

신경성 식욕부진증에 대한 한약치료, 인지행동치료 및 인간중심상담치료 병행 1예 보고

허미숙, 김 환, 서영경*, 양창섭[†], 이미영[‡], 장익순[§], 정인철

대전대학교 한의과대학 신경정신과학교실, 대전대학교 둔산한방병원 임상시험센터*, 한국한의학연구원 임상연구부[†], 한국한의학연구원 한의약융합연구부[‡], 한국기초과학지원연구원 바이오융합연구부[§]

A Case Report of Concurrent Korean Herbal Medicine Treatment, Cognitive Behavior Therapy, and Person-centered Counseling Therapy for Anorexia Nervosa

Misuk Her, Hwan Kim, Young-Kyung Seo*, Changsop Yang[†], Mi-Young Lee[‡], Ik-Soon Jang[§], In Chul Jung

Department of Oriental Neuropsychiatry, College of Korean Medicine, Daejeon University, *Clinical Trial Center, Dunsan Korean Medicine Hospital of Daejeon University, [†]Clinical Research Division, Korea Institute of Oriental Medicine, [‡]Convergence Research Division, Korea Institute of Oriental Medicine, [§]Division of Bioconvergence, Korea Basic Science Institute

Received: August 25, 2017

Revised: September 18, 2017

Accepted: September 18, 2017

Correspondence to

In Chul Jung
Department of Oriental
Neuropsychiatry, College of Korean
Medicine, Daejeon University,
Yongun-dong, Dong-gu, Daejeon,
Korea.

Tel: +82-42-470-9129

Fax: +82-42-470-9005

E-mail: npjeong@dju.kr

Acknowledgement

This study was supported by grants
from the Korean Institute of Oriental
Medicine (K17061).

Objectives: To evaluate the effects of concurrent therapy with cognitive behavior therapy and person-centered counseling in addition to general Korean herbal medicine treatment for a patient with anorexia nervosa.

Methods: A patient diagnosed with anorexia nervosa was treated with Korean herbal medicine treatment, cognitive behavior therapy, and person-centered treatment. The results were evaluated through a feeding interview, self-checklist, beck depression inventory (BDI) and InBody test.

Results: After the treatment period, the treatment effects such as improvement of dietary restriction and elimination behavior, weight gain, and reduced depression were confirmed.

Conclusions: This study suggests that concurrent therapy together with cognitive behavior therapy, person-centered counseling, and general Korean herbal medicine treatment is effective on patients with anorexia nervosa.

Key Words: Anorexia nervosa, Eating disorder, Cognitive behavior therapy, Person-centered counseling therapy.

I. 서론

신경성 식욕부진증의 진단요건은 첫째 체형과 체중 그리고 그것의 조절에 대한 집착을 보이며, 둘째 지나친 저체중 상태를 유지하고자 하는 노력을 하며 정상으로 간주되는 체중의 85% 이하나 체질량지수가 17.5 kg/m^2 와 같거나 그 이하인 경우 그리고 셋째 월경이 시작된 여성에서의 무월경이다¹⁾.

섭식장애는 한의학적으로 ‘납매(納呆)’, ‘불사식(不思食)’, ‘음식불납(飲食不納)’, ‘납식(納食)’, ‘납체(納滯)’, ‘음식욕차(飲食欲差)’ 등에 해당하며, 원인으로는 ‘간기범위(肝氣犯胃)’, ‘간비불화(肝脾不和)’, ‘우사노과다(憂思怒過多)’ 등을 들 수 있다. 이 중 정지내상(情志內傷)으로 인해 칠정(七情)이 울결(鬱結)하여 비장(脾臟)의 운화기능(運化機能)이 손상을 받거나 중기(中氣)가 허약해지면 음식을 삼키지 못하거나 음식을 거부하는 등 신경성 식욕부진의 양상이 나타난다고 할 수 있다^{2,3)}.

기존의 섭식장애에 대한 한의계 연구로는 유 등⁴⁾의 신경성 식욕부진 유사 환자 1예에 대한 증례보고, 김 등⁵⁾의 소아 거식증(infantile anorexia)의 한의학적 치료에 관한 고찰, 김 등⁶⁾의 간비불화(肝脾不和)와 식적(食積)으로 변증된 신경성 폭식증 치험 1예, 정 등⁷⁾의 반하백출천마탕(半夏白朮天麻湯)과 침 치료에 호전을 보인 섭식장애 환자 치험 1예 등이 있으나 아직은 신경성 식욕부진에 대한 임상연구가 부족한 실정이다.

섭식장애 환자가 많아지고 이에 따른 연구가 많아지면서 약물치료, 정신치료, 정신분석, 인지치료, 행동치료, 집단치료 등 많은 치료방법들이 적용되고 있으나 치료 효과에 대해 아직 명확한 결과를 보이고 있지 않아⁸⁾ 동시에 서로 다른 정신치료를 결합한 중재방법에 대한 관심이 높아지고 있는데 Fairburn 등⁹⁾은 섭식장애 환자의 낮은 자존감을 회복시키기 위해 인지행동치료와 대인관계정신치료(IPT) 기법으로 동시에 활용하는 방법을 제시하여 높은 평가를 받고 있다⁹⁾.

섭식장애를 치료하는 데 있어 이들 환자에게 어떻게 접근할 것인가는 치료자가 섭식장애를 어떤 관점으로 보고 있는가에 따라 달라질 수 있다. 섭식장애에 대한 개념은 다음과 같이 크게 두 가지로 나누어 볼 수 있다. 하나는 섭식장애를 행동장애로 보아 치료 초기에 직접적으로 이 문제를 구조적인 치료 교범에 따라 행동하도록 한다는 시각이고¹⁰⁾ 다른

하나는 이상 식사행동은 단순히 이 장애의 표면에 드러난 증상일 뿐이며 이는 더 깊은 곳에 자리 잡고 있는 심리적인 문제의 표현이라는 관점으로 구조적인 치료교범이 필요하지 않게 된다¹¹⁾. 이 둘을 어떻게 조합을 하고 어느 쪽 관점에서 접근하느냐에 따라 치료는 좀 더 구조적 방향으로 갈 수 있고 그렇지 않을 수도 있다. 일부 연구에서는 이 두 가지 치료요법을 환자에 따라 적절하게 조합된 형태로 융통성 있게 접근하는 것이 효율적일 수 있음을 주장하고 있다¹²⁾.

이에 저자는 2015년 10월 21일부터 2016년 12월 30일까지 신경성 식욕부진증 환자를 대상으로 일반적인 한약치료와 함께 인지행동치료, 인간중심상담치료를 결합한 치료를 통해 유의한 결과를 얻었기에 보고하고자 한다.

본 후향적 증례연구는 대전대학교 둔산한방병원 기관생명윤리위원회의 승인(DJDSKH-17_E_06-5)을 받고 진행되었다.

II. 증례

1. 환자

24세 여자

2. 주소증

1) 식이제한

환자는 일반 사람들처럼 식사를 하면 체중이 급격히 불어날 거라는 두려움이 있어 하루에 2끼 정도만 식사를 해왔다. 식사량은 밥 반 공기, 간식으로 사과 한 두 조각, 작은 크기의 굴, 자두 1개 정도만 섭취하였다. 이따금 그 정도의 과일을 섭취하는 것도 불안해했고 많이 불안해질 때면 과일의 무게를 달아보거나 자두 1개의 일부를 잘라서 먹는 등의 행동을 보였다.

2) 제거행동

제거행동으로 구토를 하고 있었다. 잦은 구토로 인해 변비, 기력저하, 손발 저림 등 신체적 문제를 동반하였다. 구토를 참은 게 최대 일주일 정도였고 주3~4회 이상 구토를 하였다. 한번 구토를 하게 되면 최소 2~3일씩 연속되는 패턴을 보였다. 폭식뿐만 아니라 토하는 과정에서 쾌감을 느끼고 있고 그 쾌감을 느끼기 위해 일부러 폭식하는 날도 있었다.

3) 체중체형에 대한 집착

환자는 적성보다는 성적에 맞추어 대학교에 온 이후 전공에 대한 흥미를 잃었고 뭔가에 몰두하고 집중할 수 있는 대상이 필요했는데 그게 외모였다. 어렸을 때부터 뭐든 완벽해야 한다는 생각 때문에 외모도 남들보다는 뛰어나야 한다고 생각하였고 마른 몸에 대한 열망이 생겼다. 그래서 수시로 다른 친구들과 자신의 몸매를 비교하곤 했다. 친구들과 만날 때에도 친구가 먹은 식사량과 자신의 식사량을 비교하고 본인보다 식사량이 적은 경우 자책하곤 했다. 그리고 친구들과뿐만 아니라 어머니와 체중에 대해서 경쟁의식을 느끼고 있었다. 특히 어머니가 식사를 차려주는 과정에서 자주 다툼이 이루어졌는데 밥의 양이 본인 생각보다 많은 경우 '나를 살을 찌게 하려고 한다.' 라고 생각하고 밥을 적게 달라고 하는 말을 어머니가 무시한다고 생각했다. 어머니의 식사량에 대해서 관찰하고 음식을 남기거나 식사를 거르는 경우 자신은 살찌게 하면서 엄마는 살찌지 않게 관리하고 있다고 분노하였다.

3. 발병일

4년 전(초진일 2015년 10월 21일)

4. 현병력

대학교 1학년 당시 급격한 다이어트로 인해 체중이 30kg대까지 체중이 저하되었다. 매일 헬스장에서 운동은 3시간씩 하고 음식은 900 kcal 이하로 섭취하였다. 체중계를 확인하면서 체중이 내려가고 자신의 몸이 변화되는 것에 대해서 성취감을 느꼈고 주변 사람들의 칭찬으로 인해 더욱 다이어트에 몰두하기 시작했다. 그 결과 환자는 심각한 저체중 상태에 이를 때까지 체중이 감소하게 되었고 그 과정에서 폭식이 발생하였다. 환자는 체중이 회복되는 것을 두려워 한 나머지 구토를 통해 보상하려고 하였고 식이제한과 구토로 체중을 계속 유지하려고 하였다. 그 과정에서 알코올 남용도 발생하였고 이는 폭식과 구토를 더욱 강화하였다. 보호자는 환자의 상태에 대해서 충분히 인지하고 있었는데 둘의 관계가 상당히 좋지 않았다. 환자는 부모, 특히 엄마에 대해서 의존이 강했으나 분노 또한 많은 상태였다. 분노의 가장 큰 원인은 환자의 동의 없이 보호자가 환자를 섭식장애 전문병원에 강제 입원시킨 일 때문이었다. 전문병원에서

퇴원한 후 환자와 보호자간의 신뢰관계가 깨지고 이것은 치료거부로 이어졌다. 전문병원 입원 경력은 스스로를 비정상적인 정신 상태의 사람으로 생각하게 하였고 깊은 수치심을 갖게 되었다. 본인의 증상이 더욱 심해지면 언제든지 가족이 자신을 또 전문병원에 보낼 수 있다고 생각했다. 엄마의 행동이나 말에 대해서 화가나 본인이 물건을 던지거나 소리를 지르고 화를 내는 행동이 많아지자 가족이 지치고 힘들어서 자신을 포기할까봐 두려워했다. 또한 가족에 대해 경제적인 죄책감을 느끼고 있었다. 폭식, 구토, 폭음 비용뿐만 아니라 치료비용 또한 상당히 부담스럽게 생각했다. 그래서 보호자는 환자에게 선뜻 새로운 치료를 권하기 어려운 상황이었다. 먼저 보호자가 진료에 대해 상담을 하였고 이후 환자와 보호자가 함께 내원하였다. 처음 1시간 정도의 환자와의 상담과정에서 한의 및 상담 치료에 대해 환자의 생각이 긍정적으로 바뀌게 되고 본격적인 치료를 시작할 수 있었다.

5. 정신과적 개인력 조사

1) 유아기 및 학령기

어렸을 때부터 조부모가 오빠를 편애하였고 그 과정에서 사랑받고 싶은 욕구가 많이 생겼다. 공부를 잘하거나 학교에서 상을 타오거나 했을 때 칭찬받는 경험을 하면서 무엇이든 잘하여 칭찬받고 사랑받기 위해 노력하게 되었다.

2) 성인기

다방면으로 뭐든 잘해야 한다는 완벽주의 성향이 강했다. 대학교 입학 후 학과 공부나 자격증 취득에 대해 친구들과 비교를 많이 하곤 했다. 자신이 조금이라도 쉬게 되면 친구들은 앞서 나가고 자신을 뒤처지고 있다고 불안해했다. 그래서 친구에 대한 열등감으로 괴로워하고 만나는 것을 피하기도 했다. 또한 친구의 요구를 거절하지 못하고 기대에 과도하게 부응하려는 경향이 있었다. 가족에게는 자신의 감정을 표출하였으나 친구관계에서는 자신의 감정을 솔직하게 드러내지 못하고 좋은 인상을 남기고자 노력하였다. 타인이 자신에 대해서 실망하는 것에 대해서 매우 큰 두려움을 느끼고 있어 항상 웃고 활발한 이미지를 보여주고자 과도하게 노력하였다. 반면 남보다 우월하고 싶다는 욕구가 매우 커서 좋은 성적으로 좋은 직장에 취업하고 돈을 많이 벌어야

한다는 생각을 자주 하였다.

6. 진찰소견

- 1) 머리: 두통, 현훈(眩暈)
- 2) 가슴: 흉민(胸悶), 심계(心悸)
- 3) 정서: 이노(易怒), 우울(憂鬱), 불안(不安)
- 4) 소화: 소화불량, 장명(腸鳴)
- 5) 대변: 1회/1~2일
- 6) 소변: 4~5회/일
- 7) 수면: 양호
- 8) 월경: 무월경(4년째)
- 9) 맥진: 현활맥(弦滑脈)
- 10) 설진: 백박태(白薄苔)
- 11) 신장, 몸무게: 164 cm, 45 kg
- 12) 음주: 비주기적이나 음주 횟수가 많을 때는 주 4~5회
- 13) 흡연: 안함.

7. 과거력, 가족력

별무

8. 진단 및 변증

1) 변증

간기울결(肝氣鬱結), 간화상염(肝火上炎), 식적(食積), 심담허겁(心膽虛怯)

2) 진단

환자는 내원 당시 몸무게 45.9 kg이었고 BMI가 17.1 kg/m²로 심각한 저체중 상태였다. 환자는 미국정신의학회 정신장애의 진단 및 통계 편람 제5판(DSM-V)에 의거하여 보상적 제거행동(Compensatory purging)을 보이는 신경성 식욕부진증으로 진단되었다¹⁾.

9. 평가방법

1) 섭식장애 면접평가

현재 가지고 있는 섭식장애의 종류와 심각성을 평가하는 구조화된 면접 항목이다. 섭식문제의 현재 상태, 섭식문제의 전개, 개인력과 가족력, 현재 주변 환경과 환자의 기능, 동반

된 정신병리, 신체적 건강, 섭식문제와 치료에 대한 태도를 나누어 평가한다. 섭식문제의 현재 상태에는 환자가 가진 증상과 환자가 변화하기 바라는 점 그리고 식사 습관, 식이 제한, 체중체형에 대한 관심, 살찐 느낌 등을 포함하며 섭식 문제의 전개 항목에는 섭식문제의 시작에 대한 자세한 내용과 주요 유발인자 그리고 체중의 과거력 및 이전의 치료 등에 대한 질문이 포함 된다³⁾. 초진일에 환자의 상태를 파악하기 위해 한번 시행되었다.

2) 자기점검기록지 기록

그 순간의 감정과 사고 그리고 행동 그리고 진행과정에 대해서 기록함으로써 자동화 사고, 인지적 오류 및 제거행동의 변화를 파악할 수 있다. 또한 식사시간 및 식사내용에 대해서 기록함으로써 식이제한과 식사시간 및 식사량의 변화를 파악할 수 있다. A. 선행 요인(Antecedents), B. 행동(Behaviour) C. 결과(Consequence)로 나누어지는데, 선행 요인은 먹을 당시 환경, 먹기 직전의 생각과 감정에 대해서 적고 행동은 폭식 여부, 구토나 변비약 등 제거행동과 보상 행동에 대한 여부에 대해 적으며 결과는 식사 후 생각과 감정 그리고 장·단기적으로 미친 영향에 대해 적는다⁴⁾. 환자에게 매일 기록하도록 하였다.

3) 인바디 검사(InBody)

체중과 체질량지수가 얼마나 회복되고 있는지 체크할 수 있다. 체질량지수(kg/m²) 17.5 이하는 심각한 저체중, 17.6~18.9는 저체중, 19.0~19.9는 낮은 체중, 20.0~24.9는 건강한 체중, 25.0~29.9는 과체중, 30.0 이상은 비만에 해당한다. 1주일에 한 번 검사를 하였다.

4) BDI 검사(Beck Depression Inventory: BDI)

BDI는 21개 문항, 4점 척도로 구성되고, 가능한 총점 범위는 0~63점으로 0~9점은 우울하지 않은 상태, 10~15점은 가벼운 우울상태, 16~23점은 중한 우울상태, 24~63점은 심한 우울상태를 나타낸다¹⁵⁾. 주1~2회 상담 시작 전에 항목에 체크하도록 하고 점수를 합산하여 우울감의 변화를 체크하였다.

10. 치료내용

한방치료와 인지행동치료, 인간중심치료를 병행하였다.

치료 초·중기에는 한약치료와 인지행동치료를 병행하였고 치료 후기에는 인간중심상담 치료가 이루어졌다. 한약은 변증을 통해서 신체적, 정신적 증상의 개선을 목표로 하여 조위승청탕가감방으로 1개월간 투여되었다. 조위승청탕은 식후비만(食後痞滿), 퇴각무력(腿脚無力), 중소신기(中消善饑)에 사용되는 처방으로 석창포, 원지, 산조인, 용안육 등의 보심안신(補心安神)하는 약재들을 통해 스트레스로 인한 폭식에 유효한 효과를 거둘 수 있다¹⁶⁾. 인지행동치료는 총 3단계로 이루어졌는데 1단계는 강화 인지행동치료를 소개한 후 사례 개념화를 실시하고 체중과 식이에 대해 교육하였다. 2단계는 저체중 상태에서 체중을 회복하고 제거행동을 하지 않는 행동치료를 본격적으로 실행하였다. 3단계는 체중회복이 잘 진행될 수 있도록 조연하고 격려하면서 치료과정에서 드러난 인지적 왜곡을 교정하였다. 또한 환자의 장·단기적 재발 방지를 위한 상담이 진행되었다.

치료 후기에는 치료 내내 드러난 환자의 낮은 자아존중감을 회복하고 가족 간의 갈등을 해결하기 위해 인간중심상담 치료를 실시하였다.

- 1) 한약치료: 조위승청탕가감방(調胃承清湯加減方) (2015.10.21.~2015.11.20)
- 2) 인지행동치료: 주 2회(2015.10.21.~2016.09.30)
- 3) 인간중심치료: 주 1회(2016.10.01.~2016.12.31)

11. 치료기간: 2015년 10월 21일~2016년 12월 31일

12. 임상경과

1) 한약치료

2) 인지행동치료

Christopher G. Fairburn의 Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorder에서 제시된 강화된 형태의 인지행동치료 방법을 사용하였다.

- (1) 인지행동치료 1단계(2015.10.21~2015.12.31)

① 자기점검기록지 교육

1단계에서는 인지행동이 무엇이며 어떤 것을 목표로 하는지에 대해서 교육했다. 첫 회기 때 가장 중요한 셀프 모니터링에 대해서 설명하고 지속적으로 실행하도록 동의를 얻

는 과정이 이루어졌다. 셀프 모니터링으로 매일 실시간으로 식사 전, 중간, 후에 자신의 감정과 생각과 식사음식을 적도록 교육했다. 그 과정에서 일어날 수 있는 여러 장애물에 대해서 생각해 볼 수 있도록 질문을 하고 대처방안을 세웠다. 가장 중요한 것은 솔직하게 쓰는 것이라는 것을 설명하고 거짓으로 쓰고 싶어서라면 그날은 아예 쓰지 않도록 당부하였다. 솔직하게 쓰면 치료자에게 거부당할까봐 혹은 비난 받을까봐 두려워하고 있었기에 그 감정을 수용하고 상담을 통해 환자의 두려움을 최소화할 수 있도록 하였다. 환자는 매 셀프모니터링마다 매우 자세하게 자신의 생각과 감정을 적기 시작했다. 또한 사례 개념화를 통해 불규칙하고 제한된 식사, 저체중, 체중체형에 대한 집착, 제거행동이 폭식으로 이어지고 있음을 확인하였다.

② 식사횟수 교정

하루 필요한 대사량과 체중이 늘어나는 원리에 대해서 다시 교육했다. 적은 식사 횟수가 폭식 충동을 일으킬 수 있는 요인이 됨을 교육하고 식사 횟수를 3번 간식 2번으로 늘릴 것을 합의하였다. 환자에게 식사량은 일단 자율에 맡기고 식사 시간을 교정하는 것부터 시작하였다. 환자는 큰 저항 없이 식사 횟수를 늘렸다. 그러나 식사량은 밤 반 공기에 나물 반찬 위주였고 간식은 100칼로리를 넘기지 않았다.

③ 제거행동 부작용 교육

제거행동의 부작용에 대해서 교육이 진행되었다. 환자는 구토를 할 경우 음식물이 90% 정도 제거된다고 생각하고 있었는데 구토를 하더라도 50% 이상 제거되지 않는다는 것을 알고 나서 놀라워했다. 환자는 구토 직후 체중을 재고 빠져 있는 것을 확인해 왔기 때문에 구토가 폭식을 보상할 수 있는 확실한 방법이라고 생각해 왔던 것이다.

④ 체중 재기

환자에게 일주일에 한번 병원에서 재는 것 외에는 체중을 재지 않도록 하고 동의를 구했다. 환자는 집의 체중계를 치웠다.

⑤ 저체중의 영향 교육

환자가 불편한 경험이 대부분 저체중으로 인한 이차적인 문제임을 강조하며 심각한 저체중 자체가 폭식을 일으키는 원인임을 설명하였다. 그리고 현재 환자는 3년이 넘도록 무월경 상태였는데 그 또한 저체중이 원인이 될 수 있음을 설명하였다. 이 과정에서 환자는 음식과 섭식에 대해서 끊임 없이 생각하고 집착하게 만드는 것, 계속 뱃가를 먹고 싶어

하는 것 또한 저체중의 영향이라는 사실을 인지하게 되었다. 원래 본인을 ‘식중이’ 또는 ‘돼지’라 표현하며 자신이 유난히 식탐이 많다고 생각하고 부끄러워해 왔다. 그러나 식탐의 원인이 저체중이라는 것을 알고서 매우 놀라워했다. 또한 계획을 세우기 좋아하고 조금이라도 일상에서 변화가 생기면 화를 내고 하던 방식대로만 고집해 온 것 역시 저체중의 영향이라는 사실을 처음 알게 되었다.

(2) 인지행동치료 2단계(2016.01.01~2016.08.31)

① 회피음식 섭취 시도

환자는 먹으면 안 되는 음식, 혹은 먹으면 폭식으로 이어지는 음식 리스트를 가지고 있었다. 살찌는 음식이란 존재하지 않고 섭취량과 대사량에서 잉여 칼로리가 지방으로 축적될 수 있다는 것을 설명하였다. 환자가 금기 음식을 먹음으로써 그 음식을 먹게 되면 살이 찐다는 인지적 오류를 교정할 수 있고 그에 따른 폭식도 방지할 수 있음을 교육하고 회피음식 섭취를 시도하기로 하였다.

② 체중 회복

환자에게 체중회복의 장·단점을 설명하고 체중 회복을 했을 경우와 안했을 경우의 5년 후, 10년 후의 미래에 대해 그려보게 함으로써 환자 스스로 체중회복을 결심하도록 도왔다. 환자는 “지금 이 상태를 유지하는 것에 대한 장점은 하나도 없다.”고 말했다. 그리고 5년 후에도 지금 이 상태를 유지한다면 졸업도, 취업도 못하고 폐인이 되어 있을 것이라 하였고 10년 이상 유지한다면 자살할 것 같다고 말하였다. 환자는 저체중상태가 개선되지 않으면 폭식하고 구토하는 것이 계속 반복될 것이라는 것을 인지하고 체중회복을 하겠다고 결심하였다. 체중이 늘어나는 원리에 대해서 교육을 받았고 우선 하루 2,000 kcal를 섭취하기로 하였다.

는 것이 계속 반복될 것이라는 것을 인지하고 체중회복을 하겠다고 결심하였다. 체중이 늘어나는 원리에 대해서 교육을 받았고 우선 하루 2,000 kcal를 섭취하기로 하였다.

(3) 인지행동치료 3단계(2016.09.01~2016.09.30)

① 인지적 오류 교정

상담과정과 자기점검기록지에서 자동적 사고의 인지적 오류를 발견하고 스스로 합리적 사고로 교정할 수 있도록 하고 그것을 치료노트에 적어 틈틈이 읽도록 하였다.

치료과정에서 드러난 환자의 자동적 사고는 다음과 같다 (Table 1).

② 재발방지를 위한 장·단기적 계획

섭식장애 환자들은 치료 후 수주나 수개월 간의 행동을 조절하다가 특정 유발인자에 의해 다시 증상을 보이는 경우가 흔하다^{17,18)}. 따라서 재발 방지를 위한 계획이 중요하다. 특히 부정적 정서가 이상 섭식행동, 특히 폭식행동에 영향을 미친다. 따라서 폭식행동을 보이는 개인에게는 스트레스 관리를 통해 부정적 감정을 효과적으로 감소시키는 것이 중요하다¹⁹⁾. 본 증례 환자 역시 인지 행동치료 후 증상이 상당히 호전되었으나, 스트레스 요인이 있을 때와 혼자 집에 있을 때는 폭식욕구가 발생한다고 하였다.

환자에게 상담이 종결되고 나서도 폭식과 구토는 언제든지 일어날 가능성이 있고 재발을 방지하기 위해서 폭식을 일으킬 수 있는 상황에 대해서 생각해 보고 대처방안에 대해서 고민해 보도록 하였다. 환자는 취업 면접을 볼 때 다이어트 욕구가 생길 것 같다고 하여 현재의 체질량지수가 19

Table 1. Automatic Thinking of the Patient Revealed During the Treatment

Automatic thinking	Corrected thinking
구토를 하면 살이 빠진다.	구토를 해도 다 제거되지 않고 최대 제거되는 것이 50%이다. '먹고 토하면 되지 뭐'하는 생각에 더 폭식하게 된다.
나는 원래 폭식과 구토를 하는 사람이다.	폭식과 구토는 행위이지 나라는 사람을 규정짓는 것이 아니다. 폭식과 구토는 노력하면 하지 않을 수 있는 행위일 뿐이다.
이미 구토를 했다. 망했다. 또 먹고 토하자.	한번 폭식하고 구토했다고 해서 또 먹고 토하면 몸만 더 힘들고 구토하고 나서 죄책감과 후회만 더 커질 뿐이다.
배부르면 살찐다.	사람은 누구나 배가 부를 때까지 먹는다. 배가 부르면 살찌는 것이 아니다.
배고프면 살이 빠진다.	배고프다고 해서 살이 빠지는 것이 아니다. 배고프면 살이 빠진다고 생각해서 계속 배고픈 상태를 유지하면 결국 폭식하게 된다.
(제한된 음식을 먹게 되면) 먹을 수 있는 마지막 기회니까 폭식 하고 토하자.	금지된 음식이란 없다. 스스로 만들어낸 규칙일 뿐이다. 어떤 음식을 먹더라도 섭취량과 대사량과 비슷하다면 체중은 유지된다.
토할 때 처음에 먹었던 음식이 나오면 다 토한 것이다.	토는 최대 50%밖에 제거 되지 않는다. 처음 먹었던 음식의 일부가 나왔다고 해서 다 토한 것이 아니다. 그리고 이미 칼로리는 흡수되었다.
주변 사람이 나보다 적게 먹으면 안 된다.	주변사람의 양에 맞추어 먹을 필요가 없이 나의 배부름, 배고픔 신호에 맞추어서 먹어야 한다. 상대방은 본인의 상황에 따라 많이 먹을 수도, 적게 먹을 수도 있다.

내외로 타인의 눈에는 날씬해 보이는 체질량지수이기 때문에 다이어트가 필요 없음을 인지하도록 하였다. 또한 스트레스를 받을 때 폭식 충동이 일어날 수 있음을 상담하고 지속적으로 할 수 있는 취미를 권고하여 스퀘시와 보컬트레이닝을 지속적으로 해보기로 하였다.

3) 인간중심상담(2016.10.01~2016.12.31)

Carl Rogers에 의해 개발된 인간중심상담은 상담자가 내담자 인생의 가이드 또는 전문가 역할이 아닌 비강압적인 동반자임을 강조하였다²⁰⁾. 지시적 상담에서는 내담자가 달성해야 하는 바람직스럽고 사회적으로 인정받는 목표를 상담자가 선정한 후 내담자가 그것을 달성하도록 도와주어야 한다고 생각하지만 비지시적 상담인 인간중심상담은 사람은 자기 자신과 자신의 문제에 대해 약간의 통찰만 있다면 스스로 현명한 선택을 할 것이라는 신념을 가지고 있다. 인간중심상담에서 치료적 관계의 중요 요소는 공감, 무조건적인 긍정적 존중, 일치성이다²¹⁾.

(1) 상담 과정

상담과정은 Carl Rogers의 Counseling and Psychotherapy: Newer Concepts in Practice에 제시된 상담과정의 특징적 12단계에 따라 진행되었다.

① 내담자가 도움을 받으러 온다.

반복된 폭식과 구토를 했던 경험 때문에 자아존중감이 결여되어 있었다. 환자는 친구나 가족이 조금이라도 자신에게 소홀히 하거나 기대와 다르게 행동하는 경우 화가 나고 그 후에는 후회 자책하는 문제로 매우 힘들다고 하였고 이런 부분이 폭식을 발생하는데 중요한 원인이 되고 이에 대해 도움이 필요하다고 하였다.

② 도움을 주는 상황, 즉 상담상황이 규정된다.

환자에게 상담시간 및 주당 상담 횟수 등에 대해서 환자 스스로 결정할 수 있도록 하였고 치료자의 역할은 평가하거나 판단하는 사람이 아니라 가족과의 관계 그리고 친구들과의 관계 및 자신 스스로에 대해서 생각해 볼 시간과 장소 그리고 분위기를 제공하는 것임을 밝혔다.

③ 상담자는 문제에 관한 감정을 자유스럽게 표현할 수 있도록 내담자를 격려한다.

환자는 상담 회기 때 어머니에 대해 양가감정을 가지고 표현하는 것을 두려워하였다. 환자가 신경 써 하는 식단이 나 친구간의 문제에 대해서 고민할 때 마다 환자가 보기에

는 어머니가 자신의 마음을 잘 헤아려 주지 않는다 생각했다. 어머니가 자신에게 하는 조언이 자존심을 짓밟는 것처럼 들렸다고 하였다. 상담과정에서 부모에 대한 분노 및 자기 스스로에 대한 혐오감, 죄책감, 부모에 대한 양가감정 등 감정의 흐름을 막지 않고 자유스럽게 표현할 수 있도록 하였다.

④ 상담자는 이런 부정적인 감정을 수용하고 인정하고 명확히 한다.

환자는 어머니에 대해 상담이 진행될수록 더 깊은 양가감정을 드러냈다. 가족이지만 병을 인정하고 도움을 받는다는 것에 대해서 매우 수치스럽게 생각하였다. 어머니가 환자의 말을 듣지 않고 챙겨주면 매우 감사해 하다가도 자신의 의도대로 되지 않거나 자신을 무시하는 것처럼 느껴지면 화를 내고 물건을 집어던지는 행동을 보이곤 했다. 또한 어머니에 대해 과민하게 반응하는 것에 대해 수치심이 들면 이런 감정의 원인을 어머니에게 돌리며 분노하였다. 그러나 분노를 표출한 후에는 깊은 후회를 하며 자책하는 패턴을 보이곤 했다. 또한 가족에게 끊임없이 사랑과 관심을 요구하면서도 그것에 대해 의심하곤 하였다. 그것은 어머니가 예전에 환자의 동의 없이 전문병원에 입원시킨 일과 연관이 있었다. 환자는 그 경험과 관련해 깊은 분노와 죄책감 그리고 수치심을 표출하였다.

이에 대해 환자의 감정에 대해서 인정하고 수용하고 명확하게 하도록 했다. 그리고 환자의 감정에 대해 공감하려고 하였다. 환자는 공감 받았다는 느낌을 받을 때 더욱 더 자신의 감정을 잘 표현하였다.

⑤ 내담자의 부정적인 감정이 완전히 표현되면 긍정적인 충동이 약하게 표현된다.

환자는 평생 본인의 원하는 몸무게로만 살 수 없다는 것에 대해서 깊이 낙심했다. 이제껏 늘 원하던 결과를 얻었고 그게 당연하다고 생각했다. 그래서 원하는 몸무게를 얻을 수 없다는 사실이 더 충격적이고 끔찍하게 다가온 것 같다고 하였다. 상담과정에서 충분히 실재감과 우울함을 표현할 수 있도록 하였고 환자는 원하는 몸무게로만 살 수 없다는 것에 대해 조금씩 인정하기 시작하였다.

⑥ 상담자는 긍정적으로 표현되는 감정도 수용하고 인정한다.

여기서 긍정적 감정은 부정적 감정보다 더한 것도, 덜한 것도 아닌 단지 성격의 일부로 수용되도록 칭찬 또는 도덕

적인 측면을 드러내지 않고 환자가 드러낸 감정을 명확히 하도록 했다.

⑦ 통찰, 즉 자신에 대한 이해와 수용이 나타난다.

환자는 본인이 우울감에 대한 과도한 가치를 두고 있고 누구보다도 뛰어나야 한다는 것에 사로잡혀 있다는 것을 인지하고 그것이 자신의 한 단면임을 수용하였다.

⑧ 가능한 선택과 행동방향을 명확히 해주는 과정이 통찰의 과정과 혼재되어 나타난다.

환자는 본인이 타인의 기대를 과도하게 충족하려고 하는 경향이 있음을 인정하였으나 그것을 어떻게 변화해야 할지 혼란스러움과 두려움을 느끼고 있다는 것을 표현하였다.

⑨ 약하기는 하지만 대단히 중요한 적극적인 행위가 개시된다.

환자는 타인이 자신을 싫어하는 것에 대해서 매우 두려워하였다. 그러다 보니 거절을 못하고 혼자서 고민하는 시간이 많았다. 상담과정에서 이러한 감정에 대해 이야기를 하고 친구에게 솔직한 감정을 드러내기로 결정하였다. 그런 과정에서 친구와 멀어질까 두려워했지만 친구는 이에 대해 진심어린 사과를 하였고 환자는 자신의 의견을 표현할 수 있는 용기를 얻었다.

⑩ 자신에 대해 더 완전하고 정확한 이해를 한다.

상담이 진행되면서 본인이 왜 섭식장애가 생기게 되었는지에 대해서 통찰하기 시작하였다. 상담을 진행하면서 자격증 시험 등 여러 도전을 하였으나 원하는 결과를 얻지 못해 매우 상심하였다. 스스로 아무것도 할 수 없을 것 같은 큰 무력감과 우울함을 경험하였는데 그런 우울감, 자책, 무력감을 자유롭게 표현 할 수 있도록 격려하였다. 나도 실패할 수 있다는 것, 최선을 다해도 안 되는 게 있다는 것을 받아들

이기 힘들고, 병 뒤에 숨어있을 때는 병 때문이라고 합리화하고 회피할 수 있어 매우 편했고 그것이 병이 지속된 가장 큰 이유인 것 같다고 말하였다.

⑪ 내담자는 더욱더 통합된 적극적인 행동을 한다.

환자는 뭔가를 선택하는 데 두려움이 없어지고 결정한 것에 대해 자신감을 갖게 되었다. 한번 실패 하거나 실수한 것에 대해 있는 그대로의 사실 자체로 받아들이고 인정함으로써 다시 나아갈 방향에 대해서 생각하고 행동할 수 있게 되었다. 환자가 몇 개월 만에 폭식을 하고 난 후에도 후회는 했지만 요즘 일상이 너무 단조로웠던 게 가장 큰 이유였음을 인지하였다. 다음날 큰 흔들림 없이 예정된 일정대로 생활을 해 나갈 준비를 했다.

⑫ 내담자는 스스로 상담을 종결한다.

환자는 생리가 다시 시작하고 몸무게가 53 kg 대를 유지하게 되었고 음식을 먹는데 자유로움과 기쁨을 느꼈다. 스스로 할 수 있다는 자신감이 생기고 상담을 종결기로 하였다.

13. 효과 평가 결과

1) BDI 검사

첫 내원 시 우울증척도 검사 결과는 28점이였다. 폭식 충동이 덜해지면서 11월 9일에는 16점으로 가장 낮았다. 그러나 11월 21일에는 19점, 12월 8일에는 22점으로 상승하였다(Table 2, Fig. 1). 환자가 한약치료를 중단하였고 인지행동치료 때 식사량을 늘리고 체중회복을 해야 하는 부분

Table 2. Change of Beck Depression Inventory Score

Days	BDI score
First visit	28
After 3 days	22
After 6 days	23
After 10 days	24
After 13 days	19
After 17 days	17
After 19 days	16
After 27 days	17
After 31 days	19
After 48 days	22

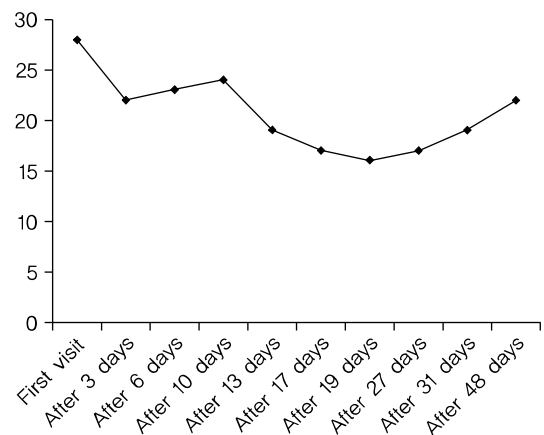


Fig. 1. Change of BDI score. BDI: Beck Depression Inventory.

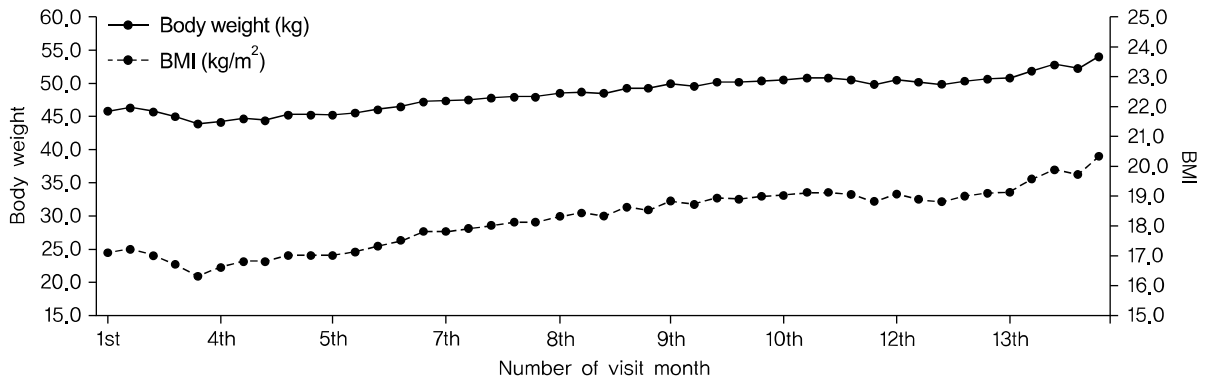


Fig. 2. Changes of body weight and BMI.
BMI: Body Mass Index.

Table 3. Number of Times of Vomiting after Binge

Number of month	1	2	3	4~10	11	12	13	14	15
Number of times of vomitng	6	8	3	0	1	0	1	0	1

들이 강조되면서 환자의 내적 갈등과 우울감이 커진 것이 원인으로 보인다.

2) 인바디 검사

첫 내원 시 몸무게는 45.9 kg, BMI는 17.1이었다. 치료 초기 구토를 하지 않고 식사 횟수가 늘자 오히려 식사량이 줄어 11월 17일은 43.9 kg까지 체중이 저하되었다. 치료과정에서 저체중의 영향을 설명하고 체중회복을 결심하면서 2016년 1월 1일부터 본격적으로 체중을 회복하기 시작했다. 그 결과 2016년 6월 25일 50 kg을 넘었고 2016년 12월 15일에는 54 kg까지 회복되었다(Fig. 2).

3) 폭식, 구토 횟수 변화

2015년 10월 동안은 폭식 구토 횟수가 6회, 그리고 11월 동안은 폭식 구토 횟수가 8회였다. 그러나 2016년 1월부터 체중회복을 본격적으로 시도하고 나서 폭식 구토 횟수가 0회가 되었다. 그러나 2016년 8월에 다시 폭식 구토가 나타났고 그 뒤 2개월에 한 번씩은 폭식 구토를 하였다(Table 3, Fig. 3). 이것은 환자가 취업 준비를 하면서 큰 스트레스를 받았고 술자리를 금하다가 8개월부터 술자리를 조금씩 참석한 것이 원인으로 보인다.

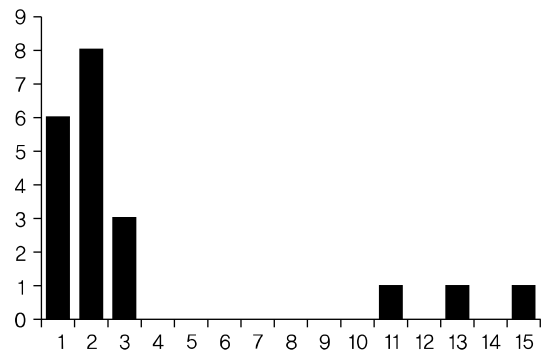


Fig. 3. Number of times of vomiting after binge.

4) 식사량과 식이제한의 변화

식사량과 식사 내용의 변화는 Table 4와 같다.

III. 고찰

경제적 발전과 대중매체의 발달로 인한 서구사회 문화의 빠른 도입과 식생활의 변화는 신경성 식욕부진증 환자가 많아지고 있다는 추측을 가능케 한다. 우리나라도 1980년대부터 신경성 식욕부진증 환자들의 임상적 보고들이 이뤄지고 있다. 그러나 아직 이들 환자들에 대한 의료진의 관심과 일반인의 인식 부족으로 인하여 체계적인 진단과 치료를 받지 못하고 있는 실정이다²²⁾.

Table 4. Changes of Food Quantity and Dietary Restriction

Date	Changes in eating patterns
2015.10.21 ~ 2015.12.31	900 kcal 이하만 섭취
2016.01.01	환자는 아침엔 과일 반개, 점심과 저녁은 밥2/3공기 점심과 저녁 사이 그리고 밤11시 경 간식을 섭취하였다. 하루 2번의 간식을 100칼로리 이하로만 먹음.
2016.01.03	하루 간식 2번을 100 kcal에서 200 kcal로 늘림
2016.01.05	회피음식을 처음으로 시도함. 크림빵 시도
2016.01.11	하루 총 섭취량을 2,000 kcal로 맞추어 먹음
2016.01.13	하루 총 섭취량을 2,500 kcal로 늘림
2016.01.20	친구들과 낮시간에 외식 처음으로 시도. 사전에 식당과 음식 종류와 양까지 미리 계획해야만 시도 가능함.
2016.05.12	항상 폭식으로 이어지던 초밥 뷔페에서 식사하는 것을 시도.
2016.05.19	폭식 구토를 미리 계획하지 않고 술자리에 처음으로 참석 함.
2016.06.29	제일 두려워 하던 뷔페식 패밀리 레스토랑에 가서 식사함.
2016.07.26	미리 계획하지 않은 채 친구와 밖에서 식사하는 것을 시도함.
2016.08.01	음식의 종류와 양에 대해서 두려움을 전혀 느끼지 않게 됨.

본 증례 환자는 신경성 식욕부진으로 진단되어 치료 초기에 한약치료와 인지행동치료를 병행하였고 체중이 50 kg 이상 회복되었을 때 인간중심상담으로 치료를 전환하여 진행하였다. 환자는 내원 당시 45.9 kg로 저체중 상태로 기력 저하, 무월경 등의 신체문제를 동반하고 지속적으로 음식에 대한 생각에 사로잡히고 공부에 집중이 안 되는 등 학업의 어려움으로 괴로워하고 있었다. 처음에는 인지행동치료를 통해 적극적인 식사계획을 세우고 그것을 실천함으로써 환자의 체중을 회복하는 것을 1차 목표로 삼았다. 인간중심상담은 비지시적 상담이므로 대상 환자에게 적극적인 식사계획을 세우고 실천하도록 하는 것에 어려움이 있기 때문에 초기에는 인지행동치료를 통해 체중을 회복하도록 하는 것이 적절한 치료라고 판단하였다. 체중이 회복되고 인지행동치료를 시행하는 과정에서 본인의 체중체형에 대한 집착과 엄격한 식사규칙 그리고 타인의 대한 신체에 대한 왜곡된 생각 등 많은 부분이 교정되었으나 자아존중감은 많은 부분에서 회복되지 못하였다. 즉 체중회복 후에도 본인이 무가치하고 벌을 받아야 한다는 부정적인 핵심신념은 교정되지 않았다. 인지행동치료를 통해서도 핵심신념의 교정을 시도해볼 수 있었으나 환자가 자신의 깊은 속마음을 남에게 터

놓고 공감 받은 경험이 거의 없었기 때문에 후반부 치료에서는 낮아진 자존감 회복을 위해 인간중심상담치료를 진행하기로 하였다.

한약치료는 치료 초기 한 달 동안 진행되었는데 조위승청탕가감방을 처방하였다. 환자는 한약을 복용하고 초반에는 문진하였을 때 폭식욕구가 덜 올라오고 기운이 나는 듯한 느낌을 받았다고 하였다. 한약치료를 통해 심리적으로 불안과 우울한 감정이 줄어들었는데 치료 전에 시행한 BDI 점수가 28점에서 약 한달 이후 17점으로 낮아졌다. 초기 한약치료를 통해 폭식 충동이 줄어들고 우울감은 감소되었으나 체중 회복에는 미비한 효과를 보였다. 식이제한은 유지하면서 폭식 횟수가 줄자 초기에는 오히려 몸무게가 더 감소하는 경향을 보였다. 환자의 왜곡된 생각으로 인해 체중 회복을 계속 거부하고 있었기 때문에 한약치료와 함께 인지행동치료와 병행하여 합리적 사고를 할 수 있도록 치료를 진행하였다. 인지행동치료 초기에 식사횟수를 늘리고 식사량을 늘리는 등 많은 과제가 요구되는 과정에서 다시 환자의 불안과 우울감을 호소하였다. 환자는 식사량과 식사횟수를 늘리면 폭식이 더 빈번하게 일어날 거라는 두려움을 가지고 있었다. 그러나 한약치료와 인지행동치료를 병행하면서 심리적으로 안정되고 폭식욕구가 줄어들어 식사계획을 시도하는 과정에서의 저항이 줄어들었다.

적극적인 식사계획을 실천한 결과 대상 환자의 몸무게는 치료 초기에 45.9 kg에서 13개월만에 54 kg까지 8.1 kg이 증가하였다. 1개월에 평균 약 600 g 정도 늘어난 것이다. 체중이 회복되면서 월경을 다시 시작하였고 갑상선 호르몬 수치도 정상으로 돌아왔다. 또한 회피하던 음식을 계속적으로 섭취를 시도함으로써 음식에 대한 강박이 점점 줄어들었으며 치료초반에는 제한된 칼로리 내에서 모든 음식을 계획하면서 먹었으나 치료 후반에는 본인의 배부름 배고픔 신호에 집중하면서 계획하지 않고 먹을 수 있게 되었고 예정에 없던 외식 또한 할 수 있게 되었다. 또한 치료 초반에 하루에 10회 이상 체형확인을 하던 것도 치료 후반에는 일주일에 1회 정도로 줄어들게 되었다.

보통 저체중 환자가 체중을 회복할 때 주당 0.5 kg 정도를 목표로 하는데 이 환자는 이보다 매우 느리게 체중이 증가되었다. 따라서 치료기간이 매우 길어졌는데 장단점이 있다고 할 수 있다. 장점은 보통 체중회복과정에서 일어나는 부종이나 소화불량, 배가 계속 부른 느낌이 거의 나타나지

않아 치료과정에 대한 거부감이 적었다는 것이다. 또 체형에 대한 변화가 천천히 일어나 환자의 불안이나 두려움이 상대적으로 적었다. 단점은 긴 치료기간에 따른 경제적 부담과 치료 포기 가능성이 있다는 것이다. 다행히 이 환자는 보호자가 치료에 대해서 적극적이고 치료비용에 큰 저항이 없었기 때문에 장기간 치료가 가능했고 치료자와 환자간의 라포가 잘 형성되어 있었기 때문에 회의감을 갖거나 조금씩 하지 않고 치료를 끝까지 진행할 수 있었다.

인지행동치료에서 양호한 치료결과를 낼 수 있었던 요인은 3가지가 있었다. 첫째는 환자의 높은 과제 이행율이다. 환자는 자기점검기록지를 거의 매일 기록하였고 주 1회 체중 재기, 회피음식 시도 등 상담 때 이루어진 과제는 거의 대부분 실행하였다. 이는 환자의 성격적인 특성과 관련이 있었다. 평소 발표준비와 학교과제를 쓸 때도 밤을 새워가며 완벽하게 준비하려는 성향을 보였다. 이런 경향은 과제 이행율과 완성도를 높였고 치료 효과의 상승으로 이어졌다. 두 번째는 상담과정에서 환자-의사 관계가 잘 구축되었다는 점이다. 치료과정에서 높은 신뢰로 인해 체중회복과정에서 식사량과 식사횟수 증가나 회피음식 시도에 대해 용기를 낼 수 있었다. 셋째는 가족의 노력이다. 환자의 어머니는 환자를 위해 일도 그만두고 매일 식사를 준비해 주었다. 그리고 환자와 큰 갈등이 생기더라도 항상 다시 환자의 손을 잡아 주었고 환자가 치료를 잘 진행할 수 있도록 노력하였다. 이런 세 가지 요소가 환자로 하여금 인지행동치료의 여러 과제를 잘 수행하여 체중회복을 하도록 도왔다.

치료가 진행되면서 재발을 막기 위해서 체중, 체형 집착의 근본원인인 낮은 자아존중감의 회복이 필요하였다. 그러나 인지행동치료만으로는 환자의 자아존중감을 회복하고 폭식의 장, 단기적 재발을 막는데 한계가 있었다. 실제로 인지행동치료는 폭식 증단의 계기를 마련하는 데는 우수하지만, 우울과 같은 부정적 정서를 가진 섭식장애 환자에게 효과가 낮다고 알려져 있다²³⁾. 환자의 체중이 50 kg이 넘었을 때부터 환자의 낮은 자아존중감에 대해서 조금씩 상담치료를 하기 시작하였고 환자가 체질량지수 19를 회복한 이후에는 효과를 높이기 위해 본격적인 상담이 필요하다고 판단했다. 인지행동치료의 보완을 위해 치료 시작으로부터 12개월 이후 인간중심상담치료를 실시하였다. 치료 초기에 치료가 장기화될 경우 인지행동치료 후에 인간중심상담치료가 진행될 가능성을 염두에 두었기 때문에 초기 치료에서도 인간

중심상담에서는 모든 것을 환자 스스로 결정하고 행동한다는 점을 강조하였다. 과제를 낼 때도 스스로 할지 말지를 결정하도록 하였고 체중 회복 과정에서 더 이상 진행할지 말지도 각각 상황의 장단점을 알려주어 스스로 결정하도록 하였다. 인간중심상담치료에서는 환자에게 그 어떤 지시나 조언을 하지 않고 환자 스스로 통찰을 얻어 스스로 변화할 수 있도록 진행되었다. 환자는 치료 받기 전 폭식을 하거나 구토를 하게 될 경우 그것의 옳고 그름을 판단하고 본인에게 자해를 하는 등 벌을 주고 죄책감과 수치심으로 괴로워했다. 그러나 인간중심상담치료를 통해 본인이 가장 부끄러워하고 죄책감을 가지고 있는 일련의 사건에 대해서 이야기를 나누고 치료자에게 깊은 공감을 받은 후 스스로의 행동의 옳고 그름을 판단하고 벌을 주는 행위가 줄어들었다. 환자는 사람의 행동과 존재 가치를 구분하게 되어 그런 행동을 한다고 해서 본인이 나쁜 사람이 되거나 무가치한 사람이 되는 것은 아님을 인식하게 되었다. 깊은 공감을 통해 본인이 존중받을 만한 사람이고 가치가 있다는 사람이라는 생각을 하게 되자 오히려 폭식 행동이 줄어들고 폭식을 하고 나서도 죄책감과 우울감이 현저하게 줄어들었다. 이것은 폭식에만 한정되지 않고 시험이나 구직 등에서 기대와는 다른 결과에 얻었을 때에도 성숙하고 자기 발전적인 태도를 취하는 것으로 확장되었다.

이 증례의 경과를 고찰해 보면 일반적인 한약치료, 인지행동치료, 인간중심치료 등으로 단독으로 사용하는 것에 비해 병행해서 치료할 때 서로의 한계를 보완하여 보다 높은 치료효과를 나타낼 수 있다는 점을 확인할 수 있다.

그러나 본 연구에는 몇 가지 제한점이 있다. 첫째, 단일 증례의 연구결과이기 때문에 신경성 식욕부진에 추천되는 치료방법으로 일반화하기 어렵다 둘째 면접검사, 인바디 검사, BDI 외에 섭식장애를 측정할 수 있는 다른 검사를 통한 보다 엄격한 평가를 하지 못했다. 셋째, 환자의 고통의 원인 중 하나인 가족 간의 갈등이었기 때문에 가족 상담치료를 병행했다면 더 좋은 치료 결과를 보였을 것으로 판단된다. 넷째, 한약치료 기간이 한 달로 전체 치료기간에 비해 짧기 때문에 그 효과에 대한 판단을 위한 추가적인 연구가 필요하다.

향후 섭식장애 환자를 대상으로 일반적 한약치료, 다양한 심리치료를 병행하는 치료법의 효능 및 안전성 평가를 위한 임상시험 등 다양한 연구가 진행되어야 할 것으로 사료된다.

IV. 결론

2015년 10월 21일부터 2016년 12월 30일까지 내원한 신경성 식욕부진증 환자 1예에 대한 임상적 고찰을 통해 다음과 같은 결론을 얻었다.

신경성 식욕부진증 환자 1예에 대해 한약치료와 인지행동치료 및 인간중심치료를 병행하고 섭식면접검사, 자기접검기록지, BDI 검사, 인바디 검사를 통해 평가한 결과 식이제한 및 제거행동의 개선, 체중증가, 우울감소 등의 치료효과를 확인하였다.

REFERENCES

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association. 2016:364-71.
2. Yao N. TCM Identification of clinical symptoms diagnostics. Beijing : People's Medical Publishing House. 1987: 254.
3. Chao Y. Treatise on the pathogenesis and manifestations of all diseases. Beijing : People's Medical Publishing House. 1983:626-7.
4. Yu B, Kim J, Shim J, Kim M, Oh B, Lee J, et al. A clinical study of one patient suffering anorexia nervosa-like symptoms. Korean J Orient Int Med. 2004;25(3):655-61.
5. Kim H, Seong W, Kim K. A literature study on treatment of infantile anorexia based on Chinese medical journals. J Pediatr Korean Med. 2013;27(4):87-98.
6. Kim H, Chu C, Lee J, Cha H, Seo Y, Park S, et al. A case report of binge eating due to disharmony of the liver & spleen and retention of undigested food. J Orient Neuropsychiatry. 2008;19(3):255-64.
7. Dong-Hoon Jung, Woo-Suk Shin, Won-Hyung Park, Yun-Yeop Cha, Woo-Jin Choi. A Case Report for an Eating Disorders with Banhabaekchulchunma-tang and Acupuncture Treatment : Departments of Rehabilitation Medicine of Korean Medicine and Neuropsychiatry, College of Korean Medicine, Sangji University. 2015; 15(1):45-50.
8. Joon Ki Kim. Cognitive Behavioral Therapy of Binge Eating. Korean J Psychopharmacol. 1997;8(1):23-41.
9. Christopher G, Fairburn. Cognitive behavior therapy and eating disorder. First edition. Hana Medical Press. 2011: 313-6.
10. Fairburn CG. The management of bulimia nervosa, J psychiatr Res. 1985;19:465-72.
11. Robson, Kenneth S; Kaye, Walter H. BOOK REVIEWS : Fear of Being Fat : The treatment of anorexia nervosa and bulimia. Journal of the American Academy of Child Psychiatry. 1985;24(1):120-1.
12. Lee Young Ho. A Clinical Practice Guideline. J korean Neuropsychiatry Assoc. 1999;38(3):466-7.
13. Christopher G, Fairburn. Cognitive behavior therapy and eating disorder. 1st ed. Hana medical press. 2011:82-3.
14. Kim Min-Joung. A Case Study on the Self-Art therapy for the Woman with Bulimia Nervosa. Korean Journal of Art Therapy. 2006;13(4):813-38.
15. Aaron T. Beck. Cognitive Therapy of Depression. 3th Ed. Hakjisa Publisher. 1997:1-486.
16. Seo Dong-Min. Clinical observation on Effect and Adverse effects of Choweseuncheng-tang on Obesity Patients. The Journal of Korean Acupuncture & Moxibustion Society. 2005;22(3):145-53.
17. Mitchell JE. General treatment considerations In Bulimia Nervosa, Mineapolis, University of Minnesota Press. 1990:94-118.
18. Andersen AE, Baltimore. Outpatient Treatment of Bulimia In : Practical Comprehensive Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia. Am J Clin Nutr. 1985;42(3):573-4.
19. Jung Hyun Gang. The Effect of Perfectionism and Emotion Regulation Style on Anorexic and binge eating behaviors. The korean journal of phsycology. 2008;13(1): 41-55.
20. David Mearns, Brian Thorne. Person-centred counselling in action. 3rd ed. Seoul : Hak-Ji sa. 2012:22.
21. Carl Rogers. Counseling and psychotherapy : newer concepts in practice. The American Journal of Psychology. 1944;57(1):113-6.
22. Stice, E. & Agras, W.S. Predicting onset and cessation of bulimic behaviors during adolescence. A longitudinal grouping analysis. 264 Behavior Therapy. 1998;29:257-76.
23. Lee young ho. Inpatient treatment of anorexia nervosa: clinical practice models. J korean neuropsychiatr assoc. 1999;38(3):444.