일반연구논문

비만의 질병지위 획득 메커니즘†

박 혜 경*

이 연구는 비만(obesity)이 어떻게 독립적인 질병지위(status of disease)를 획득하게 되었는지 살펴봄으로써 질병 탄생의 메커니즘을 찾아보고자 하였다. 세계보건기구(WHO)는 1996년과 1997년에 "비만은 분명히 치료가 필요한 병"이라고 경고하였다. 그러나 그 이전까지 비만은 비(非)표준·비(非)정상의 신체 상태로 분류되었고 질병의 범주에 속하지 않았다. 이 논문은 비만이라는 질병의 탄생 메커니즘을 알아보기 위해 비만의 역사적 질병 담론 형성 과정과 병리학적·역학적 실재성을 고찰하였다. 연구 결과, 의료계가 BMI(Body Mass Index: 체질량지수)를 조정하고 정상 신체 범주를 좁히는 한편, 치수차별주의(sizism)를 제도화하였음을 확인하였다. 특히, 의료계가 비만의 신체 상태를 고혈압, 당뇨병 등 의료비 지출이 큰 만성적 고위험 질병과 결부(結付)짓는 비만공포증(fatphobia)을 유포함으로써 비만에 독립적인 질병지위를 부여하는 강력한 의료적 통제관리 메커니즘을 형성한 것으로 확인되었다. 이 논문은 이러한 고찰을 통해 비만과 같은 비(非)감염성 질병은, 실재의 병리학적 요인보다 문화적·사회경제적인 비(非)의료적 요인이 더 강력하게 개입하여 탄생할 수 있다는 함의를 발견하였다.

【주제어】 비만, 질병지위, 체질량지수(BMI), 치수차별주의, 비만공포증

† 이 논문은 '2014년 한국과학기술학회 전기학술대회'에서 발표한 논문을 수정·보완한 것이다. 논증의 엄밀성 등에 유용한 코멘트를 해주신 익명의 세 심사자들께 감사드린다. 또, 학술대회 발표에서 토론을 맡아 꼼꼼하게 논문을 살펴주신 정연보 교수님, 토론회 장에서 다양한 문제제기와 조언을 해주신 김환석, 홍성욱, 송성수 교수님께도 감사드린다.

*충남대학교 사회학과 강사.
전자메일: hkpark333@hanmail.net

1. 연구 목적 및 배경

이 연구의 출발점이자 의문점은 "비만(obesity)은 어떻게 독립적인 질병지위를 획득하였는가?"하는 것이다. 세계보건기구(WHO)는 1996년 "비만은 분명히 치료가 필요한 병"이라고 경고하였다(WHO, 1996). 1997년에는 BMI(Body Mass Index: 체질량지수)를 도입하여 비만의 범위를 규정하고, "비만은 지구 전체의 건강을 위협하는 역병(epidemic)의 일종"이라고 선언하였다(WHO, 1997). 비만을 명백한 '독립적 질병'으로 정의한 것이다. 그러나 그 이전까지 비만은 비(非)표준·비(非)정상의 신체 상태로 받아들여졌을 뿐, 질병이라는 의료적 범주로 분류되지 않았다.[6] 그렇다면, 비만은 '어떻게'질병지위를 얻게 되었을까? 이 연구의 목적은 비만이 독립적 질병지위를 획득하는 과정을 살펴봄으로써 질병의 탄생 메커니즘을 찾아보려는 것이다.

현대의학에서 '질병'[7]은 "신체적 징후와 증상으로 나타나는 몸속의 병리적 변화와 그에 대해 불편함을 느끼는 감정, 아픔 등 개인의 주관적 해석과 반응"이라고 정의되어 있다(여인석, 2007: 34-35; 문창진, 1990: 289). 이 개념 정의에 따르면, 특정한 몸의 상태가 질병으로 규정되기 위해서는 적어도 다음과 같은 세 가지의

6) 마이클 파워·제이 슐킨(2014: 15-20; 45-47)은, 17세기까지 유럽사회에서는 뚱뚱한 것을 부와 지위의 상징으로 여기는 문화가 많았고 18-19세기에도 비만자나 매우 비쩍 마른 사람 등 극단적인 형태의 신체 상태에 있는 사람들에게 경이로움이나 호의와 같은 긍정적 평가를 내리는 분위기가 널리 공유되어 있었다고 적고 있다.

7) 우리말의 '질병(疾病)'은 영어로 disease(질환)와 illness(질병)로 구분하여 사용된다. 전통적으로 전자는 신체적 징후와 증상으로 나타나는 몸속의 병리적 변화를 일컫는 것으로 의료인의 독점적 영역이었고, 후자는 신체적 징후와 증상에 대한 개인의 주관적 해석과 반응을 말하며 주로 사회학자들의 연구 대상이 되어왔다. 그러나 근래 질병에 대한 사회학적 연구는 여기에 sickness(아픔, 건강하지 못함)의 개념을 포함하여 포괄적인 정의를 내리고 있다(문창진, 1990: 289; 고영복, 2000: 376; 여인석, 2007: 33-37; Nettleton, 1995: 14). 고영복(2000: 376)은"질병은 몸의 상처나 결핵과 같은 생물학적 상태를 말한다. 질병은 불편함을 느끼는 주관적 감정과 아픈 사람의 사회적 지위 모두를 고려한다"고 정의하였다. 본고에서는 이러한 사회학적 관점의 질병 개념을 수용한다. 그러나 질환과 질병을 '질병'이라는 용어로 통일하여 사용하며, 이는 의학적 정의에 기반하고 있음을 밝혀둔다.

요건이 필요하다. 첫째, 이전과는 다른 신체적 징후와 증상이 새로 나타나야 한다. 둘째, 이러한 신체적 징후와 증상은 몸속의 병리적 변화에 따른 것이어야 한다. 셋째, 앞서 언급한 두 가지에 대한 개인의 주관적 해석과 반응(불편함을 느끼는 감정, 아픔 등)이 수반되어야 한다. 여기에 근대 의학의 탄생 이후 지배적인 질병관(疾病觀)으로 영향력을 유지하고 있는 생의학 모델(biomedical model)[8]은, '의료적으로 통제·관리할 수 있는 대상'이라는 요건을 질병 규정에서 강조하고 있다(앤서니 기든스, 2011, 362-379). 이렇게 볼 때 1990년대 중반, 비만이 질병 지위를 얻게 된 것은 이러한 요건들을 충족하였기 때문일 것이다.

이 논문은 이러한 문제의식을 토대로 다음과 같은 내용을 탐구하고자 한다. 첫째, '비만의 질병화'가 언제, 어떻게 등장하고 확산되었는지 그 역사적 담론 형성과 발전 과정을 살펴보고자 한다. 둘째, 비만이 '질병'이라는 독립적 지위를 얻기에 합당한 병리학적·역학적 실재성을 가지고 있는지 확인할 것이다. 셋째, 비만이 독립적인 질병 지위를 획득하는 과정에 작용했을 것으로 추측되는 비(非)의료적(문화적·사회적·경제적) 요인들을 탐색함으로써 비만의 질병지위 획득을 결정한 요인이 무엇인지 찾아보고자 한다. 이 연구는 이러한 탐구 내용을 통해 궁극적으로 비만과 같은 비(非)감염성 질병의 탄생 메커니즘을 규명해보려고 한다.

이 논문의 사(史)적 연구 범위는 20세기 이후에서 시작하여 1990년대 중반에 집중되어 있으며, 연구의 공간적 범주는 전 세계를 기초로 하되 미국 사회에

8) 질병에 대한 고대 원시의학의 실체론적 관점은 이후 해부학적 관점, 임상-병리적(clinico-pathological) 관점, 세균병인론(germ theory) 등이 결합한 근대의 생의학적 관점으로 이동하였다. 이러한 배경에 뿌리를 두고 있는 생의학적 모델(biomedical model)은 1977년 조지 엥겔(Engel)이 주창한 생물정신사회적 모델(biopsychosocial model)의 등장으로 비판을 받아왔으나 19세기 이후 현대에 이르기까지 여전히 강력한 지배력을 유지하고 있다. 생의학 모델에서 질병은 특정한 신체적 기능의 장애나 손상으로 이해되며, 그 결과 치료의 초점은 신체의 이상 상태를 개선하는 데에 맞추어진다. 따라서 이 모델에서는 질병의 증상, 원인, 가능한 치료법 등을 중요하게 받아들인다(여인석, 2007: 30-70; 이상열, 2012: 3-6; Alonso, 2004).

초점을 두었다. 그 이유는 20세기 이후 뚱뚱한 몸에 대한 질병 담론이 형성되기 시작하여 1990년대 중반부터 '비만의 질병화' 작업이 뚜렷하게 나타났기 때문이다.[9] 특히, WHO가 이 시기에 비만을 전 세계적 질병으로 선포한데다 미국에서 비만 연구가 활발하게 진행되고 있는 점도 고려하였다. 이 연구는 생의학 의료모델을 비판하는 입장에 서 있다. 연구 내용의 고찰은 국내·외 연구논문, 자료집, 보고서, 언론 보도자료 등의 문헌자료에 절대적으로 의존하였으며 관련 기관 및 단체의 인터넷 홈페이지의 사이버 자료도 활용하였다.

2. 비만의 질병 담론 형성과 발전

1) 반(反)-비만 정서와 편견의 정치화

대부분의 전(前)근대사회에서, 그리고 16-17세기 유럽에서도'살찐 몸'을 풍요의 상징이자 매력적인 신체로 여겨왔다(앤서니 기든스, 2011: 362-363). 미국에서는 19세기 중반에 과식, 폭식이 과도한 자극을 발생시켜 질병과 도덕적 실패를 가져온다는 생각이 있었지만, 경제적 황금기인 19세기 말까지 뚱뚱한 몸을 선호하고 야윈 몸을 가난과 연관 지어 이해하였다(Stern & Kazaks, 2009: 2).

그러나 뚱뚱한 몸에 대한 이러한 선호는 20세기 들어 더 이상 지지되지 못하였다. 1920년대 초부터 영화산업이 급성장하면서 영화에 등장하는 주연 배우들이 이상형 신체의 역할 모델을 제공하였기 때문이다. 여성들은 하루에 바나나 3개로 버티는

9) '비만의 질병화'는 사회구성주의 관점의 의료사회학 이론 중 '의료화 이론(medicalization theory)'을 적용하여 이해할 수 있다. 의료화란, 과거에는 의학적 문제로 여겨지지 않던 영역이나 일상적인 상태, 예컨대 고령, 출산, 음주, 아동의 행동 등을 치료의 대상으로 보고 의료영역으로 끌어들이는 경향을 말한다. 한 사회에서 특정 영역에 대한 의료화가 시작되면, 국가 및 의료계가 해당 영역에 대한 질병의 규정, 재정의, 조기 발견 등에 적극 나섬에 따라 관련 환자수와 인구 1인당 의료비 지출이 급격히 증가한다(르네이 팍스, 1993: 77-80; 남상희, 2004: 12-103; Nettleton, 1995: 27). 본 논문은 비만의 질병화가 이러한 의료화 현상 중 하나라는 전제에 동의한다. 그러나 비만의 질병화를 의료화 프레임에 맞추어 분석하는 것이 아니라, 의료화 프레임 내부에 안착되어 있는 비만의 질병지위 획득 메커니즘을 보다 미시적인 수준에서 탐색하고자 한다.

여배우들의 식단을 추종하였고 중년 남성들조차 20대에 입었던 턱시도를 착용하기 위해 점심과 저녁을 굶는 일이 빈번하였다. 비만과 관련한 심리치료, 체중감량 후 대인관계가 개선된 성공 사례도 주목받았다. 풍만한 가슴과 가느다란 허리를 자랑하는 여배우와 근육질의 남자배우에 대한 선망은 2차 대전 이후 가정주부와 어머니, 대부분의 남성들에게 강력한'신체 규범'이 되었다.(Holmes, 1931: 14-15; Doug, 1936: 110; Crider, 1946; Spencer, 1948: 71; Stern & Kazaks, 2009: 2).

1950년대까지 큰 지지를 받아온 '미용 담론', 즉 영화배우 같은 날씬한 혹은 근육질의 몸에 대한 선호는 1960년대 초부터 1970년대에 이르는 시기에, '건강 담론'으로 대체되었다. 산업계에 셀룰라이트 크림과 강철복근 운동, 불필요한 지방을 제거하는 지방흡입술 등이 등장하고 건강과 체력단련운동이 사회적으로 널리 장려되었다(Stern & Kazaks, 2009: 2-3). 그러나 새로 등장한 '건강 담론'은 서로 다른 여러 방향의 인식론으로부터 제기된 것이었다. 그 중 하나는 페미니즘이 제시한'자기-건강운동(self-health movement)'의 규범이었으며, 또 다른 하나는 '의학적 건강 모델'의 규범, 마지막 흐름은 식품영양학계의 흐름이었다.

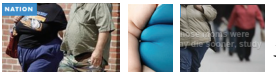
당시 페미니스트 운동은 비만을 질병화하는 작업에 기여하거나 다이어트를 옹호한 것이 아니다. 그들은 표준적인 몸의 설정에 대한 억압성, 여성들의 왜곡되고 정형화된 몸의 존재에 의문을 제기하고 비판하였다. 그들이 제시한 '자기-건강운동'은 의학적 시선에서 규정하는 건강-질병의 범주를 벗어나 자기 몸에 대한 지식과 경험을 더 많이 공유하고 자부심을 갖도록 격려함으로써 자신의 건강을 주체적으로 관리·책임진다는 '대안적 건강'을 주장한 것이었다(크리스 쉴링, 1999: 53-62; 오조영란·홍성욱, 1999: 82; Stern & Kazaks, 2009: 3)

같은 시기 의료계에서도 건강 담론이 제안되기 시작하였다. 그러나 당시 의료계가 제시한 건강 담론의 핵심은 과거에 선호되기까지 하였던 뚱뚱한 몸을, 질병의 차원에서 진술한 '질병 담론'에 근거한 것이었다. 이 시기 미국에서 발표된 비만 관련 학술 논문들을 보면, 건강 및 질병 담론에 뿌리를 두고 있음이 확인된다. 1960년대의 비만 연구는 임상의학적 사례 연구, 에너지 균형과 비만과의 상관관계

연구, 여성비만 및 남성비만과 같은 인구집단별 비만 연구가 많다(Mendelson & Weinberg & Stunkard, 1961; Dabney, 1964).

그런데 이 시기에 출현한 또 다른 인식론적 흐름으로, 식품영양(학) 전문가들이 비만 담론 형성에 유용한 핑계거리를 제공하는데 힘을 기울인 특징이 있다. 당시 이들은 식이요법을 확장한 비만 퇴치 메커니즘 등을 널리 보급하면서 반(反)-비만 정서(anti-fat sentiments)와 비만에 대한 편견을 '정치화'하는데 크게 기여하였다. 그러나 식품영양학의 몸무게 관리에 대한 이러한 집착은, 과학적 신뢰에 기초한 것이 아니라 마름(leanness)에 가치를 두는 당시의 억압적 풍습에 의한 것이었다. 특히, 이러한 전략은 비만을 역병으로 만들고 사람들에게 마른 몸을 어떻게 유지할 것인가 조언할 때 필요한 근거 자료가 되었다. 또, Cooper가 2008년 비만학회에서 발표한 바와 같이, 뉴스미디어들은 비인간화되고 인권이 박탈된 수많은 '머리 없는 뚱보(headless fatties)'사진[10]을 사람들에게 제공했을 뿐만 아니라 Reynolds (2007)가 언급하였듯이 '의학적 필요에 따라 구별된 너무 뚱뚱한' 사람들에게 편견과 무시가 집중되는 부정적 문화를 지속적으로 확산하였다(Aphramor & Gingras, 2011: 192-193).

1970년대에는 비만의 생물 병리적 징후와 위험성에 대한 연구가 많이 눈에 띈다. 특히 당뇨-비만-사망률 간의 연관관계, 심장병 위험인자로서의 비만에 대한 연구가 급증하면서 예를 들어, "관상동맥질환의 약 25%, 울혈성심부전증의 35%가 비만에서 기인한다"와 같은 구체적인 질병통계가 발표되기 시작한다 (Tansey & Opie & Kennetty, 1977; Tavia et al.; 1977; Madison, 1980). 이 과정에서 주목되는 점은, 비만과 만성질환 간의 병리적 연결고리를 만들어내는

10) 

뉴욕타임즈, USA투데이 등에 현재에도 게재되고 있는'머리 없는 뚱보' 사진(NYTimes, 2014; USAToday, 2014)은 비만자의 초상권 보호 차원에서 등장한 것으로 판단된다. 그러나 이러한 사진은, 인간 권리의 기본 토대이며 존엄성을 가진 신체를 분절(分節)하여 특정 부위만 부각시킴으로써 주체의 인격과 정체성을 파편화(공미혜, 1999: 163-164)할 뿐만 아니라 뚱뚱한 사람에 대한 부정적인 시각을 강화하는 데 기여하였다는 점에서 비판을 받아오고 있다.

실천적인 작업이 의료계의 비만담론을 뒷받침하고 있다는 점이다.

미국을 중심으로 한 서구의 비만 연구와 달리, 한국에서는 1970년대 중반에 사람의 비만을 다룬 논문이 처음 등장하였다(최규완, 1976). 그러나 1980년대 중반까지 1-2건에서 5건 내외의 학술논문이 선보였을 뿐, 비만 연구가 활성화되지는 않았다. 하지만 당시의 논문들은 체중초과 및 뚱뚱한 신체 상태를 '비만증'으로 명명하고 성인병의 주범으로 지목하는 등 미국을 중심으로 형성된 서구의 비만 담론과 맥락을 같이하는 특징을 보였다(허갑범, 1980; 김상태, 1985; 성낙응, 1986). 이후 한국에서는 영양학, 식품공학 전공자들은 물론 내과 전문의들이 주축이 되어 비만과 과체중에 대한 예방과 치료, 성인병과의 연관성, 나아가 소아비만 및 중년비만 등과 같은 비만의 인구학적 범주화 작업에 집중하는 양상을 보인다(이기열 외, 1991; 이광우 1992; 탁상숙, 1996; 이기형, 1996).[11] 한국 의료계의 이러한 연구 흐름은 WHO를 중심으로 하는 서구 의학계와 동일한 행보로 이어진다.

2) 치수차별주의(sizism)의 제도화

WHO가 1996년과 1997년에 "비만은 질병, 역병"이라고 연이어 공표함에 따라, 이후 전 세계 국가들이 비만과 전면전을 선포하였다. 당시 WHO는 비만과 과체중이 점차 확산되는 추세를 파악하고 이 문제를 질병으로 다루기 위해, 1997년에 비만 분야의 전문가들을 소집하였다. WHO는 여기서, 일치점이 없이 사용 중이던 여러 나라의 체중 기준, 범위, 추정치 등을 토대로 BMI(Body Mass Index: 체질량지수)[12]

---

11) 그러나 WHO가 비만을 역병으로 선포한 1996년 이전까지 한국에서 비만을 다룬 학술논문은 20-30건에 불과하였고, 1996년에 처음으로 50여건을 기록하였다. 한국의 학계에서 비만 연구가 100건 이상으로 크게 증가한 것은 2000년 이후부터이다. 이때부터 비만과 대사 장애, 비만 치료 수술법 등이 소개되기 시작한다(김상만, 2001; 한상문·김원우, 2005).

12) BMI는 체중(kg)을 신장(m)의 제곱으로 나눈 값으로 정의되어 있다(마이클 파워·제이슐킨, 2014: 50). BMI가 처음 개발된 것은 1833년 벨기에의 수학자인 Adolphe Quetelet에 의한 것이었다. 그는 생명보험회사에 근무하면서 사망 및 출생과 연관된 요인들을 측정하기 위해 몸무게와의 상관관계 유형을 활용하였는데, 당시 이 아이디어는 혁신적인 것이었다(Stern & Kazaks, 2009: 9). 미국에서 유사한 작업이 시작된 시점은 1942년이

를 설정하고 이것에 기준을 두어 통일된 WHO 권고안을 공표한다(Andersen et al., 2003: V). 그러나 이러한 선포는 미국 NIH(국립보건원: The National Institutes of Health)가 1980년대 중반부터 진행해온 '비만의 질병화' 작업의 연장선에서 등장한 것이었다. NIH는 1985년에 비만을 질병으로 전격 분류한다. 이때부터 BMI가 본격적으로 활용되는데, 1985년부터 1998년 사이에 미국 정부간행물에서 과체중의 정의는 여성에게 있어서 BMI가 최소 27.3㎏/㎡이상, 남성에게 있어서는 최소 27.8㎏/㎡이상으로 명시되기 시작한다(Stern & Kazaks, 2009: 9; 2009: 129).

그러나 NIH는, 1997년에 WHO가 통일된 BMI 권고안을 공표하자 그 이듬해인 1998년에 전문가위원단을 구성한 뒤, BMI와 관련한 새로운 정의를 발표한다. 이 보고서에 따르면, BMI 25~29.9㎏/㎡를 과체중으로, BMI 30㎏/㎡ 혹은 그 이상을 '비만'이라는 항목으로 새롭게 규정한다. 당시 이 보고서가 제시한 수치 조정의 근거는 "BMI 25㎏/㎡ 이상의 사람들에게서 건강의 위험이 급속히 증가한다는 증거에 따른 것"이었다. 하지만 NIH의 이러한 발표는 이미 1995년에 WHO가 과체중의 등급을 25㎏/㎡, 30㎏/㎡, 40㎏/㎡라는 세 절단점(cutoff points)으로 구분하도록 권고하고, 여기에 35㎏/㎡의 절단점을 추가토록 한 IOTF(International Obesity Taskforce)[13]의 제안을 적극 반영한 것이었다

다. 미국의 유명 생명보험회사인 MLIC (Metropolitan Life Insurance Company)는 당시 400만 명의 보험 가입자를 신장, 체형, 체중에 따라 몇 개의 집단으로 분류하였는데, 이는 25년 동안 평균적인 몸무게를 유지한 경우 더 오래 생존하였다는 통계에 기초한 것이었다. 이듬해인 1943년에 MLIC는 IBW(Ideal Body Weight)를 제시하였는데, "(당시) 미국사람들에게서 과체중은 너무나 일반적"이라고 보고하였다. MLIC는 이후에도, desirable weight를 제시하고 이러한 기준을 유지한 사람들이 낮은 사망률과 장수(長壽)를 기록하였다는 보고를 통해 적정체중의 유지를 생존률, 사망률 등과 연관 지어 강조한다(Kopelman, 2000: 635; Stern & Kazaks, 2009: 4-6; 2009: 129).

13) IOTF는 1995년 제임스 박사에 의해 전 세계의 아동비만에 대비하기 위해 설립된 전략팀으로 10년 가까운 아동 및 청소년 비만 실태 연구를 토대로 아동 및 청소년용 BMI 기준과 정의를 새롭게 발표하는 한편, 2004년에는 "비만 아동들이 성인이 될 때까지 분명하게 드러나지 않을 수 있는 2형 당뇨병과 심장병의 발병 위험을 심각하게 발전시키고 있다"는 보고서를 WHO에 제출함으로써 아동 비만을 새로운 문제로 제기하는 작업을 지속적으로 전개한다(Stern & Kazaks, 2009: 132-139).

(Stern & Kazaks, 2009: 132-134). 결국 BMI를 설정하여 수치화 작업을 적용함으로써 사람들의 신체를 정상-비정상으로 구분하고 과체중과 비만의 기준을 더 엄격하게, 그리고 비만의 정도를 더 세분화하여 제시하는 작업들은 WHO와 NIH의 합작의 결과이었다고 하겠다.

현재 WHO가 사용하고 있는 BMI 분류에 따르면 정상 체중은 18.5~24.9kg/㎡이며, 25kg/㎡ 이상은 과체중에 해당한다. 이러한 정상 체중의 기준은 앞서 NIH가 제시한 1998년까지의 기준보다 2.3~2.5kg/㎡ 이상 하향 조정된 것이다. 또, 25kg/㎡ 이상의 체중에 대해서도 25~29.9kg/㎡까지를 과체중으로 제한하고, 30kg/㎡이상을 비만으로 새롭게 범주화하는 한편, 비만을 다시 1단계 비만(30~34.9kg/㎡), 2단계 비만(35~39.9kg/㎡), 3단계 비만(40kg/㎡ 이상) 등으로 세분화하고 특히 3단계 비만에 대해서는 의료적 개입이 불가피한 '병적(病的) 비만(morbid obesity)'으로 정의하고 있다(마이클 파워·제이 슐킨, 2014: 49-52; Webber, 2009: 1-2; Kopelman, 2000: 636).[14]

그렇다면, 이러한 체중에 대한 수치 조정 작업은 어떠한 결과를 가져왔을까? 1985년 NIH의 과체중에 대한 규정은, 이전까지 수치 부담을 갖지 않아도 되었던 사람들에게 '몸무게가 과한 사람'이라는 낙인을 찍었다. BMI가 최소 27.3kg/㎡이상인 여성, 최소 27.8kg/㎡이상인 남성들은 1985년을 기점으로 과체중자가 되어 새로운 범주에 묶이게 되었다. 이들 가운데 또 30kg/㎡이상인 사람들은, NIH가 '비만(obesity)'이라는 범주를 새로 설정한 1998년부터 비만자(obese)가 되었으며 이 중 일부는 의료적 개입이 불가피한 병적 비만자로 규정되기에 이른다.

NIH와 WHO가 제도화한 이러한 치수억압(size-oppression)은 BMI 분류에 따른 25kg/㎡ 이상의 집단에 뚱뚱한 사람들이자 건강하지 못한 사람들이라는 강력한 낙인(stigma)의 기제로 작용할 뿐만 아니라 치수차별주의(sizism: 치수를 기준으로 사람에 대해 내리는 편견이나 차별)를 초래한다(Aphramor & Gingras,

14) Webber(2009: 2)가 제시한 WHO의 비만 분류표에 따르면, 1단계 비만과 2단계 비만을 한 범주로 묶어서 '비만(obese)'으로 분류하기도 한다.

2011: 194)는 점에서 분명한 이데올로기이다.[15] Evans et al.(2008)는 비만 담론이, "'몸무게(weight)'가 비만의 일차적인 결정요인이며 '건강(health)'의 모든 선행 및 대표적인 치수를 뛰어넘는 명백한 '웰빙(well-being)'지수라고 우선권을 부여함으로써 몸에 대한 사고, 논의, 행동의 프레임을 제공하였고, 이로써 전 세계적으로 비만 위기(obesity crisis)라고 추정되는 문제의 해법을 선점하였다"고 주장하였다(Rich & Monaghan & Aphramor, 2011: 4).

그런데 정말로, 정상 체중 범주를 벗어난 사람들은 뚱뚱하다는 이유만으로 차별을 받을만하며 비만 때문에 질병을 안고 있는 건강하지 못한 사람들일까? 최근 국내의 한 보고는 "비만이 오히려 심근경색 환자의 사망위험을 낮춘다"는 연구 결과를 내놓았다(한겨레, 2014. 9. 25). 또, BMI가 아주 낮은 경우(병적으로 마른 몸)에도 사망률이 크게 높아진다는 보고는 이미 잘 알려져 있다(마이클 파워·제이 슐킨, 2014: 51). 이러한 결과들은 '뚱뚱한 사람이 사망위험도가 높은 질병을 가지고 있으며, 따라서 일찍 죽는다'라는 통념을 뒤집는 것이다.

3. 비만의 병리학적 · 역학적 실재성

1) 병리학적 실재성

비만은 "체내에 지방이 필요 이상으로 과도하게 쌓인 경우"로 정의되어 있으며 체내 지방의 양, 즉 체지방의 정도에 따라 경도비만, 고도비만 등으로 구분된다(오상우 외, 2009: 9-13). 과거에 비만은 그 자체가 질병이라기보다"성인병 질환을 유발시키는 주된 병인요소"로 인식되어 왔다. 그러나 1990년대 들어, 비만은"병인

15) 실제로 미국에서는 1980년대 이후 비만/과체중과 임금 간의 상관관계에 대한 연구가 시작되면서 비만자로 분류된 사람들이 정상체중인 사람에 비해 소득이 적다는 보고와 비만과 임금 간에 상관관계가 없다는 주장이 맞서 왔다(McLean & Moon, 1980; Register & Williams, 1990; Cawley, 2003). 이후 이러한 보고들은, 뚱뚱한 사람들이 장기 결근 등으로 낮은 노동생산성을 보이는 반면 고용주에게 상대적으로 높은 건강보험 할증을 부담시키고 있다는 많은 보고들로 이어지면서, 생산성에 기초한 임금 책정을 지지하는 미시경제이론들이 비만자에게 임금 불이익을 제공하는 기업들의 고용차별논리를 정당화하는데 활용되고 있다(Cawley, 2014).

요소가 아닌 독립적인 하나의 질환"으로 주목받기 시작하였다(조남한, 2000: 1). 이후 현재까지 비만은 "독립적인 질병이자 다양한 다른 질병을 악화시키거나 발생시키는 원인"으로 받아들여지고 있다(Kopelman, 2000: 635). 비만에 대한 의학계의 이러한 인식 변화는, 비만을 의학적으로 통제·관리할 수 있는 병리적 실체로 수용한다는 의미를 갖는다. 따라서 '비만=질병'이라는 인식은, 다음의 두 가지 의미를 충족하는 것으로 이해된다. 첫째, 비만 자체가 병리적 실재성을 가지고 있어야 한다. 둘째, 비만의 병리적 실체는 약물, 수술과 같은 방식을 포함하는 의학적 치료 방식으로 통제·관리될 수 있어야 한다.

그렇다면 비만은 그 자체에 병리적 실체로서의 특성을 가지고 있으며, 그 결과 의학적으로 통제·관리가 가능한가? 이에 대한 의견은, 의학계 외부는 물론 내부에서조차 엇갈리게 나타나고 있다. 비만 자체를 질병으로 규정하려는 병리적 실증작업이 진행되기 시작한 것은, 비만이 질병으로 선포된 1990년대 중반부터이다. 먼저, 체중감소를 통해 비만을 퇴치할 수 있다고 보았던 건강관리전문가들은 오랜 경험을 통해 그러한 방식으로 비만에서 벗어나는 것이 큰 성공을 거두지 못함을 확인하고, 비만을 만성질환으로 인식하게 되었다(Dana et al., 2003: 271).

하지만 의학계에서는 비만 자체를 명백한 신체의 장애 중 하나로 보고, 특히 BMI 40㎏/㎡이상의 고도비만을 치료하기 위해 외과시술, 약물치료, 유전자 치료, 행동 수정법, 신체활동 개입, 식이요법 등 다양한 의학적 통제·관리 방법을 동원하기 시작하였다(Modern Medicine, 1995). 그러나 Sj str m(1995)에 따르면, 외과시술만이 평균 30~40kg의 감량효과가 있을 뿐이다(Dana et al., 2003: 271).[16] 그런데 현재 시행중인 다양한 외과수술은 비만 자체를 근본적으로 치료하는 것이

16) 비만의 수술적 치료는 1952년 스웨덴의 외과의사 Victor Henriksson에 의해 처음 시도된 것으로 기록되어 있는데, 당시 소장의 일부를 제거하여 상당한 체중 감소 효과를 거두었으며, 1960년대 부터는 미국에서도 체중 감량을 위한 위장 수술법이 시행된다. 1985년에는 미국에서 지방흡입술이, 1991년에는 관상동맥 바이패스 수술이 승인된다. 그 후에도 다양한 수술법이 개발되었고 현재는 루와이 위우회술, 위밴드술, 담췌전환술, 슬리브위절제술 등이 활용되고 있다(최승호, 2012: 1; Stern & Kazaks, 2009: 127-130).

아니라 비만한 몸을 수술이라는 방법을 동원해 물리적으로 교정하는 처치 방식이다. 1991년 비만 치료를 위해 관상동맥 바이패스수술 법(안)을 승인하였던 NIH 위원들도 비만수술에 대해 "심각하게 뚱뚱한 사람들을 위해 효과적인, '외과적 개조(surgical alterations)'"라고 표현한 바 있다(Stern & Kazaks, 2009: 130).

더욱이 비(非)외과적 방법은 5~10%의 감량 효과에 그칠 뿐 아니라 장기적인 효과도 나타내지 못한다는 부정적 평가를 받고 있다(Dana et al., 2003: 271). 1990년대 초 10년간의 연구 결과로 발견된 지방억제호르몬 렙틴(leptin)은, 1999년 여러 연구들에 의해 '체중감량에 효과적이지 않다'는 내용이 보고되었다. 1992년에 개발·출시되어 대량 처방되었던 다이어트 치료약 fen-phen은, 1997년 Mayo 클리닉이 fen-phen 사용자 중 240명에게서 (체중 감량 효과 대신) 심장판막위험을 발견하였다고 보고하면서 큰 논란에 휩싸인 바 있다(Stern & Kazaks, 2009: 130-134). 이러한 결과들로 볼 때, 비만이 과연 질병의 일종으로 의료적인 통제·관리 아래에 놓일 수 있는지 의구심이 든다. 물론, 비만이 난치성 질병으로서의 성격을 갖는 것이라고 이해될 수도 있다. 그러나 다른 한편으로, 비만이 의료적 통제·관리의 의미나 필요성이 없는 자연스러운 신체 상태라는 것을 반증하는 것이라고도 볼 수 있다.[17]

17) 물론 의학적인 입장에서 규정한 난치성 질환을 생각해본다면, 의료적으로 통제·관리될 수 없기 때문에 특정한 신체 상황이 질병이 될 수 없다는 논리를 제시하기는 어렵다. 비만은 의학적 통제·관리에 편입되기 어려운 특징을 가지고 있다는 점에서 난치성 질환과 공통점이 있다. 그렇지만 비만이 명확한 난치성 질병의 특징을 갖고 있는 것은 아니다. 사전적 정의에 따르면, 난치병(intractable disease)은 원인이 불명이고 치료법이 아직 확립되지 않았기 때문에 완치되기 어려우며 후유증을 남기는 만성적 질환이어서 장기간 가족들에게 경제적·정신적 부담을 지우는 질병이다. 대표적인 난치성 질병으로는 베체트병, 중증근무력증, 전신성낭창 등이 있다(이철수 외, 2009; 강영희, 2008). 이러한 특징으로 볼 때 난치병은 운동, 식습관 등과 같은 일상적인 삶의 방식만으로는 전혀 통제될 수 없는 질병이다. 그러나 대부분의 비만은 이와 다르다. 의료계에서 운동, 식이요법 등을 주요한 비만 예방법이나 해결책으로 제시하고 있는 점을 고려할 때, 비만은 일상적인 삶의 과정에서 자연스럽게 변화할 수 있는 신체 상태로 규정하는 편이 옳다.

Aphramor & Gingras(2011: 192-193)는 비만/과체중에는 임상치료나 학술분야에서 흔히 사용하는 의학적 특징(medical salience), 의학적 개입을 필요로 하는 병리학적 조건(pathological condition)이 거의 혹은 더 이상 없다"고 강조하였다. 의학계의 보고 중에, "비만은 당뇨병, 고지혈증, 고혈압 및 관상동맥질환 등과 연관관계가 있어 광범위하고 심각한 건강상의 문제를 초래할 수 있다고 알려져 있으나, 비만과 관련된 건강상의 문제가 비만이 원인인지 비만과 동반된 다른 요인의 역할이 반영된 것인지 구별하기는 매우 어렵다"는 문제제기도 있다(이홍규, 1992: 34).[18]

비만/과체중이 고혈압, 당뇨, 심혈관계 질환 등의 대사성 질환(metabolic disease)과 매우 밀접한 관련이 있으며 이들 질병의 유발인자라는 의학계의 보고들은 1970년대 이후 줄곧 이어져왔다. 특히, WHO가 비만을 질병이자 역병으로 공표한 1996년 이후 대사성 질환과 비만의 상관관계는 현재까지 매우 강력하게 지지되고 있다(마이클 파워·제이 슐킨, 2014: 54). 하지만 이러한 연관성은, 의학계 내에서 비만/과체중을 질병 자체로 보는 것이 아니라 만성 대사성 질환의 강력한 위험인자 혹은 유발인자로 보고 있음을 확인해주는 것이다. 더욱이, 비만/과체중과 대사성 질환 간의 병리적 인과 관계가 뚜렷하다고 해서 비만 자체가 질병이 된다고 볼 수는 없다.

2) 역학적 실재성

1990년대 중반에 들어 몸 자체가 뚱뚱한 사람이 전 세계적으로 유행병처럼 급증하였는가? 비만의 병리학적 실재성이 뚜렷하지 않다고 하여도, 역학(疫學: epidemiology)[19]적 상황이 비만의 질병지위 획득에 영향을 미쳤을 가능성이 있다.

---

18) 다만, 발병기전이 어떻든 간에 많은 연구 결과들이 비만한 사람에게서 여러 질병 상태에 의한 유병률 및 사망률이 높다는 보고에 의학계가 주목하고 있는 것은 사실이다(이홍규, 1992: 34).

19) '역학'은 "질환이나 질병의 새로 발생한 환자 및 현재 발병한 환자의 빈도수와 비율 등을 연구하는 학문"으로(Nettleton, 1995: 162), "질병분포와 질병원인 등을 이해하고 이를 감소시키거나 예방 또는 중재하는 임상의학의 기초학문"에 속한다(조남한, 2000: 1).

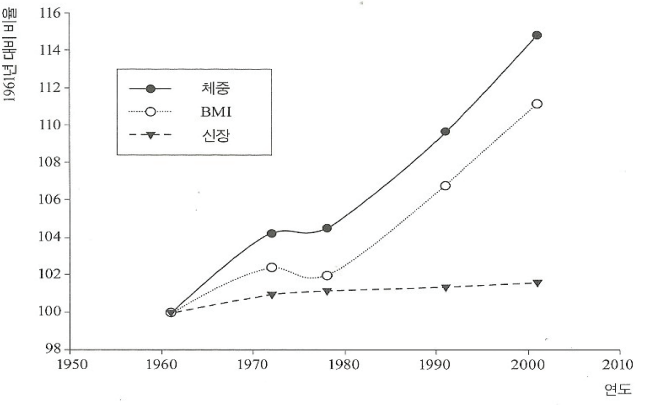
본래 epidemic(유행, 유행성 질환)이라는 뜻에는 '전염성 질환의 급속한 확산'이라는 의미가 있다. 그러나 비만은 전염성 질환에 해당하지 않는다. 따라서 이 정의에 기준하여 볼 때, 역학적인 측면에서의 비만은 "급속한 확산·성장·전개"에 강조점이 있다(마이클 파워·제이 슐킨, 2014: 52-53). 비만의 역학적 실재성에 대해 논의하기 위해서는 이러한 강조에 초점을 두어, 지난 1980년대 이후 전 세계적으로 비만 유병률(有病率: prevalence rate)[20] 증가가 얼마나 급속하게 진행되었는지 논의하여야 한다. 유병률은 크게 두 차원에서 고찰하여야 한다. 첫째, 비만 인구의 증가(현재의 비만인구, 새로운 발병 환자 추이) 둘째, 비만의 지역적 분포 변화 추이 등이다.

일찍부터 비만에 주목해온 미국은 1980년대 중반부터 자국민들의 몸집이 비대해지는 경향과 관련하여 다양한 통계를 내놓기 시작하였다. 미국 보건영양조사(NHANES)의 자료에 따르면 지난 1961년 이후 2002년 현재까지 미국의 20~74세 성인의 평균 신장은 약 1% 상승에 그친 반면, 평균 체중은 15% 정도 증가하였다. 그 결과 BMI 값도 덩달아 높아졌는데, Ogden et al.(2004)에 따르면 특히 1980년 이후로 급격하게 상승하였음을 〈그림 1〉에서 살펴볼 수 있다(마이클 파워·제이 슐킨, 2014: 50). 그런데 1980년의 BMI 값은 1970년대 초반의 BMI 값보다 오히려 낮다. 이렇게 볼 때, 1970년대 초반보다 BMI 값이 상승한 시점은 엄밀하게 보아 1980년대 중반 즈음이라고 할 수 있다. 흥미로운 점은 바로 이 시점, 그러니까 1980년대 중반인 1985년에 미국 NIH가 비만을 질병으로 전격 분류하고 이때부터 BMI를 적용하였다는 점이다. 결국, 〈그림 1〉에서 1980년대 중반부터 BMI 그래프가 한층 가파르게 기울게 된 것은 BMI가 적용된 결과이다.

---

20) 유병률이란, 어느 시점에 특정 지역 내에 있는 인구 중 환자가 차지하는 비율을 말한다. 보통 인구 1,000명 당 환자 비율로 나타낸다. 발병률와 유병률은 차이가 있다. 발병률은 사례가 처음 출현하는 것에 대한 비율이며, 유병률은 (처음 출현한 이후 지속되어 장기간에 걸친) 모든 사례의 존재에 대한 비율을 말한다. 만약 어떤 건강문제의 '발생'을 분석한다면 발병률에 대한 사례를 사용해야 한다. 유병률에 대한 사례는 어떤 질병의 전체적 범위를 연구하는 데 사용된다(윌리엄 코커햄, 2005: 44-47; 마이클 파워·제이 슐킨, 2014: 17).

〈그림 1〉 미국 성인의 BMI값 추이 (비율 단위: %)

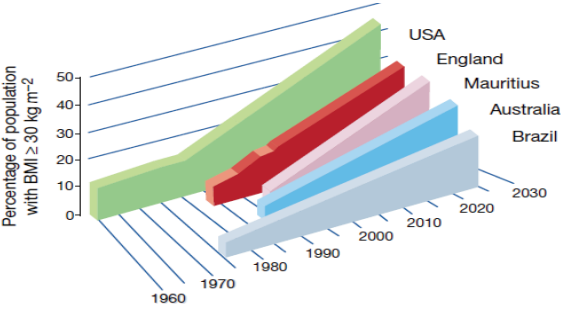


출처: Ogden et al. (2004)(마이클 파워·제이 슐킨, 2014에서 (재인용))

1980년대 중반을 지나면서 미국에서 BMI 30kg/㎡ 이상의 비만 유병률은 지속적으로 증가한다. 1988년에 미국의 비만 유병률(BMI 30kg/㎡ 이상)은 19%이었지만 1999년~2002년에는 33%로 1988년보다 14%p나 증가하였다(마이클 파워·제이 슐킨, 2014: 57). 그런데 이 통계에서도 흥미로운 점은, 1998년에 미국 NIH가 과체중의 BMI 기준 값을 이전보다 2.3~2.5kg/㎡이상 하향조정하여 '25kg/㎡ 이상'으로 낮추고, BMI 값 30kg/㎡ 이상을 '비만'으로 새롭게 설정하였다는 점이다. 그 결과, 당시에 BMI 25kg/㎡ 이상인 과체중 인구가 만 20세 이상의 미국 여성 중 무려 62%로 집계되어 미국사회 전체를 큰 충격에 빠뜨리기도 하였다. 당시 이러한 통계와 관련하여 미국 내에서 숫자가 부풀려졌다는 비난이 이어지기도 하였다. 하지만 미국의 비만자 비율은 2003년 이후에도 전체 성인인구의 1/3(7,200만 명)에 달하는 것으로 보고되었다. 2003-2004년까지 여성과 남성의 비만자 비율은 각각 33.2%와 31.1%였으며 2005-2006년에는 각각 2%p 이상 상승한 35.3%와 33.3%를 기록하였다(Stern & Kazaks, 2009: 142). WHO가 내놓은 2013년의 통계에서도 미국의 비만율(31.8%)은 여전히 세계 선두그룹에 올라있다(김미경, 2013; WHO, 2013).

그런데 비만 인구의 증가 추세가 비단 미국에만 국한된 현상은 아니다. IOTF가 산출한 1960년부터 2025년(추정)까지 주요 국가별 비만(BMI 30kg/㎡ 이상) 유병률은 〈그림 2〉에 잘 나타나 있다. 이 그림에 따르면 비만은 1980년대 들어 모든 대륙에서 공통적으로 급속히 증가하였고, 이후에도 지속적으로 늘어나는 상황이다 (Kopelman, 2000: 636-637).

〈그림 2〉 ITOF의 1960년~2025년(추정) 중 대륙별 비만 유병률 (단위: %)



출처: Kopelman(2000).

WHO에서 BMI를 기준으로 추정한 전 세계의 비만/과체중 인구도 1980년에 7억 명 수준이었으나 2002년 현재 10억 명으로 증가하였다. 낮은 BMI 기준을 적용받는 아시아인을 포함하면, 13억 명이 비만자이다. 이는 전 세계 인구의 1/5에 이르는 규모이다(마이클 파워·제이 슐킨, 2014: 56-60). 런던대 보건대학원 (London School of Hygiene and Tropical Medicine) 연구팀에 따르면 2005년 기준으로 전 세계 비만/과체중 인구 비율은 34.7%이다. 북아메리카 대륙의 비율은 73.9%로 가장 높다. 다음으로 오세아니아가 63.3%, 라틴아메리카와 유럽 대륙이 각각 57.9%와 55.6%를 기록하였다. 아시아와 아프리카는 24.2%와 28.9%를 나타내었다(문화일보, 2012. 6. 9). 전 세계 인구의 6%가 살고 있는 북아메리카 대륙에 전 세계 비만/과체중 인구의 33%가 집중되어 있다.

2008년에 이르면 전 세계의 비만/과체중 인구는 1980년 이후 2배로 늘어 14억 명(20세 이상 성인 기준)에 이르며 전체 인구 중 과체중자는 35%, 비만자는 11%라는 통계가 발표된다. WHO의 또 다른 자료에 따르면, 2010년 현재 비만 인구(20세 이상 성인 기준)는 3억 명, 과체중 인구는 10억 명에 달하며 5세 이하 어린이 4,200만 명 정도가 과체중 상태로 집계된 바 있다(문화일보, 2010. 2. 18; WHO, 2013).

그렇다면 1980년대 중반을 기점으로 비만자가 왜 이처럼 증가하였을까? 무엇이 비만을 일으켰는가? Kopelman(2000: 635-637)은 "비만은 단일한 질환이 아니라 고열량 식품의 섭취, 현대사회의 신체활동 감소 등의 요인과 여기에 조응한 인류의 유전적 민감성(genetic susceptibility) 등 복합적인 원인들이 결합하여 발생하는 이질적이고 집합적인 질환"이라고 주장한다.[21] 미생물병리학과 내분비학이 발달하면서 '비만과 장내 세균총의 종류 사이에 관련성이 있다'거나 '바이러스가 체중 증가에 영향을 미친다'는 내용, 식욕조절(억제)호르몬 렙틴(leptin)의 분비에 이상이 생겨서 비만이 발생한다는 보고들도 있다(마이클 파워·제이 슐킨, 2014: 200-201; 2014: 260-270). NIH 태스크포스팀은 분자유전학의 발전으로 2003년에 인간게놈프로젝트가 완수되자, 그 이듬해인 2004년에 다면적 의제를 발표하고 비만의 유전적·생물학적 요인을 탐색하는 작업에 착수한다(Stern & Kazaks, 2009: 138). 특히, 이러한 다양한 요인들이 제시되면서 비만은 인류의 진화 과정에서 역병으로서의 실재성을 뚜렷하게 나타내게 되었다고 강조되어 왔다.

1980년대 이후 전 세계 모든 국가에서 일정한 기준 이상의 BMI 값을 가지는 뚱뚱한 사람들이 일시에 늘어나기 시작한 것은 통계수치상 사실로 확인된다. 그러나 이러한 결과에는 신체에 대한 수치 규정 작업이 더 직접적으로 영향을

21) 또, 채식보다 육식을 선호하는 식생활의 변화로 장의 운동 역학이 소장의 발달이라는 소화기관의 변화로 이어졌다는 주장도 제기되어 왔다. 식량혁명에 따른 곡물의 대량 공급으로 탄수화물과 녹말을 흡수하는 적응력이 향상되면서 고열량, 고혈당, 고지방식이 인간의 신체에 에너지 축적 반응을 촉발시켰다는 주장도 있다(마이클 파워·제이 슐킨, 2014: 68-73; 100-101).

미친 것 같다. 과체중의 규정만 있고 비만이 정의되지 않았을 때, BMI 30kg/㎡ 이상의 사람은 단지 체중이 과한 사람이었다. 또, 이들은 BMI가 설정되기 이전에 자신들의 몸과 관련하여 어떠한 부정적 정의도 부여받지 않았던 사람들이다. 만약 의학적 정의와 범주가 규정되지 않았다면, 이들의 신체는 '다양한 몸들 중 하나를 넘어서는' 의미로 해석될 이유가 없었다. '신체의 수치화'로 과체중자와 비만자가 새로 출현한 셈이다. 특히, 감염성 질병처럼 병리적 창궐 가능성이 사실상 없는 비만의 특성을 고려할 때, 또 아프리카와 아시아 등 비(非)서구사회에서 비만/과체중보다 야윔/저체중 인구의 비율이 높다[22] 는 점을 고려할 때, 비만이 일시에 전 세계적인 역병으로 급속히 확산되었다는 WHO의 선포를 액면그대로 신뢰하기는 어렵다.

지난 30년간 전 세계 혹은 서구사회를 중심으로 비만 인구가 일정 규모 이상 증가한 것은 맞다. 하지만 비만 인구가 전 세계 인구의 1/3~1/4 수준까지 급속히 증가하였다는 보고는 BMI 조정을 통해 과장된 측면이 많다. 더욱이, 비만 인구의 급속한 증가가 곧 질병을 가진 환자의 비율 즉, 유병률을 의미하는 것은 아니다. 인류 전체로 뚱뚱한 사람이 많아졌다 해도, 의학계가 규정하고 있는 BMI 40kg/㎡ 이상의 병적 비만 인구가 역병처럼 급증한 것은 아니기 때문이다. 이러한 점에서 비만이 역학적 실재성을 충분히 담보하고 있다고 보기는 어렵다.

요약하면, 비만의 병리학적·역학적 실재성은 뚜렷하지 않으며, 따라서 병리적·역학적 실재성이 비만의 질병지위 획득 과정에서 결정적인 요인은 아니었다고 판단된다.

4. 비만의 질병지위 획득 결정 요인

1) 의료문화적 요인: 비만공포증의 유포

22) 야윔/저체중 상태의 사람들 전체 9억2,500만 명의 인구 중 62.5%에 달하는 5억7,800만 명은 아시아·태평양지역에 살고 있다. 사하라 이남의 아프리카지역 거주자는 2억3,900만 명이며, 이 중 아시아 대륙에 전 세계 기아 인구 8억4,200만 명(2013년 기준)의 절반 이상이 밀집해 있다(IFRC, 2011: 14; AHRC, 2013).

비만이 주시되어온 오랜 배경에는, '뚱뚱한 사람은 질병에 잘 걸리고 일찍 죽는다'라는 위험 인식이 깔려있다. Strathern(1987)이 제시한 일종의 '비만공포증(fatphobia)'이다(Aphramor & Gingras, 2011: 193). 실제로 미국에서는 "약 28만 명에서 32만5,000명에 이르는 사망이 비만과 관련되어 있다"(Allison et al., 1999)는 통계가 소개된 바 있으며, 병적 비만이나 고도비만 등 과도한 체지방과 관련된 고혈압, 당뇨병, CHD(관상동맥성 심장병), 담낭질환, 암, 통풍, 관절염, 호흡기병 등의 유병률 및 사망률의 위험도 계속 소개되어 왔다(Pi-Sunnyer, 1993). 미국 외과의사협회장인 Carmona는 지난 2003년 "미국인들의 3명 중 2명 정도가 과체중이거나 비만이며, 미국에서 8명의 죽음 중 1명의 죽음은 과체중 및 비만과 직접 연관되어 있는 질병에 의해 발생한다"고 주장하였다(Stern & Kazaks, 2009: 137). 병적 비만(고도비만)이 사망과 직접적으로 연관된다는 이러한 '과체중사망' 보고들은, 비만을 질병으로 규정하는 결정적인 근거가 될 수 있다. 그러나 WHO가 말하는 '비만=역병'이라는 규정은 (초)고도비만에 국한된 언급이 아니며, 그러한 점을 염두에 두었다 하여도 병리학적 실재성을 갖는다고 인정할 수 있는 (초)고도 비만의 비중은 매우 낮다[23]

그렇다면, 비만은 어떻게 '질병·사망 유발'과 같은 위험과 연관되었을까? 비만이 공포와 연결된 것은 '비만이 다양한 질병들을 수반한다'는 의학계의 보고들 때문이다. 특히 고혈압, 당뇨, 심장병 등 사망위험도가 높다고 알려진 '대사성 조절장애(metabolic dysregulation)'와 짝지어졌기 때문이다. 비만/과체중은 신체의 모든 장기 손상과 기능 저하, 이에 따른 정신질환까지 초래하는 '강력한 질병 유발인자'이며 그 자체가 사망 요인(과체중사망)이기도 하다. 비만/과체중이 유발하는 것으로 보고된 질병들로는 대사성 질환(고혈압, 2형 당뇨병, 지방간, 이상지질혈증, 담당질환, 관상동맥질환, 통풍, 뇌졸중 등)을 위시하여 각종 암(대장

23) 세계 선두 그룹에 올라 있는 미국에서 전체 인구(3억1,800여 명) 중 BMI가 40kg/㎡이상인 고도 비만자는 1,200만 명, 그 가운데 600만 명이 50kg/㎡이상, 100만 명 정도가 BMI 70kg/㎡이상이다(마이클 파워·제이 슐킨, 2014: 56-57).

암, 유방암, 난소암, 직장암, 췌장암 등), 수면호흡장애, 고관절염, 월경이상, 불안 및 우울(증), 과체중사망 등이 있다(나우뉴스, 2014. 4. 2; 강원섭·김종우, 2010; 문화일보, 2010. 2. 18; 임희진·박형란·구현경, 2009; 오상우, 2004; 정민영, 1992; Kopelman, 2000). 여기서 주목되는 점은, 비만이 수반하는 질병으로 당뇨병, 고혈압 등 대사성 질환(metabolic disease)이 가장 많이 언급되고 있는 부분이다.

그런데 이러한 대사성 질환들은 정말로 비만과 깊은 인과관계에 있을까? 〈표 1〉은 국내 의학계에서 제시하고 있는 고혈압과 당뇨병의 발병 원인을 정리한 것이다.

〈표 1〉 고혈압, 당뇨병의 발병 원인 분류 (비율: %)

	고혈압	당뇨병
발병 원인	·본태성 고혈압-90~95% ·속발성 고혈압-5~10% 이하	·非비만형 당뇨-68.6% ·비만형 당뇨-22.5% ·영양실조형 당뇨-6.6% ·기타-2.3%

출처: 허갑범(1990), 서울대학교병원 의학정보실(2014).

이 표에 따르면 고혈압의 발병 원인 중 유전적 소인 등에 따른 본태성(本態性) 고혈압은 90-95%에 이른다. 다른 질병으로부터 발생 원인이 출현하는 속발성(續發性) 고혈압은 고작 5~10% 미만이다(서울대학교병원 의학정보실, 2014). 속발성 고혈압의 원인이 모두 비만에 있다고 가정해도 최대 10%를 넘지 못한다. 허갑범(1990: 198)에 따르면, 1985년부터 1990년까지 국내 대학병원에서 입원치료를 받은 당뇨환자 1,266명의 질병 특성을 분석한 결과 비만자에게 흔히 수반된다는 당뇨병의 경우에도, 비만이 원인인 당뇨병(2형 당뇨병)은 22.5%에 불과하고, 비(非)비만형 당뇨병이 68.6%로 압도적이었다. 심지어, 야윔/저체중과 연관되는 영양실조형 당뇨병도 6.6%에 이르고 있다. 이렇게 볼 때, 대사성 질환에 대한 비만/과체중의 기여는 절대적이지 않음이 확인된다.

더욱이 최근 발표된 한주용 삼성서울병원 순환기내과 교수팀의 연구에 따르면, 2006년 1월~2009년 11월 동안 급성 심근경색으로 응급실을 찾은 환자 193명(비만 83명, 적정 몸무게 110명)을 분석한 결과 BMI 기준으로 비만에 해당하는 환자가 표준 몸무게 환자보다 심근경색 발생 범위가 작았다(한겨레, 2014. 9. 25). 이러한 연구 결과는 '뚱뚱한 사람이 일찍 죽는다'는 통념과 달랐다. Aphramor &Gingras (2011: 192-193)는 "비만/과체중에 대한 믿음 중 하나는'몸무게와 위험한 대사성 질환이 짝지어져 있다'고 보는 것이며, 이러한 믿음은 건강전문가들과 임상의 체중 연구자들이 부적절한 (의료적) 개입을 전제로 해로운 복합체(harmful conglomerate)로 뭉치게 만들었다"고 비판하였다.

그러나 WHO의 2010년 발표는 사뭇 다르다. WHO는 "비만과 과체중으로 인한 사망자 수가 전 세계적으로 매년 260만 명"이며 "당뇨환자의 44%, 국소빈혈성 심장병 환자의 23%, 각종 암 환자의 7~41%가 과체중 및 비만 때문"이라고 밝혔다(문화일보, 2010. 2. 18). 이 자료는 앞서 허갑범(1990)의 통계에서보다 대사성 질병에 대한 과체중/비만의 기여도가 훨씬 높다고 보고하고 있다. 하지만, 이러한 통계는 '비만/과체중=강력한 대사성 질병 유발인자'라는 의미를 더 분명하게 확인해줄 뿐이다.

그렇다면, '비만/과체중=강력한 대사성 질병 유발인자'라는 공식을 유포하는 것은 어떠한 결과로 이어질까? 그것은 비만을, 대사성 질병과 동일한 의료적 위중함을 갖는 신체 상태로 호도하는 효력이 있다. 그 결과, 비만/과체중은 대사성 질환과 병리적으로 공진화(co-evolution)하면서 대사성 질환이 안고 있는 높은 사망 위험도를 공유하게 된다. 이제 비만은 사망에 이르는 위험한 질병 유발인자가 아니라, 높은 사망 위험도를 지닌 대사성 질병과 분리될 수 없는 병리적 실재성 안에 '뒤엉켜버리고' 만다. 비만이라는 범주는 비만공포증 문화(fatphobic-culture)라는 '위험한 구성(dangerous fabrication)'이 되는 것이다(Aphramor & Gingras, 2011: 193. 결국, 비만과 만성질환 사이에 만들어진 강력한 병리적 연결고리가 '비만공포증'을 만들게 된다. 그리고 이렇게 만들어진 비만공포증은,

비만을 사망 위험도가 높은 대사성 질환의 '원천 질병'으로 둔갑시킨다.

2) 사회경제적 요인: 만성질환의 의료적 관리

반(反)비만 정책의 '표면상 타깃(ostensible target)'은 대사성 질환이다(Aphramor & Gingras, 2011: 193). 그 이유는 이상적인 몸무게와 상관관계가 있는 에너지 대사활동이 원활하지 않을 경우 대사성 질환이 발생할 수 있기 때문이다. 대표적인 대사성 질환인 고혈압, 당뇨병, 심장병 등은 역학적인 측면에서 몇 가지 공통점이 있다. 첫째, 유병률이 높아 환자 수가 많다는 점이다. 둘째, 만성적 질병이라는 점이다. 셋째, 사망위험도가 비교적 높다는 점이다.

〈표 2〉는 1980년과 2008년 현재 20세 이상의 성인을 기준으로 고혈압(SBP≥140mm Hg or DBP≥90mm Hg)과 당뇨병의 전 세계적인 역학적 현황을 비교·정리한 것이다. 이 표에 따르면, 2008년 현재 전 세계의 고혈압 환자 수는 9억7,800만 명이며 당뇨병 환자는 3억4,700만 명이다. 1980년과 비교해보면 30년 만에 고혈압 환자는 61.6%, 126.8%가 각각 늘어났다. 고혈압 유병률은 남녀 모두에게서 평균 2mm Hg 정도 혈압측정치가 낮아지면서 각각 4%포인트 하락했다. 고혈압 유병률이 이처럼 하락한 것은 지난 30년 사이 북미, 서유럽 국가들에서 고혈압 측정치가 개선된데다 연령-표준화 유병률(age-standardised prevalence)[24]을 적용하였기 때문이다. 그러나 이들 국가에서 고혈압 측정치가 낮아졌음에도 불구하고 인구 성장 및 고령화와 함께 아프리카, 아시아 지역의 고혈압 인구가 급속히 증가하면서 2008년 현재 전 세계의 고혈압 환자 수는 60% 이상 늘어난 것이다(Danaei, 2011b). 같은 30년 동안 당뇨병 환자 수는 무려 2억 명(126.8%)이 증가하였

24) 연령-표준화(age-standardised)는 지역별로 편차가 큰 연령분포를 동일하게 조정하거나 연령구조(분포)에 영향을 받는 특정 현상에 대해 연령구조효과를 제거하여 분석하는 방법으로, 이는 연령분포가 동일해야 절대적 비교가 가능하기 때문에 적용하는 것이다. 예를 들어 똑같이 1,000명 중 암 환자가 10명이라고 해도, 30대에서 1,000명인 것과 60대에서 1,000명인 것은 같다고 할 수 없다. 암 발생은 원래 40대 이상이 90%를 차지하고, 노인인구가 많을수록 해당 환자가 많기 때문이다(박문각, 2014).

다. 여기서 주목되는 부분은, (고혈압과 달리) 당뇨병 유병률이 30년 만에 남녀 모두에게서 1.5%포인트 상당 높아졌다는 점이다(Danaei, 2011a). 당뇨병의 경우는 환자 수와 비교해 연간 사망자수가 고혈압에 비해 월등히 높다는 특징도 있으며, 그 결과 매년 당뇨병과 관련하여 지출되는 의료비 규모도 연간 6,210억 달러에 이르고 있다((IDF, 2014).

〈표 2〉 전 세계의 고혈압, 당뇨병의 역학적 현황(1980년/2008년)

	고혈압			당뇨병	
	1980년		2008년	1980년	2008년
환자수	6억500만 명		9억7,800만 명	1억5,300만 명	3억4,700만 명
유병률	여	29%	25%	7.5%	9.2%
	남	33%	29%	8.3%	9.8%
사망자	연간 300만 명			연간 490만 명*	
의료비	연간 350억 달러(치료제)***			연간 6,210억 달러**	

출처: Danaei et al.(2011a), Danaei et al.(2011b), IDF(2014)*, IDF(2014)**, 이투데이(2011. 10. 19)**

이러한 통계로 판단해 볼 때, 고혈압과 당뇨병은 유병률, 사망위험도가 비교적 높다는 점이 확인된다. 특히, 이들은 만성 질병이라는 뚜렷한 특징이 있다. 고혈압이나 당뇨병의 질병 경험 기간은 평균 30년 이상에 이른다. 이들은 평균적으로 40대의 나이 때부터 대사성 질환을 앓게 되어 사망에 이르는 70~80대 이상의 연령에 도달하기까지 매우 오랜 기간 동안 '환자의 역할(patients role)'(문창진, 1990: 44-50)을 유지한다. 앞서 살펴본 바와 같이 서구에서 고혈압 측정치가 하락했음에도 불구하고, 고혈압 인구가 지난 30년 사이에 크게 늘어난 것은 인구 성장 및 고령화의 영향 때문이다(Danaei et al., 2011b: 574). 이것은 고혈압이 만성질환임을 잘 말해준다.

대사성 질환이 만성 질병이라는 특징을 갖는다는 것은, 질병의 상시 관리가 필요하다는 것을 의미한다. 만성 질환의 건강 관리비용은 두말할 것 없이 관련

환자군(群)이 대부분 부담해야할 몫이다. 또, 이러한 지출은 의료계의 수익 창출에 기여하며 궁극적으로 의료시스템을 안정적으로 지지해준다. Campos(2011: 36-37)는 US Census Bureau Report(2004)를 인용하여 "미국인들 중 어떤 종류의 건강보험에도 가입하지 않은 사람 수가 4,600만 명(전체 인구의 15% 이상)"이라며 "만약 비만/과체중과 건강이 느슨한 상관관계에 있었다면, 공중보건당국이 '비만/과체중과의 전쟁'이라는 정책을 내세우지는 않았을 것"이라고 비판하였다.[25]

대사성 질환의 높은 사망률도, 이들 질병이 큰 의료비 지출을 통해 관련 의료시장에 높은 기여를 하도록 이끈다. 고혈압과 당뇨병으로 인한 전 세계의 연간 사망 인구는 각각 300만 명과 490만 명으로, 이들 질병이 상시적인 의료관리체계에 묶여있음에도 불구하고 환자 수 대비 사망자 수의 비율은 1% 내외로 비교적 높다. 높은 사망률과 같은 병리적 위험성을 공표하면, 예비 환자들 스스로가 관련 질병을 위험하고 심각한 상태로 인식하여 의료적 통제관리 메커니즘에 자발적으로 진입토록 유인할 수 있다.

이러한 점에서 볼 때, 비만/과체중과 대사성 질환 간의 병리적 짝짓기는 어떠한 함의를 갖는가? 한마디로, 비만/과체중을 지속적인 의료비 지출이 발생하는 만성 대사성 질환과 연결 짓게 되면'비만/과체중-대사성 질환'을 하나의 의료 메커니즘에 지속적으로 묶어둠으로써 '거대하고 안정적인 의료비 창출 시스템'을 구조화할 수 있다. 2013년 AMA(American Medical Association: 미국의학협회)의 발표에 따르면, 미국 성인의 7800만 명, 어린이 1200만 명이 의학적인 치료를 필요로 하는 비만환자이다. 그 결과 비만과 관련되는 질병으로 분류되는 심혈관 질환, 2형 당뇨병, 특정 암 등을 치료하는데 우리 돈으로 연간 165조원의 비용이 소요되었다. 또 현재의 비만증가율을 가정할 경우, 향후 20년 동안 약 600조원의 추가 의료비가 발생할 것으로 예상되었다(Lee, 2013).

25) 한국의 경우 특히, 저소득 가구 노인층이 지출하는 전체 의료비 중에서 고혈압과 당뇨병을 치료·관리하기 위해 지출하는 비용이 차지하는 비율은 90%를 초과하고 있다(청년의사, 2013. 10. 25).

1987년~2001년까지 건강관리 비용에 대한 비만의 기여도를 조사한 또 다른 연구(Thorpe et al., 2004)는, 이러한 질병 복합체가 정상 범주의 사람들에 비해 비만자들이 얼마나 많은 건강관리 비용을 지출도록 만들고 있는지 조사하였다. 조사 결과, 비만자들은 비만이라는 단일 요소에 대해서는 정상인보다 12% 정도의 건강관리 비용을 지출하고 있었다. 그러나 당뇨병과 관련해서는 38%, 고지혈성에 대해서는 22%, 심장병과 관련해서는 무려 41%의 건강관리 비용을 더 지출하였다고 밝혔다. 결국, 의료계는 비만을 대사성 질환과 강력하게 짝지음으로써 질병 복합체를 통한 그물망식 의료비 지출 체계를 확보하게 되는 것이다.

그렇다면, 미국의 보건당국과 의료계는 어떠한 방식으로 이러한 의료메커니즘의 아이디어를 실행하게 되었을까? 1987년 미국의 NMES(National Medical Expenditure Survey)는 정상 범주보다 낮거나 높은 BMI에 속한 사람이 의료비 지출(medical expenditure)증가와 정비례적으로 연관되어 있음을 확인하였다. 이후 미국 NIH가 1990년대 중반부터 적극 시행한 여러 비만 정책에는 이러한 의도가 적극 반영되었다. 비만의 BMI 상 정상 범주를 인색하게 규정하고, 비만을 위험한 증상으로 인식토록 함으로써 의료적 의존도 상승을 촉구한 것이다. 특히, 이러한 목적을 달성하기 위해 '체중감량이 혈압과 혈당을 낮춰줌으로써 건강에 이득을 준다'는 의료계의 보고들을 역으로 활용하였다. 즉, 건강한 신체를 유지하기 위해서는 혈압과 혈당을 지속적으로 관리하는 습관이 필수적인데, 혈압과 혈당 관리는 체중을 매개로 관리할 수 있다고 제시한 것이다. 궁극적으로는, 당뇨나 고혈압과 같은 고위험 성인병과 비만을 강력한 병리적 인관관계로 결부 짓고 지속적인 건강관리비용을 지출시킬 수 있도록 유도하였던 것이다(Stern & Kazaks, 2009; 32-33).

Campos(2011: 36)는, 전 세계의 비만 연구자들과 공공보건정책 입안자들이 몸무게와 건강상 위험 간에 강한 상관관계가 있으며, '이상적인' 몸무게를 유지하는 사람이 더 건강하고, 장기간의 체중감량이 건강을 증진시킨다고 미디어를 통해 반복적으로 이슈화해왔다고 비판하였다. 또, 비용편익비율(cost-benefit ratio)

을 고려한 사람들이 건강보험 지출을 두려워하여 더 마른 몸을 갖도록 계속 유도되어 왔다고 밝혔다. 미국 연방의료보험공단은 지난 2004년 수년간의 논쟁 끝에 '비만은 질병이 아니다'라는 조항을 삭제하고 비만자들이 보험을 적용받을 수 있도록 하였다(매일경제, 2004. 7. 6).[26]

요약하면, WHO와 NIH가 비만을 질병으로 규정한 것은 병리학적·역학적 실재성에 근거한 것이라기보다 대사성 질환과의 '강력한 병리학적 짝짓기'의 결과라고 하겠다. 즉, 비만이 독립적인 질병지위를 획득할 수 있도록 결정한 요인은, '비만과 대사성 질환 간에 형성된 강력한 병리학적 결부(結付: 짝짓기)'이었다. 그리고 이것은 특정한 신체 상황이 질병으로서의 지위를 획득하게 되는 하나의 의료 메커니즘임이 확인되었다.

5. 맺음말: 비(非)의료적 질병 탄생 메커니즘

이 논문은 비만이 1990년대 중반 들어 어떻게 독립적인 질병지위를 획득하게 되었는지 그 과정을 살펴봄으로써 비만과 같은 비(非)감염성 질병의 탄생 메커니즘을 규명해보고자 하였다. 고찰 결과의 핵심은, 의료계가 BMI(Body Mass Index: 체질량지수)를 활용하여 정상 신체 범주를 좁히고 비만/과체중의 신체 상태를 고혈압, 당뇨 등 의료비 지출이 큰 고위험 만성 질병과 결부지음으로써 비만에 독립적인 질병지위를 부여하는 강력한 의료적 통제관리 메커니즘을 형성한 것으로 확인되었다.

주요 연구 결과는 다음과 같다. 첫째, 비만의 병리학적·역학적 실재성은 뚜렷하지 않다. 그럼에도 불구하고 비만은 1990년대 중반 전 세계적으로 독립적인 질병지위를 공인 받게 되었다. 둘째, 19세기까지의 뚱뚱한 몸에 대한 선호는 1960년대 이후 반(反)-비만 정서와 편견의 정치화, 1980년 이후 BMI를 활용한 치수차별주의의 제도화로 이어졌다. 셋째, 이러한 '비만의 질병화 담론'의 역사는 비만이 질병지위

26) 이러한 논란을 통해, 미국 내에서도 2000년대 중반까지 비만을 질병으로 규정하는 작업이 통일되지 않았음을 확인할 수 있다.

를 획득하는 과정에서 폭넓은 배경이 되었다. 넷째, 의료계가 광범위하게 유포한 '비만 공포증'은 비만이 질병지위를 얻는 데 있어서 도화선으로 작용하였다. 다섯째, 비만의 질병지위를 결정한 직접적인 요인은, 비만과 대사성 질환을 강력하게 묶은 병리적 연결 고리이다.

그렇다면, 이러한 연구 결과에는 어떠한 의료사회학적 함의가 있을까? 첫째, 병리적·역학적 실재성이 뚜렷하지 않은 신체 상태도 비(非)의료적 요인이 개입하여 질병으로 탄생할 수 있다. 둘째, 그러나 병리적·역학적 실재성이 뚜렷하지 않은 신체 상태가 독립적인 질병으로서의 지위를 획득하기 위해서는 기존 질병과의 강력한 병리적 연결 고리가 만들어져야 한다. 셋째, 기존 질병의 병리적 위험성(고사망률)이 클수록, 또 환자 규모가 클수록 이와 결부된 신체 상태의 질병지위가 더 확고해질 수 있다. 넷째, 의료적 통제·관리 메커니즘은 사회와 독립되어 있지 않으며, 사회 속의 비(非)의료적 요인들(경제적·사회문화적 요인들)과 긴밀하게 상호작용한다.

이 논문은 비만이라는 특정 질병을 대상으로 한 연구이다. 따라서 이 메커니즘을 일반화하여 모든 질병에 적용하는 것에는 한계가 있을 수 있다. 그러나 이 논문은, 비만과 같은 현대의 비(非)감염성 질병이 병리학적·역학적 근거들에 의해서 질병지위를 획득하는 것이 아니라 비(非)의료적인 사회경제적·문화적 요인들에 의해서 질병지위를 얻을 수 있음을 확인하였다. 이러한 결론은 이 논문의 핵심 성과이자, 현대사회의 비(非)감염성 질병 탄생과 관련한 후속 연구에 주요한 출발점이 될 수 있다.

참 고 문 헌

강영희 (2008), 『생명과학대사전』, 한국생물과학협회.

강원섭·김종우 (2010), 「비만의 정신과적 접근」, 『대한비만학회지』, 제19권(제3호), pp.71-77.

고영복 (2000), 『사회학사전』, 사회문화연구소.

공미혜 (1999), 「성과 권력」, 한국여성연구소,『새여성학강의』, 동녘, pp.160-183.

기든스, 앤서니·김미숙 외 번역 (2011), 『사회학』, 을유문화사. [Giddens, A. (2009), Sociology(6th Edition), Blackwell Publishers Ltd.]

김미경 (2013), 「30여년 새 비만인구 2배…지구촌 '살과의 전쟁'」, 서울신문.

김상만 (2001), 「폐경기 여성에서 비만과 대사 장애」, 『여성건강』, 2(2), pp. 189-195.

김상태 (1985), 「체중초과와 비만증」, 『건강소식』, 9(5), pp. 27-29.

김양중 (2014. 9. 25), 「심근경색 환자, 비만일 때 사망위험 더 낮아」, 한겨레.

김진구 (2013), 「저소득층 의료비지출, 암보단 만성질환이 주범」, 청년의사.

남상희 (2004), 「정신질환의 생산과 만성화에 대한 의료사회학적 접근-자 전적 내러티브를 중심으로」, 『한국사회학』, 제38권 2호, pp.101-134.

문창진 (1990), 『보건의료의 사회학』, 신광출판사.

박문각 (2014), 『시사상식사전』, 박문각.

박세영 (2012. 6. 9), 「세계서 가장 뚱뚱한 나라=미국」, 문화일보.

성낙응 (1986), 「어린이 비만증」, 『건강소식』, 10(8), pp. 22-25.

쉴링, 크리스·임인숙 번역 (1999), 『몸의 사회학』, 나남출판.

[Shilling, C. (1993), The Body and Social Theory, Sage Publications Ltd.]

심은정 (2010. 2. 18),「비만死 年 260만 명…현재 과체중 10억 명」, 문화일보.

여인석 (2007),『의학사상사』, 살림.

오상우 (2004),「국내의 비만과 암 발생」,『2004년도 대한비만학회 춘계 학술대회(자료집)』, pp. 19-22.

오상우 외, (2009),『비만 바로알기』, 보건복지부.

오조영란·홍성욱 엮음 (1999),『남성의 과학을 넘어서』, 창작과비평사.

이광우 (1992),「비만증-원인 및 병태생리」,『월간 성인병』, 제141호, pp. 6-8.

이기열·장미라·김은경·허갑범 (1991),「비만자의 체지방량 및 분포에 관한 기초 연구: 성인병의 발생 위험 요인과 관련하여」,『한국 영양학회지』, 24(3), pp.157-165.

이기형 (1996),「소아비만의 원인과 증상」,『월간 당뇨』, 77, pp. 24-28.

이상열 (2012),「우리나라 의료의 생의학적 모델 어떻게 할 것인가?-생의 학적 모델에서 생물정신사회적 모델로-」,『정신신체의학』, 20(1), pp. 3-8.

이철수 외 (2009),『사회복지학사전』, Blue Fish.

이홍규 (1992),「비만과 관련된 질환」,『대한비만학회지』, 제1권(제1호), pp. 34-39.

임희진·박형란·구현경 (2009),『아동·청소년 비만 실태 및 정책방안 연구』, 한국청소년정책연구원.

전민정 (2011. 10. 19),「고혈압치료제 '카나브' 글로벌 시장 넘본다」, 이투데이.

정민영 (1992),「비만증의 동반질환」,『대한비만학회지』, 제1권 1호, pp.5-10.

정상영 (2002. 6. 6), 「비만은 전 지구적인 전염병」, 한겨레.
정호선 (2004. 7. 6), 「美연방의보공단 "비만도 질병 인정"」, 매일경제.
조남한 (2000), 「비만 역학」, 『대한비만학회 제1회 연수강좌(자료집)』, pp. 1-4.
조우상 (2014. 4. 2), 「비만보다 '저체중'일 경우 조기사망 위험 ↑ 〈加연구〉」, 나우뉴스(서울신문사).
최규완 (1976), 「40대 이후의 비만증은 나쁘다」, 『건강소식』, 4(8), pp.23-25.
최승호 (2012), 「비만환자의 외과적 치료-역사적 고찰 및 의학적 증거」, 『대한비만학회지』, 제21권(제1호), pp.1-4.
코커햄, 윌리엄, 박호진·김경수·안용한·이윤수 번역 (2005), 『의료사회학』, 아카넷. [Cokerham, W. (2004), Medical Sociology, Pearson Education.]
탁상숙, (1996), 「비만해결을 위한 올바른 다이어트」, 『월간 당뇨』, 77, pp. 18-23.
파워, 마이클·슐킨, 제이, 김성훈 번역 (2014), 『비만의 진화』, culturelook. Power, M·Schulkin, J. (2009), The Evolution of Obesity, The Johns Hokins University Press.]
팍스, 르네이·조혜인 번역 (1993), 『의료사회학』, 나남. [Fox, R. (1989), The Sociology of Medicine: a Participant Observer's View, Prentice Hall, Inc.]
한상문·김원우, (2005), 「고도비만 환자에서의 위소매절제술 후 체성분 및 Lipid Profile의 변화」, 『Annals of Surgical Treatment and Research』, 69(1), pp. 42-47.
허갑범, (1980), 「비만증-예방과 치료」, 『성인병예방협회보』, 제4호, pp.7-7.
허갑범 (1990), 「영양과 관련된 질환의 현황과 대책」, 『한국영양학회지』, 23(3), pp.197-207.

AHRC (2013), "Economic Powerhouse that is Home to Hunger", *State of Human Rights in Asia*, AHRC-SPR-007-2013, pp. 1-23, ASIAN HUMAN RIGHTS COMMISSION

Allison, D.·Fontaine, K.·Manson, J.·Vanltallie, T. (1999), "Annual Deaths Arrributable to Obesity in the United States."*American Medical Journal of Association*, Vol.282(No. 16), pp. 1530-1538.

Alonso, Y. (2004), "The biopsychosocial model in medical research: the evolution of the health concept over the last two decades", *Patient Education and Counseling*, 53, pp. 239-244.

Andersen, R. et al. (2003), *Obesity : Etiology Assessment Treatment and Prevention*, New Zealand: Human Kinetics Publisher.

Aphramor, L.·Gingras, J. (2011), "Helping People Change: Promoting Politicised Practice in the Health Care Prefessions." Rich, E·Monaghan, L·Aphramor, L., 2011, *Debating Obesity: Critical Perspectives*, Great Britain: palgrave macmillan., pp. 192-218.

Campos, D. (2011), "Does Fat Kill? A itique of the Epidemiological Evidence.' ' Rich, E·Monaghan, L·Aphramor, L., 2011, *Debating Obesity: Critical Perspectives*, Great Britain: palgrave macmillan., pp. 36-59.

Cawley, J. (2003), "What Explains Race and Gender Differences in the Relationship between Obesity and Wages?", *Gender Issues*, Summer/2003, pp. 30-49.

Cawley, J. (2014), "The Obesity Wage Penalty", *The New York Times*.

Crider, B. (1946), "Psychotherapy In a Case of Obesity", *Clinical Psychology*, Vol.2(Issue 1), pp. 50-58.

Dabney, J. (1964), "Energy Balance and Obesity", *Annals of Internal*

Medicine, Vol.60(Issue 4), pp.689-692.

Dana, M.·Melissa, L.·Walker, S.·John, P. (2003), "Future, Directions in Treating Obesity." [Andersen, R. et al. (2003), *Obesity : Etiology Assessment Treatment and Prevention*, New Zealand: Human Kinetics Publisher.] , pp.271-289.

Danaei, G. et al. (2011a), "National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7million participants", *Lancet*, Vol. 378, pp. 31-40.

Danaei, G. et al. (2011b), "National, regional, and global trends in systolic blood pressure since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 786 country-years and 5.4million participants", *Lancet*, Vol. 377, pp. 568-577.

Doug, W. (1936), "Better Dress", *Saturday Evening Post,* Vol.209(Issue 4), pp. 110-110.

Holmes, T. (1931), "The Business of Beauty", *Saturday Evening Post,* Vol. 204 (Issue 8), pp. 14-15.

IDF (2014), 「Atlas Sixth Edition Update」, IDF.

IFRC (2011), "World Disasters Report 2011-Focus on hunger and malnutrition", *International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies*.

Kopelman, P. (2000), Obesity as a medical problem. *Nature*, Vol. 404, pp. 635-643.

Lee, J. (2013), "AMA declares obesity a disease", *Los Angeles Times*.

Madison, D. (1980), "Obesity in America", *Annals of Internal Medicine,*

Vol. 92(Issue 6), pp. 854-855.

McLean, R.·Moon, M. (1980), "Health, Obesity, and Earnings", *PUBLIC HEALTH BRIEFS*, September 1980, Vol. 70(No. 9), pp. 1006-1009.

Mendelson, M.·Weinberg, N.·Stunkard, A. (1961), "Obesity in Men: A Clinical Study of Twenty-Five Cases", *Annals of Internal Medicine,* Vol. 54(Issue 4), pp. 660-671.

Modern Medicine (1995), "Treatment for obesity must be continual", *Modern Medicine*, Vol. 63(Issue 4), pp. 30.

Nettleton, S. (1995), *The Sociology of Health & Illness*, Cambridge: Polity Press.

Pi-Sunnyer, F. (1993), "Medical Hazards of Obesity.", *Annals of Internal Medicine*, Vol. 119(No. 7), pp. 655-660.

Register, C.·Williams, D. (1990), "Wage Effects of Obesity among Young Workers", *SOCIAL SCIENCE QUARTERLY*, Vol. 71(No.1), March 1990, pp. 130-141.

Rich, E·Monaghan, L·Aphramor, L. (2011), "Introduction: Contesting Obesity Discourse and Presenting an Alternative." Rich, E·Monaghan, L·Aphramor, L., 2011, *Debating Obesity: Critical Perspectives,* Great Britain: palgrave macmillan., pp. 1-35.

Stern, J. ·Kazaks, A. (2009), *Obesity-A Refrfrnce Handbook*, California: ABC-CLIO, LLC.

Spencer, S. (1948), "What You Should Know About Diadetes", *Saturday Evening Post,* Vol. 220(Issue 46), pp. 40-79.

Tansey, M·Opie, H·Kennetty, M. (1977), "High Mortality in obese women diabetics with acute myocardial infarction", *British Medical*

Journal, Vol.1(Issue 6077), pp. 1624-1626.

Tavia, G.·William, C.·Marthana, H.·William, K.·Thomas, D. (1977), "Diabetes, Blood Lipids, and the Role of Obesity in Coronary Heart Disease Risk for Women", *Annals of Internal Medicine,* Vol. 87(Issue 4), pp. 393-397.

Thorpe, K.·Frorence, C.·Howard, D.·Joski, P. (2004), "The Impact of Obesity on Rising Medical Spending", *Health Affairs*, 20 October 2004, pp. w4-480-486.

WHO (1996), *The world Health Report 1996*, Gevena: World Health Organization.

WHO (1997), *The world Health Report 1997-Obesity: preventing and managing the global epidemic*, Gevena: World Health Organization.

WHO (2013), *Obesity and Overweight*, Gevena: World Health Organization.

Webber, J. (2009), "Changing epidemiology of obesity-implications for diabetes", Barnett, A·Kumar, S. *Obesity and Diabetes(2nd ed)*, Oxford: WILEY-BLACKWELL.

서울대학교병원 의학정보교실 (2014), http://www.snuh.org.

NYtimes (2014), http://nytimes.com.

USAtoday (2014), http://usatoday.com.

논문 투고일	2014년 5월 7일
논문 수정일	2014년 6월 10일
논문 게재 확정일	2014년 12월 4일

A Mechanism how Obesity to Attain A Status of Disease

Park, Hye Kyung

This study investigated a mechanism of naming a disease, as examining how obesity attain a status of disease. WHO(World Health Organization) warned "The obesity is definitely a disease to need medical treatment" in 1996 and 1997. However, before then, obesity was classified as unusual or nonstandard body status but it was not categorized as a disease. In order to examine a mechanism how obesity attain the status of disease, this study examined the historical process of construction to obesity in discourse of disease and ontological reality of pathological·epidemiological to obesity. As a result of this research, it was found that the medical community manipulated BMI(Body Mass Index) and deliberately narrowed the range of person's normal weight, and institutionalized sizism. Especially, it was found that as the medical community associated the body state of obesity with high blood pressure, diabetes, and etc that causes burden of medical expenses to patients, that was fatphobia. And it tried to from a medical control mechanism to assign obesity to an independent status of a disease. Based on this examination, this study found an entailment: the noninfectious disease such as obesity attains the status of disease not because of the pathologic reason but because of cultural or socio-economical reason which han nothing to do with any medical source.

Key Terms: obesity, status of disease, BMI(Body Mass Index), sizism, fatphobia