, 대조군이 없어 근거 수준이 높은 결과를 확보할 수 없었다는 점 등은 대단위 의무기록 리뷰연구로서의 한계점으로 볼 수 있다.

따라서 추후 상기 한계점을 보완한 잘 통제된 임상시험 등을 통해 관련 연구를 시행할 필요가 있다. 또한 정신질환은 만성으로 이행되는 경우가 많기 때문에 보다 중장기적인 치료와 추적관찰을 통해, 만성으로 이행되는 비율을 줄이고, 치료효과의 지속성, 재발 등을 관찰하여 가장 효과적인 치료 기간에 대한 연구도 필요할 것으로 사료된다.

V. 결론

2011년 7월부터 2022년 2월까지 ○○한방신경정신과 한의원에 내원하여 우울증으로 진단된 3215명 중 12주 이상의 한의학적 치료를 받고 심리척도 측정에 응한 102명을 대상으로 의무기록을 분석하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 치료 전과 치료 12주 후의 한의학적 치료 효과를 비교한 결과, BDI-II, STAI-X-1, STAI-X-2, BAI, STAXI-S, STAXI-T에서 모두 유의하게 호전되었다.

2. STAI-X-1과 BAI는 치료 전과 치료 4주 후의 비교, 치료 4주 후와 치료 8주 후의 비교, 치료 8주 후와 치료 12주 후의 비교 모두에서 통계적으로 유의하게 호전되었다. BDI-II, STAI-X-2, STAXI-S, STAXI-T는 치료 전과 치료 4주 후의 비교, 치료 8주 후와 치료 12주 후의 비교에서 통계적으로 유의하게 호전되었다.

3. 한약치료, 침구치료, 한방정신요법을 포함한 한의학적 치료가 우울증 환자의 전반적인 증상 개선에 효과적인 뿐만 아니라, 동반하는 불안, 분노, 신체 증상의 개선에도 효과적임을 알 수 있었다.

REFERENCES

1. Korean Neuropsychiatry Association. Textbook of Neuropsychiatry. 3rd ed.. Seoul: iMIS Company; 2017:273-308, 711-20.
2. Korean Ministry of Health and Welfare. The epidemiological survey of mental disorders in Korea 2021. Sejong; Korean Ministry of Health and Welfare:2021.
3. Ko JI, Phee SS, Lyu MK, Oh SW, Park MC. Stress and Emotional Response in Patients with Mood Disorder. *Journal of the Korean Society of Biological Therapies in Psychiatry*. 1999;5(2):113-21.
4. Fava M, Rosenbaum JF. Anger attacks in patients with depression. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1999;60 suppl 15:21-4.
5. Carvalho AF, Sharma MS, Brunoni AR, Vieta E, Fava GA. The Safety, Tolerability and Risks Associated with the Use of Newer Generation Antidepressant Drugs: A Critical Review of the Literature. *Psychother Psychosom*. 2016; 85(5):270-88. doi:10.1159/000447034.
6. Segraves RT. Sexual Dysfunction Associated with Antidepressant Therapy. *Urologic Clinics of North America*. 2007;34(4):575-9. doi: 10.1016/j.ucl.2007.08.003.
7. R Deshmukh , Franco K. Managing weight gain as a side effect of antidepressant therapy. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 2003;70(7):614-23. doi: 10.3949/ccjm.70.7.614.
8. Dubovicky M, Belovicova K, Csatlosova K, Bogi E. Risks of using SSRI / SNRI antidepressants during pregnancy and lactation. *Interdiscip Toxicol*. 2017;10(1):30-4. doi:10.1515/intox-2017-0004.
9. Plöderl M, Hengartner MP. Antidepressant prescription rates and suicide attempt rates from 2004 to 2016 in a nationally representative sample of adolescents in the USA. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2019;28(5):589-91. doi:10.1017/S2045796018000136.
10. Richardson K, Bennett K, Kenny RA. Polypharmacy including falls risk-increasing medications and subsequent falls in community-dwelling middle-aged and older adults. *Age Ageing*. 2015;44(1):90-6. doi:10.1093/ageing/afu141.
11. The Textbook Compilation Committee of Neuropsychiatry of Korean Medical Schools in Nation. *The Neuropsychiatry of Korean Medicine*. 3rd ed.. Seoul: Jipmoon-Dang. 2018: 249-59.
12. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed.. (Kwon JS, et al., Trans). Seoul: Hakjisa. 2017 (Original work published 2013):169-70.
13. Li C, Huang B, Zhang YW. *Chinese Herbal Medicine for the Treatment of Depression: Effects on the Neuroendocrine-Immune Network*. Pharmaceuticals (Basel). 2021; 14(1):65. doi: 10.3390/ph14010065.
14. Seung HB , Kwon HJ , Kim SH. Effectiveness and Safety of Traditional East Asian Herbal Medicine as Monotherapy for Major Depressive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Oriental Neuropsychiatry* 2022; 33(1):79-111. doi: 10.7231/JON.2022.33.1.079.
15. Yeung WF, Chung KF, Ng KY, Yu YM, Zhang SP, Ng BFL, Ziea ETC. Prescription of Chinese herbal medicine in pattern-based traditional Chinese medicine treatment for depression: a systematic review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2015;2015:160189. doi: 10.1155/2015/160189.
16. Kim JY, Kim H, Lee JY, Jung JH, Yang CS, Lee MY, Jung IC. A Prospective Observational Study of Herbal Medicines on Depressive Disorder. *Journal of Oriental Neuropsychiatry*. 2020;31(2):63-76. doi:10.7231/jon.2020.31.2.063.
17. Korean Institute of Oriental Medicine. *Korean Medicine Clinical Practice Guideline on Depression*. Daejeon: Elsevier Korea L.L.C.; 2016.
18. Sung HM, Kim JB, Park YN, Bai DS, Lee SH, Ahn HN. A Study on the Reliability and the Validity of Korean Version of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II). *Journal of the Korean Society of Biological Therapies in Psychiatry*. 2008;14(2):201-12.
19. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*. 1961;4:561-71. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.
20. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. 2nd ed.. San Antonio, TX : The Psychological Corporation;1996.
21. Kim CY. *Psychiatric Assessment Instruments*. Seoul; Hanaihaksa.2010:120-3, 223-5.
22. Beck AT, Epstein N, Brown G & Steer RA. An Inventory for measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988; 56(6):893-7. doi: 10.1037//0022-006x.56.6.893.
23. Chun KK, Kim DY, Lee JS. Development of the STAXI-K:IV. *Korean Journal of Art Therapy*. 2000;7(1):33-50.
24. Ahn TH, Goo BS, Kim GW. According to Depression Index, Difference of Response to Mental Stress and

- Effect to Aromatherapy. *Journal of Oriental Neuropsychiatry*. 2012;23(3):11-22. DOI : 10.7231/JON.2012.23.3.011.
25. Hwang JY, Jeon IC, Lee SR. The Review for Studies of Aromatherapy, Relaxation Therapy and Exercise Therapy on Depression. *Journal of Oriental Neuropsychiatry*. 2011;22(4):1-10.
 26. Park SA, Kim YS, Lee HW, Kim GC. Effect of Aroma Hand Massage on Sleep Disturbance and Depression in Hospitalized Elderly Patients. *Journal of Physiology & Pathology in Korean Medicine*. 2011;25(2):365-72.
 27. Chung CY, Kim DH. Are Anxiety and Depression Distinct? : Exploratory Factor Analysis of Zung's Self-Rating Anxiety and Depression Scales. *Korean Journal of Biological Psychiatry*. 2013;20(1):21-7.
 28. Wittchen HU, Kessler RC, Pfister H, Lieb M. Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*. 2000;(406):14-23.
 29. Yoo JY, Jang CY, Jeong HR, SHin YJ, Kim SJ, Lee UJ. Three Cases Report of Anxiety and Depression Disorder in the Traffic Accident Patients Treated with Prescription of Kami-shoyo-san. *The Journal of Korean Oriental Internal Medicine*. 2014;35(4):556-72.
 30. Wang Y, Shi YH, Xu Z, Fu H, Zeng H, Zheng GQ. Efficacy and safety of Chinese herbal medicine for depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of psychiatric research*. 2019;117:74-91. doi:10.1016/j.jpsychires.2019.07.003.