

제2형 양극성 장애의 주요우울 삽화에 대한 복합 한방 치료 사례보고: 대인관계 및 사회적 리듬 치료와 변증 치료를 중심으로

이지윤, 김주연, 정진형, 정인철

대전대학교 한의과대학 한방신경정신과

A Case Study on a Patient with Major Depressive Episode of Bipolar II Disorder Treated with a Combination of Interpersonal and Social Rhythm Therapy and Korean Medicine

Ji-Yoon Lee, Ju-Yeon Kim, Jin-Hyung Jeong, In Chul Jung

Department of Oriental Neuropsychiatry, College of Korean Medicine, Daejeon University

Received: August 24, 2020
Revised: September 15, 2020
Accepted: September 24, 2020

Correspondence to
In Chul Jung
Department of Oriental
Neuropsychiatry, College of Korean
Medicine, Daejeon University, 62,
Daehak-ro, Dong-gu, Daejeon, Korea.
Tel: +82-42-470-9129
Fax: +82-42-470-9005
E-mail: npjeong@dju.kr

Objectives: To determine treatment effects of a combination of interpersonal and social rhythm therapy and Korean medicine for a patient with major depressive episode of bipolar II disorder.

Methods: A patient was treated with Korean medicine (acupuncture, herbal medicine, etc.) and interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT) for four months. Pattern identification for depressive mood and sleep associated symptoms was evaluated using Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) and Social rhythm metric II -5 (SRM II -5).

Results: At the end of the treatment, depression and delayed sleep symptoms were improved and social rhythm was recovered to the regular range. The patient acquired an insight to his interpersonal tensions and conflicts.

Conclusions: Korean medicine in combination with interpersonal and social rhythm therapy can be used to treat patients with major depressive episode of bipolar II disorder. More cases are needed to develop guidelines for treating bipolar disorder.

Key Words: Bipolar disorder, Major depressive episode, Circadian rhythm, Interpersonal and social rhythm therapy, Pattern Identification.

I. 서론

제2형 양극성 장애는 주요우울 삽화(major depressive episode)와 경조증 삽화(hypomanic episode), 그리고 간헐적인 관해기(intermittent periods of remission)가 번갈아 나타나는 것을 특징으로 하는 질환이다¹⁾. 제1형 양극성 장애에서 나타나는 조증 삽화(manic episode)와는 별개로, 2형에서 나타나는 경조증 삽화는 4일 이상 지속되는 조증 증상이 명백한 기능 변화를 초래할 정도여야 하나 동시에 사회적, 직업적 기능에 현저한 장애를 일으키거나 입원이 필요할 정도의 심각한 수준은 아니어야 하며, 정신증적 양상도 동반되지 않아야 한다²⁾.

1형과 2형 모두 양극성 장애의 1차 치료는 약물치료이며, 증상의 재발을 방지하고 잔여 증상을 조절하기 위해 약물의 규칙적인 복용과 장기간의 유지치료를 요한다³⁾. 하지만 실제 임상에서는 환자의 병식 부족이나 치료순응도 저하로 인해 약물 복용 중단이 빈번하고, 지속적인 약물치료를 해도 치료 반응이 떨어지거나 재발을 반복하는 경우가 많아 진료에 어려움을 겪는다³⁾. 따라서 1990년대 중반 이후에는 약물 치료의 부가 요법(adjunctive therapy)으로 심리사회적 치료를 함께 시행했을 때 그 치료 효과가 증대되고 재발을 예방할 수 있다는 연구 결과들과 관련 치료 지침 매뉴얼이 개발, 발표되었다^{4,5)}. 이러한 치료적 접근은 다양한 심리사회적 스트레스 즉, 가족 내에서의 갈등, 부정적인 생활사건, 수면-각성 리듬을 방해하는 요인들, 감정 상태에 따라 왜곡된 역기능적 사고 등이 양극성장애에서 증상 재발과 악화에 많은 영향을 미친다는 연구 결과들을 통해 그 중요성이 더욱 강조되고 있다⁶⁾.

다양한 부가 요법 중에서도 대인관계 및 사회적 리듬 치료(Interpersonal and Social Rhythm Therapy, IPSRT)는 양극성 장애에 특화된 심리치료로서 Ellen Frank에 의해 개발되었으며, 이는 주요우울장애에서 경험적으로 지지된 치료인 대인관계치료(Interpersonal Therapy, IPT)에 양극성 장애의 social Zeitgeber theory을 결합한 것이다⁷⁾. social Zeitgeber theory이란 양극성 장애에 취약한 사람들이 일주기 리듬(circadian rhythm)을 비롯하여 생물학적 리듬의 규칙성을 유지하는 데 어려움이 있기 때문에, 이러한 리듬을 조율하는 기능을 하는 사회적 일과에서의 이탈이 기분삽화를 촉발한다는 것을 골자로 한다⁸⁾. 이러한 IPSRT는

일주기 리듬과 양극성장애 사이에 다양한 현상학적, 생물학적 근거들이 존재한다는 다수의 연구에 의해 그 효과가 지지되고 있다⁹⁾.

IPSRT의 병인론은 유전적 취약성, 신경전달물질의 불균형, 스트레스, 일주기 리듬의 불균형(Circadian rhythm dysregulation), 행동장애(증상)들의 상호작용에서 양극성 장애가 기인하며, Frank는 위의 다섯 가지 요소들 중 후자 3가지가 IPSRT에서 다루는 치료대상인 것으로 보았다¹⁰⁾. 따라서, IPSRT는 환경적 스트레스를 대처할 치료법으로 IPT를, 일주기 리듬의 불균형을 사회적 리듬 차트(social rhythm metric) 기록 및 자기 모니터링을 통하여 관리할 수 있도록 제시하고 있다¹⁰⁾.

한의학에서는 수면을 음(陰)과 양(陽)의 조화와 교대에 의하여 이루어지는 것으로 설명한다¹¹⁾. 즉, 하루의 리듬 안에서 인체의 위기(衛氣)가 주간은 양분(陽分)을 순행하고 야간에는 음분(陰分)을 순행하여 일어나는 생리적 과정이라고 보았다¹¹⁾. 따라서, 이러한 균형이 깨질 때 수면 관련 장애가 발생한다고 보아 함께 동반된 증상들을 변증하여 진단하고 치료하고자 하였다.

양극성 장애에 대해서 한의학에서는 조증(燥證), 울증(鬱證) 및 전광(癲狂)의 범주로 파악하고 있다¹²⁾. 이전 한의계의 연구를 살펴보면 MBTI를 활용한 증례¹²⁾와 고방치료를 적용한 증례 보고¹³⁾가 있었으나 이외 높은 근거 수준을 확인할 수 있는 연구는 없었다. 본 논문에서는 양극성 장애에 대해 IPSRT의 대인관계 정신치료, 사회적 리듬 치료와 함께 한의학 변증 치료를 통해 병의 증상과 신체적 특징, 소증의 치료를 병행한다면 양극성 장애 환자를 보다 통합적인 수준에서의 관리가 가능할 것으로 기대하였다. 본원에 내원한 제2형 양극성 장애 환자에 대해 한의 치료와 더불어 IPSRT의 치료 도식을 사용한 증례가 있어 이를 보고하는 바이다.

II. 증례

본 증례는 초진시 연구 목적에 한하여 진료정보를 열람 및 분석하는 것에 대해 사전에 고지하고 환자의 동의를 받았으며, 후향적 증례보고로서 대전대학교 대전한방병원 기관 생명윤리위원회(Institutional Review Board, IRB)의 심의(DJDSKH-20-E-24-1)를 거쳤다. Case Report guideline (CARE guideline)¹⁴⁾을 반영하되 본고의 보고 목적에 맞도

록 수정하였다.

1. 환자정보

환자는 30대 초반의 한국인 남성으로, 운동 관련 업종에 취업을 준비하고 있다. 서울 소재의 대학교를 졸업하였고, 종교는 없었고, 미혼으로 부모님과 함께 살고 있었다. 누나가 있고 결혼하여 타 지역에 살고 있다. 2012년경 요추 추간판탈출증 진단을 받은 과거력이 있다. 가족력은 없었다. 음주량 소주 1.5병/회, 2~3회/주, 현재 흡연자로 흡연 시작 시기는 10년 전(2010년), 일 평균 1갑(니코틴 0.1 mg)이었다. 본원 가정의학과에 의뢰하여 혈액검사(CBC & Differential count, LFT, BUN/Cr, Electrolytes), 소변검사(Urine analysis) 및 심전도, 흉부 엑스레이 시행하였고 특별한 이상 징후는 없었다.

2. 정신과적 병력 조사

환자는 2020년 2월 19일 본원 한방신경정신과에 우울, 무기력 및 불면 증상으로 내원하였다. 2009년경 군 제대 이후 복학하여 서울에서 혼자 지내면서 조울증상이 초발하였고, 증상의 완화와 재발을 반복하였다. 2011년 초 가족과 지인의 권유로 정신건강의학과 내원하였고 처음 양극성장애 진단을 받았다. 동 병원에서 자살 및 타해 가능성에 대해 임상의 평가 후 개방병동에서 1달간 입원하였고 이후 2017년 7월까지 약물치료를 유지하였다. 그러나 떨림, 과도한 졸림, 우울증 악화 등의 증상이 나타나 이를 의과 약물치료의 부작용으로 판단하여 환자 스스로 중단하였다. 이후 감정의 기복이 잘 관리되지 않자 다시 2019년 7월경 2주간 약물치료 하였으나 자살사고가 증가되었고 이 역시 약물의 부작용으로 판단하고 다시 스스로 복약을 중단하였다. 이후 증상의 관해 상태가 유지되다가 2019년 12월 17일경 운동 강사 준비 모임에서의 스트레스 사건 이후 주요우울 삽화가 발현하여 내원하였다.

한번 주요우울 삽화가 발현하면 주로 주 1회 가량의 술 약속 이외에 거의 모든 사회적 및 직업적인 활동을 그만둔 채 집에만 있다고 하였다.

병전 인격(Premorbid Personality)은 다소 소극적이고 내성적이었으며, 어렸을 때 또래 친구들에게 괴롭힘 당한 경험이 있었다. 부모님 중 어머니와는 별다른 문제가 없었으나 아버지는 성격이 다혈질이며 화를 잘 내서 불편하다고 하였

다.

3. 진단적 평가

환자의 우울 삽화 증상 변화를 관찰하기 위해 사용한 Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)는 정신질환의 진단 및 통계 편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 5th Edition, DSM-5)에 제시된 주요우울삽화의 진단기준에 일치하는 9문항으로 구성되어 있어 주요우울삽화의 선별 및 판정에 활용되고 있으며, 최적 절단점은 10점이다¹⁵⁾. 검사 소요 시간이 비교적 적게 소모되고, 주요우울삽화의 임상적 평가도구로 사용되고 있는 The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D), Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)와도 높은 상관성이 있다^{15,16)}. 또한 양극성 우울증을 스크리닝 하기 위한 도구를 개발하는 연구에서 비교측정도구로 사용되었고, 양극성장애 약물치료 알고리즘 연구에서 평가도구로 사용한 HDRS와도 높은 공존 타당도를 보여 임상 현장에서 활용하기에 적합한 것으로 판단하여 본 증례의 경과 관찰을 위한 평가 도구로 사용하였다^{17,18)}.

‘한국형 양극성 장애 약물치료 알고리즘의 적용 가능성’ 연구에서는 환자의 상태를 평가하는 시점인 Critical Decision Point (CDP)를 정하여 조증(경조증, 급속 순환형 포함)의 경우 약물 치료 후 2·4·6주마다, 주요우울 삽화(급속 순환형 포함)의 경우에는 2·4·8주를 CDP로 하여 최대 4개월까지 평가하여 유지치료 여부를 결정하였다¹⁸⁾. 이러한 판단 근거를 본 증례에서도 적용하였다.

환자는 양극성 장애 진단의 정신과적 과거력이 있으며, PHQ-9상 21점(자살 문항 0점)으로 심한 우울증(Severe Depression)이 있는 주요우울 삽화 상태였다. 또한 경조증 삽화 기간에는 4일 이상의 연속 기간 동안 들뜨거나 과민한 기분, 활동과 에너지 증가 상태가 있고, 평소보다 자존감이 증가한다고 보고하였다(“나는 반드시 이 모든 것들을 극복하고 성공할 것이다.”). 같은 기간 동안 수면에 대한 욕구가 줄었으며, 평소보다 말수가 확연히 늘었고 목표 지향적 활동이 증가하는 등 경조증 삽화의 진단기준을 만족하는 것으로 판단하여 제2형 양극성 장애로 진단하였다. 그 중에서도 본 환자는 지난 1년간 4회 이상의 경조증과 주요우울 삽화가 교대하는 양상으로, 급속 순환형(rapid cycling)에 해당했

다.

우울, 불면 이외의 精神抑鬱, 情緒不安, 不思飲食, 善怒易哭, 身疲乏力, 胸悶, 易驚, 心悸, 目眩 등을 호소하였다. 우울증 변증도구(Pattern Identifications for Depression, PIT-D)¹⁹⁾ 및 불면증 변증도구(Pattern Identifications for Insomnia, PIT-Insomnia)²⁰⁾ 결과를 참고하여 이에 따라 1순위 변증을 肝氣鬱結(간기울결), 2순위 변증을 심담허겁(心膽虛怯)으로 진단하였다.

4. 치료적 중재

환자에게 적용된 치료 및 치료경과는 다음과 같다(Fig. 1).

1) 사회적 리듬(Social rhythm) 점검

환자의 사회적 리듬을 SRMII-5 (Social rhythm metricII-5)을 사용하여 추적 관찰하였다. SRMII-5는 IPSRT를 개발한 Frank가 제안한 점검표이다²¹⁾. 본래 생활 리듬을 점검하기 위한 목록은 17가지 항목(기상, 첫번 교류, 아침 음료, 아침 식사, 처음 밖으로 나감, 일과를 시작함(일, 학교, 가사, 자발적 활동, 아이 혹은 가족 돌보기), 점심 식사, 낮잠, 저녁 식사, 운동, 간식/음주, TV 저녁 뉴스 보기, TV 다른 프로 보기, 활동(A), 활동(B), 귀가, 취침)으로 이루어져 있는데, SRMII-5는 이 중 중요한 5가지의 점검 항목을 추천 것이다²²⁾. 비록 17가지 항목을 조사하는 것에 비해 비교적 적은 정보를 수집할 수 있지만, 환자의 기록에 대한 부담을 줄이고 치료를 긍정적으로 받아들일 수 있도록 하는 치료적 이점이 있다고 보았다.

사회적 리듬의 점검은 기상, 첫번 교류(직접 혹은 간접 대면), 활동 시작(일, 운동), 저녁식사, 취침 항목으로 이루어진 SRMII-5를 사용하여 점검하였다. 점검은 두 가지를 표시하는데, 하나는 그 항목이 시작된 시각이고 또 하나는 그 항

목을 시작하는 것과 관련한 타인의 관여 정도이다. 타인의 관여 정도는 0 (혼자서), 1 (타인이 옆에 있으나 관여는 없음), 2 (타인이 능동적으로 관여함), 3 (타인이 자극해서 이루어짐)으로 표시하였다. 점검표에는 일주일 단위로 이루어져 있고, 환자의 목표 시간대(Target Time)가 미리 표시되어 있어 그 날 그 날의 일을 수행한 시간을 Time란에 표시하여 평균 시간대와 얼마나 차이가 있는지를 바로 알 수 있도록 하였다. People란에는 위에서 언급한 타인의 관여 정도에 따른 숫자를 적는다(Table 1).

환자의 목표 시간은 기상(7:30 am), 첫 번 교류(9:00 am), 활동 시작(10:00 am), 저녁식사(6:00 pm), 취침(10:30 pm)으로 설정하였다. 매번 환자는 주로 낮잠 이후 밤에는 잠이 잘 오지 않아서 12:00 am 이후로 잠자리에 들어 1:00~2:00 am 가량 입면하고 9:00~10:00 am에 기상하는데, 깨어나는 데 어려움을 겪었으며 아침의 과한 졸림이 있어 이를 2~3시간 정도의 낮잠으로 보충하였다. 수면 주기가 지연되어 있었기 때문에 잠자리에 드는 시간을 10:30 pm까지 당기는 것을 목표로 하였고, 낮잠을 자더라도 오후 2시 이전에 30분 안으로 짧게 잘 것을 권고하였다. 환자는 당시 꼭 나가야 할 규칙적인 직장이 없었고 우울감이 심할 때는 9:00~10:00 am 사이까지 기상하지 않고 있었기에 잠자리에 늦어도 7:30 am에는 일어나 9:00 am에는 첫 번째 교류를 할 수 있도록 권고하였다. 또 환자는 오후에 운동 관련 강사 자격 취득을 위해 사는 곳 근처의 피트니스 센터에 다니고 있었는데, 아침으로 스케줄을 옮길 수 없어 10:00 am에는 개인 운동을 하고, 오후에는 기존의 강사 과정을 수강하도록 하였다. 6:00 pm에는 저녁 식사 시간을 가질 수 있도록 목표 시간을 설정하였다. 본 점검표는 일주일에 한번 내원 시 지참하여 평균적인 관리 정도를 환자와 치료자가 함께 판단하였다.

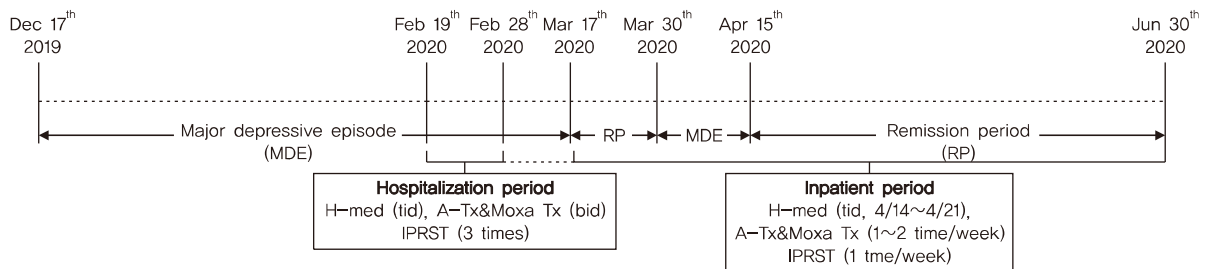


Fig. 1. Timetable of progress.

Table 1. Social Rhythm MetricII-5 (SRMII-5)

Activity	Target Time*	Mon		...	Sun	
		Time †	People ‡		Time	People
Out of bed				...		
First contact with other person						
Start work/school/volunteer/family care						
Dinner						
To bed						
Rate MOOD each day form -5 to +5				...		
-5=Very depressed						
+5=Very elated						

*Write the ideal target time you would like to do these daily activities. †Record the time you actually did the activity each day. ‡Record the people Involved In the activity: 0=Alone; 1=Others present; 2=Others actively involved; 3=Others very stimulating.

2) IPT

IPT 치료 프로그램의 구성은 김²³⁾, 진²⁴⁾의 논문 및 Law의 트레이닝 커리큘럼²⁵⁾ 등을 참고하였다. 치료의 단계는 크게 치료초기(Initial Phase), 치료중기(Middle Phase), 치료종결(Termination Phase)의 3단계로 구분하였다(Table 2). 이러한 치료의 간격은 총 치료 기간 동안 치료 초반에는 주 2회, 중반에는 주 1회 진행하였다.

(1) 치료초기(Initial Phase)

환자의 증상이 제 2형 양극성 장애에서의 주요우울 삽화 기간에 일어나는 상태임을 확인하였고, 이는 상기의 진단적 평가 항목에 서술되어 있다. 그리고 대인관계 인벤토리 (Interpersonal inventory)라고 하여, 환자가 관계에서 주로 보이는 패턴, 상대방과 심리적 거리를 어느 정도까지 좁힐 수 있는지(capacity for intimacy), 그리고 특히 현재 관계들에 대한 평가를 진행하였다. 치료 중기에 초점을 맞추어 치료할 수 있도록 IPT에서 제시하는 네 가지 영역의 대인관계 중 어느 영역에서 어려움을 겪고 있는지 확인하였다. 환자는 본인에게 불편한 감정을 불러일으키는 사람으로 아버지, 군대 선임, 맞먹으려 하는 후배 등을 꼽았다. 그 중에서 아버지와의 강압적이고 일관되지 않은 소통 방식이 우울감을 불러일으킨다고 대답하였고, 대인관계 분쟁(Interpersonal dispute) 영역에서의 곤란을 겪는 것으로 판단하였다. 이에 치료자는 아버지와 겪고 있는 갈등을 해결하는 것이 기분을 개선시킬 뿐 아니라 삶의 질을 상승시킬 수 있음을 설명하였다. 앞으로의 치료는 이러한 갈등 상황에서 환자가 기능적으로 대처할 있는 방안에 초점을 맞출 것임과 앞으로의 치료 일정에 대해서 설명하였다. 환자도 함께 사는

아버지와 겪고 있는 갈등을 해결하고자 하여 치료를 시작하였다.

(2) 치료중기(Middle Phase)

아버지와의 소통 곤란을 해소하기 위해서 먼저 환자가 대인관계 상황에서 마주칠 수 있는 요구나 희망사항을 주장해야 하며, 또 자신이 그러한 것들을 당연히 주장 할 수 있는 사람이라는 자아 존중감을 갖는 것을 강조하였다. 그리고 아버지 에 대한 분노가 일어나는 것은 환자가 고쳐야 할 증상이 아닌 요구와 희망사항이 관찰되지 않아 생겨나는 정상적인 대인관계 신호(normal interpersonal signal)로서의 감정 이므로, 이러한 요구나 희망사항, 분노를 효과적으로 적절하게 표현할 수 있도록 나 전달법(I-message)를 교육하고 장려하였다. 또한 당장 가정 내에서 약간의 불편함을 감수하고 서라도 계속 대화를 시도해야만 갈등이 해소될 수 있음을 강조하여 치료를 마친 후 치료자와 상의한 대화의 방식으로 환자가 가정 내에서 부딪혀 볼 수 있도록 지지하였다.

(3) 치료종결(Termination Phase)

치료의 후반에는 환자가 나 전달법을 가정에서 시도해서 원만한 의사소통을 이끈 사실에 대해서 칭찬하고, 환자의 의견을 적극적으로 수용하는 지지적인 소통의 비중을 높였다. 또한 치료의 종결 이후에도 삶에서 일어날 수 있는 여러 가지 좋거나 고통스러운 상황에 대해서 스스로 본 치료에서 얻었던 성취와 교훈을 기억하여 대처할 수 있도록 격려했다. 즉, 치료 초기 부여한 환자 역할(sick role)에서 벗어나 스스로 문제를 극복해 나가는 역할 전환(role transition)을 할 수 있도록 하였다.

Table 2. Three Phases of Interpersonal Therapy (IPT) Progress

Initial Phase

Objective

- Confirm diagnosis of depression
- Psychoeducation, sick role
- Life event details

Contents

- 1) Interpersonal Inventory
 - Intensive exploration of interpersonal network
 - Important people
 - Details of relationship
 - Frequency, quality, type of contact
 - Emotional support (confiding)
 - Social companionship (fun)
 - Practical support (help)
 - How satisfied is each member?
 - Expectations
 - Reciprocity
 - Non-reciprocal role expectations
- 2) Agreed Formulation
 - Agree a problem area:
 - Grief
 - Role transition
 - Interpersonal disputes
 - Interpersonal sensitivity (deficits)
 - (Single parent family)
 - Set clear collaborative goals

Middle Phase

Objective

- Use specific strategies to help the patient negotiate their interpersonal difficulties more successfully
- Within problem area(s)

Contents (Interpersonal Disputes)

- Review depressive symptoms over the past week
- Relate symptoms onset to overt or covert dispute with significant other with whom the client is currently involved
- Determine the stage of the dispute
- Explain how non-reciprocal role expectations relate to the dispute
- Exploration and discussion of differences in expectations and values
- Exploration of parallels and differences between currently disputed and other past or present relationships
- Exploration and discussion of options available to the client to further resolution of the dispute and/or bring about desired change
- Discussion of communication patterns
- Exploration and discussion of how the dispute is perpetuated
- Explore use of wider network to understand or ameliorate the dispute

Termination Phase

Objective

- Review useful strategies from middle phase
- Encourage mastery of the new skills
- Think about warning signs for relapse
 - Identify techniques to deal with these
- Explicitly discuss feelings about ending
 - Contrast grief with depression

Contents

- Explicit contract at start
 - IPT is the learning of new techniques, designed to persist after ending
 - Some discharge after the final session
 - Patient with depression should really have periodic reviews until well into recovery
 - Sometimes use: Booster IPT, Maintenance IPT
-

3) 한의학적 치료

환자의 증상을 肝氣鬱結으로 변증하였고 이에 따라 초기 한약 치료는 2020년 2월 19일부터 2020년 2월 28일까지 逍遙散(太平惠民和劑局方)을 하루 3번 매 식후 복용하였다. 이후 2020년 4월 14일부터 4월 21일까지 仁熟散(醫學入門)을 복용하였다.

또한 입원 기간 동안 1일 2회, 치료 9주차까지는 주 2회 침구 치료를 받았으며, 이후에는 주 1회 내원하였다. 0.15×20 mm 또는 0.20×30 mm 1회용 stainless 호침(동방침)을 이용하여 百會(GV20), 神庭(GV24), 陰郄(HT6), 膻中(CV17), 外丘(GB36), 丘墟(GB40), 大陵(PC7), 中都(LR6), 申脈(BL62), 照海(KI6) 혈위에 15분간 유침하였다. 불면 개선을 위해 보조적으로 치료기간 동안 申脈, 照海에 피내침을 시행하였다. 뜸 치료는 뜸판(단전구합, 동방침구제작소)에 황토흘(쑤단, 동방메디컬)을 이용하여 중완(CV12), 신궤(CV8), 관원(CV4)에 20분간 간접구를 시행하였다.

5. 추적 관찰 및 결과

2020년 2월 19일부터 3월 16일까지 환자는 심한 우울감을 보였다. 이후 3월 17일부터 30일까지 14일간 우울감이 완화되었고 경조증 삽화에 해당하지 않는 기분의 호전 및 안정적인 상태가 유지되어 2주간의 짧은 관해 상태가 있었다. 3월 31일부터 기력 저하 및 피로감을 호소하면서 4월 4일부터 16일까지 13일간 다시 중등도의 우울감을 호소하였다. 4월 16일부터 치료 4개월 후(visit window±7일)인 6월 19일까지는 기분이 안정적으로 유지되는 증상 관해가 관찰되었다.

1) SRMII-5

환자의 사회적 리듬 변화를 5가지 항목으로 첫 내원 시와 비교하여 2주, 4주, 8주 및 4개월 후의 변화 및 목표 시간과

에 차이를 추적 관찰하였다. 환자의 목표 시간은 기상(7:30 am), 첫 번 교류(9:00 am), 활동 시작(10:00 am), 저녁식사(6:00 pm), 취침(10:30 pm)으로 설정하였다. 대체로 기분의 변동과 관계없이 치료를 위하여 목표한 시간을 지켰기 때문에 생활 리듬은 추적 시기와 큰 관련 없이 목표 시간과 약 30분에서 1시간 가량의 오차범위 내에서 지켜졌고 이것은 Table 3에 기록되어 있다. 단, 활동 시작 항목은 환자의 기분에 따라 그 이상의 변동이 있었고, 대체로 우울 삽화 기간에는 2~3:00 pm에 활동을 시작하였고, 기분의 호전 시에는 정해진 목표 시간에 맞추어 10:00 am시경에 활동을 시작하였다(Table 3).

2) PHQ-9

PHQ-9 점수를 첫 내원, 2, 4, 8주 및 4개월에 추적 관찰하였다. visit window는 ±7일으로, 실제 추적기 이루어진 날짜는 각각 2020년 2월 19일(baseline), 2020년 2월 28일(2 week), 2020년 3월 19일(4 week), 2020년 4월 9일(8 week), 2020년 6월 19일(4 month)이었다. baseline은 21점으로 심한 우울증(Severe depression)에 해당하였고, 2 week는 20점으로 점수상의 호전은 있었지만 여전히 심한 우울증에 해당하였다. 4 week는 8점으로 점수 및 진단상의 유의미한 호전이 있었고, 8 week는 15점으로 중등도의 우울증(Moderate severe depression)이 있었고, 4 month는 3점으로 최소한의 우울감(Minimal depression)으로 우울증 치료 필요성이 없는 수준으로 평가를 종결하였다(21-20-8-15-3). 대체로 우하향하는 점수이나 8 week에 한번 점수의 상승이 있었는데, 2020년 3월 17일부터 주요우울 삽화의 호전으로 안정된 기분 상태가 유지되고 있다가 8 week 당시(2020년 4월 9일) 2020년 3월 30일부터 4월 15일까지 주요우울 삽화가 악화된 후 다시 4 month (2020년 6월 19일)까지 관해 상태를 유지하였기 때문이다. 즉, 환자는 2020년 2월 19일 첫 치료를 시작한 당시부터 2020년

Table 3. Accomplishment State of SRMII-5

Activity	Target Time	Baseline	2 week	4 week	8 week	4 month
Out of Bed	7:30 am	9:00~10:00 am	7:00 am	8:00 am	7:30 am	8:00 am
First contact with other person	9:00 am	10:00 am	10:00 am	8:30 am	8:30 am	8:30 am
Start work/school/volunteer/family care	10:00 am	3:00 pm	2:00 pm	10:00 am	3:00 pm	10:00 am
Dinner	6:00 pm	6:00 pm	6:00 pm	6:00 pm	6:00 pm	6:00 pm
To Bed	10:30 pm	12:00 am	11:00 pm	11:00 pm	11:00 pm	11:00 pm

4월 15일까지 주요우울 삽화의 호전과 악화가 반복되었다가, 2020년 4월 16일부터 2020년 6월 19일까지의 약 2개월간은 관해 상태를 유지되었다(Fig. 2).

3) 임상과의 환자의 평가

환자는 IPT 이후 가정에서 나 전달법(I-message)로 아버지와 대화를 시도하기 위해 노력하였다. 적용해 본 사례는 가정에서 아버지가 형광등을 교체하는 작업을 하는 도중 잘 되지 않는다며 가족들에게 화를 냈었는데, 환자는 아버지에게 함께 화를 내거나 자리를 피하는 대신 소리를 지르는 것에 대해 본인이 느끼는 불안하고 놀란 감정을 설명하였다고 한다. 아버지의 행동이 당장 변화하지는 않았지만, 아버지의 다른 감정적인 대응을 불러일으키지는 않았다고 한다. 이렇게 본인의 감정을 있는 그대로 표현한 경험은 상대방과 다투거나 피하지 않으면서 본인 감정과 상대방의 욕구를 모두 존중할 수 있었던 새로운 경험이었다고 표현하였다.

치료자는 환자가 적절한 자기노출 방식을 습득함으로써 대인관계에서 일어나는 갈등 상황에서 본인이 원하는 것을 솔직하게 표현할 수 있게 되어 직접적으로는 원하는 것을 얻고, 간접적으로는 환기(ventilation)의 효과를 나타내 기분을 좋게 유지할 수 있었던 것으로 판단하였다. 또한 나 전달법을 통해 상대방이 방어적인 태도가 아니라 편안하게 대화에 임할 수 있도록 함으로써 보다 친밀한 대인관계를 맺을 수 있게 되었다고 판단하였다. 이러한 의사소통 기술 습득을 통해 환자는 대인관계로 인한 스트레스 상황을 주체적으로 대처할 수 있었고 본인이 가진 어려운 환경을 스스로 극복할 수 있다는 자기효능감을 획득한 것으로 보인다.

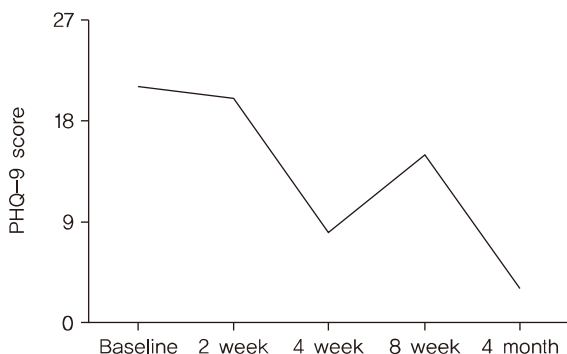


Fig. 2. Summary of change in PHQ-9 score.

III. 고찰

본 논문은 제2형 양극성 장애 환자에게 IPSRT와 한의학적 변증 체계를 진단 및 치료에 적용한 사례이다. 환자는 기존의 의과 약물 치료를 스스로 중단한 이유가 떨림, 과도한 졸림, 우울증 악화 때문이라고 보고하였다. 이것이 실제로 약물에 의한 것인지, 혹은 환자의 경과에서의 나타날 수 있는 임상 양상이었는지는 정확히 판단할 수 없으나 이러한 증상들이 환자의 치료순응도 저하로 이어졌다고 할 수 있다. 환자는 기존의 치료 과정에서 별다른 심리교육(psychoeducation)이나 심리치료 등을 병용한 경험이 없었고, 약물치료에 대한 만족스럽지 못했던 경험으로 인하여 대안적인 치료를 탐색하고 있었다. 따라서 한의치료를 통해 환자의 증상에 대한 전반적 관리를 하면서, 치료 효과를 향상시키고 순응도를 높이기 위해서 인지재구성 및 재발방지의 측면으로 심리치료를 병용하였다.

본고에서는 다양한 심리치료 중에서 IPSRT를 한의학적 치료와 함께 병용하였다. 실제로 양극성장애의 심리사회적 치료는 IPSRT 외에도 가족중심치료(family-focused therapy, FFT), 인지행동치료(cognitive-behavioral therapy, CBT), 집단치료 형태의 정신건강교육(group psychoeducation) 등으로 다양하며, 이미 여러 연구를 통해 그 근거 또한 마련되어 있다³⁾. 이 중에서도 IPSRT를 고려한 이유는 해당 치료법이 양극성 장애에 특화된 심리치료로 개발되었고, 그 치료의 방향성이 본 증례의 환자와 맞다고 판단하였기 때문이다⁷⁾. IPSRT가 가진 치료 방향성은 크게 2가지로 볼 수 있는데 첫째로, IPT를 활용하여 양극성 장애 환자가 겪을 수 있는 대인관계 영역에서 발생한 문제를 해결하는 접근법을 제시하고, 둘째로 양극성 장애 환자에서 흔하게 일어나는 것으로 보고된 일주기리듬의 어긋남(circadian misalignment)을 사회적 리듬(social rhythm)의 점점을 통해 정상화 시키는 것이다¹⁸⁾. 본 증례의 환자는 개인력 청구 과정에서 발병 전부터 아버지와의 계속된 대인관계 분쟁(Interpersonal dispute)이 있었음을 확인하였다. 그리고 지연된 입면 시간 등의 수면 관련 문제를 동반하고 있어 IPSRT가 이 두 가지의 심리적, 신체적 증상을 효과적으로 관리할 수 있을 것으로 판단하였다.

한의학적으로 환자의 정량적 변증측정 도구인 PIT-D 및 PIT-Insomnia를 진단에 활용하였다. 변증도구 결과를 참

고하여 주 변증을 肝氣鬱結, 부 변증을 心膈虛怯으로 진단하고 초기에 주 변증을 위주로, 이후 부 변증에 따라 치료하였다. 환자는 초기에 精神抑鬱, 情緒不安, 善怒易哭, 胸悶, 目眩 등 肝氣鬱結 증상을 호소하여 逍遙散을 투여하였다. 逍遙散의 柴胡는 疏肝解鬱, 當歸와 白芍의 養血柔肝 및 和肝, 白朮과 茯苓의 益氣健脾, 薄荷의 疏肝 및 生薑의 疏散作用을 補助, 炙甘草에서의 諸藥을 調和하는 작용으로 氣機不暢을 疏肝解鬱하고 健脾養血할 수 있어 상기의 증상들이 완화된 것으로 보인다²⁶⁾. 肝氣鬱結 증상이 완화된 이후 환자는 不眠, 易驚, 身疲乏力, 心悸 등 心膈虛怯의 증상을 호소하여 仁熟散을 투여하였다. 仁熟散은 “治膽虛常多畏恐 不能獨臥 頭目不利” 하는 처방으로 栝子仁을 君藥으로 寧心安神함으로써 心血虛를 補益하여 心膈虛弱에 의한 제증을 완화시킨다²⁷⁾.

또한 肝, 膽, 心의 기능실조로 인한 氣機不暢을 해소하기 위해 疏肝解鬱, 寧心安神하는 침구치료를 병용하였다. 心經, 肝經 및 膽經의 郄穴이 되는 陰郄, 中都 및 外丘를 취혈해 각 經의 氣運을 通經絡시키고, 寧心安神하는 효능으로 精神抑鬱을 해소시키기 위해 사용하였다.²⁸⁾ 心煩, 胸悶 증상 개선에 胸間에 위치하여 胸部氣滯를 通理하는 膻中혈과 心包經의 原穴으로 安神 효능이 있는 大陵혈을 취혈하였다²⁸⁾. 膽經의 原穴인 丘墟는 膽經의 原氣를 증강하기 위하여 사용하였다²⁸⁾. 通於陰蹻하는 照海와 通於陽蹻하는 申脈을 불면을 증상 개선을 위해 사용하였고, 이를 지속하기 위해 혈위에 추가로 피내침을 부착하였다²⁹⁾. 百會, 神庭 鬱로 인한 上焦熱을 淸熱하고 安神시켜 頭痛, 目眩을 완화시키기 위한 목적으로 사용하였다²⁸⁾.

양극성 장애는 유전성이 강한 정신장애로 약물치료만으로 치료 성과를 달성할 수 있다는 인식이 있지만³⁰⁾, 실제로는 이것만으로 양극성 장애가 가진 만성적인 재발성 경과를 조절하는 데에는 한계가 있다³¹⁾. 상당수의 환자가 약물치료 만으로는 증상 관해에 이르지 못하며, 유지치료의 재발 방지 측면에서도 한계를 갖고 있는 것이 보고되고 있다³⁰⁾. 특히, 양극성 장애 환자들이 삽화 간(inter-peak) 기간에도 완전히 기능을 회복하지 못하고 역치 미만의 기분변동이나 기능 장애가 지속되어 삶의 질이 하락하는 문제에 대한 관심이 늘어나고 있는데, 이 역시 양극성 장애 환자군에서 두드러지는 약물치료 불순응과 부작용 문제와 연관이 있다³²⁾. 따라서 양극성 장애를 치료하는 데 있어 보다 통합적인 관점에서의 대안을 탐색하는 것이 강조되고 있는데³³⁾, 이러한 경우 한의

치료는 침 치료 등 비경구적 치료가 가능하고 상대적으로 과진정, 졸림, 좌불안석증 등의 부작용이 적어 환자가 치료 저항적 요인이 적고, 인체의 각 증상을 개별적으로 다루지 않고 전반적인 기능 회복의 관점에서 유기적으로 통합하여 치료한다는 점에서 증상의 관리와 유지치료 및 재발 방지 부분에서 이점이 있다고 할 수 있다. 심리치료는 환자의 인지재구성 및 대처능력을 향상시켜 우울 삽화 또는 조증 삽화의 재발 방지에 효과가 있는 것으로 알려져 있으나, 생물학적 취약성을 기반으로 하는 양극성 장애의 특성상 단독치료로 증상을 관리하는 것은 어려울 수 있다³⁾. 따라서 한의치료를 통해 의과 치료에서 나타날 수 있는 부작용을 줄이면서 다양한 증상을 개선시키고, IPSRT를 통해 대인관계에 대한 대처전략을 수립하고 전반적인 삶의 질을 높이고자 하였다. 본 증례에서는 일반적인 한의치료와 함께 IPSRT를 병용할 때 환자의 신체적, 심리적 증상이 일정 정도 개선되었음을 확인하였고, 환자는 어려움을 겪고 있는 특정한 대인관계 상황에서의 적절한 대처를 습득할 수 있었던 것으로 판단된다.

SRMII-5와 PHQ-9를 사용한 사회적 리듬의 변화 및 우울 삽화와와의 관련성을 추적 관찰한 결과, 환자의 생활 리듬은 치료 초기부터 대체적으로 조절된 것을 관찰할 수 있다.

이 등의 연구⁹⁾에서는 야외활동을 빛 노출 정도로 해석하고 일주기 리듬의 변동이 양극성 장애의 핵심 발병기전임을 설명한 바 있다⁹⁾. 수면 위상의 이동은 취침-기상시간 뿐 아니라 호르몬 분비, 기분과 각성도의 변동도 유발하기 때문에 빛 노출 지연과 우울삽화의 연관성이 높다. 이런 이유로 환자에게 비록 우울한 기분으로 인해 의욕이 없더라도 지속적으로 정해진 리듬에 따라 생활할 것을 주시시켰고, 환자는 빛과 활동, 식사 시간 등과 연관된 사회적 리듬을 회복하기 위해 노력하였다.

처음 목표로 한 시간보다 기상 시간 및 첫 번 교류, 식사 및 취침 시간은 약 30분의 오차범위 내에서 지켜졌다. 이러한 사회적 리듬의 회복이 결과적으로 기분 증상의 호전에도 영향을 끼칠 수 있었던 것으로 추정된다.

다만 활동 시작 시간의 경우, 중등도 이상의 우울감이 있는 시기였던 2주(PHQ-9 20점), 8주(PHQ-9 15점)에는 오후 2,3시였고, 우울감이 가볍거나 낮았던 4주(PHQ-9 8점), 4개월(PHQ-9 3점)에는 정해진 스케줄 시간인 오전 10시에 맞춰졌다. 활동 시작 항목에서만 기분삽화의 악화에 따라 사회적 리듬의 지연이 관찰되었는데, 이것은 본 항목만 유일하

게 야외활동을 동반하기 때문에 다른 항목들보다 기분 저하가 민감하게 반영되었던 것으로 추정된다.

본 논문은 다음과 같은 제한점을 가지고 있다. 첫째, 본 증례에 적용한 한의치료의 근거가 미흡하였다. 기존 양극성 장애에 대한 한약 및 침치료 연구가 부족한 관계로 높은 수준의 근거에 바탕한 치료의 시행이 부족하였다. 둘째, 한의 치료에서 한약은 핵심적인 역할을 담당함에도 불구하고, 환자의 기호와 요구로 인한 것이기는 하나 치료기간 중 일부에서만 한약을 복용했기 때문에 양극성장애에 대한 한약치료의 효과를 판단하기에는 제한이 있다. 셋째, 본 연구에서는 임상 현장에서의 범용성을 고려하여 PHQ-9을 평가 도구로 사용하였으나 이는 주요우울삽화의 증상을 평가하는 도구로서 양극성장애의 우울증 양상을 평가하기에 부족한 측면이 있었다. 이에 대해서는 양극성 우울증 평정척도(Bipolar Depression Rating Scale, BDRS)가 개발되어 있는 만큼, 향후의 연구에서는 이러한 평가도구를 통해 양질의 근거 자료를 확보해야 할 것으로 사료된다. 넷째, 설문형태의 평가 방법 이외의 좀 더 객관적인 평가방법을 활용하지 못했다. 한의치료 이후 fMRI를 통한 뇌 혈류동력학적 변화나 코티솔, 멜라토닌 등의 호르몬 변화의 측정 등 보다 객관적이고 정량적인 평가방법에 대한 고려가 필요할 것이다. 따라서 향후에는 이러한 한계점을 보완하여 보다 큰 규모의 증례연구 시행 및 잘 계획된 비교임상시험 등을 시행하고 이를 기반으로 양극성 장애 한의표준임상진료지침이 개발, 보급된다면 한의치료가 양극성 장애에 대한 보편적 치료방법의 하나가 될 것으로 사료된다.

IV. 요약

본 논문은 제2형 양극성 장애 환자에게 한의학적 변증 체계와 함께 IPSRT의 심리 치료 기법을 적용한 증례이다. 제2형 양극성 장애 환자에게 한의치료와 IPSRT를 4개월간 병용한 결과, 환자의 사회적 리듬, 우울증 및 대인관계 능력이 개선되었으며 4개월후 추적조사에서도 호전상태가 유지되었다. 향후 양극성 장애 환자에 대한 높은 근거수준의 한의 임상연구 수행과 한의표준임상진료지침의 개발 등을 통해 양극성장애에 한의치료가 보다 활발히 활용되기를 기대한다.

REFERENCES

- Tohen M, Frank E, Bowden CL, Colom F, Ghaemi SN, Yatham LN, Malhi GS, Calabrese JR, Nolen WA, Vieta E, Kapczinski F, Coodwin GM, Suppes T, Sachs GS, Chemgappa KR, Grunze H, Mitchell PB, Kanba S, Berk M.. The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) Task Force report on the nomenclature of course and outcome in bipolar disorders. *Bipolar Disord* 2009;11(5): 453-73.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA:American Psychiatric Publishing. 2013:991.
- Jung YE, Kim MD. Psychosocial Treatment for Bipolar Disorder. *Mood Emot* 2016;14:19-24.
- Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Beaulieu S, Alda M, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments(CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders(ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2018; 20(2):97-170.
- Goodwin GM, Haddad PM, Ferrier IN, Aronson JK, Barnes TRH, Cipriani A, Coghil DR, Fazel S, Geddes JR, Grunze H, Holmes EA, Howes O, Hudson S, Hunt N, Jones I, Macmillan IC, McAllister-Williams H, Miklowitz DR, Morriss R, Munafò M, Paton C, Sahakian BJ, Saunders KEA, Sinclair JMA, Taylor D, Vieta E, Young AH. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 2016;30(6): 495-553.
- Miklowitz DJ, Johnson SL. Social and familial risk factors in bipolar disorder: basic processes and relevant interventions. *Clin Psychol (New York)*. 2009;16(2): 281-96.
- Harvey AG. Sleep and circadian functioning: critical mechanisms in the mood disorders? *Ann Rev Clin Psychol* 2011;7:297-319.
- Kim BN. Evidence-Based Treatments of Bipolar Disorder. *Korean Journal of Clinical Psychology* 2019;38(4):427-44.
- Lee HJ. Is the Circadian Rhythm Dysregulation a Core Pathogenetic Mechanism of Bipolar Disorder? *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2018;57(4):276-86.
- Choe EH. Interpersonal and Social Rhythm Therapy(IPSRT). *J of Kor Soc for Dep and Bip Disorders* 2004;2:211-6.
- Cho YS, Kim BK. Effects of Tianwangbuxin-dan, Wendantang, Guipi-tang on the expression of MT1 and MT2 melatonin receptors in C6 glial cells. *J of Oriental Neuropsychiatry* 2010;21(2):103-23.
- Kang HC, Choi WJ, Hu YS, Lee SG. Clinical study on a case of Bipolar disorder with MBTI and OMT. *J of Oriental Neuropsychiatry* 2005;16(1):201-9.
- Roh YB, Choi YH. 49 Case reports of Depressive disorder

- and Bipolar disorder Patients, treated with Herbal Medicine. *J of KMediACS* 2010;2(1):15-24.
14. Lee SM, Shin YS, Nam DW, Choi DY. Korean Translation of the CARE guidelines. *The Acupuncture* 2015;32(4):1-9.
 15. Mental health Scale Research team. Manual of Evidence-Based Mental health Scale. National Center for Mental Health. 2020:175.
 16. Lee SH, Huh YJ, Kim JH, Han CS. Finding Optimal Cut Off Points of the Korean Version of the Patient Health Questionnaire-9(PHQ-9) for Screening Depressive Disorders. *J of Kor Soc for Dep and Bip Disorders* 2014;12:32-6.
 17. Sasdelli A, Lia L, Luciano CC, Nespeca C, Derardi D, Menchetti M. Screening for Bipolar Disorder Symptoms in Depressed Primary Care Attenders: Comparison between Mood Disorder Questionnaire and Hypomania Checklist (HCL-32). *Psychiatry Journal* 2013:n.pag
 18. Kim CH, Min KJ, Shin YC, Yun BH, Cho HS, Jon DI, Kim YK, Kwon JS, Bahk WM et al. Feasibility of Korean Medication Algorithm for Bipolar Disorder(I) : Global Assessment. *Korean J Psychopharmacol* 2005;16(3):225-33.
 19. Lee EH, Choi WC, Jung IC. Preliminary Study to Develop the Instrument on Pattern Identifications for Depression. *J of Oriental Neuropsychiatry* 2013;24(4):435-50.
 20. Jeong JH, Lee JY, Kim JY, Kim SY, Kang WC, Lim JH, Kim BK, Jung IC. A Pilot Study of Evaluating the Reliability and Validity of Pattern Identification Tool for Insomnia and Analyzing Correlation with Psychological Tests. *J of Oriental Neuropsychiatry* 2020;31(1):1-12.
 21. Abdullah S, Murnane EL, Matthews M, Choudhury T. Circadian Computing: Sensing, Modeling, and Maintaining Biological Rhythms. Reh J eds. Murphy SA, Kumar S. *Mobile Health: Sensors, Analytic Methods, and Applications*. 1st ed. Springer International Publishing. 2017: 35-58.
 22. Choe EH. Interpersonal and Social Rhythm Therapy(IPSRT). *J of Kor Soc for Dep and Bip Disorders* 2004;2:211-6.
 23. Kim EJ, Yook SP, Cho YJ. The Study of a Group Counseling Effect Based on Interpersonal Psychotherapy(IPT) for Elders Who Lives Alone. *Journal of the Korean Gerontological Society* 2016;36(2):233-57.
 24. Jin SM, Son CN. Effects of Interpersonal Psychotherapy for Group (IPT-G) on Depression Decrease, Anger Control, and Suicidal Ideation Decrease of Depression-prone Adolescents. *Korean Journal of Clinical Psychology* 2015; 34(3):649-66.
 25. Curriculum for Practitioner Training in Interpersonal Psychotherapy(Trainee). Available from: <https://interpersonalpsychotherapy.org/> [Accessed Aug 25 2020]
 26. Department of Prescriptions of Oriental Medicine. *Medical Prescriptions*. Revised edition. Younglim-sa. 2019: 620.
 27. Song IS, Lee JL, Ha KS, Shin JN. A clinical study on the effect of Insook-san on disorder of sleep in childhood. *J Korean Oriental Pediatrics*. 2004;18(2):201-8.
 28. Institute of Korean Acupuncture & Moxibustion Medicine. *Acupuncture Medicine*. Korean Acupuncture & Moxibustion Medicine Society. Jipmumdang. 2012:928.
 29. Kim SH, Lee CH, Yuk SW, Lee KG, Lee TY, Lee SR. Central neural pathways projecting to the acupoints B62 and K6 using the neural tracer. *J Acupunct Res*. 2001;18(2):51-66.
 30. Frederick KG, Kay RJ. *Manic-depressive illness: Bipolar disorders and recurrent depression*. New York, NY: Oxford University Press. 2nd rev. ed. NY:Oxford University Press. 2007:1262.
 31. Kim BN. Evidence-Based Treatments of Bipolar Disorder. *Korean Journal of Clinical Psychology*. 2019;38(4):427-44.
 32. Chantal H, Donatienne VDB, Frank B, Isabelle R, Joël S, Katia MB, Larry JS, Marion L. Affective lability and affect intensity as core dimensions of bipolar disorders during euthymic period. *Psychiatry Res*. 2008;30(159):1-6.
 33. David EK. Managing the side effects associated with commonly used treatments for bipolar depression. *J Affect Disord*. 2014;169:34-44.