

Overview of Insomnia

윤 인 영

분당서울대병원 신경정신과

Introduction

1) 불면증이란 환자 자신이 느끼기에 잠이 불충분하거나 비정상적인 상태로 잠이 들기 힘들거나, 자다가 자주 깨거나, 한번 깨면 다시 잠들기 힘들거나, 수면시간이 짧다고 느끼거나, 잠을 자도 개운하지 않다고 느끼는 등 여러 가지 형태가 복합적으로 혹은 단독으로 나타난다.

2) 불면증의 기간이 한 달 미만이면 일시적 불면증이라 하고 6개월 이상(혹은 1개월 이상, ICSD vs DSM IV)이면 만성적 불면증이라고 하는데 일시적 불면증은 전 인구의 1/3에서, 만성적 불면증은 전 인구의 10%내외에서 경험하는 것으로 알려져 있다.

3) 불면증을 대했을 때에 기본적으로 취할 태도는 불면증이 진단명이 아니라 발열이나 두통 같은 하나의 증상이라는 점이다. 우리가 두통환자나 열이 나는 환자를 대했을 때에 무조건 두통약이나 해열제를 주기 전에 그 원인에 대해 생각하듯이 불면증환자를 처음 대했을 때에 어떤 원인이 있는 것이 아닌가 생각해야 하며 특히 만성적 불면증환자나 노인환자의 경우 그렇다.

4) 불면증을 2차적으로 초래하는 대표적인 질환은 수면무호흡증, 우울증, 주기적 사지운동증(periodic limb movements during sleep, PLMS), 하지불안증후군(restless legs syndrome, RLS), 약물남용이나 금단, 통증(alpha-delta sleep pattern/fibrositis, rheumatoid arthritis, post-

traumatic and other pain disorders) 등이 있다.

5) 만성적 불면증환자나 노인환자를 대할 경우 혹은 불면증의 원인이 의심될 때는(특히 수면무호흡증, 주기적 사지운동증, 하지불안증후군 등) 야간수면다원검사시행을 고려해 볼 수 있다.

6) 앞에서 언급한 이유 없이 혹은 심리적 요인으로 불면증을 호소할 때 이를 DSM-IV에서는 일차적 불면증(primary insomnia)라고 하며 ICSD (International Classification of Sleep Disorders)에서는 이를 3가지로 나누어 기술한다.

즉, - psychophysiologic insomnia

- idiopathic insomnia

: 수면-각성상태를 조절하는 신경구조의 이상으로 어린 시절부터 지속적으로 적절한 수면을 취하지 못하는 상태

- sleep state misperception

: 객관적인 소견 상(검사 혹은 병력) 이상이 없는데도 불면증을 호소하는 상태

Pharmacotherapy

1) 불면증의 원인이 발견되었을 때에는(예; 우울증, 하지불안증후군, 주기적사지운동증 등) 이에 적절한 약물치료를 한다. 수면클리닉에 불면증을 호소하며 찾아오는 환자 중 50% 내외는 우울증으로 생각된다.

2) 정신생리적(일차성) 불면증의 약물치료

① Benzodiazepine - 2 wks미만 사용하도록, tolerance and dependency의 문제

Nonbenzodiazepine - Benzodiazepine 만큼 보고가

* Address for correspondence

In-Young Yoon, M.D., Ph.D.

Department of Neurology, Seoul National University College of Medicine,

Seoul National University Bundang Hospital

300 Gumi-dong, Bundang-gu, Seongnam-si, Gyeonggi-do, 463-707, Korea

Tel: +82-31-787-7463 Fax: +82-31-719-6828

E-mail : jisookim@snu.ac.kr

많지만 오히려 tolerance and dependency의 문제가 있음. Zopiclone (Imovan[®]), Zolpidem (Stionox[®]), Zaleplon (Sonata[®])

- ② Antidepressant - amitriptyline/trazodone/mirtazapine (Remeron[®]), 내성과 의존의 문제는 적다. 효과를 입증한 연구는 많지 않다
- ③ Antihistamine (H₁ blocker) - sleep보다는 vigilance와 연관
Caffeine, methylxanthines - adenosine antagonist

Cognitive-Behavioral Therapy

인지행동치료는 불면증의 상당수를 차지하는 정신생리적 불면증에 가장 효과적이거나 어떤 원인으로 인한 불면증에서도 도움을 줄 수 있다.

1. 정상 수면에 대한 이해

노화에 따라 자주 깨고, 아침에 일찍 잠이 깨는 현상이 정상적인 것을 설명하고 정상 수면의 기준치를 너무 높게 잡지 않도록 한다. 정상적으로 사람이 얼마나 자야하는가 하는 기준이 없음을 설명하고 낮시간에 활동하는데 지장이 없는 정도면 비록 짧은 시간을 자더라도 문제가 아니라고 설명한다.

2. 올바른 수면 위생

- a. 일정한 기상 시간 - 일주기 리듬의 설정(circadian rhythm setting)에 있어서 기상 시간이 취침 시간보다 중요
- b. 적절한 운동 - 저녁 시간의 운동은 오히려 교감 신경을 자극한다.
- c. 자기 전에 간단한 군것질은 괜찮다 - 공복은 수면을 방해할 수 있다.
- d. 낮잠은 가능한 피하는 것이 좋다 - 참기 힘들면 오후 2-3 시경에 잠깐 자도록 하라. 오후 늦게 자는 것은 절대 피해야 한다(homeostic factor vs circadian factor).

3. 수면제한치료(sleep restriction therapy)

불면증에 걸린 환자들은 자신의 부족한 잠을 보충하기 위해 시간이 나면 누으려고 하고 저녁에도 일찌감치 잠자리에 들어간다. 이렇게 취침 시간을 길게 하면 수면의 농도나 효

율이 떨어지고 수면이 회복기능을 상실한다. 불면증 환자의 경우 오히려 수면 시간을 제한해야 한다. 평소에 11시부터 7시까지 잤던 사람이면 1시부터 7시까지 자도록 하고 잘 자게 되면 시간을 조금씩 늘려 나간다. 취침 시간 이외에는 침실에 들어가거나 누워있거나 하면 안된다.

4. 자극 조절 치료(stimulus control therapy)

- a. 침실에서 수면에 방해되는 물건은 모두 치운다. 특히 시계는 불면증 환자의 “천적”이므로 방에서 치우든지 아니면 시계침을 보지 못하도록 돌려놓아야 한다. 불면증 환자는 잠을 못 이루거나 자다가 깨게 되면 시계를 보면서 자기가 지금까지 자려고 싸웠던 시간과 앞으로 자야 할 시간을 계산하며 초조하고 불안해한다. 이렇게 되면 교감 신경이 더욱 자극되면서 잠은 더욱 안오게 된다.
- b. 침실에서는 잠자는 행동 이외에 어떠한 행동도 금해야 한다. 혹자는 침실에서 TV나 책을 보기도 하고 직장에서 못 다한 일을 하기도 하는데 이러한 행동은 금해야 한다. 침실은 잠을 자는 곳이라는 조건화를 이루어야 한다. 잠자리에 누워서 하루 일을 걱정하는 것도 옳지 않은데 생각해야 일이 있을 경우 따로 시간을 할당하여야 한다(worry time).
cf) on-off switch
- c. 앞에서 언급한 대로 침실은 자는 곳이라는 조건화를 형성해야 한다. 취침 시간이 되어 잠자리에 들었다가 잠이 오지 않으면 거실로 나와서 조용히 걷다가 이완 요법을 한다. 그래서 다시 잠이 오게 되면 침실로 들어간다. 이번에도 잠이 오지 않으면 같은 과정을 반복한다. 이렇게 함으로써 침실은 쉽게 잠드는 곳이라는 새로운 연결고리(reconditioning)를 형성하는 것이다.

5. 이완 치료(relaxation therapy)

- a. 불면증 환자의 경우 다음과 같은 2가지 문제를 가지게 된다. 첫째, 스트레스에 민감하게 반응하여 자주 초조와 불안을 보이고 긴장과 교감 신경이 항진된 소견을 보인다. 둘째, 자신의 불면증상에 지나치게 신경 쓰고 사로잡혀서 매일 잠자리에 누우면 ‘과연 오늘은 내가 잘 잘 수 있을까’하는 불안에 사로잡히면서 자려고 노력하게 된다. 자려고 노력할수록 더욱 교감신경이 항진되면서 잠은 오지 않게 되고 그러면서 불안은 더욱 심해지고 더욱 자려고 노력하게 된다. 계속적인 악순환의 고

리를 밝게 된다.

- b. 이완 요법은 우선 부교감 신경의 항진을 통해 교감 신경을 억제함으로써 불면증 환자의 첫 번째 문제를 해결하게 된다. 한편 이완 치료 시 환자가 자신이 잠을 자야한다는 생각에 사로잡혀 불안해하는 대신에 이완요법에 집중하게 함으로써 불안으로부터 주위를 분산시켜 악순환의 고리를 끊을 수 있게 되는 것이다.
- c. 많이 사용되는 이완 치료로는 복식 호흡법(diaphragmatic or abdominal breathing), 점진적 근육 이완법, 상상법(imagery), 최면을 이용한 근육 이완법 혹은 상상법 등이 있다.

6. 광치료(light therapy)

- a. 일정 강도이상의 빛을 저녁 혹은 이른 밤에 비추면 일주기 리듬의 위상 지연(phase delay)이 일어나고 새벽에 비추면 일주기 리듬의 위상 전진(phase advance)이 일어난다는 사실을 이용하여 불면증이 일주기 리듬 장애에 의한 것일 경우 광치료를 사용하게 된다.
- b. 노년기에 보이는 불면증은 입면장애보다는 수면유지곤란과 연관이 있으며 일찍 잠들어서 일찍 깨어나는 특징을 보인다. 심부체온(core body temperature) 혹은 멜라토닌으로 일주기리듬을 측정하였을 때 위상이 전진된 소견을 보이며 이로 인해 새벽에 일찍 깨는 것으로 생각된다. 따라서 2,500 룩스 내외의 빛을 저녁시간(10시전후)에 1-2시간 비추게 되면 위상 지연이 일어나 일주기 리듬이 교정되면서 수면 개선 효과를 기대할 수 있다. 나이와 관계없이 밤에 잠들기는 쉬우나 새벽

에 일찍 깨는 불면증의 경우 위상 전진이 의심되므로 저녁 시간에 광치료를 생각해 볼 수 있다.

- c. 입면 곤란을 호소하거나 자고 난 후 바로 깨는 증상을 호소하는 불면증의 경우 위상 지연을 의심할 수 있으므로 아침에 광치료를 시도하여 위상 전진을 시키면 불면증이 호전되는 것을 기대할 수 있다.

Conclusions

1) 불면증은 수면제로 치료한다는 기계적 태도를 버리고 불면증 환자를 대하면 어떤 원인이 있는 것이 아닌가를 반드시 찾아보아야 한다. 임상에서 흔히 접하게 되는 불면증의 원인은 우울증이며 이외 수면무호흡증, 하지불안증후군, 주기적사지운동증 등이 있다.

2) 인지 행동 치료의 시행시 초반에는 약물 요법을 병행하는 것도 무난하리라 생각되며 이 때 약물은 의존성이 있는 벤조다이아핀계 혹은 비벤조다이핀계 수면제보다는 수면 유도 효과가 있는 항우울제의 처방이 선호된다. 궁극적으로 약물없이 50% 내외의 환자가 인지 행동 치료로 도움을 받는 것으로 생각된다. 인지 행동 치료시 가장 중요한 것은 앞에서 언급한 내용들을 교과서를 읽듯이 환자에게 이야기해서는 안 된다는 것이다. 이러한 치료 지침을 잘 지키게 되면 환자의 불면증이 반드시 치료될 수 있다는 확신을 치료자가 가지고 이러한 확신을 환자에게 심어주는 것이 중요하다.