

# 외상 후 스트레스 장애에 대한 한방정신요법 기반 심리치료 개발 및 예비적 임상시험

김진형, 서주희\*, 이고은, 김남권<sup>†</sup>, 최성열, 유영수, 강형원

원광대학교 한의과대학 한방신경정신과교실, 국립중앙의료원 한방신경정신과\*,  
부산대학교 한의학전문대학원 한방안이비인후피부과교실<sup>†</sup>

## Development of Korean Medical Psychotherapy and Preliminary Clinical Trial for Post Traumatic Stress Disorder

Jin-Hyung Kim, Joo-Hee Sue\*, Go-Eun Lee, Nam-Kwen Kim<sup>†</sup>, Sung-Youl Choi, Yeoung-Su Lyu, Hyung-Won Kang

Department of Neuropsychiatry, College of Korean Medicine, Wonkwang University, \*Department of Korean Neuropsychiatry, National Medical Center, <sup>†</sup>Department of Ophthalmology and Otolaryngology and Dermatology, School of Korean Medicine, Pusan National University

**Received:** February 27, 2015

**Revised:** March 10, 2015

**Accepted:** March 12, 2015

### Correspondence to

Hyung-won Kang  
Department Neuropsychiatry College  
of Korean Medicine, Wonkwang  
University, 460, Iksandae-ro, Iksan,  
Korea.

Tel: +82-31-390-2762

Fax: +82-31-390-2542

E-mail: dskhw@wku.ac.kr

### Acknowledgement

This study was supported by grant of the Traditional Korean Medicine R&D Project, Ministry of Health & Welfare, Korea HI12C1899 (B120025). This thesis was conducted as a Doctor-Degree thesis of Oriental Neuropsychiatry Major, College of Koran Medicine, Wonkwang University.

Post traumatic stress disorder (PTSD) is an anxiety disorder that usually occurs after suffering from a psychological trauma that can not threatening events, which is one of the individual's subjective pain and their families and the larger society due to the chronic disease burden results. Treatment with a medication, as well as cognitive behavioral therapy (CBT), exposure therapy, prolonged exposure therapy (PE), eye-movement desensitizing, and reprocessing (EMDR) are preferentially performed, including psychotherapy. Korean medical psychotherapy consists of a wide range of manual therapy, but it does not have systematically screening limits. This study was developed by Korean medical psychotherapy program for PTSD, and it was carried out as a preliminary clinical trial for validity. The Korean medical psychotherapy program for PTSD consists of four stages as follows: building chapter of safety, flow and send, accept, and integration. Based on this preliminary clinical study of PTSD, seven patients were treated for 2 hours per week for 5 weeks. We report the meaningful results gained by observing the changes in IES-RK points, questionnaire on five-faceted mindfulness, quality of life, anxiety, depression, insomnia, hwabyung scale, HRV, and EEG, before and after the Korean medical psychotherapy program.

**Key Words:** Post-traumatic stress disorder (PTSD), Korean Medical Psychotherapy program.

## I. 서론

외상 후 스트레스 장애(Post Traumatic Stress Disorder, 이하 PTSD)는 통상적으로 겪을 수 없는 위협적 사건에서 심리적인 외상을 당했을 때 나타나는 불안장애로<sup>1)</sup> 높은 유병률과 만성적인 결과로 인해 개인의 주관적 고통과 가족과 사회의 부담이 큰 질병이다<sup>2)</sup>.

PTSD의 치료법으로는 약물치료와 정신치료법이 사용되고 있다. 약물치료로는 선택적 세로토닌 재흡수 억제제와 삼환계 항우울제가 주로 사용되었고 새로운 기전의 항우울제도 효과가 있다고 보고되었지만<sup>3)</sup>, 우울장애나 다른 불안장애에 비해 약물치료의 성공률은 낮은 편으로 보고하고 있다<sup>4,5)</sup>. 그래서 약물치료보다는 정신치료를 우선적으로 강조하고 있는데<sup>6)</sup> 주로 사용되는 정신치료법으로는 인지행동치료(cognitive behavior therapy, CBT)<sup>7)</sup>, 지속노출치료(prolonged exposure therapy, PE)<sup>8,9)</sup>, 안구 운동 탈감작화와 재구성법(eye-movement desensitizing and re-processing, EMDR)<sup>10)</sup> 등이 있다. 하지만 이런 치료법들은 불안, 공포, 우울장애 등이 공존할 때와 복합외상일 때는 치료 한계가 있고<sup>11)</sup>, 강렬한 노출로 유발되는 트라우마 재경험으로 인한 불안으로 참여도가 떨어진다라는 문제점이 제기되고 있다<sup>12)</sup>. 이러한 문제점을 보완하기 위해 최근 PTSD 환자의 치료에 있어서 직접 노출에 대한 저항을 줄이고, 프로그램 순응도를 높이기 위해 요가, 명상, 최면, 시각화 전략 등을 활용한 통합적 접근이 시도되고 있다<sup>13)</sup>.

한의학에서 PTSD와 정확히 일치하는 증후는 없지만, 짜증, 놀람, 수면장애가 흔히 동반되고 대개 뚜렷한 불안의 자율신경계 증상이 동반되는 경우가 많으므로<sup>14)</sup> 驚悸, 怔忡 등의 범주에서 진단과 치료를 하고 있다<sup>1)</sup>.

최근까지 PTSD에 대한 한의학적 연구로는 증례연구<sup>15-17)</sup>, 문헌고찰<sup>18)</sup>, 침치료 비교연구<sup>19)</sup>, 심리 특성 연구<sup>20,21)</sup>, 한방 중재연구로서 한의학적 치료모델 연구<sup>22)</sup>, 실험연구<sup>23)</sup> 등이 이루어져 왔다. 하지만 대부분 문헌고찰과 침, 한약 등을 이용한 연구들이었고 한방정신요법을 기반으로 한 치료 프로그램에 대한 연구는 14세 남환의 PTSD 증례보고<sup>24)</sup> 외에는 미흡한 상황이다. 또한 한방정신요법에 대한 연구가 최근까지 활발히 진행되어 문헌고찰 및 종설연구, 증례보고, 임상시험이 발표되었지만<sup>25)</sup>, 체계화되지 못한 한계점이 있어 전수 가능한 한방정신요법 매뉴얼에 대한 필요성이 요구되어

왔다.

이에 저자는 한방정신요법 기반 외상 후 스트레스 장애(PTSD) 심리치료 프로그램을 개발하여, 그 유효성을 검증하기 위한 예비적 임상시험을 실시한 결과 의미 있는 결과를 얻었기에 보고하는 바이다.

## II. 연구방법

### 1. 한방정신요법 기반 PTSD 심리치료 프로그램 개발

한방정신요법 기반 PTSD 심리치료 프로그램을 개발하는데 있어서 한방신경정신과학회 교수, 임상심리학자, 양방정신과 전문의를 자문위원으로 구성하여 타당성과 유효성 있는 프로그램이 되도록 프로그램 개발 전과 후, 프로그램 시행 전과 후를 논의하였다.

한방정신요법 기반 PTSD 심리치료 프로그램을 개발하기 위해 먼저 한방정신요법의 연구현황<sup>25)</sup>과 프로토콜 개발을 위한 PTSD의 침 치료에 대한 체계적 검토(Systematic Review)<sup>26)</sup>, 한방정신요법의 현대적 활용에 대한 하코미세라피(Hakomi therapy)와 비교연구<sup>27)</sup> 등에 대한 문헌고찰을 하였다. PTSD에 대한 정신 치료현황에 대해 알아보고 PTSD 증상에 유효한 한방정신요법을 정리하고 현대 신경심리생리학적인 관점인 미주신경이 계통분류학적, 기능적으로도 세 분류로 구분되어 있다는 다중미주신경이론(Polyvagal theory)<sup>28)</sup>, 수용심리치료<sup>29)</sup>, 최신 뇌신경과학에 근거한 트라우마 치료법<sup>13)</sup> 등의 현대 심리치료기법을 접목하여 한방정신요법 기반 PTSD 심리치료 프로그램을 만들었다.

### 2. 프로그램 개발에 의한 예비적 임상시험

#### 1) 시험대상

2014년 3월 22일부터 2014년 4월 19일까지 매주 토요일 오후 1회 2시간씩 총 5주 동안 시행된 한방정신요법에 기반한 PTSD 심리치료 프로그램에 지원한 9명 중, 트라우마(trauma) 관련 경험자로서 PTSD scale(IES-R-K) 18점 이상이며 본 연구의 취지에 동의한 7명을 대상으로 하였다. 본 연구는 단일군 전후비교 연구로, \*\*대학교 \*\*한방병원의 IRB와 \*\*대학교 \*\*병원 IRB 승인을 받은 후, IRB 절차에 따라 진행하였다.

## 2) 시험방법

### (1) 피험자 모집 및 선정

한방정신요법에 기반한 PTSD 심리치료 프로그램의 외상 후 스트레스 장애(PTSD) 환자의 불안, 불면, 우울, 삶의 질 등에 미치는 영향 연구에 대한 임상시험 모집공고를 내고 이에 신청한 만 20~60세 성인 남, 녀 중 트라우마(trauma) 관련 경험자로 PTSD scale (IES-R-K) 18점 이상이며 본 연구의 취지에 동의한 7명을 대상으로 본 연구의 목적과 방법, 비밀보장, 중도포기의 권리 등의 설명을 하고 자유의사에 의해 동의서에 서면 동의를 하게 한 후 본 연구에 참여하도록 하였다. 명상에 제한을 줄 수 있는 기질적인 장애 혹은 정신분열증이나 망상장애 등의 정신 병력이 있는 자, 의학적으로 병리적인 문제가 심각한 자들은 제외하였다. 정신치료 이외의 다른 비약물적 처치는 시행하지 않는 것을 원칙으로 하지만 필요한 경우에는 다음의 기준에 따른 시험담당자의 판단에 의해 실시될 수 있도록 하였다.

### (2) 프로그램 실시 방법

본 연구의 피험자는 한방정신요법 기반 PTSD 심리치료 프로그램 시행 전 프로그램 실시 방법 및 방문 일정 등을 교육 받았다. 1회차는 IES-R-K, K-PDS, 변증분류, 마음의 방, FFMQ, ISI, BDI, STAI, EQ-5D, VAS 등의 임상척도 설문을 시행하였고 HRV와 EEG를 측정하였다. 약 7일 간격(±3일)으로 1~5회차에 걸쳐 집단 한방정신요법 기반 PTSD 심리치료 프로그램을 시행하였다. 각 회차 마다 프로그램 전 후 마음의 방을 시행하였고, 1, 3, 5회차에는 IES-R-K를 측정하였다. 방문 5에는 IES-R-K, 마음의 방, FFMQ, ISI, BDI, STAI, EQ-5D, VAS 등의 임상척도 설문을 시행하였고 HRV와 EEG를 측정하였다.

### (3) 주요 평가 도구

#### ① 한국판 사건충격척도 수정판(Impact of Event Scale-Revised; IES-R-K)

외상과 관련된 심리적인 반응 양상을 확인하기 위해서 침습, 회피, 과각성에 대한 22개의 문항으로 구성되어 있으며, 5점 척도를 사용한다. 점수가 17점 이하는 참조군, 18~24점은 부분 외상 후 스트레스장애, 25점 이상은 완전 외상 후 스트레스장애로 구분한다. 본 연구에서는 은현정 등<sup>30)</sup>이 번안하여 한국인에게 맞게 표준화한 한국판 IES-R

을 사용하였다.

#### ② 외상 후 스트레스 진단 척도(Posttraumatic Diagnostic Scale; PDS)

응답자를 가장 괴롭히는 하나의 사건에 대해서 지난 한달 동안 나타난 외상 후 스트레스 장애의 증상을 평가한다<sup>31)</sup>. PDS의 문항 내용은 DSM-IV의 진단 기준과 완전히 일치하며, 다양한 외상을 경험한 대규모의 남녀 피해자에게 실시할 수 있다.

#### ③ 불면증 측정도구(Insomnia severity index, ISI)

불면증에 대한 평가도구로 입면장애의 정도, 수면유지 장애의 정도, 쉽게 깨는 정도, 수면에 대한 만족도, 수면장애가 일상생활을 방해하는 정도, 수면장애로 인한 삶의 질 손상 정도, 불면증에 관한 걱정 정도의 총 7가지 항목으로 되어있다. 총 28점으로 0~7점은 정상, 8~14점은 경계성, 15~21점은 임상적 불면증(중등도), 22~28점은 임상적 불면증(중증)으로 나눌 수 있다<sup>32)</sup>.

#### ④ BDI (Beck Depression Inventory)

우울증상의 유무와 증상의 심각성 정도를 평가하기 위한 목적으로 제작된 척도로 우울증의 인지적, 정서적, 동기적, 신체적 증상 영역을 포함하는 21문항으로 이루어져 있고 각 문항마다 0점에서 3점으로 채점되며 총점의 범위는 0점에서 63점까지이다<sup>33)</sup>.

#### ⑤ STAI (State-Trait Anxiety Inventory)

불안 경험을 측정하기 위하여 상태 불안(STAI-X-1) 20문항, 특성 불안(STAI-X-2) 20문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 4점 척도로, 1-‘전혀 그렇지 않다’, 2-‘조금 그렇다’, 3-‘상당히 그렇다’, 4-‘매우 그렇다’로 평가한다<sup>34)</sup>.

#### ⑥ 화병척도

화병 환자의 심리적, 성격적 상태를 평가하기 위하여 권정혜 등<sup>35)</sup>이 개발하였으며, 화병에 대한 자기보고식 척도로 화병의 정서 증상과 신체 증상을 반영하는 15개 문항(증상 척도, 0~60점)과 화병과 관련된 지속적인 성격 특성을 반영하는 16개 문항(성격척도, 0~60점)으로 이루어져 있다. 점수가 높을수록 증상이 심한 것을 의미한다.

#### ⑦ EuroQoL-5 Dimension (EQ-5D)

EQ-5D는 두 가지 방법으로 삶의 질을 평가한다. 먼저 기술체계(descriptive system)를 이용하여 운동능력, 자기 관리, 일상 활동, 통증/불편, 불안/우울의 5개영역에서 삶의

질을 평가한다. 각 영역은 3단계로 평가하는데, 문제가 없을 때 1점에 표시를 하고 문제가 심각할 때 3점에 표시를 한다. 따라서 점수가 낮을수록 HRQoL은 높다. 둘째로 20 cm의 세로 선으로 구성된 유추 척도(visual analogue scale ; VAS)을 이용하여, 전반적인 건강상태에 대한 평가를 시행한다. 점수는 최저의 건강상태를 0점으로 최고의 건강상태를 100점으로 두고 표시하도록 되어 있어 점수가 높을수록 HRQoL이 높다.

#### ㉑ 5요인 마음 챙김 척도(Five Facet Mindfulness Questionnaire: FFMQ)

본 연구에서는 마음챙김 명상의 효과를 측정하기 위해 명상 최초 시행 전과 최종 시행 후에 5요인 마음챙김척도(FFMQ)를 측정하였다. FFMQ는 총 39문항 5요인으로 구성되어 있으며 하위 5요인은 비자동성(nonreactivity), 관찰(observing), 자각행위(acting with awareness), 기술(describing), 비판단(nonjudging of experience)이다.

#### ㉒ 전반적 건강상태 VAS (Visual analogue scale, VAS) 점수

점수는 가장 완벽한 건강상태를 '0'으로, 가장 악화된 건강 상태를 '10'으로 표시하도록 하였다.

#### ㉓ 심박변이도(HRV)

프로그램 전후로 SA-6000 (MEDICORE Co. Ltd.)을 이용하여 심박변이도(HRV)를 측정하였다.

본 연구에서는 시간영역 분석에서는 Mean HR, SDNN, 주파수 영역분석에서는 TP, LF, HF, LF/HF 수치를 측정하였다.

#### ㉔ EEG (ElectroEncephaloGraphy)

EEG는 Thought Technology사의 ProComp Infinity (BioGraph version 6.0)를 이용하여 One channel site을 이용하여 측정하고자하는 Activer (Cz, F3/4, O1, Fz)를 측정하였다.

#### ㉕ 변증도구

박 등<sup>36)</sup>에 의해 驚悸怔忡의 범주에 속하는 불안관련 질환에 대한 변증 표준안을 만들기 위해 개발된 驚悸怔忡 변증도구를 이용하여 피험자의 변증유형을 분석하였다.

### 3) 통계 분석

일반적 특성에 대한 빈도와 백분율과 중위값은 빈도 분석

을 시행하였으며, Shapiro-Wilk test에 의한 비정규 분포변수는 Sign rank test를 사용하여 분석 하였다. 각 평가도구에 대한 사전 사후 비교 평가는 대응표본 T 검정, Wilcoxon signed-rank test를 실시하여 유의성을 평가하고 유의수준은  $p < 0.05$ 로 하였다.

## III. 결과

### 1. 한방정신요법 기반 PTSD 심리치료 프로그램

#### 1) 주요 프로그램 내용과 구성

PTSD 증상에 유효한 한방정신요법과 Trauma 심리치료의 최신 경향인 마음챙김(Mindfulness)기반의 하코미세라피(Hakomi therapy)의 기법<sup>27)</sup>, 현대 심리치료기법<sup>13,28,29)</sup>을 접목하여 PTSD 환자의 한방정신요법에 기반한 심리치료 프로그램을 다음과 같이 개발하였다.

#### (1) 한방정신요법 기반 PTSD 치료 4단계와 내용

PTSD의 한방정신요법 기반 심리치료 프로그램은 크게 4단계로 이루어지는데 1단계는 안전의 장 구축, 2단계는 흘러보내기, 3단계는 받아들이기, 4단계는 통합하기이다. 안전의 장 구축에서는 공감과 수용의 자세로 한 인격체, 유기체로서 치유의 힘을 가진 존재라는 사실을 경험할 수 있도록 존재 자체로 바라보면서 치료자와 환자간의 관계성이 확립되는 시기이다. 흘러보내기 단계에서는 고통의 현장을 억누르려 하지도 않고 없었던 것처럼 외면하지도 않고 그저 올라오는 데로 흘러보내주는 시기이다. 받아들이기 단계는 충분한 흘러보내는 시기를 넘어 있는 그대로 스스로 받아들여지는 시기로 제3자의 권유에 의해 받아들이는 것이 아니라 아파하고 품고 흘러보내는 시기를 걸쳐 스스로 수용이 되는 시기이다. 마지막 통합하는 단계는 내안의 외적 상처와 충분히 확장된 리소스의 만남을 통해 내안에서 통합이 이뤄지는 시기이다.

#### (2) PTSD 증상별 한방정신치료 기법

PTSD의 여러 증상들에 대해 도움을 줄 수 있는 한방정신치료 기법으로는 불안, 극단적 생각에는 경자평지(驚者平之), 오지상승요법(五志相勝療法) 중 사승공법(思勝恐法)을 사용해 볼 수 있고, 재경험, 대처의 어려움에는 기공명상(氣功冥想), 이정변기요법(移精變氣療法)을 사용해 볼 수 있으며 회피반응에는 경자평지요법(驚者平之療法)을 사용해 볼 수 있

다. 비현실감, 죄책감, 이질감 등의 감정에는 지언고론요법(至言高論療法)과 이정변기요법(移精變氣療法)을 사용해 볼 수 있고 안전진념의 붕괴에는 허심합도(虛心合道), 명명(靈明)과 심장신(心藏神) 통합 유지훈련이 가능하다.

### (3) 주요 심리치료기법

#### ① 마음 챙김 명상(Mindfulness)

마음 챙김 명상(Mindfulness)이란 위빠사나(Vipassanā) 통찰 명상에서 유래한 불교 수행법의 하나로 비판단적이고 의도적으로 주의를 현재에 기울이게 하는 자각훈련이다. 마음 챙김 명상 상태에서 사람의 심층에 들어있던 핵심신념(Core Belief)이 의식의 수면 위로 떠오르게 되는데 의식의 수면으로 떠오른 신념을 바라보고 그제 무엇인가를 공부하고 그것을 이해하게 된다. 또한 마음 챙김 명상(Mindfulness)의 반복연습이 중요하다. 연습하다 보면, 느껴지는 그 느낌은 자신의 감각이 되어 몸이 기억한다. 그 느낌이 체득되고 반복되면 자신의 것이 되고 내 삶의 실체가 되어 구체적으로 풀어지게 된다.

‘신체감각 마음 챙김 명상(Mindfulness)’은 마음 챙김 명상(Mindfulness) 상태에서 손, 팔, 가슴, 배, 다리, 발, 뒷목, 머리, 얼굴 등 신체 각 부위에 의식을 집중해보는 것이다. 정신적 외상이 있는 사람들에게 많이 나타나는 과도하게 각성되는 패턴이나 제대로 각성되지 않는 패턴들은 뇌간에 기초한 반응으로, 상위 뇌인 신피질아 하위의 뇌간과 변연계를 통제하지 못하기 때문에, 이러한 사람들에게는 신체와 비언어적인 경험을 통한 뇌간 수준으로의 접근이 효과적이다. ‘신체감각 마음 챙김 명상(Mindfulness)’은 뇌간에 초점을 맞춘 접근으로 대뇌피질이 뇌간, 변연계의 지배에서 벗어나 제 기능을 하도록 하며, 그 결과 불안장애, 우울증 등에서 보이는 감정의 자동화나 충동적인 패턴에서 벗어날 수 있게 된다.

#### ② 러빙 프레젠스(Loving Presence)

심리치료의 과정에서 상대방을 판단하거나 지도하지 않고 사랑과 존경심을 가지고 함께 머물러 있는 상태를 러빙 프레젠스(Loving Presence)라고 한다.

#### ③ 리소스(resource)

본래 사람이 가지고 있는 자원을 리소스(resource)라고 한다. 이는 한의학에서 말하는 정기(正氣)와 비슷한 개념이라 할 수 있겠다. 리소스(resource)에는 성격, 기질, 건강,

신앙, 재능, 취미, 경험 등의 내적 리소스와 자연환경, 사회문화적 환경, 주거, 고향 등의 외적 리소스, 가족, 친구, 동료, 애인, 지역공동체, 애호가 모임 등의 인간관계의 리소스가 있다. 이러한 리소스들은 치유와 성장의 근원이 된다.

#### ④ 마음의 방 그리기와 선천도(先天圖)

마음의 방 그리기는 일본 정신과의사이면서 미국 하코미 연구소 공인 트레이너인 柳受良 선생님께서 의해 처음 소개된 것으로 지금 이 순간 자신의 마음상태를 방의 구조로 시각화, 구체화하여 표현하는 기법이다. 마음의 방 그리기 과정은 막연했던 마음들이 하나 하나 정리되어 내면의 성찰이 이뤄지면서 솔직한 자신의 내면을 보기 시작하게 해준다. 따라서 마음의 방 그리기는 마음을 시각화, 도식화, 객관화, 구체화하는 작업이라 할 수 있고 명상의 집중도를 높일 뿐 아니라 치료전후의 마음의 변화를 관찰하고 평가할 수 있는 유용한 도구이다. 또한 마음의 방 그리기는 明代 李梴이 쓴 《醫學入門》<sup>37)</sup>에 “圈之於首，以便不識字者開卷肅然至簡至易而玩之有趣耳 願生者知此，則自然懲忿窒慾而水火交泰 濟人者知此，則自然辨物居方而沈痾頓復”라 하여 소개된 선천도(先天圖)의 의미와 유사하다 할 수 있다.

#### ⑤ 정위반응(orienting response)과 이정변기요법

정위 반응(orienting response)이란 인간을 포함한 동물은 새로운 자극이 주어지면 그쪽을 바라보거나 몸을 튼다. 자극이 어느 쪽에서 오면, 그에 따라 다가올 위험을 감지하고 예방하기 위한 것으로 일종의 생존반응이다. 한의학에서는 정위 반응을 이정변기라고 할 수 있는데, 이정변기요법은 매몰되어 있던 감정과 기억에서 벗어나고 고통스러운 기억과 체험을 직면하기 위해 신뢰할 수 있는 안전하고 지지적인 환경을 제공하기 위한 요법이다.

#### ⑥ 지언고론요법

지언고론요법이란 환자에 대한 논리적이고 이성적인 언어로 이루어진 정신치료로 대화요법이라 할 수 있다. 지언고론요법은 병의 경중을 이해하게 한 뒤 이를 바탕으로 환자의 근심을 제거하고 질병을 이기려는 마음을 증가시키며 또한 기타 건강회복 치료를 적극적으로 배합하여 환자가 현실과 동떨어진 망상을 극복하면 사회적응력을 향상시키고 병태심리의 압력을 감소시킨다<sup>1)</sup>. PTSD 증상에 있어서는 마음 챙김 명상과 존재론적 사랑의 자세, 외상의 정의, 이론에 대한 설명 등으로 외상의 의미에 대한 인지적 재구성을 하

게 할 수 있다.

⑦ 경자평지요법

경자평지요법이란 불안이나 증상을 일으키는 원인이 되는 자극을 약한 것으로부터 순차적으로 강한 자극을 주어 이들 자극에 습관이 되게 함으로써 증상을 해소시키는 방법이다. 이 방법은 환자에게 반응을 일으키는 자극에 달려 있는데 자극의 강도가 약한 것부터 강한 것까지 환자를 점차 이에 적응하게 하여 습관이 되도록 하는 것으로 주로 놀람, 공포, 분노 등의 證에 사용한다<sup>1)</sup>.

⑧ 오지상승요법

오지상승요법이란 감정적 억눌림에 대한 상극감정으로 해소하는 방법으로 《素問·陰陽應象大論》<sup>38)</sup> “悲勝怒, 恐勝喜, 怒勝思, 喜勝憂, 思勝恐”라 하여 五行 相克理論을 利用하여 感情의 太過不及으로 인한 情志病을 治療하는데까지 응용되고 있다.

⑨ 기공요법

氣功이란 병에 걸리지 않고 건강하며 장수하도록 몸을 단련하고 정신을 수양하는 양생법으로 氣功療法은 調身(신체조절법), 調息(호흡조절법), 調心(의식조절법)의 단련에 의해 經絡을 疏通시키고, 氣血을 調和롭게 하며, 생명의 기본물질인 精, 氣, 神을 개선하고 강화하여 체질을 보강하고 저항력을 높이는 방법이다<sup>1)</sup>. 본 프로그램에서는 ∞ QiGong Method를 이용하여 심리적 扶正祛邪를 하도록 하였다.

2) 한방정신요법 기반 PTSD 심리치료 프로그램

한방정신요법 기반 PTSD 심리치료 프로그램은 주 1회 2시간씩 총 5주 동안 이루어진다(Table 1). 1회차에서는 한방정신요법에 기반한 PTSD 심리치료 프로그램에 대한 설명과 피험자들에 대한 개인력, 병력조사, 여러 심리검사를 실시, 평가를 하고 마음 챙김과 선천도(마음의 방)그리기를 하고 나누었으며 2회차에서는 피험자 개개인의 리소스(resource) 찾기와 마음 챙김, 존재자체로서 사랑과 함께하면서 안전의 장 구축을 통한 관계성 확립을 하였다. 3회차에서는 정위반응(orienting response)을 알아보면서 리소스(resource)들을 신체화하는 연습을 통해 자연스럽게 매몰되어 있는 감정과 기억에서 헤어나오도록 한다. 4회차에서는 신체감각 마음 챙김 명상을 연습을 통해 아프고 힘든 것도 소중히 다루며 받아들이도록 하고 5회차에서는 ∞ 기공요법을 연습하면서 正氣(resource)들을 확장하고 통합하면서 마무리하고 주요 심리검사 및 평가를 하였다. 이후 1주일 후에 피험자들의 이상반응을 추적 관찰하였다.

2. 예비적 임상시험

1) 인구학적 특징

본 연구에 참여한 피험자들의 인구학적 특성을 살펴보면

Table 1. Korean Medical Psychotherapy Program for PTSD

Weeks	Korean Medical Psychotherapy	Program contents Activity	Objectives
1st	Heo-Sim-Hab-Do	Orientation, Pre-psychological examination Diagnosis & Assessment Drawing Sunchundo(Mind room method), Mindfulness Exercise and Sharing feelings	Establishing of Loving presence and the field of safety
2ed	Gi-Un-Go-Roen	Finding Resources, Loving Presence Mindfulness Exercise and Sharing feelings	
3rd	I-Jeong-Byeon-Gi	Orienting response, Somatization to resources Exercise and Sharing feelings	Flowing and sending
4th	Gyung-Ja-Pyung-Ji	Somatic mindfulness Experiencing O-Jang-sin with somatic mindfulness Exercise and Sharing feelings	Acceptance
5th	Oh-Ji-Sang-Seung	∞ QiGong Method, Resource expansion Integration of resources Post-psychological examination	Integration

**Table 2.** Demographic Characteristics

Case	Sex	Age	Education	Marriage	Economic level	Job	Religion	History	Differentiation
1	Female	45	College graduate	Divorced	Lower	Inoccupation	Christianity	None	Sim-Qi-Heo
2	Female	47	College graduate	Divorced	Lower	Office	Christianity	None	Sim-Dam-Heo-Geup
3	Female	53	University graduate	Divorced	Lower	Babysitter	Christianity	None	Sim-Qi-Heo
4	Female	45	University graduate	Divorced	Lower	Professions	Christianity	None	Sim-Hyul-Heo
5	Female	39	High school graduate	Married	Middle	Professions	Christianity	None	Yin-Heo-Hwa-Wang
6	Female	45	High school graduate	Divorced	Lower	Professions	Buddhism	None	Sim-Qi-Heo
7	Female	34	University graduate	Married	Middle	Housewife	Roman catholicism	Panic disorder	Sim-Qi-Heo

**Table 3.** Traumatic Events (K-PDS)

Case	Case that most troubles	Elapsed time	With respect to the traumatic event
1	Family discord and sexual abuse	3~5 years	Helplessness, Extreme fear
2	Her husband's beatings	3~5 years	Physical injury, Feeling that life is threatened others. Helplessness, Extreme fear
3	When preschool molestation Her husband's affair with assault, debt	3~5 years	Feeling that life is threatened others. Helplessness, Extreme fear
4	Husband of missing Child custody and financial issues	6 months~3 years	Helplessness, Extreme fear
5	Father-in-law of violence	3~5 years	Life-threatening, Helplessness
6	Husband of violence, Frustration	6 months~3 years	Feeling that life is threatened others. Helplessness, Extreme fear
7	Birth accident	6 months~3 years	Physical injury, Threats of my life, Helplessness, Extreme fear

7명 모두 여자였고, 30대 2명(28.57%), 40대 4명(57.14%), 50대 1명(14.29%)이었다. 피험자 7명 중 5명(71.43%)은 이혼상태였다. 현재 공황장애 증상이 있는 1명(14.29%)을 제외하고는 특별한 과거력은 없었으며 변증유형은 心氣虛가 4명(57.14%)이었고, 心血虛, 心膽虛怯, 陰虛火旺이 각각 1명(14.29%)씩이었다(Table 2).

**2) 트라우마 사건(K-PDS)**

외상 후 스트레스 진단척도 검사 결과(K-PDS), 피험자 7명 중 출산사고로 인한 외상을 경험한 1명(14.29%)을 제외한 6명(85.71%)은 모두 가정불화와 가족의 폭력이었다. 피험자들 중 18세 이전에 5살 이상 연상인 사람에 의한 성적 인 접촉의 트라우마를 경험한 사람은 3명(42.86%)이었고 가족 혹은 아는 사람으로부터 당한 성과 관련되지 않은 폭행의 트라우마가 있는 사람은 4명(57.14%), 생명을 위협하는 질병을 경험한 사람은 2명(28.57%)이었으며 트라우마가 2개 이상인 사람은 3명(42.86%)이었다. 트라우마와 관련하여 신체적 상해를 겪은 사람은 2명(28.57%), 본인 생명의 위협을 겪은 사람은 2명(28.57%)이었고, 극심한 공포감을

느끼는 사람이 6명(85.71%)이었으며, 피험자들 모두(100%)는 무력감을 호소하였다(Table 3).

**3) 주 유효성 평가지표결과**

한방정신요법 기반 PTSD 심리치료 프로그램의 3차에 걸쳐(1, 3, 5회차) 평가한 한국판 사건충격척도(IES-R-K)의 변화를 관찰한 결과, 프로그램 전에 44.48±6.67에서 3차 진행 후 29.15±4.87로 줄어들었고, 마지막 5회차 후 평가에서는 22.42±6.46으로 사건충격척도 점수가 많이 줄어들었다. 피험자수가 7명인 것을 감안하면 통계학적으로 p값이 0.06으로 나온 것은 의미 있는 결과로 사료된다(Table 4, Fig. 1).

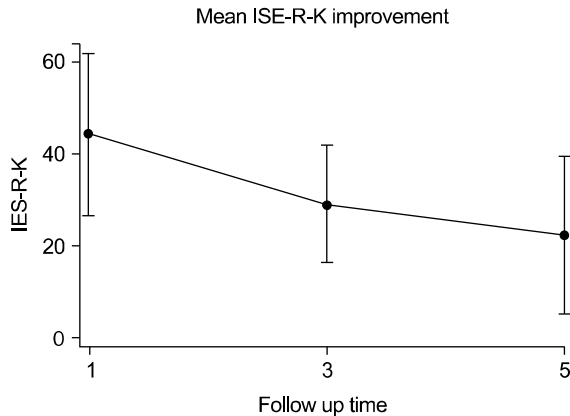
**4) 부 유효성 평가지표결과**

한방정신요법 기반 PTSD 심리치료 프로그램전후 EQ5D 삶의 질 척도는 0.795±0.096에서 0.815±0.052로 더 상승하였으나 유의성 있는 차이는 아니었다. 전반적인 건강상태 VAS 척도에서는 6.000±0.309에서 3.857±0.829로 감소하였고 이는 유의성 있게 전반적 건강상태 VAS가 향상된

**Table 4.** Statistical Change of IES-R-K

Variable	Visit 1	Visit 3	Visit 5	p-value
IES-R-K	44.48 (6.67)	29.15 (4.87)	22.42 (6.46)	0.06*

\*Data were analyzed using repeated measure ANOVA method.



**Fig. 1.** Mean IES-R-K improvement.

결과이다. 불면척도(ISI)에서는  $13.571 \pm 2.935$ 에서  $9.714 \pm 3.490$ 으로 감소하였으나 유의성 있는 차이는 아니었다.

마음 챙김의 하위척도들 변화를 관찰한 결과는 자각행위(acting with awareness)는  $5.393 \pm 0.281$ 에서  $5.679 \pm 0.239$ 로 상승하였고, 비판단(nonjudging of experience)은  $5.071 \pm 0.452$ 에서  $5.000 \pm 0.517$ 로 약간 감소하였으며, 관찰(observing)은  $4.036 \pm 0.443$ 에서  $4.768 \pm 0.484$ 로 상승하였고, 비자동성(nonreactivity)은  $4.490 \pm 0.352$ 에서  $4.245 \pm 0.407$ 로 감소하였으며, 기술(describing)은  $4.493 \pm 0.301$ 에서  $4.893 \pm 0.411$ 로 상승하였다. 전체 마음 챙김 척도는  $4.791 \pm 0.178$ 에서  $4.934 \pm 0.188$ 로 상승하였고 유의성 있는 차이는 아니었다. 하지만 전반적으로 마음 챙김 척도가 상승하는 경향을 나타나 본 연구의 한방정신요법 기반 심리치료 프로그램이 마음 챙김 명상을 잘 유지하고 들어가는 경향이 있는 것으로 나타났다.

우울증척도(BDI)에서는  $19.714 \pm 4.150$ 에서  $9.571 \pm 2.689$ 로 유의성 있게 감소하였다. 상태불안은  $48.429 \pm 4.482$ 에서  $42.714 \pm 4.775$ 로, 특성불안은  $50.286 \pm 4.286$ 에서  $40.571 \pm 4.236$ 으로 감소하였으나 모두 유의성 있는 차이는 아니었다. 화병 척도에서 증상척도는  $50.143 \pm 6.639$ 에서  $44.000 \pm 9.071$ 로, 화병성격척도에서는  $25.857 \pm 2.815$ 에서  $21.429 \pm 4.971$ 로 감소하였으나, 유의성 있는 차이는 아

**Table 5.** Statistical Change of the Whole Participants

Item of Clinical trial research	Pre-program	Post-program	p-value
EQ5D	0.795 (0.096)	0.815 (0.052)	0.797 <sup>#</sup>
VAS	6.000 (0.309)	3.857 (0.829)	0.019*
ISI	13.571 (2.935)	9.714 (3.490)	0.215
Awareness	5.393 (0.281)	5.679 (0.239)	0.306
Experience	5.071 (0.452)	5.000 (0.517)	0.907
Observing	4.036 (0.443)	4.768 (0.484)	0.054
Nonreactivity	4.490 (0.352)	4.245 (0.407)	0.303
Describing	4.493 (0.301)	4.893 (0.411)	0.916
FFMQ total	4.791 (0.178)	4.934 (0.188)	0.408
BDI	19.714 (4.150)	9.571 (2.689)	0.037* <sup>#</sup>
STAI_S	48.429 (4.482)	42.714 (4.775)	0.165
STAI_T	50.286 (4.286)	40.571 (4.236)	0.054
Hwa ST	50.143 (6.639)	44.000 (9.071)	0.612 <sup>#</sup>
Hwa CT	25.857 (2.815)	21.429 (4.971)	0.357

EQ5D: Euro QOL-5 Dimension, VAS: Visual analogue scale, ISI: Insomnia severity index, FFMQ: Five Facet Mindfulness Questionnaire, BDI: Beck Depression Inventory, STAI\_S/T: State-Trait Anxiety Inventory\_State/Trait, Hwa ST/CT: Hwa-byung Symptom/Character.

\*p-value < 0.05, <sup>#</sup>Non normal distribution variables tested by Shapiro-Wilk test were analyzed using Sign rank test. Other variables were analyzed by paired t test.

니었다(Table 5).

### 5) 생체신호 유효성 평가지표 결과

#### (1) 심박변이도(Heart Rate Variability)의 변화

한방정신요법 기반 PTSD 심리치료 프로그램 전후의 심박변이도 평가에서는 특히, 시간영역 분석(Mean HR, SDNN)과 주파수 영역분석(TP, LF, HF, LF/HF)에서 통계적 의미는 없었지만, 신체적, 심리적 안정 경향으로 수치가 변화하였다. Mean HR는  $84.86 \pm 4.65$  (bpm)에서  $76.86 \pm 4.44$  (bpm)로 낮아졌는데, 이는 신체적 심리적 안정감을 가져온 것으로 볼 수 있고, SDNN는  $30.54 \pm 5.44$  (ms)에서  $35.27 \pm 4.88$  (ms)로 증가하였는데 이는 심박동의 유연성이 증가한 것으로 역시 심리적 안정성이 증가한 것이며, 스트레스에 대한 대처 능력이 증가된 것으로 볼 수 있다.

주파수 영역 분석에서 TP (Power)는  $684.57 \pm 303.61$  (ms<sup>2</sup>)에서  $1148.11 \pm 362.33$  (ms<sup>2</sup>)의 상승은 전체 주파수 영역의 활동성을 반영한 것이며, LF (Power)는 심장에 대한 교감신경의 활동성에 대한 지표이며 표준범위 이내에서 낮을 수록 건강한데, 이는  $379.72 \pm 239.53$  (ms<sup>2</sup>)에서  $325.01 \pm 150.58$  (ms<sup>2</sup>)로 프로그램 전에 비해 감소하였으며, HF (Power)는 호흡활동과 관련 있는 고주파수 성분으로 심장



에 대한 부교감 신경계의 활동성에 대한 지표이며, 표준범위 이내에서 높을수록 건강한데, 이는  $78.12 \pm 20.57$  (ms<sup>2</sup>)에서  $134.28 \pm 66.63$  (ms<sup>2</sup>)으로 프로그램 전에 비해 상승하였다. LF/HF는  $5.15 \pm 3.06$ 에서  $4.15 \pm 1.95$ 로 감소하였는데 이는 균형과 안정적인 심리상태를 반영한다고 볼 수 있다(Table 6).

(2) 뇌파(ElectroEncephaloGraphy)의 변화

한방정신요법 기반 PTSD 심리치료 프로그램 전후 각 뇌파 부위별 뇌파 활성도를 측정한 결과, Cz에서는 Eye Closed 상태에서 alpha파가  $7.91 \pm 0.90$ 에서  $12.66 \pm 1.12$ 로, SMR파가  $3.94 \pm 0.49$ 에서  $4.33 \pm 0.48$ 로 의미 있게 상승하였고, O1에서는 EC Alpha파가  $6.99 \pm 0.82$ 에서  $11.32 \pm 1.41$ 로 의미 있게 상승하였다. F3/4에서는 좌우 균형면과 프로그램 전후에서 모두 의미 있는 차이는 없었고, Fz에서도 유의미한 차이는 보이지 않았다(Tables 7~10).

IV. 고찰

PTSD의 치료에 있어서 다양한 정신약물학적 제제가 시도되고 있지만, 현 단계에서 PTSD가 약물의 효과만으로 완전하게 호전되거나 회복되는 것은 불가능해 보인다<sup>4)</sup>. 영국의 National Institute for Clinical Excellency (NICE)<sup>5)</sup>의 임상진료 지침은 1차로 외상 중심 CBT나 EMDR을 실시하고 여기에 반응하지 않으면 2차로 다른 외상 중심의 심리치

료 혹은 약물치료를 시작하라고 권고하여 약물치료보다는 외상 중심의 심리치료를 우선적으로 실시할 것을 강조하고 있다. 인지행동치료(CBT)<sup>7)</sup>, 노출치료(exposure therapy) 및 지속노출치료(prolonged exposure therapy, PE)<sup>8,9)</sup>, 안구 운동 탈감작화와 재구성법(EMDR)<sup>10)</sup> 등 다양한 정신치료요법이 사용되고 있지만 최근에는 직접적 노출과 직면으로 인한 저항감을 줄이고, 프로그램의 참여도를 높이기 위

Table 6. The Change of the HRV

HRV		Mean	Std. Err.	p-value
Mean HR (bpm)	Before	84.86	4.65	0.234
	After	76.86	4.44	
SDNN (ms)	Before	30.54	5.44	0.491
	After	35.27	4.88	
TP (ms <sup>2</sup> ) Power	Before	684.57	303.61	0.140
	After	1,148.11	362.33	
LF (ms <sup>2</sup> ) Power	Before	379.72	239.53	1.653
	After	325.01	150.58	
HF (ms <sup>2</sup> ) Power	Before	78.12	20.57	0.509
	After	134.28	66.63	
LF/HF Ratio	Before	5.15	3.06	0.429
	After	4.15	1.95	

Mean HR: Mean Heart Rate, SDNN: standard deviation of all normal RR intervals, TP: total power LF: low frequency power, HF: high frequency power, LF/HF: the ratio of low frequency to high frequency power.  
\*Non normal distribution variables tested by Shapiro-Wilk test were analyzed using Sign rank test. Other variables were analyzed by paired t test.

Table 7. The Change of EEG at Cz

Cz		Mean	Std. Err.	p-value
EO alpha	Before	7.08	0.59	0.36
	After	7.61	0.57	
EC alpha	Before	7.91	0.90	0.01*
	After	12.66	1.12	
Theta Amplitude EO	Before	11.04	1.00	0.94
	After	11.10	0.63	
Beta Amplitude EO	Before	6.75	0.85	0.92
	After	6.80	0.79	
EO Theta/Beta	Before	1.70	0.12	0.64
	After	1.74	0.17	
EC SMR	Before	3.94	0.49	0.04*
	After	4.33	0.48	
EC Theta/SMR	Before	2.92	0.27	0.46
	After	2.78	0.31	

EO: Eye opened, EC: Eye Closed.  
\*p-value < 0.05. #Non normal distribution variables tested by Shapiro-Wilk test were analyzed using Sign rank test. Other variables were analyzed by paired t test.

Table 8. The Change of EEG at O1

O1		Mean	Std. Err.	p-value
EO Alpha	Before	6.74	0.63	0.53
	After	7.39	0.56	
EC Alpha	Before	6.99	0.82	0.01*
	After	11.32	1.41	
Theta Amplitude EO	Before	9.25	1.08	1.00
	After	9.25	0.61	
Beta Amplitude EO	Before	7.05	0.45	0.55
	After	6.83	0.43	
EO Theta/Beta < 2.2	Before	1.30	0.14	0.68
	After	1.37	0.08	
Theta Amplitude EC	Before	9.29	1.25	0.63
	After	8.66	0.79	
Beta Amplitude EC	Before	7.02	0.53	0.10
	After	7.96	0.75	
EC Theta/Beta	Before	1.30	0.11	0.28
	After	1.11	0.09	

EO: Eye opened, EC: Eye Closed.  
\*p-value < 0.05. #Non normal distribution variables tested by Shapiro-Wilk test were analyzed using Sign rank test. Other variables were analyzed by paired t test.

**Table 9.** The Change of EEG at F3/4

F3/F4		F3			F4		
		Mean	Std. Err.	p-value	Mean	Std. Err.	p-value
Theta Amplitude EC	Before	11.71	1.12	0.67	11.48	0.94	0.77
	After	11.44	0.58		11.34	0.54	
Beta Amplitude EC	Before	8.89	1.35	0.57	8.13	0.86	0.53
	After	8.43	0.82		8.39	0.82	
EC Theta/Beta	Before	1.42	0.15	0.90	1.46	0.10	0.46
	After	1.41	0.11		1.41	0.10	
Alpha Amplitude EC	Before	13.38	1.77	0.50	12.79	2.07	0.51
	After	14.18	1.48		14.08	1.56	
EC Theta /Alpha	Before	0.95	0.10	0.33	0.90	0.09	0.75
	After	0.86	0.09		0.87	0.10	

EO: Eye opened, EC: Eye Closed.

\*Non normal distribution variables tested by Shapiro-Wilk test were analyzed using Sign rank test. Other variables were analyzed by paired t test.

**Table 10.** The Change of EEG at Fz

Fz		Mean	Std. Err.	p-value
HiBeta Amplitude	Before	4.91	0.52	0.74
	After	4.84	0.42	
Beta Amplitude	Before	8.08	0.88	0.52
	After	7.89	0.81	
HiBeta/Beta	Before	0.61	0.03	0.69
	After	0.63	0.03	
Sum HiBeta + Beta	Before	11.05	2.11	0.41
	After	12.73	1.20	
LoAlpha Amplitude	Before	6.93	0.86	0.41
	After	7.71	1.25	
HiAlpha Amplitude	Before	4.16	0.42	0.35
	After	4.60	0.39	
LoAlpha/HiAlpha	Before	1.66	0.13	0.89
	After	1.71	0.30	
Alpha Peak Frequency EC	Before	9.40	0.10	0.51
	After	9.50	0.16	

EO: Eye opened, EC: Eye Closed.

\*Non normal distribution variables tested by Shapiro-Wilk test were analyzed using Sign rank test. Other variables were analyzed by paired t test.

해 스트레스 대처에 효과적으로 알려진 치료 방법으로 마음챙김 명상(Mindfulness)이 새롭게 제시되고 있다<sup>12,13</sup>. 마음챙김 명상(Mindfulness)은 마음챙김을 통해 자신의 내부와 환경에 대한 매순간의 즉각적인 경험에 주의를 초점화함으로써 상황들을 보다 명료하게 바라볼 수 있게 해주어 주의집중의 대상에 대한 정확한 정보 처리를 가능하게 하는 것으로 그 결과, 자동화된 습관적인 반응으로 인한 스트레스의 악순환을 막아주며 스트레스에 효과적으로 대처할 수 있게 하는 것으로 생리적, 심리적인 면에서 스트레스 반응에 효과가 있는 것으로 보고되고 있다<sup>39</sup>.

한방정신요법 기반 심리치료 프로그램은 하코미세라피의 마음챙김과 러빙프레젠스 기법을 기본으로<sup>27</sup>, 현대 신경심리생리학적인 관점인 다중미주신경이론<sup>28</sup>, 수용심리치료<sup>29</sup>, 최신 뇌신경과학에 근거한 트라우마 치료법<sup>13</sup>, 그리고 신경정신과 임상이나 실제 심리치료의 장에서 실천적으로 이용할 수 있는 다양한 기법들과 한의학적 인간관을 중심으로 하여 이루어져 있다.

한방정신요법 기반 PTSD 심리치료 프로그램은 크게 4단계로 이루어지는데, 1단계는 공감해주면서 편안하게 지금 이 순간을 바라볼 수 있게 하는 안전의 장 구축이 우선이며, 2단계는 자연스럽게 안전하게 매몰되어 있는 감정과 기억에서 헤어나오게 하는 흘러보내기, 3단계는 아프고 힘든 것도 소중히 다루는 받아들이기, 4단계는 내 안의 正氣(리소스)와 邪氣(트라우마)를 조심스럽게 통합하기로 이루어져 있다. 한방정신요법 기반 PTSD 심리치료 프로그램의 가장 큰 특징은 모든 과정이 인간 존재 자체로 사랑스러운 존재라는 러빙프레젠스(Loving Presence)라는 비폭력적인, 안심의 장 속에서 체험적으로 자기 주도적 치유를 이루어간다는 것이다. 타인과의 감정적인 공감과 조화를 이루도록 하는 법이나 충분히 이해하고 있음을 전달하는 법, 신체의 느낌, 몸짓, 사소한 자세까지 세심하게 다루므로, 편안한 자연스러움 속에서 무의식에 대한 정보를 얻고 새로운 신념을 얻을 수 있다.

한방정신요법 기반 PTSD 심리치료 프로그램에 사용되는 주요 기법으로는 지금 이 순간 있는 그대로 바라보는 마음챙김명상(Mindfulness), 사랑과 존경심을 가지고 머무는 러

빙 프레젠스(Loving Presence), 치유와 성장의 근원이 되는 리소스(resource), 자신의 마음을 구체화하는 마음의 방 그리기, 매몰된 생각에서 환기시켜주는 정위반응(orienting response)과 이정변기요법, 인지적 재구성을 하는 지언고론요법, 자극에 익숙하게 하여 해소하는 경자평지요법, 감정적 억눌림을 해소하는 오지상승요법, 몸을 단련하고 정신을 수양하는 기공요법 등이 사용되었다.

이렇게 한방정신요법 기반 PTSD 심리치료 프로그램을 개발하고 이 프로그램의 유효성을 검증하기 위하여 트라우마 관련 경험자로 PTSD scale (IES-R-K) 18점 이상이며 본 연구의 취지에 동의한 7명을 대상으로 한방정신요법에 기반한 PTSD 심리치료 프로그램을 주 1회 2시간씩 총 5주 동안 이루어졌다.

3차에 걸쳐(1, 3, 5회차) 평가한 한국판 사건충격척도(IES-R-K)의 변화를 관찰한 결과, 프로그램 전에 완전 외상 후 스트레스 장애 정도인(25점 이상)  $44.48 \pm 6.67$ 에서 3차 진행 후  $29.15 \pm 4.87$ 로 줄어들었고, 마지막 5회차 후 평가에서는 부분 외상 후 스트레스 장애 정도인(18~24점)  $22.42 \pm 6.46$ 으로 사건충격척도 점수가 많이 줄어들었다. 피험자수가 7명인 것을 감안하면 통계학적으로 p값이 0.06으로 나온 것은 의미 있는 결과라 할 수 있겠다(Table 4, Fig. 1).

부유효성 평가결과는 전반적인 건강상태 VAS 척도와 우울증척도(BDI)에서 유의성 있게 감소하는 결과를 나타냈고 한방정신요법 기반 PTSD 심리치료 프로그램 전후 EQ5D 삶의 질 척도는 약간 상승하였고 불면척도(ISI)에서는 감소하였으나 유의성 있는 차이는 아니었다. 마음 챙김 척도는 유의성 있는 차이는 아니었지만 전반적으로 마음 챙김 척도가 상승하는 경향을 나타나 본 연구의 PTSD 심리치료 프로그램이 마음 챙김 명상을 잘 유지하고 들어가는 경향이 있는 것으로 나타났다. 불안척도는 상태불안과 특성불안 모두 감소하였고 화병 척도 역시 증상척도와 성격척도에서 모두 감소하였으나, 모두 유의성 있는 차이는 아니었다. 그러나 전반적으로 삶의 질, 불안, 화병, 불면 등의 증상들이 조금씩 호전되는 것을 알 수 있었다(Table 5).

프로그램 전후의 심박변이도 평가에서 통계적으로 의미 있는 수준은 아니었지만 Mean HR를 제외한 SDNN, TP, LF, HF, LF/HF값이 자율신경계의 불균형을 회복하고 신체적, 심리적 안정 경향으로 변하는 것을 알 수 있었다(Table 6).

본 연구에서 프로그램 전후 각 뇌파 부위별 활성도를 측정한 결과는 Cz에서는 Eye Closed 상태에서 alpha파와 SMR파가 의미 있게 상승하였고, O1에서는 EC Alpha파가 의미 있게 상승하였다. 이는 이완되고 편안한 상태를 반영한다고 볼 수 있다(Tables 7~10).

5주 동안의 한방정신요법 기반 PTSD 심리치료 프로그램이 마무리 된 1주 후 7명의 피험자들을 추적 관찰한 결과 별다른 이상 반응은 없었다.

이상의 결과들을 보면 전반적인 건강상태 VAS 척도와 우울증척도(BDI)에서 유의성 있는 감소와 통계학적으로 의미 있는 차이는 아니었지만 한국판 사건충격척도(IES-R-K)의 감소와 EQ5D 삶의 질 척도와 마음 챙김 척도의 증가, 불안, 불면, 화병척도의 감소, 심박변이도와 뇌파의 변화 등을 고려해 볼 때 외상 후 스트레스 장애(PTSD) 환자들에게 한방정신요법 기반 PTSD 심리치료 프로그램이 효과가 있는 것으로 사료된다.

그러나 본 연구의 아쉬운 점으로는 한방정신요법에 기반한 PTSD 심리치료 프로그램에 참여한 피험자의 수가 적고, 대조군이 없었으며, 프로그램 이후에 효과가 얼마나 지속되는지를 알 수 없다는 점이다. 그러므로 추후에 다양한 인구학적 특성을 가진 대규모 집단에 대해 대조 연구를 실시하고 추적 관찰을 통해 지속적인 효과를 검증하는 등의 보완이 필요할 것으로 사료된다.

한방정신요법 기반 PTSD 심리치료 프로그램은 기존 심리치료와는 다르게 心身一如의 한의학 기본 특징을 그대로 하여 트라우마 환자의 안전의 장을 통한 관계성 확립에서 시행되는 치료법(虛心參道)으로 트라우마 노출은 최소화하여 트라우마를 치료(扶正祛邪)하고 체험중심과 자기 주도적으로 치료(陰坪陽秘)하는 심리치료의 보약이라 할 수 있겠다.

또한 이런 연구를 통하여 한방정신요법을 정리하고 재해석함으로써 한의학, 심리학, 상담학 그리고 정신의학 등 타 학문분야와 소통확대가 기대되고 PTSD 환자들에게 정신, 신체적 접근이 용이한 정서중심의 한의학적 새로운 치료법을 제시함으로써, 국민건강증진과 의료비 감소에 기여하고 예비시험을 통해 얻어진 결과를 바탕으로 프로그램을 보완하여, Trauma 치료를 위한 다양한 임상시험과 사회공포증, 공황장애, 화병 등 트라우마 관련 다른 정신질환에서도 본 프로그램의 활용도를 타진하여, 한방정신요법의 확대를 도모할 수 있겠다.

## V. 결론

본 연구는 한방정신요법의 기존 문헌과 임상적 고찰 그리고 현대 심리학의 접목을 통해 한방정신요법 기반 외상 후 스트레스 장애 심리치료 프로그램을 개발하고 이에 대한 예비적 임상연구를 실시하여 다음과 같은 결과를 얻게 되었다.

1. 한방정신요법 기반 외상 후 스트레스 장애 심리치료 프로그램은 안전의 장 구축, 흘러보내기, 받아들이기, 통합하기의 4단계로 이루어져 있으며, 주요 기법으로는 마음챙김명상(Mindfulness), 러빙프레젠스(Loving Presence), 리소스(resource), 마음의 방 그리기, 이정변기요법(移精變氣療法), 지언고론요법(至言高論療法), 경자평지요법(驚者平之療法), 오지상승요법(五志相勝療法), 기공요법 등이 사용되었다.

2. 본 프로그램의 가장 큰 특징은 心身一如의 이론을 바탕으로 음평양비(陰平陽秘)의 자기조절, 자기체험 심리치료로, 한의학의 허심합도(虛心合道)의 원리와 부정거사법(扶正祛邪法)을 심리학적으로 응용하였다.

3. 예비적 임상시험에서 한국판 사건충격척도(IES-R-K)의 변화는 프로그램 전에  $44.48 \pm 6.67$ , 3차 진행 후  $29.15 \pm 4.87$ , 마지막 5회차 후  $22.42 \pm 6.46$ 로 회차 진행에 따라 감소하는 경향을 나타냈다(p-value 0.06).

4. 프로그램 전후 삶의 질(EQ5D)과 5요인 마음챙김척도(FFMQ)는 상승하였고, 불면(ISI), 불안(STAI), 화병척도는 감소하였다. 이는 유의성 있는 차이는 아니었지만 삶의 질, 불면, 불안, 화병 등의 증상들이 조금씩 호전됨을 알 수 있었고, 삶의 질에서의 전반적 건강상태 VAS와 우울척도(BDI)에서는 통계적으로 의미가 있는 효과를 나타냈다.

5. 프로그램 전후 심박변이도(HRV)의 변화를 관찰한 결과, 신체적, 심리적 안정성 경향으로 수치가 변화되었고, 뇌파(EEG)의 변화는 Cz의 EC상태에서 alpha파, SMR파가, O1의 EC상태에서 Alpha파가 의미 있게 상승하였고 F3/4와 Fz에서는 유의미한 차이가 없었다.

이상의 결과들을 종합해 보면, 본 연구는 기존 임상적, 문헌적으로 유용한 한방정신요법들을 현대 심리학과 접목을 시도하여 한방정신요법 기반 외상 후 스트레스 장애 심리치료 프로그램을 개발하였으며, 이에 대한 예비적 임상연구를 시행하여 의미 있는 효과를 확인하였다. 이는 한방 정신의학과 Trauma 치료에 있어서 의미 있는 성과로 간주

되며, 향후 대조군 임상시험을 통한 후속 연구가 뒤따라야 할 것으로 사료된다.

## REFERENCES

1. The Textbook Compilation Committee of Neuropsychiatry of Oriental Medical schools in nation. The Neuropsychiatry of Oriental Medicine. Seoul. Jip Moon Dang. 2010; 235-42, 509-10, 676-724.
2. Korean NeuroPsychiatric Association. Textbook of Neuropsychiatry. 2nd EDITION. Seoul:Chungang Munhwasa. 2011;222-34.
3. Kim, W., Pae, C. U., Chae, J. H., Jun, T. Y., Bahk, W. M.. The Effectiveness of mirtazapine in the treatment of post-traumatic stress disorder: A 24-week continuation treatment. Psychiatry and Clinical Neuroscience (in press). 2005.
4. Won-Myong Bahk, Kyoung-Uk Lee. Pharmaeotherapy of Posttraumatic Stress Disorder. The Korean journal of psychopharmacology. 2004;15:22-9.
5. Golier, J. A., K. Caramanica, R. Demaria and R. Yehuda. "A Pilot Study of Mifepristone in Combat-Related PTSD" *Depress Res Treat.* 2012;251-393.
6. National Institute for Clinical Excellence. Posttraumatic Stress Disorder (PTSD):The Management of Adults and Children in Primary and Secondary Care. London:NICE Guidelines. 2005.
7. Kim MS. The Cognitive Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder. *Korea Journal of Psychotherapy.* 2009;1(1):45-61.
8. Kwon HI, Kwon JH. Prolonged Exposure for Post-Traumatic Stress Disorder: A Case Report. *Cognitive behavioral therapy.* 2005;5:11-23.
9. Chae JH, Kim HG. Prolonged Exposure for Post-Traumatic Stress Disorder: A Case Report . *Cognitive behavioral therapy.* 2005;5:1-10.
10. Kim DH. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for Post-traumatic Stress Disorder. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association.* 2005;44:147-51.
11. Hyun Nie Ahn. An Empirical Review of Complex Trauma . *Korean Journal of Psychology: General.* 2007;26(1): 105-19.
12. Ji Eun Shin, Boo Jin Park. The Effects of Mindfulness-Based Expressive Arts Therapy on Reducing PTSD Symptoms in Industrial Accident Victims. *Korean journal of counseling and psychology .* 2014;26(3):683-713.
13. Valente, S. M.. Evaluating and Managing Adult PTSD in Prima Care. *The Nurse Practitioner.* 2010;35(11):41-7.
14. Min SG. The newest Psychiatry. The 5th Edition. Iljogak. 2008;346-51.
15. Jeong Hyun Hwang, Jae Sang Ko, Jae Ik Bae, Byung Soo Koo, Geun Woo Kim. A Clinical Report of Three Patients

- with Acute Stress Disorder, Post-Traumatic Stress Disorder Treated by Oriental Medical Treatments. The Korean Society of Oriental Neuropsychiatry. 2011;22(3): 75-85.
16. Sun Hong Kim, Yun Seub Sim. A Case With Traffic Accident Related Post-traumatic Stress Disorder. The Korean Society of Oriental Neuropsychiatry. 2003;14(1): 175-81.
  17. Dongil Kim, Chanam Kwon, Taekyun Lee. A study about chronic pelvic pain as a post traumatic stress disorder which produced by rape. the Journal of Oriental Obstetrics & Gynecology. 2003;16(2):200-14.
  18. Hyun Woo Kim, Ho Jun Kim, Young Hoi Park, Dong Ho Keum, Myeong Jong Lee. Review of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) Symptoms in Traffic Accident Patients. Journal of Oriental Rehabilitation Medicine. 2006;16(1):35-47.
  19. Ji Eun Lee, Hea Sun Cheon, Chung Ryul Ryu, Myoung Rae Cho, Mi Seon Ryu. Comparative Study of General Oriental Medical Treatment and Damjeonggyeok Acupuncture on Pain and Post-Traumatic Stress Disorder due to Traffic Accident . Journal of Korean acupuncture & moxibustion medicine society. 2009;26(6):151-9.
  20. Kyoung Mo Ko, Sung Hun Choi, Jae Su Kim, Seo Young Park, Yun Kyu Lee, Yoon Kyoung Lee, Kyung Min Lee, Bong Hyo Lee, Seong Chul Lim, Hong Sik Choi, Eun Kyung Lee, Tae young Chung, Jung Chul Seo. Original Article: The Clinical Study On Posttraumatic Stress Disorder Patients due to a Serise of Traffic Accidents-SCL-90-R-. Journal of Korean acupuncture & moxibustion medicine society. 2007;24(6):63-8.
  21. Jae Uk Sul, Se Jin Kim, Il Moon Chung, Su Youn Kim, Kyeong Ok Kim, Ha Jeong Jang, Jin Bong Choi. Minnesota Multiphasic Personality Inventory Responses of Traffic Accidental Patients -Followed the Type of Traffic Accident, Posttraumatic Stress Disorder and Sex-. Journal of Oriental Rehabilitation Medicine. 2006;16(3): 137-48.
  22. Yong Ju Kwon, Sung Hun Cho. Oriental medical Intervention Research for Post traumatic stress disorder -A Model of Oriental medicine for Disaster Mental Health-. The Korean Society of Oriental Neuropsychiatry. 2011; 22(4):77-86.
  23. Ha, Sang Kyu. Prevention of stress induced behavioral phenotypes by Radix Polygalae in post-traumatic stress disorder mice. Department of East-West Medical Science. Graduate School of East-West Medical Science Kyung Hee University. Seoul. Korea. Doctoral Dissertation. 2013.
  24. Park JM, Lee GE, Joo-Hee Sue, Dal-Bit Bae, Sung-youll Choi, Hyung-won Kang. A case report for PTSD patients based on Mindfulness & li-Gyeong-Byun-Qi therapy. The Korean Society of Oriental Neuropsychiatry. 2014;25(1): 73-84.
  25. Sue JH, Ryu CG, Cho AR, Lee GE, Lyu YS, Kang HW. Research Status on Psychotherapy in Korean Medicine. J of Oriental Neuropsychiatry. 24(special 1):63-88. 2013.
  26. Kim YD, Heo In , Shin BC, Cindy Crawford, Kang HW, Lim JH. Acupuncture for Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials and Prospective Clinical Trials. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2013.
  27. Sue JH, Kang HW. An Introduction of Hakomi Therapy and Its Application to Korean Medicine. J of Oriental Neuropsychiatry. 24(special 1):101-18. 2013.
  28. Porges, S.W. The polyvagal theory:New insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system. CLEVELAND CLINIC JOURNAL OF MEDICINE. 76(SUP2):86-90. 2009.
  29. Hayes, S. C., Strosahl, K. & Wilson, K. G.. Acceptance and commitment therapy:An experiential approach to behavior change. New York:Guilford Press. 1999.
  30. Eun HJ, Kwon TW, Lee SM, Kim TH, Choi MR, Cho SJ. A Study on Reliability and Validity of the Korean Version of Impact of Event Scale-Revised. Journal of the Korean Neuropsychiatric Association. 2005; 44(3):303-10.
  31. Bo Ra Nam, Ho In Kwon, Jung Hye Kwon. Psychometric Qualities of the Korean Version of the Posttraumatic Diagnosis Scale(PDS-K). The Korean Journal of Clinical Psychology. 2010;29(1):147-67.
  32. Mimeault V, Morin CM. Self-help treatment for insomnia : bibliotherapy with and without professional guidance. J Consult Clin Psychol. 1999;67(4):511-9.
  33. Lee YH, Song JY. A Study of the Reliability and the Validity of the BDI, SDS, and MMPI-D Scales. The Korean Journal of Psychology. 1991;10(1):98-113.
  34. Kim CY. Psychiatric Assessment Instruments. Seoul; Hanauihaksa.2010;120-3, 223-5.
  35. Jung Hye Kwon, Jong Woo Kim, Dong Gun Park, Min Soo Lee, Sung Gil Min , Ho In Kwon. Development and validation of the Hwa-Byung Scale . The Korean Journal of Clinical Psychology. 2008;27(1):237-52.
  36. Dae Myung Park, Sang Ryong Lee, Wee Chang Kang, In Chul Jung. Preliminary Study to Develop the Instrument of Pattern Identification for Jing Ji and Zheng Chong . The Korean Society of Oriental Neuropsychiatry. 2010;21(2): 1-15.
  37. GukYukpyunju Euihakyipmun I (國譯編註 醫學入門 I). Namsandang. pp.13-4. 1988.
  38. Yang you-gul (compile). Hwangjaenaegyung haesuk So-mun(黃帝內經解釋素問). Seoul: Sungbosa. p.35, 304, 664. pp.108-12, 1980.
  39. Song Seungyeon, Cho Hyunju, Kim Sangyoung, Kim Jongwoo. Qualitative Analysis of the Experiences in Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on Hwa-Byung Patients. The Korean Society of Oriental Neuropsychiatry. 2012;23(4):153-68.