동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 19. No. 3, 2008

肝脾不和와 食積으로 변증된 신경성 폭식증 치험 1례

김효주, 곡경내, 이지원, 차혜진, 서영민, 박세진, 정아롱*
동서한방병원 한방신경정신과, 동서한방병원 한방부인과*

A Case Report of Binge Eating due to Disharmony of the Liver & Spleen(肝脾不和) and Retention of Undigested Food(食積)

Hyo-Ju Kim, Ching-Nai Chu, Ji-Won Lee, Hye-Jin Cha, Young-Min Seo, Se-Jin Park, A-Rong Jeong*
Dept. of Neuropsychiatry Dong-Seo Oriental Medical Hospital
Dept. of Gynecology, Dong-Seo Oriental Medical Hospital*

Abstract

The purpose of this study is to identify the effect on a patient with bulimia nervosa-purging type and depression according to the oriental medical treatment and cognitive-behavioral therapy.

In this case, a 28 year-old female patient had a binge eating and reward behaviors for 2 years.

This patient was treated with acupunture therapy, Soyo-san for 5 months after cognitive-behavioral therapy for 12 sessions(2 times a week).

The result of this research showed that bulimia nervosa with depression was improved by our treatment.

Key Words : Bulimia nervosa, Acupunture therapy, Soyo-san, cognitive-behavioral therapy

투고일 : 10/6 수정일 : 11/5 채택일 : 11/11
* 교신저자 : 김효주 서울시 서대문구 연희 3동 194-37 동서한방병원
Tel:(02)320-7808 Fax:(02)320-7990 E-mail: soju03@hanmail.net

Ⅰ. 서 론

최근 서구화된 미의 기준이 가속화되면서, 날씬함은 사회적 압력으로 작용하여, 정상적인 체중인데도 과도한 다이어트를 하는 여성이 늘고 있다. 다이어트를 위해 식사를 과도하게 억제하면, 신체적인 요구를 감당하지 못하고 식욕의 증가를 일으켜 짧은 시간에 통제할 수 없이 많은 음식을 섭취하는 폭식이 유발된다. 이때 음식을 조절하지 못했다는 자책감과 죄책감, 자기 비하감, 체중증가에 대한 공포감 등의 부정적인 심리상태에 놓이게 된다. 이런 부정적인 심리상태가 새로운 스트레스로 작용하여 폭식행동이 악화되면 신경성 폭식증으로 발전하게 된다[1].

DSM-Ⅳ에 의하면, 신경성 폭식증의 폭식은 특수한 형태의 과식으로, 많은 양의 음식 섭취와 먹는 것에 대한 조절력의 상실을 그 특징으로 한다. '많은 양의 음식 섭취'란 대부분의 사람들이 유사한 상황에서 동일한 시간동안 먹는 것보다 분명하게 많은 양을 빠른 속도로 먹는 것을 말하며, '먹는 것에 대한 조절력의 상실'이란 어떤 음식을 얼마나 먹어야 할지 스스로 조절할 수 없고, 또 일단 음식을 먹기 시작하면 멈출 수 없을 것 같다는 조절력의 상실감이다. 또 다른 신경성 폭식증의 필수 증상은 폭식 후 체중증가를 막기 위한 부적절한 보상행위(자기유발구토, 하제나 이뇨제 사용, 극단적 운동, 굶기 등)와 체중이나 몸매에 의해 자기 평가가 과도하게 영향 받는 것이다[2].

한의학에서 신경성 폭식증은 喜, 怒, 憂, 思, 悲, 驚, 恐의 七情이 脾胃의 생리기능에 영향을 끼친 七情傷에 해당하며, 心火亢盛, 痰火搖心, 心肝熱盛, 肝氣鬱結, 肝火亢盛, 肝鬱痰結, 脾不藏意 등에서 근거를 찾을 수 있다[3].

치료방법으로는 개인 및 집단 심리치료, 행동치료, 스트레스관리, 대인관계치료, 인지행동치료, 명상과 약물치료 등 여러 가지가 활용되고 있다[4]. 하지만 한방치료를 통한 사례보고는 아직 찾아보기 힘들다.

본 연구의 대상은 2년간 신경성 폭식증을 앓아온 여성으로서, 肝脾不和와 食積으로 변증되었다. 이에 逍遙散과 침 치료를 하면서, 신경성 폭식증 치료법 중 가장 널리 쓰이고 있는 인지행동치료를 시행하였다. 그 결과, 주기적 폭식삽화가 소실되었고, 스트레스 상황에서의 폭식행동도 꾸준한 한방치료로 양호한 호전을 보였기에 이를 보고하는 바이다.

Ⅱ. 증 례

1. 나이, 성별

28세, 여

2. 폭식행동

1) 음식을 한번 먹기 시작하면 위가 찢어질 듯하고 목구멍까지 차오르는데도 멈출 수가 없다. 이렇게 많이 먹는 자신이 괴물같이 느껴져서 죽고 싶을 때도 있다. 먹다보면 턱이 아파서 씹지 않고 대충 삼켜버릴 때도 많다.

2) 하루에도 여러 번 체중을 체크하는데, 폭식 후에는 체중이 늘고 속이 부담스러워져서 입 속에 손을 넣고 구토한다.

3) 폭식을 하니까 살이 찔 것 같아서 굶다가 또 폭식을 한다. 그나마 폭식을 하고난 다음 굶거나 변비약을 먹고 설사를 하니까 살이 찌지 않는 것이다.

4) 잠에서 깨는 순간부터 잠들 때까지 하루 종일 음식만 생각한다.

5) 혼자 있을 때만 폭식을 하며, 폭식을 하기위해 모임을 피하거나 핑계를 대고 빨리 빠져나온다.

3. 부수증상

1) 憂鬱, 易怒, 善太息, 易疲勞
2) 頭重, 目赤, 간헐적 耳鳴
3) 腹滿, 食慾亢進(폭식할 때 외에도 식사속도가 빠름)
4) 咽喉痛: 반복된 구토로 인함
5) 兩 眼瞼痙攣

4. 초진소견

1) 신경성 폭식증 BULIT-R 122점
2) 우울증 BDI 37점
3) 한 달 동안 폭식빈도 평균: 주 평균 7회
4) 자기유발 구토, 하제사용 빈도 평균: 주 평균 3.5회

5. 발병일

2년 전

6. 치료기간

발병 2년 후부터 7개월간 통원치료

7. 발병배경 및 경과기록

직장생활에서 오는 스트레스를 먹는 것으로 해결하였고, 늘어난 체중에 여러 가지 다이어트(주로 원푸드 다이어트)를 반복하였다. 그러다 2년 전 폭식증상이 발생하였고, 다이어트를 위해 찾아간 비만클리닉에서 신경성 폭식증과 우울증을 진단받고 식욕억제제, 우울증 약을 복용하는 상태였다. 약을 통해 전체적인 식욕은 상당히 줄었으나, 폭식이 계속되었다. 죄책감과 자괴감으로 사회생활을 피하면서, 우울증상이 악화되고 자살충동까지 느껴 내원하게 되었다.

8. 과거력

別無

9. 가족력

아버지-고혈압, 어머니-당뇨

10. 개인력

어렸을 때부터 주위에서 '못생겼다', '형제들은 예쁜데, 넌 못생긴걸 보니 주워온 아이 같다'라는 말을 자주 들어왔으며, 그로 인해 항상 자신의 외모에 대해 열등감을 갖고 있었다. 초등학교 때 성적이 좋지 않아 왕따를 당하면서, 스스로에 대한 부정적 이미지가 굳어졌으며, 이때 우울증이 발생한 것으로 추정된다. 하지만 말이 없고 내성적인 성격 탓에 주위에서는 이를 알지 못했고, 별다른 치료를 받지 않은 상태였다.

11. 가족력

가족 간의 대화가 거의 없는 편으로, 어려서부터 가족과 정서적 교류가 거의 없었다고 회상하였다. 자취생활을 하게 되어 이런 상황은 더 심해졌고, 연구 대상자가 폭식과 구토에 대해 가족들에게 말하였으나, 다들 별로 심각하게 생각지 않았다고 한다. 따라서 겉으로는 매우 안정된 가족관계로 보이나, 실제적으로는 연구 대상자에게 심리 정서적으로 안정된 지지를 해주는 역할은 못하고 있었다.

12. 변증근거

1) 體形: 165cm 61.5kg, 肥白
2) 脈診: 浮滑數, 兩側 關部 緊數
3) 舌診: 白薄苔
4) 腹診: 中脘部 壓痛, 右側 輕한 胸脇苦滿
5) 大便: 1-7일 1회, 변보기 힘들지는 않음(old), 腸鳴 심함, 다이어트를 위해 下劑사용
6) 小便: 3-4회/일

7) 睡眠: 하루 2-4시간 淺眠, 多夢, 頻覺

8) 月經, 帶下: 經期 不定, 經間期 少量出血, 帶下黃赤

13. 변증

1) 肝氣鬱結로 인한 肝脾不和

2) 장기간의 폭식으로 인한 食積

14. 치료내용

1) 한약치료: 逍遙散(東醫寶鑑. 白朮 白芍藥 白茯苓 柴胡 當歸 麥門冬 各 3g, 甘草 薄荷 各 1.5g, 薑三) 散劑로 하여 하루 3회 4g씩 복용, 인지행동치료 종료 이후 6개월간.

2) 침치료: 太白 瀉, 大敦 補(迎遂補瀉), 四官 直刺. 행림사 제작 꽃침 사용, 1주 2회 20분간 留鍼, 인지행동치료 종료 이후 6개월간.

3) 인지-행동치료: 1주 2회 6주간 총 12회기

15. 평가도구

1) 섭식장애 면접검사(Eating Disorder Examination: EDE)는 섭식장애를 위한 구조화된 인터뷰이다. 섭식절제, 식이에 대한 관심, 체형에 대한 관심, 체중에 대한 관심의 4개 하위척도로 구성되어, 신경성 식욕부진증과 신경성 폭식증의 진단기준 각 항목에 대한 질문을 포함하고 있다[5].

2) 식사일기는 매일 연구 대상자가 자신의 폭식, 보상행동, 대체활동의 내용 및 빈도를 적는 것이다[5].

3) 폭식증 검사 개정판(Bulimia Test-Revised: BULIT-R)은 신경성 폭식증 증상을 측정하기 위한 검사로, 폭식증의 선별도구 및 치료효과로 인한 변화 측정도구로 쓰인다. 폭식행동을 측정하는 28개 문항과 체중조절 행동 8문항, 총 36문항으로 구성되어 있다. 본 연구에서는 체중조절 행동 8문항을 제외한 폭식행동 문항만을 선별하여 신경성 폭식증 진단 및 사전-사후 치료효과로 인한 변화 측정에 사용하였다.

리커트(Likert) 5점 척도로 폭식행동의 점수범위는 28-140점이고 점수가 높을수록 폭식증상이 많은 것을 나타낸다. 국내외의 선행 연구에 의하면 폭식증 검사 점수의 88점은 폭식행동 경향성이 있고, 121점이 넘으면 섭식장애 진단과 치료를 고려하는 점수로 밝히고 있다[4].

4) 섭식장애 검사 개정판(Eating Disorder Inventory-2:EDI-2)는 섭식장애발달과 유지에 연관된 특성, 정신병리를 측정한다. 마르고 싶은 욕구, 폭식, 신체에 대한 불만족감, 무기력감, 완벽주의, 신체내면자각, 대인관계 불신감, 성숙에 대한 공포, 금욕주의, 충동조절, 사회적 불안정감이 하위척도로 포함되는데, 본 연구에서는 신체불만족 9문항과 폭식행동 7문항을 선별하여 모두 16문항을 사용하였다. 리커트(Likert) 6점 척도로 되어있다. 폭식행동의 점수범위 0-35점, 신체불만족은 0-45점이다. 총점수가 높을수록 폭식행동이 많은 것이다[4].

5) 부정적 정서로 유발된 섭식동기 척도(Negative Emotion-Induced Eating Motive Scale:NEIEMS)는 12문항 리커트(Likert) 7점 척도로, 점수범위는 0-72점이며, 점수가 높을수록 부정적인 정서에서 섭식동기가 높은 것을 나타낸다[6].

6) Beck 우울척도(Beck Depression Inventory: BDI)는 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 나타낸다[7].

16. 치료결과

1) 폭식행동의 사전-사후 점수 변화

BULIT-R와 EDI-2의 폭식행동과 신체불만족 점수가 모두 현저한 감소를 보였으며, 점수의

변화는 다음과 같다. 치료시작 후 다이어트를 중지하였으나, 체중이 점차 줄어들었다. 이는 폭식행동 중단에 의한 것으로 생각된다. Table 1.

Table 1. Binge Eating Score of before and after the Treatment

검사영역		초진 점수	인지행동치료	한방치료	
			6주 후	9주 후	7개월 후
폭식증검사		122	100(-22)	68(-32)	44(-24)
섭식장애검사	폭식	32	17(-15)	10(-7)	2(-8)
	신체불만족	41	36(-5)	31(-5)	12(-19)
체중(kg)		61.5	60(-1.5)	60(0)	57(-3)

2) 폭식행동의 사전-사후 빈도 변화

인지행동치료 후 자기유발구토가 소실되고, 한방치료 후 주기적인 폭식행동과 하제사용이 없어졌으나, 스트레스 상황에서 폭식욕구가 올라오는 증상은 남았다. Table 2.

Table 2. Frequency of Binge Eating and Reward Behaviors of before and after the Treatment

	초진점수	인지행동치료	한방치료	
		6주 후	9주 후	7개월 후
폭식빈도	7회/주	2-3회/주	0-1회/주	폭식 없음
구토,하제 사용빈도	3-4회/주	구토없음 하제 2-3회/주	구토, 하제사용 없음	구토, 하제사용 없음

3) 부정적 정서로 유발된 섭식동기 사전-사후 점수 변화

부정적 정서로 유발된 섭식동기 점수에서 인지행동치료와 한방치료 모두 양호한 호전을 보였다. Table 3.

Table 3. NEIEMS Score of before and after the Treatment

	초진 점수	인지행동치료	한방치료	
		6주 후	9주 후	7개월 후
부정적 정서로 유발된 섭식동기	72	51(-21)	22(-29)	18(-4)

4) 우울증 검사 사전-사후 점수 변화

우울증 검사에서 인지행동치료와 한방치료 모두 양호한 호전을 보였다. Table 4.

Table 4. BDI Score of before and after the Treatment

검사영역	초진 점수	인지행동치료	한방치료	
		6주 후	9주 후	7개월 후
우울증 검사	37	21(-16)	16(-5)	5(-11)

5) 제반증상의 변화

肝脾不和로 인한 제반증상은 한방치료에 양호한 호전을 보였다. Table 5.

Table 5. Change of Other Symptoms

	초진상태	인지행동치료	한방치료	
		6주 후	9주 후	7개월 후
憂鬱, 易怒, 善太息, 易疲勞	Vas 10	Vas 8	Vas 2	Vas 0
頭重, 目赤	Vas 10	Vas 9	Vas 6	Vas 1
耳鳴, 眼瞼瘛攣	간혈적 耳鳴, 兩眼瞼瘛攣	간혈적 耳鳴, 간혈적 兩眼瞼瘛攣	耳鳴 빈도 감소, 간혈적 右眼瞼瘛攣	耳鳴 소실, 스트레스시 右眼瞼瘛攣
不眠	하루 2-4시간 淺眠, 多夢, 頻覺	잠드는 시간을 12시 이전으로 조정, 하루 3-4시간 숙면, 간헐적으로 밤새 불면	하루 5-6시간 숙면, 간헐적 淺眠, 多夢	하루 3-7시간 숙면
月經不順	經期 不定, 經間期 少量出血, 帶下黃赤	변화 없음	經間期 出血과 赤帶下 소실	월경주기 25-29일, 經間期 出血 소실, 소량의 白帶下

Ⅲ. 고 찰

신경성 폭식증은 적어도 일주일에 2번씩 3개월간 지속하여 폭식과 구토 등 보상행동이 있을 때 진단내릴 수 있는 심리장애이다. 금식

이나 과도한 운동을 제외한 자기유발구토, 하제, 이뇨제, 관장약 사용의 유무에 따라 하제 사용형과 하제 비사용형으로 구분된다[2]. 개인의 신체적 손상과 심리적 어려움을 가져오고, 식사행동이 점점 불규칙해지면서 정신적 부작용도 더욱 심해져 모든 사회적 활동과 인간관계에 악영향을 끼치며 심각할 경우 빈번한 자살시도가 나타나기도 하는 등 생명의 위협까지 가져올 수 있다[8].

신경성 폭식증과 신경성 식욕부진증으로 대표되는 섭식장애는 주로 북미, 서유럽, 호주 등에서 1970-80년대 급속히 확산된 이후 심각한 사회문제로 대두되었다[9]. 1990년대 이후 한국 사회에서도 섭식장애가 젊은 여성들을 중심으로 등장하여 서구 사회와 같은 빠른 확산 추세에 있다[10]. 미국의 경우 현재 해마다 500만 명의 폭식증 환자가 발생하며, 폭식증의 발병률은 대략 1~3%이고, 여대생 중에서 13~19% 정도가 준 임상적인 폭식 증상을 보이는 것으로 보고된다. 그러나 일반적으로 섭식장애 환자들이 증상을 숨기는 경향이 있으므로 실제 발병률은 이보다 더 높을 것으로 생각된다. 섭식장애는 아동기에도 나타날 수 있으나 전형적인 형태는 청소년기 혹은 성인 초기에 발생하며 남성보다는 주로 여성에게 많다[11].

폭식 행동의 발생과 유지에는 생물학적, 심리적, 사회적, 환경적 요인들이 다양하게 관여하고 있다. 그 중에서도 심리적인 요인과 가장 중요하다고 보고되어 있다[8]. 이에 대한 많은 연구가 발표되고 있는데, 요약하면 체형과 체중에 대한 인식의 왜곡으로 인해 신체불만족이 발생하고, 여기에 완벽주의적 성격과 정서적인 문제(우울, 불안, 낮은 자존감), 부정적 감정에 대한 비효율적인 대처방식이 맞물려 이상식사행동으로 나타나는 것이라 할 수 있다[12].

현재까지 다양한 치료법이 시도되어 왔는데, 그 중에서도 인지행동치료가 폭식을 가장 빠르게 감소시키고, 체중과 체형에 연관된 인지왜곡을 수정하는데 효과적인 치료방법으로 알려져 있다[13]. 인지행동치료는 대부분의 섭식장애 환자에게 쉽게 적용할 수 있고, 섭식장애에 익숙하지 않은 치료자들도 이용하기가 쉽다는 장점이 있다[14]. 행동치료적인 요소는 환자의 잘못된 식습관을 바로잡기 위해 사용되며, 인지치료적인 요소는 잘못된 식이행위 습관을 일으키는 환자의 특징적인 인지적 측면(체중과 체형에 대한 지나친 관심, 완벽주의, 이분법적 사고방식, 열등감 등)을 다루는데 사용된다[15].

신경성 폭식증의 인지행동치료 과정은 1)규칙적 섭식패턴의 형성 단계, 2)몸매와 체중에 대한 신념의 평가와 변화 단계, 그리고 3)재발방지 단계의 3단계로 나누어진다[15,16].

제 1단계에서는 폭식행동에 대한 이해, 자신의 폭식 상황에 대한 통찰을 하게 한다. 또 신경성 폭식증의 주요 원인이 식사의 엄격한 제한에 있다는 것을 특히 강조하며 식사, 폭식, 구토, 하제 사용 등을 매일 식사일기에 기록함으로써 자신의 섭식패턴을 관찰, 측정하도록 교육한다. 절식의 영향, 구토나 하제 활용의 비효과성, 폭식과 구토, 하제를 이용한 체내 음식제거가 육체에 미치는 영향, 키에 비례한 정상 체중 등에 관한 정보를 제공함으로써 규칙적인 섭식패턴을 형성하는 것을 목표로 한다.

이 단계에서 본 연구의 대상 환자는 하루 세끼 식사를 하면 곧 살이 찔 것이라는 두려움을 갖고 있다가, 폭식만 하지 않으면 체중이 급격히 증가하지 않는다는 것을 경험한 후 놀라워하였다. 그 후로는 규칙적인 식습관에 대한 강박적 태도를 보이기 시작하였다. 폭식이 한번 있은 후, 저녁식사 시간이 늦어진 후 폭식이 일시적으로 증가하였다. 이는 신경성 폭

식증 환자의 성격특질 중 완벽주의적인 성향에 의한 것으로 생각되는데, 완벽히 규칙을 지키다가 한번 실수를 하고 나면 이것을 완전히 실패했다고 받아들이기 때문에 포기해버리는 것이다.

제2단계에서는 대체행동을 찾고 잘못된 자동적 사고에 대해 살펴본다. 어떤 특정 음식이 '좋다' 혹은 '나쁘다' 라는 신념에 도전하여 음식의 폭을 넓히게 한다. 또 절식행동의 근원인 몸매나 체중에 대한 불만과 신념을 파악하고, 나를 사랑하기와 신체상 바로잡기를 위해 노력한다. 또 폭식과 구토 행동이 스트레스를 받는 상황에서 스트레스에 대처할 수 있는 적절한 다른 방법이 없을 때 사용되는 일종의 비적응적인 대처 행동이라고 보고 대안적 방법을 제공한다.

본 연구에서는 원푸드 다이어트의 위험성과 비효과성에 대한 교육이 병행되었다. 또한 다이어트에 대한 완전한 포기는 어려운 것으로 판단되어, 목표체중을 50kg에서 58kg으로 조정하였다. 목표체중 조정은 같은 키와 몸무게인 다른 여성을 관찰하게 함으로써 가능하였다. 선행연구에 따르면, 신경성 폭식증 환자들은 통제 집단에 비해 자신의 신체 크기를 유의하게 과대 추정한다. 또한 지각된 신체 크기와 이상적인 신체 크기 사이의 차이가 통제 집단보다 거의 3배나 크게 나타난다[17]. 현재 자신과 같은 체중의 여성을 관찰하는 것은 자신의 몸을 객관화하여 인지왜곡을 완화시키는데 상당한 도움이 된 것으로 판단된다.

폭식욕구가 생길 때 사용할 수 있는 대안행동으로, '제일 먹고 싶은 음식을 하나만 선택해서 먹기'를 택하였다. 이것은 환자 본인이 제시한 것으로, 상당히 유익한 결과를 보였다. '제일 먹고 싶은 음식 먹기'는 세 가지 정도의 유익을 생각할 수 있다. 우선, 무엇이 먹고 싶은지 생각하는 시간동안 폭식행동을 지연시킬 수 있다. 선행연구에 따르면, 개인의 '충동성'이 높을수록 폭식과 보상행동의 빈도가 높다고 하였다[18]. 따라서 폭식행동의 지연은 충동성을 약화시키는 효과가 있을 수 있다. 둘째, 폭식삽화동안에는 음식섭취가 필요한 상태가 아니라 심리적인 허기로 인한 것이므로, 먹고 싶은 음식이 떠오르지 않는 경우가 많다. 이것은 자신의 폭식행동에 대한 통찰을 가능하게 한다. 마지막으로, 신경성 폭식증 환자는 항상 먹고 싶은 마음과 먹으면 안된다는 마음이 갈등을 형성하고 있다. 이런 과정에서 먹는 것에 더 집착하게 되고, 결과적으로 폭식욕구가 강해진다. 먹고 싶은 음식을 먹을 수 있게 허용하는 것은, 이러한 마음속 갈등을 해소하고 음식에 대한 강박적인 생각에서 자유롭게 한다. 마지막 3단계에서는 재발방지 계획을 세우는데, 재발을 경고하는 증세를 파악하고, 폭식행동의 출현과 재발에 대한 구체적인 대처 전략을 계획하고, 치료기간 동안 유용했던 대처전략을 계속 활용하는 것이다.

한의학적 관점에서 신경성 폭식증은 七情과 肝, 脾의 관계를 통해 살펴볼 수 있다. 肝은 主疏泄하고 脾는 主運化하여 상호 협조함으로써 氣機가 通暢하고 運化가 이루어진다. 따라서 肝鬱氣滯하여 脾에 영향을 주면 脾가 健運작용을 잃어 脾胃의 자율신경실조가 일어난다. 또 脾虛濕滯하여 肝에 영향을 주면 肝이 疏泄작용을 못하게 되므로 性情이 急躁하며, 이는 모두 肝脾不調를 형성한다[19].

情志가 失調되어 鬱久化火하면, 熱灼津聚, 痰邪內生하여 肝鬱痰結하게 되어, 정신기능의 이상을 일으키게 된다. 증세가 가벼운 사람은 頭痛, 眩暈, 耳鳴, 面紅目赤, 易怒, 大便乾燥하며, 중한 사람은 자기조절을 하지 못하고 충동적으로 행동하며 大便乾燥, 小便黃赤, 脈弦滑數하다. 일부환자에서는 木鬱克土, 中洲不運하여 痰이 발생하여 陰性的 정신증상에 편중되

어 나타나기도 한다. 환자는 무표정해지고 다른 사람을 만나기 싫어하며 혼자 집안에 있기를 좋아하고 무언가를 생각하는 것 같고, 감각이 권태로우며, 주의집중의 장애, 생각의 결핍이 일어나는데, 이는 肝鬱克脾하여 脾意가 손상된 증상이다. 木鬱克土의 증후가 나타나는 경우는 疏肝補脾하는 逍遙散, 柴胡疏肝散, 洗心湯 등을 사용한다.

脾意의 기능은 장기간의 憂愁不解나 思慮過度에 의해 손상되는데, 脾不藏意하면 精神緊張, 무언가 생각하는 바가 있는 듯 하고 때로 울고 때로 웃으며 怔忡健忘하고 敏感해져서 의심이 많고, 배부른 줄도 모르고 계속해서 먹게 되며 만성병의 모습을 나타낸다. 오래도록 치료해도 낫지 않는 정신병에 이환될 가능성이 높다. 이 유형의 환자들은 心脾兩虛, 脾腎兩虛의 정신증상이 나타나기 쉽다. 補益心脾하는 歸脾湯이 대표적으로 활용된다[3].

본 연구의 대상은 2년간 신경성 폭식증(자기유발구토, 하제사용)을 보여온 환자로서, 憂鬱, 易怒, 善太息, 頭重, 目赤, 간헐적 耳鳴, 不眠, 右側 輕한 胸脇苦滿, 便秘, 腸鳴, 經期 不定, 經間期 少量出血, 帶下黃赤 등으로 미루어 肝鬱化火로, 中脘部 壓痛,脈浮滑數, 兩側 關部 緊數으로 미루어 食積으로 변증하였다. 이에 肝脾鬱火에 사용하는 逍遙散을 투여하였다. 足太陰脾經의 土穴인 太白을 瀉하고 足厥陰肝經의 木穴인 大敦을 補하여, 肝鬱로 인해 생긴 痰을 제거하면서, 四官을 刺鍼하여 오랜 폭식으로 인한 食積을 치료하였다.

본 연구의 대상자는 초진 시 식욕억제제와 우울증 약을 복용 중이었다. 식욕억제제는 2주차에 중지하였는데, 폭식행동의 빈도에 특별한 영향을 주지는 않았다. 치료결과 폭식증 검사, 섭식장애검사, 부정적 정서로 유발된 섭식동기검사, 우울증검사 점수가 모두 뚜렷한 감소를 보였다. 폭식행동 점수, 폭식과 구토 빈도는 인지행동치료 후 급속한 감소를 보인 다음, 서서히 호전되는 양상을 보였는데, 이는 인지적 교육이 폭식 중단을 계기를 마련하는 데 우수하다는 기존의 연구와 일치한다[20]. 점진적인 감소를 보이던 신체불만족 점수가 7개월 후 현저히 줄어든 것은 부정적인 사고 교정에 의한 것으로 생각할 수도 있지만, 폭식이 줄어들면서 체중이 감소한 사실과 유관한 것으로도 추정된다. 또한 우울증 점수가 감소한 것은 폭식이 감소하여 부정적 정서가 줄었기 때문으로 생각된다.

신경성 폭식증의 경과는 만성적이며 완화와 악화의 반복을 보이기도 한다. 따라서 재발방지를 위한 계획이 중요하다. 누구나 살아가면서 유쾌한 감정만을 느낄 수는 없다. 누구나 생활 속에서 기분 나쁜 사건을 경험하게 된다. 그런데 폭식은 불쾌한 감정을 느끼게 되었을 때 빠른 시간 내에 정서를 개선시킬 수 있는 용이한 방법 중 하나이다. 선행연구들은 부정적 정서가 이상 섭식행동, 특히 폭식행동에 영향을 미친다고 하였다. 본 연구의 대상도 인지행동치료 후 정기적인 폭식증상이 상당히 호전되었으나, 스트레스 요인이 있을 때와 혼자 집에 있을 때는 폭식욕구가 발생한다고 하였다. 따라서 폭식행동을 보이는 개인에게는 스트레스 관리를 통해 부정적 감정을 효과적으로 감소시키는 것이 중요하다[10].

인지행동치료는 폭식중단의 계기를 마련하는 데는 우수하지만, 우울과 같은 부정적 정서 병리를 가진 섭식 장애 환자에게서 효과가 절반에 그친다고 한다[20]. 따라서 새로운 요소를 첨가하여 그 효과를 증진시킬 필요가 있으며, 心身醫學인 한의학은 훌륭한 대안적 치료법이 될 수 있다. 필자는 肝鬱氣滯로 인해 脾失健運하여 脾胃의 자율신경실조가 일어난다는 병리기전에 의하여, 부정적 정서로 유발된 섭식동

기에 있어서 특히 한방치료의 효과가 클 것이라고 추측했다. 본 연구대상은 한방치료를 시작한 후 부정적 정서로 유발된 섭식동기 점수가 현저히 줄어 필자의 추측을 뒷받침했다. 따라서 신경성 폭식증에 대한 인지행동치료에 한방치료를 병행하면 이러한 한계점을 보완할 수 있을 것이라 생각되며, 앞으로 좀 더 많은 치료사례를 통한 연구가 지속되기를 바란다.

본 연구의 대상은 현재 치료를 중단한 상태로, 향후 지속적인 경과관찰이 필요할 것이라고 생각되며, 인지행동치료를 하는 6주간의 기간 동안에 한방치료를 병행하지 못한 점이 아쉬운 점으로 남는다.

Ⅳ. 결 론

신경성 폭식증에 가장 일반적인 인지행동치료를 한 후, 한의학적으로 肝脾不和, 食積으로 변증하여 한방치료를 하여 재발을 방지하였다. 그 결과, 부정적 정서로 인해 유발되는 폭식치료에 효과가 반감되는 인지행동치료의 한계점을 극복할 수 있었다.

참 고 문 헌

1. 공성숙, 김준기, 배재현. 폭식 행동에 대한 인지행동 집단 치료의 효과. 신경정신의학. 2000;39;1072-1082.
2. 미국정신의학회. 정신장애의 진단 및 통계 편람(DSM-Ⅳ). 4. 서울;하나의학사. 1995;697-711.
3. 전국한의과대학 신경정신과 교과서편찬위원회. 한의신경정신과학. 경기;집문당. 2007;408-413.
4. 김연주. 폭식 행동에 대한 게슈탈트 집단치료 프로그램 개발 및 효과. 성신여자대학교 대학원 석사논문. 2008;1-123.
5. 김민정. 신경성 폭식증 여성에 대한 자가미술치료 사례 연구. 대구대 재활과학대학원. 2005;1-194.
6. 박정용. 정서인식성, 정서표현갈등이 물질사용동기에 미치는 영향; 섭식동기와 음주동기를 중심으로. 가톨릭대 상담심리대학원. 2007;1-86.
7. 김혜은. 여성의 우울과 스트레스 대처방식이 폭식행동에 미치는 영향. 서울여대 특수치료전문대학원. 2003;1-59.
8. 이미순, 김남재. 폭식행동의 특징과 폭식에 대한 프로그램 제안. 학생생활연구. 2005;21;43-63.
9. Dulan, Bridget, & Gitzinger, inez. Why Women?. Gender issues and Eating Disorder, London. The Athlone Press;1994.
10. 정현강. 다차원적 완벽주의 성향과 정서조절 양식이 이상 섭식 행동에 미치는 영향. 연세대학교 대학원. 2007;1-62.
11. 최은정. 섭식장애 관련변인에 대한 메타분석. 경북대학교 대학원 석사학위논문. 2004; 7.
12. 이정윤. 여대생의 이상식사행동 수준에 따른 심리적, 정서적 특성. 한국심리학회지 상담 및 심리치료. 2008;15(1);111-124.
13. Garner,DM., & Rockert, W., Davis,R. Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. American Journal of Psychiatry, 1993;150(1)Jan.;37-46.
14. 김준기. 폭식증의 인지행동치료. 대한정신약물학회지. 1997;8(1);23-41.

15. Fairburn, C.G. & Wilsom, G.T. Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia: A comprehensive treatment manual. In Binge Eating. Nature, Assessment and Treatment. Guilford Press, N.Y. 1993.
16. 대한신경정신의학회 CME(7). 신경성 대식증 인지행동 치료. 대한신경정신의학회. 2003.
17. Cooper, P.J., & Taylor, M.J. Body image disturbance in bulimia nervosa. British Journal of Psychiatry. 1998;153(supplment2);32-36.
18. 이진희, 황순택, 김준기, 배재현. 폭식행동 집단의 성격특질. 한국임상심리학회 '99하계학술대회. 1999;0(0);181-185.
19. 文濬典, 安圭錫, 崔昇勳. 東醫病理學. 서울; 高文社. 1990;354-355.
20. Stice, E. & Agras, W.S. Predicting onset and cessation of bulimic behaviors during adolescence: A longitudinal grouping analysis. Behavior Therapy. 1998;29;257-276.