

청소년 섭식장애에 대한 기독교 상담학적 접근

오 윤 선 교수

(Ph. D., 한국성서대학교)

국문초록

본 연구는 청소년 섭식장애 현상에 대한 기독교 상담학적 접근을 통해 치료 방안을 모색하는데 있다. 섭식장애는 음식물이 풍부하고 날씬한 것이 매력적이라고 여겨지는 산업화된 사회에서 나타나는 질환이다. 심각한 건강문제를 일으킬 수 있는 섭식장애는 90% 이상이 중·후기 청소년 여학생에게서 발생한다.

섭식장애의 유형은 통상적으로 신경성 식욕부진증과 신경성 폭식증으로 구분 된다. 신경성 폭식증은 최소한의 정상 체중유지를 거부하는 특징이 있고, 신경성 폭식증은 반복되는 폭식에 따르는 부적절한 보상적 행동이 특징이다. 신경성 폭식증의 평균 발병 연령은 14-18세이며, 청소년 가운데 유병률은 약 1-3%이다. 신경성 식욕부진증은 후기 청소년기에 많이 발병하며 장기 식욕부진증 환자의 사망률은 10%에 이른다.

청소년 신경성 식욕부진증과 폭식증의 원인들은 사회·문화적 영향과 고통, 완전주의, 통제의 욕구, 잘못된 생각등으로 복합적이라고 말할 수 있다.

섭식장애로 고통당하고 있는 청소년을 위해서 상담자는 먼저 하나님께 지혜와 민감성을 달라고 기도하고 내담자의 말에 귀를 기울여 경청해야 하며, 이해의 정신으로 청소년과 같은 입장에서 공감해야 한다. 섭식장애자는 자신의 이미지와 자존감에 문제가 있기 때문에 자신의 가치와 중요성에 대하여 자신감을 가질 수 있게 긍정적으로 존중해야 한다. 그리고 기독교 상담의 통합적 입장에서 인지행동치료를 통해서 구체적인 지침을 제공해 주어야 한다. 이 과정에서 상담자는 청소년에게 문제를 인식하게 하는 것부터 하나님을 의지하게 하고 행동을 조장하는 잘 못 된 신념들을 깨닫게 해 주어야 한다. 뿐만 아니라 청소년 내담자로 하여금 자신의 문제에 대해서 적극적으로 참여 하도록 하고, 추후 상담을 통해서 계속적으로 관계를 맺어가며 지지그룹을 통해서 지속적인 도움이 될 수 있게 해야 할 것이다.

중심단어 : 청소년, 섭식장애, 신경성 폭식증, 신경성 식욕부진증, 기독교 상담학

I. 여는 글

최근 미에 대한 서구적 가치관이 우리사회에 만연하면서 비만은 추함, 불건강 그리고 개인적 오명으로 상징되고, 날씬함은 매력적인 외모의 핵심으로 높은 지위와 아름다움, 높은 자기조절로 상징화 되고 있다.¹⁾ '날씬한 것이 아름답고 좋은 것'이라는 태도와 가치가 자리 잡게 되면서 현대여성들은 마른 몸매를 유지해야 한다는 스트레스를 받고 있으며 체중조절을 위해 다이어트와 그 외의 노력을 하고 있다. 이러한 사회적 분위기로 날씬함에 대한 관심은 비만인에게 한정되는 것이 아니라 정상체중이나 저체중인 사람까지도 마른 체형을 유지하기 위한 요구가 증가되면서 섭식장애가 사회적 문제로 대두되었다.

특히 자신의 외모와 체형에 대한 관심이 현저하게 증가하게 되는 여자 청소년 가운데는 무리하게 체중조절을 실시하고 있는 모습을 볼 수 있다.

2006년에 다국적 생활용품회사인 유니레버가 한국과 대만, 홍콩, 싱가포르 등 아시아 9개국의 15-17세 청소년 1000명을 대상으로 한 조사 결과에서 조사에 참가한 한국 청소년 100여명 가운데 77%가 자신의 외모에 불만을 느끼고 있으며 49%가 다이어트 경험을 한 적이 있다고 대답했다. 또한 이 중에 3%가 살을 빼야 한다는 강박관념 때문에 먹은 것을 다시 토해내거나 몇 일씩 굶은 경험이 있다고 대답했다. 이는 다른 아시아 국가 청소년들의 다이어트 경험률 15%-23%에 비추어 보아 매우 높은 수치이며, 외모 개선을 위해 향후 성형수술을 하겠다는 청소년들의 비율 또한 9개 국가 가운데 가장 높았다.²⁾

또 다른 연구에서도 정상 체중인 여자 청소년들의 72.5%가 객관적인 비만 정도를 나타내는 체질량지수에 비해 자신을 살찌거나 비만한 쪽으로 평가하는 경향이 있으며, 대상자의 75.4%는 자신의 체형에 대해 불만을 가지고 있는 것으로 나타났다.³⁾

청소년들은 좀 더 날씬해지기 위해서, 좀 더 잘생기고 예뻐지기 위해서 자신의 건강이 어떻게 되어가고 있는지도 모른 채 무리한 다이어트를 감행

하고 있다. 이는 우리나라 청소년들이 외모에 대한 환상이 얼마나 큰지, 그리고 그 환상과 현실의 괴리에 얼마나 많은 갈등을 겪고 있는지를 대변해 준 것이라 볼 수 있다.⁴⁾

무분별하고 과도한 체중조절행위는 신경성 식욕 부진증(anorexia nervosa) 또는 신경성 폭식증(bulimia nervosa)과 같은 섭식장애(eating disorder)를 초래하게 된다. 한국에서 섭식장애는 1990년대부터 급격한 증가를 보이게 되었는데, 섭식장애 문제가 기독교인들에게도 예외가 되지 않음을 볼 수 있다. 특히 외모에 민감한 기독교인 청소년들 가운데 섭식장애 문제로 상담의뢰가 많아지고 있는 추세임에도 불구하고 교회에서는 전문적인 상담이 이루어지지 못하고 있는 형편이다. 이러한 시점에서 본 연구의 목적은 청소년사이에서 만연해지고 있는 섭식장애에 대한 원인과 진단을 통해 기독교 상담학적 접근을 시도함으로써 보다 근본적인 해결방안을 마련하는 기초자료를 삼고자 한다.

II. 펴는 글

1. 청소년 섭식장애에 대한 이해

1) 섭식장애의 개념 및 역사

(1) 신경성 식욕부진증의 개념 및 역사

신경성 식욕부진증(anorexia nervosa)은 음식과 체중에 대한 강박관념을 보이는 정서장애로, 일반적으로 거식증이라고 하며, 아사병(starvation sickness) 혹은 다이어트병(dieter's disease)으로 불리기도 한다.⁵⁾ 신경성 식욕부진증은 개인의 연령과 신장을 고려하여 정상체중의 15% 이상을 상실한 상태를 말하며, 좀 더 엄격한 기준으로 이용되는 것은 체질량지수(body mass index)가 17.5kg/m^2 와 같거나 그 이하의 값을 갖는 경우이다. 신경성 식욕

부진증에 대한 진단은 현재 국제적으로 가장 통용되고 있는 정신장애 진단 및 통계편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed:DSM-IV)의 아래 네가지 기준에 따른다.⁶⁾

첫째, 연령과 키에 비하여 체중을 최소한의 정상 수준이나 그 이상으로 유지하기를 거부한다.

둘째, 낮은 체중임에도 불구하고 체중 증가와 비만에 대한 극심한 두려움이 있다.

셋째, 체중과 체형이 체험되는 방식이 왜곡되고, 체중과 체형이 자기 평가에 지나친 영향을 미치며, 현재의 낮은 체중의 심각함을 부정한다.

넷째, 월경이 시작된 여성에서 무월경, 즉 적어도 3회 연속으로 월경 주기가 없다(만일 월경 주기가 에스트로겐과 같은 호르몬 투여 후에만 나타날 경우 무월경이라고 간주된다).

하위 유형을 세분하면,

.제한형: 신경성 식욕부진증의 현재 삽화 동안에 규칙적으로 폭식하거나 하제를 사용하지 않음(즉, 스스로 유도하는 구토 또는 하제, 이뇨제, 관장제의 남용이 없음)

.폭식 및 하제사용형: 신경성 식욕부진증의 현재 삽화동안 규칙적으로 폭식하거나 하제를 사용함(즉, 스스로 유도 구토 또는 하제, 이뇨제, 관장제의 남용)

신경성 식욕 부진증에 대한 논의가 시작된 것은 1694년에 Morton이 신경성 쇠약(atrophy)상태를 거론하면서 부터이다. 그는 식욕감퇴, 월경불순, 음식회피, 여위, 과잉활동은 신경계의 기능장애에서 비롯된다는 주장을 하였다.⁷⁾ 그리고 1764년 Whytt에 의해서 섭식장애와 관련 된 책이 저술되게 된다. 하지만 Whytt의 저술이 나온 이후 100년간은 섭식장애에 대한 괄목할 만한 연구는 이루어지지 않았다. 그러다가 1874년 William Gull이 현재 쓰고 있는 신경성 식욕부진증(anorexia nervosa)이라는 공식적인 용어를 만들고 그에 따른 임상기술도 제공하게 된다. 그는 신경성 식욕부진증은 청소년기에 전형적으로 시작되며 주로 여성에서 일어난다는 것을 주목하였고, 중

대한 심리적 요소들을 고려하기 시작했다.⁸⁾ 그리고 1914년에는 Simmonds⁹⁾가 신경성 식욕부진증이 뇌하수체의 퇴화와 관련된다는 주장과 함께 20-30년간 신경성 식욕부진증에 대해서 의학적 질병으로 보려는 경향이 많아졌다. 하지만 1973년 Bruch가 신경성 식욕부진증을 발생기원적 입장을 취하면서 새로운 각도에서 보게 되었다. Bruch는 초기에 아이와 부모가 상호작용에 실패하여 적절한 독립적인 심리적 정체감을 형성하지 못하게 될 때 신경성 식욕부진증이 생길 수 있다고 보았다. 그의 뒤를 이어 Masterson이¹⁰⁾ 신경성 식욕 부진증 환자는 자기표상과 대상표상이 왜곡되어 있고, 분리-개별화에서 어려움이 있는 것으로 보았다.¹¹⁾ 그리고 Sours는 신경성 식욕 부진증 환자들은 자기 자신과 타인을 독립된 존재로 보기 어렵고 자존감이 쉽게 낮아진다고 보았다.

현재까지의 연구에 의하면 신경성 식욕부진증은 남성에서는 매우 드물고, 95%가 여성으로 나이는 15-19세 전후 청소년기에서 가장 많이 나타나는 현상임을 볼 수 있다. 이 장애를 가진 사람들이 점차 증가하고 있고 연령층도 확대되고 있는데 미국에서는 신경성 식욕부진증을 비롯한 섭식장애 환자는 해마다 800만명 이상으로 보고되고 있다.¹²⁾

(2) 신경성 폭식증

신경성 폭식증(bulimia nervosa)은 반복되는 폭식(binge eating)을 한 후에 체중증가를 막기 위하여 부적절한 보상적 행동(purging) 즉, 구토 유발, 이노제나 하제의 사용, 단식 및 다이어트, 지나친 운동과 같은 특징을 보이는 정신장애이다.¹³⁾ 신경성 폭식증에 대한 다른 용어로는 ‘大食症’이라고 하며, 폭식증(bulimia)의 어원은 “bous limos”라는 그리스어에서 유래한 것으로 소(bull)같이 먹는다(canine / ox hunger)”란 뜻을 지니고 있다. 즉, 지나치게 많이 먹는다는 것을 의미한다.

정신장애 진단 및 통계편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed:DSM-IV)의 기준에 따르면 신경성 폭식증의 진단기준은 다음과 같다.

첫째, 폭식의 반복적인 삽화. 폭식의 삽화는 다음 두 가지 특징이 있다.

- a. 일정한 시간 동안(예: 2시간 이내) 대부분의 사람들이 유사한 상황에서 동일한 시간동안 먹는 것보다 분명하게 많은 양의 음식을 먹는다.
- b. 삽화 동안 먹는데 대한 조절 능력의 상실감이 있다(예: 먹는 것을 멈출 수 없으며, 무엇을 또 얼마나 많이 먹어야 할 것인지를 조절할 수 없다는 느낌).

둘째, 스스로 유도한 구토, 또는 하제나, 이노제, 관장약, 기타 약물의 남용, 또는 금식이나 과도한 운동과 같은, 체중 증가를 억제하기 위한 반복적이고 부적절한 보상 행동이 있다.

셋째, 폭식과 부적절한 보상 행동 모두 평균적으로 적어도 1주 2회씩 3개월 동안 일어난다.

넷째, 체형과 체중이 자아 평가에 과도한 영향을 미친다.

다섯째, 이 장애가 신경성 식욕부진증의 삽화 동안에만 발생하는 것은 아니다.

하위 유형을 세분하면

- a. 하제 사용형: 신경성 폭식증의 현재의 삽화 동안 정기적으로 구토를 유도하거나 하제, 이노제, 관장약을 남용한다.
- b. 하제 비사용형: 신경성 식욕부진증의 현재의 삽화 동안 금식이나 과도한 운동과 같은 부적절한 보상 행동을 하지만, 정기적으로 구토를 유도한다거나 또는 하제, 이노제, 관장제를 남용하는 행동은 하지 않는다.

폭식증에 대해서 역사적으로 보면 1세기경 로마 귀족들이 연회를 열면서 음식을 많이 먹어 배가 부르면 토한 후 위를 비우고 나서 다시 다른 음식을 먹는(Roman vomitorium)현상과 비슷한 개념의 bulimia emetica 등이 있었다.

중세에 들어서 로마 가톨릭교회에서는 대식(gluttony)을 일곱 가지 중죄 가운데 하나로 보았던 경우와 금욕적인 수도자들 사이에서 참회의 한 방법으로 구토를 하는 경우가 있었다. 17세기 이후부터는 폭식에 대한 사례가

많이 발견되고 유형에 대한 분석도 다양화 되었으나 오늘날 진단 기준에 맞는 최초의 폭식사례는 1930년대부터 보고되었다. 폭식은 제2차 세계대전 이후 급증하여 1960년대 경에는 폭식과 스스로 구토를 하는 것이 폭식증의 주요 특징으로 자리잡게 되었다.¹⁴⁾ 그리고 1975년 미국정신의학회의 정신질환 진단분류(DSM-Ⅲ draft)에 처음으로 폭식증을 독립된 질병 단위로 등장하여 최근에는 많은 연구와 진료가 이루어지고 있다.

2) 섭식장애의 원인과 증상

(1) 신경성 식욕부진증 원인과 증상

신경성 식욕부진증의 병인은 아직 뚜렷하게 밝혀지지 않았으나 여러 인자가 복합적으로 작용하는 것으로 알려져 있다. 생물학적 원인으로는 간뇌의 일부분인 시상 하부의 신경전달물질에 이상이 제기되고 있으며 특히 세로토닌 대사의 이상으로 알려져 있다. 하지만 이를 원인이라기보다는 오랜 기아 상태로 인한 결과로 해석하는 사람들이 많다. 심리적 원인도 중요한 원인 변수가 되고 있는데, 발병 시점이 사랑하는 사람의 상실이나 가족으로부터 격리 등의 시점과 비슷하게 나타나는 경우도 드물지 않기 때문이다. 특히 인지 심리학측면에서 볼 때는 자신의 신체에 대한 왜곡된 지각을 가지게 될 경우 더 날씬해져야 한다고 생각하여 몸매에 대하여 과도한 중요성을 부여하게 된다. 행동주의적 입장으로 볼 때 일종의 체중 공포증, 즉, 현대사회가 마스크를 통해서 여성의 날씬한 몸매가 매력적이라는 메시지를 반복적으로 전달하므로 이로 인해 여성들은 뚱뚱함에 대한 공포와 과도한 음식섭취에 대한 공포를 지니게 되는데, 이 공포를 감소하기 위해 음식거부 행동이 나타난다고 본다.

뿐만 아니라 인지행동학적 발달의 문제나 가족관계의 장애도 발병의 한 요인으로 보기도 한다.¹⁵⁾ 연구에 의하면 신경성 식욕부진증 환자의 경우 부모와의 관계가 좋지 않은 경우가 많다. 부모가 대개 엄격하고 과잉보호하며 아이의 건강을 지나치게 염려하려 할 때 부모 자식간에 특히 어머니와의 관

계에서 힘겨루기가 일어나기도 한다.¹⁶⁾ 부모가 간섭하면 할수록 자기 마음대로 하고자 하는 욕망이 더욱 커지면서 이러한 경향을 나타내기도 한다.¹⁷⁾ 성격적 측면에서의 신경성 식욕부진증 환자는 대개 내성적이며 완벽주의를 추구하고 자존감이 낮은 사람에게 쉽게 발생하는 경향이 있다. 그리고 사회문화적으로 볼 때 다이어트를 하게 하는 사회의 문화적 요인이 가장 크다고 할 수 있다. 오늘날의 우리사회는 섭식장애가 없는 정상인들도 자신의 체중을 과대평가해서 살을 빼야 한다고 생각을 하고, 여성들은 다이어트가 대부분 실패 한다는 것을 알고 있으면서도 주기적으로 다이어트를 시도하게 된다. 그것은 최근 들어 시장의 규모가 확대 되어가고 있는 다이어트 회사들을 통해서도 간접적으로 알 수 있다. 이것은 이상적인 여성미의 기준이 잘 못되었기 때문이다. 최근 우리사회에서 만연하고 있는 이상적인 미의 기준은 여성들의 키는 더 커지고 몸무게는 더욱 줄어드는 경향을 보인다. 그래서 날씬해지고 싶은 문화적인 이상과 생물학적 현실간의 불일치가 생김으로 신체에 대한 불만족이 더 심해지는 것이다. 거기에 더해서 우리사회는 신체든 체중이든 쉽게 조절할 수 있다는 생각을 심어주고 있다.

그리고 오늘날 여성들이 예뻐 보이는 것에 대해서 가치를 두도록 사회화 과정을 거치면서 여성들의 삶에서 아름다움이 성취할 목표가 되고 그 아름다움은 일종의 수단이 되어서 다른 보상을 쉽게 얻을 것처럼 광고하고 있는 것이다.¹⁸⁾

특히 대중매체 등에서 날씬함을 미인의 기준으로 삼고자 하는 일종의 사회문화적 압력이 신경성 식욕부진증의 중요한 원인으로 작용하기도 한다.

식욕부진증에 걸린 청소년의 주요 증상은 음식에 대한 지속적인 집착, 다이어트, 신체상 왜곡, 체중의 15%이상이 감량되는 등의 지나친 체중감소, 무월경, 지나친 운동, 침울함, 사회적 고립, 불안정감, 무력감, 외로움 등이다. 심장박동이 느려지고 때로 심장마비가 오기도 하며, 저혈압, 탈수 저체온, 전해질 불균형, 신진대사율 변화, 변비, 복통 등 다양한 의학적 상태를 보이기도 한다.¹⁹⁾

신경성 식욕부진증이 시작되면 몸이 마르고 수척해지고 따뜻한 날씨에도

추위를 느끼며 체열을 보호하려고 몸에 가는 털이 나기 시작한다. 그리고 칼슘부족으로 신장 기능에 장애가 오기도 한다. 뿐만 아니라 영양부족으로 두뇌이상이 생겨 정신활동 수행이 손상되고 반응시간과 지각속도가 느려지기도 한다.²⁰⁾

신경성 식욕부진증에 걸린 사람들 가운데 5-10%는 영양 결핍과 관련된 의학적 문제들로 인해 사망하기도 하는데 이들은 다이어트에 대한 강박관념으로 아주 심하게 운동을 하게 되고, 이 때문에 사회적으로 고립되며 가족과 친구들을 만나지 않으려고 한다. 대개는 배고프거나 피곤하지 않다고 부인하며, 자신이 하고자 하는 대로 놓아두지 않으면 강한 분노 반응을 보이기도 한다.²¹⁾

신경성 식욕부진증에 걸리면 다이어트에 집착을 하면서 서서히 친구관계가 소홀해지고, 공부나 일에 거의 강박적으로 집중하며 그 밖의 다른 모든 관심은 끊게 된다. 하지만 예외적으로 식욕부진증이면서도 외향적인 경우가 있기도 하다. 신경성 식욕부진증 증세가 만성화되는 경우에는 자신의 증세에 더 열중하게 되면서 사회활동이 제한되고 사회적 고립이 두드러지게 된다. 신경성 식욕부진증의 부작용으로는 추위에 민감해짐, 수면장애, 방광약화, 숨털이 생김, 혈액순환장애, 골다공증, 무월경, 월경불순, 위궤양, 변비, 골수이상, 부종, 혈중 콜레스테롤 증가, 신경과 근육손상, 저혈당, 신장질환, 사춘기 성장발달 지연 및 중단이 발생할 수 있다.

(2) 신경성 폭식증 원인과 증상

신경성 폭식증 환자들은 정상체중을 유지한다는 점에서 신경성 식욕부진증과 다르다. 폭식증은 식욕부진증보다 훨씬 더 흔하며 영양실조가 나타나지 않는다는 점에서 식욕부진증보다 양호한 장애라고 할 수 있다. 폭식증은 흔히 신경성 식욕부진증에서 발전하기도 한다. 처음에는 날씬해지기 위해서 다이어트를 하고 칼로리가 높은 음식을 피하는 등 절제를 하다가 이러한 굶주림에 대한 반동으로 음식에 대한 생각에 사로잡혀 폭식하게 되고, 그후에 토하거나 설사제 등을 사용하는 행동이 반복된다. 신경성 폭식증과 신경성

식욕부진증은 동전의 양면과 같이 밀접한 관계를 갖고 있다. 신경성 식욕부진증 환자의 40~50%가 폭식증 증세를 가지고 있다.

신경성 폭식증 환자 가운데는 알콜과 약물남용자가 많기에 일부에서는 신경성 폭식증을 충동 조절장애(impulse control disorder)의 한 부분으로 분류하기도 하고 기분장애로 보는 경향도 있다. 이러한 이유는 폭식증 환자의 가족력이나 개인력에 기분장애가 자주 나타나는데 항우울제에 폭식증이 잘 반응하는 경향이 있기 때문이다. 특히 폭식증과 우울증에 사용하는 항우울제의 용량이 거의 같은 효과가 나타나는 시간이 유사하며 개인에게 있어서 폭식증과 우울증 증상이 함께 악화되거나 개선되는 경향을 보이는 것은 두 장애가 공통적인 생물학적 기제를 지니고 있기 때문이다. 그러나 폭식증을 우울증의 한 형태로 볼 수는 없으며 단지 우울증과 공병률이 높을 뿐이라는 견해가 아직까지 지배적이다.²²⁾

청소년들의 신경성 폭식증의 원인으로는 다이어트에 대한 강박관념 등으로 볼 수 있다. 폭식증은 단시간동안 고칼로리 음식을 매우 많이, 강박적으로 빠르게 먹어치우는 경향이 있다. 폭식증 환자들을 대상으로 폭식행동의 빈도와 지속시간을 연구한 결과, 일주일에 약 13.7시간 동안 폭식을 하며, 한번 할 때마다 15분에서 8시간까지 걸리는 것으로 나타났으며 폭식과 토하기를 하루에도 몇 번씩 반복한 것으로 나타났다. 이들은 한번 폭식을 할 때마다 많게는 약10,000칼로리 이상을 섭취하고, 그 중에서 탄수화물의 비중이 가장 많은 것을 볼 수 있다. 폭식은 오후에서 저녁, 혹은 밤에 몰래 이루어진다. 폭식을 한 직후에는 먹은 것을 대개 토해낸다. 어떤 경우는 자신이 먹은 엄청난 음식량을 상쇄하기 위하여 하제, 이뇨제, 관장제, 암페타민을 복용하기도 하고, 강박적으로 운동을 하거나 굶기도 한다.²³⁾

신경성 폭식증의 또 다른 원인으로는 신경성 식욕부진증에 비해 보다 더 심리적 요인이 중요한 역할을 한다. 특히, 청소년들에게 있어서 음식은 부모에 대한 애정이나 의존 욕구와 관련되어 있다. 부모님으로부터 사랑을 충분히 받지 못하였거나 애정이 결핍된 환경에서 자란 아이들은 먹을 것에 집착하는 경우가 많으며, 애정 욕구의 좌절을 먹는 것을 통해서 해소하려 함으로

비만해지는 경우가 빈번하다. 청소년 폭식증 환자의 가족환경을 구체적으로 분석해 보면 신경성 식욕부진환자들과 비슷함으로 볼 수 있다. 즉, 대개 가족들이 지나치게 결속되어 있고, 과잉보호를 하며, 엄격하고 완벽주의적인 특성을 보인다. 그리고 신체적인 매력, 날씬함, 성취, 성공에 대해 지나치게 강조함을 볼 수 있다.

정신분석학자들은 신경성 폭식증에서 먹는 행위는 부모와 결합하고자 하는 소망을 나타내고, 토하는 행위는 떨어지고자 하는 소망, 즉 양가적인 갈등을 나타낸다고 본다. 그리고 청소년 폭식증 환자 가운데는 부모의 죽음이나 이별, 학대 경험을 받은 청소년일수록 폭식증 비율이 높은 것으로 보고되고 있다.

청소년 신경성 폭식증은 우울증과 불안장애가 동반되는 경우가 흔한데 분노, 우울, 불안, 외로움 등으로 인해 폭식을 하게 된다. 음식을 먹으면서 잠시 부정적인 감정을 잊게 되지만 이는 일시적인 것일 뿐 곧 괜히 먹었다는 후회, 자책감, 자기-증오감, 우울감 등이 뒤따르게 되어 또다시 자포자기적인 폭식을 유발시키는 악순환이 이루어진다.

특히, 청소년 신경성 폭식증 환자들 중에는 경계선 성격장애나 히스테리성 성격장애가 많다. 이러한 성격장애의 두드러진 특성은 정서적으로 매우 불안정하고, 다른 사람들과 깊이 있는 관계를 맺지 못하고, 피상적이며 자신이 타인에게 사랑 받을 수 있는 존재인지에 대한 확신이 결여되어 있어 자기애(self-love)가 부족하고, 충동적으로 자해 행위를 보일 위험이 높은 점이다.

신경성 폭식증 환자들은 스스로의 외모에 대해 불만족스러워 하면서 날씬한 몸매 갖기를 갈망한다. 하지만 이들은 먹기를 통제하지 못한다. 이들은 완벽해지고자 하는 소망이 있으나, 자기상이 부정적이고 자기 가치감이 낮으며, 수줍음이 지나치게 많고 주장성이 부족하다. 이성 관계에서도 거절당하지 않을까 하는 두려움과 자신이 별로 매력이 없다는 생각에 사로잡혀 있다. 또한 이들은 이상적인 여성이란 순종적이고 수동적이며 의존적이라는 전통적이고 과장된 여성상을 가지고 있다.

완벽하고 싶은 소망이 있으면서도 그 기준은 비현실적으로 높기 때문에

이들은 내적 압박감을 강하게 느끼게 된다. 이러한 압박감은 먹고 토하는 행동을 하면서 통제력을 아예 놓아버림으로써 완화되게 된다. 그런 후에는 수치심과 죄책감이 들게 되고, 이는 다시 자존감을 저하시키고 우울해지게 한다. 이들은 치료를 안 받으려고 하거나 치료 과정에서 은근히 회망을 놓곤 하기 때문에 치료가 어려운 경우가 자주 있다.

외국의 연구 결과에 의하면 여고생과 여대생 중 4%가 심한 수준의 신경성 폭식 증세를 보인다는 보고가 있다. 이러한 폭식증은 신경성 식욕부진증보다는 다소 발병이 늦어서 후기 청소년기에 빈도가 가장 높게 나타나며, 여자가 남자보다 10배 이상 많이 나타나는 것을 볼 수 있다. 신경성 폭식증의 부작용으로는 위 손상, 비만, 치아손상, 침샘이 부어오름, 목 손상, 손에 상처 생김, 전해질 균형의 파괴, 임신과 출산에 대한 영향을 미친다.²⁴⁾

(3) 섭식장애 평가

섭식장애는 증상들에 대한 충분한 정보를 수집하고 평가하여 진단이 내려져야 한다. 정보수집에 폭넓게 사용되는 방법 가운데는 내담자와 가족들에 대한 구조화된 면접, 자기검색, 자기보고 측정치들이 있다. 구조화된 면접은 면접을 통하여 내담자의 섭식습관, 목표, 유지요인, 관련된 과거 사실들을 파악함으로써 치료 계획을 세우고 사례를 공식화하는 방법이다. 구조화된 면접은 진단과 아울러 치료효과를 평가하는데도 사용된다. 구조화된 면접에는 진단용 면접(Interview for Diagnosis of Eating Disorder:IDED)과 섭식장애검사(Eating Disorder Examination:EDE)가 있다. 섭식장애검사는 반구조화된 면담도구로 가장 타당화되어 있으며, 절제, 섭식에 대한 관심, 체형에 대한 관심, 체중에 대한 관심 등 4개의 하위척도로 구성되어 있다.²⁵⁾

초기평가를 위해 사용할 수 있는 자기보고식 질문지들은 다음과 같다. 섭식태도검사(Eating Attitudes Test: EAT), 섭식장애검사(Eating Disorders Inventory:EDI), 폭식증 검사(Bulimia Test-Revised: BULIT-R), 섭식장애 질문지(Eating Disorders Questionnaire), 섭식장애 진단적 조사(Diagnostic Survey for Eating Disorders), 스탠포드 섭식장애 질문지(Stanford Eating

Disorders Questionnaire) 등의 질문지들이다.²⁶⁾ 이들 중 섭식태도검사(ETA)는 40문항으로 구성되어 있으며, 거식증적인 태도와 신념을 평가하기 위한 것이다. 이 검사는 거식증과 폭식증을 구별하지는 못하나, 폭식증과 정상인을 변별하는 데는 매우 유용하다.²⁷⁾ 그리고 상담자가 내담자의 섭식행동을 직접 관찰하는 방법과 내담자가 직접 자신이 먹은 음식의 양과 종류와 섭식의 인지적·행동적·정서적 선행사건과 결과를 기록하게 하는 자기검색(Self-monitoring)이 있다. 이 외에 체지방 비율의 추정방법이 있는데 여기서 신체체중지수(BMI)는 몸무게(kg)를 키(m)²로 나눈 수치이다. 그리고 신체체형 질문지(Body Shape Questionnaire)등과 같은 신체상 평가가 있다.²⁸⁾

2. 청소년 섭식장애에 대한 기독교 상담학적 접근

1) 섭식장애에 대한 성경적 고찰

섭식장애가 최근에 이르러서 구체화 된 정신장애이기에 신구약 성경에서 섭식장애에 대한 구체적인 예를 찾기는 쉽지 않다. 하지만 성경은 우리의 몸을 어떻게 관리해야 하는 것에 대해서는 다루고 있다. 사도바울은 고린도전서 6:19-20 “너희 몸은 너희가 하나님께로부터 받은바 너희 가운데 계신 성령의 전인 줄을 알지 못하느냐 너희는 너희의 것이 아니라 값으로 산 것이 되었으니 그런즉 너희 몸으로 하나님께 열광을 돌리라”라고 하였다. 여기서 바울은 모든 인간의 몸은 하나님께서 창조하신 것이며, 하나님께서 자연을 통하여 공급해 주시는 은혜로 생존을 유지하는 존재라는 것이다(시65:9-10). 또한 거기에는 그것이 하나님의 소유라는 뜻도 강조 된다. 그러므로 하나님의 소유인 몸을 자기 정욕의 도구로, 또는 최악의 도구로 사용해서는 안 된다는 것이다. 인간의 몸이 하나님께로부터 받은 것이라고 할 때 그것은 자연인 몸에 해당된다. 그러나 그리스도를 믿음으로써 성령에 의해서 중생한 성도들의 몸은 자연인으로서의 몸 이상의 의미를 가지고 있다. 왜냐하면 성령께서 내주해 계시는 성령의 전이기 때문이다. 그러므로 바울은 로마교회 성도들을 향하여 ‘너희 몸을 하나님이 기뻐하시는 거룩한 산 제사로 드리라

이는 너희의 드릴 영적 예배니라'(롬12:1)라고 했던 것이다. 성전으로써의 성도의 몸은 하나님께서 대속의 피로 샅기에 자신의 몸이라 할 수 없고(행 20:28), 마땅히 하나님께 영광을 돌려야 하는 몸인 것이다.

이와 같이 하나님은 자신의 자녀들 중 어느 누구도 신경성 식욕부진증의 참화로 고통당하기를 원치 않으신다. 신경성 식욕부진증은 자기 몸을 학대 하는 것이요 하나님의 뜻을 거역하는 것이다. 하나님은 우리가 이러한 비현실적인 이상 추구로 인한 고통을 당하기를 원치 않으신다. 신경성 폭식증도 마찬가지이다. 폭식증의 문제는 음식에 대한 것만이 아니다. 그것은 단순한 탐식과 다른 것이다(잠23:20-21). 폭식증은 음식을 다른 더 깊은 문제들을 가리는 마스크로 사용한다. 그것은 학대, 정신적 충격, 완전주의 또는 낮은 자존감 등으로부터 유발되는 고통이다. 그러나 하나님께서 여러 가지 이유로 섭식장애에 걸려 고통당하고 있는 자 또한 외면하지 않으시고 그들의 고통을 함께 느끼신다(히4:15). 예수님은 섭식장애를 아실 뿐 아니라(사53:3-4) 상처 입은 하나님의 자녀를 민망히 여기신다. 하나님은 우리가 섭식장애와 같은 강박적인 행동에서 자유로워져서 건강하기를 바라시는 분이다(요 8:32,10:10). 이것은 인간의 노력을 하나님의 지혜와 능력에 굴복시켜야 함으로 믿음이 중요하다(엡2:8). 중독의 문제는 영적문제와 직결되기에 음식중독의 일종인 섭식장애는 인간의 의지가 아닌 십자가에서 돌아가신 예수 그리스도를 믿고 의지하는 믿음을 가져야 한다(요3:16; 롬6:23). 주님은 생활의 변화를 약속하시고(요3:24; 고후5:17) 새로운 정신과 새로운 사고 방식과 새로운 행동방식을 형성하신다(롬12:; 고후4:16; 골3:10). 하나님의 의로부터 오는 능력은 섭식장애와 같은 강박적인 행동과 중독에 몰입하게 했던 그릇된 창조에서 벗어난 새로운 삶을 형성할 수 있는 능력이 되기 때문이다.

2) 청소년 섭식장애 사례분석과 상담

(1) 청소년 섭식장애 사례와 해석

K는 1남 1녀 중 막내로 현재 서울 모여고 2학년에 재학 중이며 어려서부

터 가족과 함께 가까운 교회를 출석하고 있다. K는 고등학교에 올라오면서 교회 친구들과 관계가 좋지 못해서 현재는 고등부 예배를 드리지 않고 장년부 주일 1부 예배를 드리고 곧장 집으로 온다. K가 상담소를 찾게 된 경위는 음식을 먹으면 고의적으로 토하는 신경성적 폭식증 문제가 가족들에게 발각되어 어머니와 함께 상담소를 찾게 된 것이다. K의 이러한 증세는 6개월 전부터 시작되었다고 한다. K의 현재 키는 167Cm이며 몸무게는 45kg로 약간 마른편이다. 하지만 K가 바라는 자신의 체중은 42Kg이라고 한다.

K는 늘 외롭고 허전함을 느끼며 무의식적으로 뭔가를 먹게 된다고 한다. 그러다가 살찔 것을 생각하면 갑자기 두려움이 몰려와서 화장실로 뛰어가 먹은 음식을 토하게 된다고 한다. K가 상담실 오게 그 주간에는 매일 하루에 몇 번씩 먹고 토하기를 반복 하였다고 했다. 특히 주말 오후에나 평일 늦은 밤 시간에 이것저것을 잔뜩 먹고 화장실에 샤워하는 척 하면서 가족들이 알지 못하게 토한다고 했다. K의 부모들은 집과 1시간 거리에 있는 조그마한 공장에서 두 부부가 이른 아침부터 늦은 밤까지 바쁘게 지내며, 나이차이가 많이 나는 오빠는 지방에서 직장 생활을 하기에 집안에는 늘 K 혼자 있는 경우가 많다고 한다. K의 성격은 우유부단하고 집에서 인정받지 못한다는 생각 때문에 늘 우울하다고 한다.

K와 상담을 진행하는 과정에서 느낄 수 있었던 것은 자신의 현 처지에 대해서 '부모에게 숨기고 싶었는데' 어머니가 자신을 상담소에 데리고 온 것에 대해서 다소 불만스러운 표정이었다. K는 자신의 가족들에 관해서는 구체적으로 이야기는 하고 싶어 하지 않았고 특히 아버지에 대한 불만이 많다고 했다.

K가 비자발적인 상담을 시작했기에 처음에는 침묵과 저항을 나타내 보였으나 상담이 진행되면서 자신의 문제점을 일부 인정하기 시작하였다. 체중에 너무나 신경이 쓰이기에 하루에도 수없이 체중계 앞에 서는 자신의 모습과 먹을 것을 보면 삼시간에 먹어치우고 곧장 화장실로 가서 토해내는 자신을 바라보면 한심하기가 이를 데 없다고 하였다. K는 객관적으로 체중이 많이 나가지 않고 오히려 말라 보이지만 자신의 체중이 1-2Kg 만 더 불어나도

우울하고 사람을 만나는 것을 꺼려한다고 한다. 그리고 앞으로는 3-4Kg은 더 빼야 한다고 하면서 이렇게 되면 너무나 기분이 좋을 것 같다고 하였다. K는 체중 증감에 대해서 매우 민감한 감정 기복을 나타내었다.

K를 진단해 보면 빠른 시간내에 자신이 감당 할 수 없을 정도로 폭식을 취한 다음 곧장 후회하고 인위적으로 구토를 유발하는 청소년들에게서 비교적 드물지 않은 폭식증의 전형적 예라고 할 수 있다. K와 같은 경우에는 가족 모두가 교회 출석을 하고 있지만 가족관계에 의사소통이 원만하지 못하고 있음을 볼 수 있다. 이에 따른 구조화 된 면담기법과 분석 자료를 위한 가계도를 그리고 HTP와 같은 간략한 심리검사를 할 필요가 있다. 그리고 우울증 증세가 예상되기에 BDI척도를 통한 평가와 면담을 통한정확한 진단이 필요하다.

K의 부모님은 사업일로 하루 종일 자녀를 돌보지 못할 뿐 아니라 오빠 역시 나이차이 많고 현재 지방에 있기에 K는 가족구성원들로부터 정서적 지원을 받지 못한 채 외롭게 지내고 있으며, 학교와 교회에서도 친구들과 원만한 관계를 이루지 못하고 있다. K의 이러한 환경이 폭식에 중요한 원인 될 수 있다. 아버지는 아들 선호사상이 강한 가정에서 자라서 매사에 딸보다는 아들을 먼저 생각하는 양육태도를 가지고 있기에 K로 하여금 더욱 심리적 소외감을 느끼게 했다고 본다. 먼저 어머니의 협조를 구하지만 아버지도 딸의 폭식증 치료를 위해서 협력하며 도와 줄 것을 상담한다. K와 같은 경우 인지-행동요법을 비롯한 통합적 기독교 상담을 실시함이 좋을 것으로 생각된다.

(2) 청소년 섭식장애 상담

① 초기단계

K와 같은 내담자는 어머니에 의해서 비자발적인 상담을 한 케이스이기에 상담자는 하나님께 지혜를 달라고 기도하면서 무시로 성령 하나님을 의존하며 치유적 관계모색을 위한 내담자 참여이해(understanding), 수용(Acceptance),

관심 있는 행동(Attending behaviors) 등이 요구 된다. 비자발적인 청소년 내담자 가운데는 상담에 대한 거부 또는 냉소적 태도를 나타내며, 침묵이 아니면 단순히 고개를 끄덕이는 것으로만 자신의 반응을 나타내거나 극히 소극적인 태도로 일관하는 경우가 많다. 그리고 자발적인 내담자라고 할지라도 변화를 원하지 않으며, 변화에 저항하는 저항적 내담자(resistant client)인 경우 상담의 진전을 어렵게 만든다. 하나님께서 각 개인에 따라 다른 성향을 허락하셨기에 상담자는 매 순간마다 포도나무에 붙어 있는 가지처럼 주님과 친밀감 속에서 무시로 긍휼을 구해야 한다.

K와 같은 경우에는 당사자에게 1차 자료를 구하기 전에 초기면접 과정에서 어머니에게 정보지향적 면접을 실시하여 자료 확인, 제시된 문제, 내담자의 현재생활, 가족사, 개인사 등을 파악하는 것이 저항을 최소화 할 수 있는 방법 중 하나이다. 어머니와 1차 면접이 끝난 다음에 K와는 관계지향적 면접을 통한 내담자 주도적 면접을 실시하면서 구조화 해 나가고 상담목표를 설정하되 단기 목표부터 시행하도록 함으로 부담을 덜어 주도록 했다.

② 중기단계

K와 같은 경우는 자존감이 매우 낮으며 감정적 지지를 받지 못하였기에 상담자는 내담자를 공감하고 경청하며 긍정적 존중에 주력하여 치료적 관계를 모색해 나가는 것이 중요하다고 생각되어 매우 편안한 상태에서 상담을 조성해 나갔다.

그리고 내담자가 자신과 자신의 식습관에 대해서 어떻게 느끼는지에 대한 감정을 살피는 일에 대해서 열린 대화를 시도하였고, 죄책감이나 부끄러움을 가진 내담자를 이해하고 공감하는데 집중하였으며 개인적인 판단보다는 안전감을 가질 수 있도록 긍정적으로 존중하였다. K의 효과적인 상담을 위해서 부모의 통찰과 지원 그리고 인정이 필요함으로 부모님들의 지지를 구했으며, 어머니의 협조와 더불어 단기 부부상담도 실시하도록 하였다. 부부는 신앙생활을 하는 사람들이었기에 성경의 원리에 입각한 부부관계와 자녀 관계를 다루도록 하였다

K는 2회 상담까지는 저항이 심했고 자기노출을 전혀 하지 않으려 했으나 3회부터 상담자와 신뢰적 끈이 형성되었고 4회부터는 전이가 일어나기 시작하였다. 5회부터 인식의 변화가 보였기에 상담자는 성령님께 의존하며 문제 행동을 신앙적 시각에서 바라 볼 수 있도록 하였으며 하나님을 의지하도록 격려했다. 그리고 매일 묵상 할 성구와 기도의 제목을 구체화 하도록 하였다. 이와 아울러 구체적인 생활지침이 필요하였기에 6회부터 12회까지는 지지상담과 더불어 단계별 인지행동치료 지침을 제공하였다. K를 위한 단계별 인지행동치료는 Fairburn가 제시한 3단계에 의해서 실시하였다.²⁹⁾

1단계에서는 K로 하여금 치료의 근거가 되는 인지적 관점을 설명하고, 폭식을 안정적이고 규칙적인 식사 패턴으로 변화 시키는데 주력하였다. 1단계에서 실시한 내용을 구체적으로 설명하면 폭식증의 유정에 대한 인지적 관점을 설명하고, 자기검색과 체중 검색을 실시하였다. 그리고 체중조절에 대한 교육으로 신체체중지수(BMI) 산출과 해석법을 가르치고, 자신의 BMI를 계산하게 하였다. 이러한 과정을 통해서 자연스러운 체중의 변화와 그에 대한 오해 설명, 다이어트가 필요 없는 목표 체중 범위에 대해 가르쳤다. 이와 더불어 체중 조절 수단으로서 구토의 비효율성에 대해서 가르쳤는데, 토해도 먹은 것을 많이 배출 할 수 있는 것이 아니며, 설사제와 이뇨제는 칼로리 흡수를 방지하는 효과가 별로 없음을 알게 하였다. 그리고 규칙적인 식사 패턴을 알려줌으로 폭식을 대신하거나 지연시키는 대안적 행동을 사용하게 하였다.

2단계에서는 앞 단계에서 했던 규칙적인 식사와 대안적 행동과 매주 체중 재기 등에 대한 강조를 계속하면서 모든 형태의 다이어트, 몸매와 체중에 대한 걱정, 좀 더 일반적인 인지적 왜곡을 공격하는데 초점을 두었다.

K로 하여금 다이어트의 문제점을 찾게 하고 문제 해결에 대한 방법을 향상시키기 위해서 몸매와 체중에 관한 걱정을 다루었다. 먼저 자신의 생각을 쓰게 한 다음 그 생각을 지지하는 논쟁과 의심케 하는 논쟁 그리고 각각의 증거를 정리해 보게 하여 논리적 결론에 따라 행동하게 하였다.

마지막 3단계는 K에게 미래에 대해 현실적인 기대를 갖게 하면서 미래의

어려움을 준비하게 하였다.

K의 섭식문제를 다루기 위해서 처음 2주간은 1주일에 2회의 상담시간을 실시하여 섭식장애에 대해서 자각을 갖도록 하고 3주부터는 1주일에 1회의 상담을 통해서 K에게 알려준 섭식장애 회복을 위한 방법과 기술을 이용하여 실시하도록 하고 미래에도 적지 않은 어려움이 올 수 있음을 기억하게 하고 계속적으로 점검하며 상담을 실시하였다.

K는 10회 때부터 자신감을 가지게 되었으며 눈에 띄게 변화를 보이기 시작하였고 가족관계도 많이 좋아졌다.

③ 종결단계

K의 경우는 별도의 약 처방이 필요한 단계가 아니었기에 상담치료만으로 호전을 보일 수 있었다. 미래에 어려움이 올 수 있음을 주지시키면서 내담자가 저항을 하지 않도록 하기 위해서 3주 전부터 종결을 예시하였다. 그리고 그로 하여금 하나님과의 관계를 강조하며 기도와 말씀에 대한 묵상에 대해서 논의 하고 과제물을 부여했다. 내담자가 원할 때 추후상담을 할 수 있음을 약속하고 상담을 종결한다.

III. 닫는 글

청소년기(adolescence)는 사춘기(puberty) 변화로 시작하여 아동기에서 성인기로 이행하는 신체적·심리적 변화를 겪는 시기이다. 또한 이 시기는 급 성장과 이차성징의 출현을 보이는 신체발달의 특성으로 인한 신체변화에 적응해야 하고, 부모로부터 심리적인 홀로서기를 해야 하며, 자아정체감을 확립해야 하는 등의 발달과업을 갖는 때이다. 이러한 발달특성상 청소년들에게 신체변화는 매우 예민한 문제로서 이들이 나날이 변하는 자신의 외모에 지대한 관심을 보이는 것은 당연한 일일 것이다. 하지만 청소년 가운데 자신의 체중이 정상임에도 불구하고 뚱뚱하다고 인식하는 경향이 강해져서 비정

상적인 식사형태와 관련된 많은 문제로 섭식장애가 증가하게 되었다.

우리나라에서 섭식장애문제가 사회적 문제로 대두 된 것은 1990년부터이지만 최근 들어 섭식장애문제는 일반사회는 물론이거니와 교회 청소년들에게도 빠른 속도로 발생빈도가 높아지고 있다는 점이다. 섭식장애문제는 기독교 청소년들에게도 예외가 아님에도 불구하고 아직까지 교회에서는 크게 관심을 갖지 못하고 있으며 기독교 상담에서도 이 분야에 대한 연구가 매우 미진한 실정이다. 섭식장애는 신체건강 뿐 아니라 인지적 정서적 영역과 영적생활에도 영향을 미친다.

특히, 청소년시기에 올바른 섭식태도가 이루어지지 않으면 한 개인의 삶에 있어 전반적인 문제를 일으키게 됨으로 섭식장애행동은 철저하게 예방되어야 할 것이다.

본 연구는 날로 심각해지고 있는 기독교 청소년 섭식장애에 대한 치료적 대안으로 통합적 접근을 통한 상담기법과 사례를 살펴보았다. 본 연구를 통해 볼 때 청소년 섭식장애는 발달적 특성과 상황적 특성을 종합적으로 검토해야 하며 문제분석과 치료 원리와 태도에 대해서도 같은 맥락에서 재고되어야 함을 알 수 있었다. 기독교 청소년 섭식장애를 위한 효과적인 상담이 이루어지기 위해서 좀 더 구체적이고 체계적인 연구들이 지속적으로 이루어져야 하며 이러한 결과를 바탕으로 왜곡 된 섭식태도를 가지고 있는 청소년들을 대상으로 한 상담 및 치료 프로그램을 개발하여 시행되어야 할 것이다. 그리고 교회사역자들과 기독교 상담자들이 섭식장애를 가지고 있는 청소년들을 위해서 열린 자세로 회복을 위한 활성화 방안을 함께 모색해야 할 것이다.

【 참고문헌 】

- 공성숙, 현명선. “섭식장애 환자의 모녀관계”. 정신간호학회. 「정신간호학회지」 제11권 제2호(2002): 249-59.
- 공성숙. “섭식장애를 위한 낮 병원 프로그램 개발에 관한 연구”. 대한간호학회. 「대한간호학회지」 제34권 제1호 (2004, 2): 25-34.
- 권석만. 『현대이상심리학』. 서울: 학지사, 2004.
- 김갑숙, 강연정. “여자청소년의 신체관련변인 자존감, 내적통제력이 섭식장애 행동에 미치는 영향”. 한국가정관리학회. 「한국가정관리학회지」 제25권 제3호(2007): 77-87.
- 김광자. “무용수들의 섭식유형이 섭식장애에 미치는 영향”. 무용예술학회. 「무용예술학연구」 제12권(2003, 가을): 1-20.
- 김기남, 김영희. “대학생의 섭식장애 행동에 관련된 요인”. 대한가정학회. 「대한가정학회지」 제42권 제2호(2004): 83-97.
- 김영신, 공성숙. “여자 청소년의 체중조절행위, 섭식장애증상, 우울에 관한 연구”. 정신간호학회. 「정신간호학회지」 제13권 제3호(2004, 9): 304-314.
- 김정옥. 『섭식장애』. 서울: 학지사, 2000.
- 김창윤. 『정신장애 평가도구』. 서울: 하나의학사, 2001.
- 노은아, 안창일. “여아의 섭식장애 위험요인들과 관련된 어머니의 요인들”. 한국심리학회. 「한국심리학회지: 건강」 제10권 제2호(2005): 127-44.
- 박용우. “섭식장애(eating disorder)”. 대한가정의학회. 「가정의학회지」 제21권 제3호(2000): 315-23.
- 성미혜. “여대생의 건강통제위와 섭식장애”. 정신간호학회 「정신간호학회지」 제13권 제2호(2004.6):117-24.
- 성미혜. “초등학교 5, 6학년 여학생의 비만도, 섭식장애, 신체증상 및 자아존중감과 의 관계”. 아동간호학회. 「아동간호학회지」 제11권 제3호(2005. 7): 282-89.
- 성미혜. “초등학교 여학생의 섭식장애, 신체증상, 우울 및 건강통제위에 관한 연구”. 대한간호학회. 「대한간호학회지」 제34 제3호(2004. 6): 576-85.
- 송경애, 박재순. “서울지역 일부 대학생의 식습관, 섭식장애 발생경향, 체중조절행태 및 비만도”. 여성건강간호학회. 「여성건강 간호학회지」 제9권 제4호(2003): 457-66.
- 유 진, 이선애. “무용전공 여학생들의 섭식장애 위험요인 예측인자 분석”. 한국스포츠심리학회. 「한국스포츠심리학회지」 제 16권 제1호(2005): 17-30.
- 유희정, 조성민, 김성윤, 김창윤, 홍택유, 한오수. “한국 청소년 섭식장애의 역

- 학”. 정신병리학회. 「정신병리학」제5권 제1호(1996): 130-37.
- 이 란. “대학생의 신체적 자아개념 및 상박증과 섭식장애(eating disorder)행동과의 관계”. 한국교육심리학회 「교육심리」제15권 제4호(2001): 387-402.
- 이경혜, 김숙경, 천기정, 한숙희. “여자대학생들의 섭식장애와 자아존중감과 관계”. 여성건강간호학회. 「여성건강간호학회지」 제9권 제4호(2003): 390-99.
- 이규은, 김남선. “여대생의 섭식장애와 신체증상, 기분상태간의 상관관계”. 여성건강간호학회. 「여성건강간호학회지」 제4권 제3호(1998): 388-401.
- 이영식, 홍성도. 『청소년 그리고 정신과 의사와의 만남』. 서울: 하나의학사, 2003.
- 이영호, 박세현, 황을지, 허시영, 이해경. 『식사장애』. 서울: 학지사, 2003.
- 이임순. “섭식절제척도의 타당도 연구: 섭식절제 및 역규제적 섭식 척도들 간의 비교”. 한국심리학회. 「한국심리학회지」 제7권 제1호(2002): 143-58.
- 이현수. 『이상행동의 심리학』. 서울: 대왕사, 2002.
- 이현숙, 박 현. “무용전공 여고생과 비전공 여고생 간의 섭식장애, 월경장애 및 영양상태 비교”. 체육과학연구소. 「체육과학 연구」제16권 제1호(2005): 56-64.
- 정영선. “청소년의 섭식장애와 가족기능과의 관계연구”. 한국심리학회. 「한국심리학회지: 상담 및 치료」제17권 제3호(2005): 685-706.
- 최효임. “섭식장애의 상담사례연구”. 숙명여자대학교 학생생활상담소, 2000.
- 한상철, 김혜원, 설인자, 임영식, 조아미. 『청소년문제행동』. 서울: 학지사, 2003.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fourth Edition*. Washington, DC.: American Psychiatric Association, 1980.
- Berg, P., E. H. Wertheim, J. K. Thompson & S. J. Paxton “Development of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in adolescent females: A replication using covariance structure modeling in an Australian sample.” *International Journal of Eating Disorder* 32(2002): 46-51.
- Bruch, H. *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. Cambridge, MA.: Harvard University, 1987.
- Fairburn, C. G. “Cognitive-Behavioural Treatment for Bulimia.” *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. D. M. Garner and P. E. Garfinkel (eds.). New York: Guilford, 1985.
- Fava, M & M. Abraham. “Eating Disorder Symptomatology in Major Depression.”

- Journal of Nervouse and Mental Disease* 185(1997): 140-44.
- Gabbard, G. O. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington, DC.: American Psychiatric, 1994.
- Gull William, "Anorexia nervosa." *Transactions of the Clinical Society of London* 7(1874): 22-28.
- Hinz, L. D & D. A. Williamson. "Bulimia and depression: A review of the affective variant hypothesis." *Psychological Bulietin* 102(1987): 150-58.
- Kim, O. S & Yoon, H. S. "The study of the factors associated with weight control behaviors among high hool girls with normal body weight." *J Koren AcadNurs* 30(2000): 391-401.
- Leslie Knowlton. "Eating Disorders Have Long Been Associated." *Los Angeles Times* 23 (May. 1995): 124-27.
- Masterson, J. F. "Primary anorexia nervosa in the borderling adolescent: An object relations view." *Borderline personality disorders*. P. Hartocollis (ed.). New York: International Universities, 1977.
- Morton, R. *Phthisiologia: or a treatise of consumptions*. London: Smith and Walford, 1694.
- Williamson, D. A. *Assessment of eating disorders: Obesity, Anorexia, and Bulimia Nervosa*. Elmsford. New York: Pergamon, 1990.

[후주]

- 1) 김영신, 공성숙, "여자 청소년의 체중조절행위, 섭식장애증상, 우울에 관한 연구", 정신간호학회, 「정신간호학회지」 제13권 제3호(2004, 9): 304-314.
- 2) <http://cafe.daum.net/edenbiman>
- 3) O. S. Kim & H. S. Yoon, "The study of the factors associated with weight control behaviors among high hool girls with normal body weight." *J Koren Acad Nurs* 30(2000): 391-401.
- 4) 성미혜, "여대생의 건강통제위와 섭식장애", 정신간호학회지, 「정신간호학회지」 제13권 제2호(2004, 6): 117-24.
- 5) 오윤선. 『청소년이해와 상담』(서울: 예영 B&P, 2006), 110-13.
- 6) American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fourth Edition*. (Washington, DC.: American Psychiatric Association, 1980), 589.

- 7) R. Morton, *Phthisiologia: or a treatise of consumptions* (London: Smith and Walford, 1694), 46-49.
- 8) Gull William, "Anorexia nervosa." *Transactions of the Clinical Society of London* 7.(1874): 22-28.
- 9) M. Simmonds, "Uber Emblolis of London, che Prozesse in der Hypophysis," *Archives of pathology and anatomy* 217(1914): 226-39.
- 10) J. F. Masterson, "Primary Anorexia Nervosa in the Borderling Adolescent: An Object Relations View." *Borderline Personality Disorders*, P. Hartocollis(ed) (New York: International Universities, 1977), 475-95.
- 11) 김정옥, 『섭식장애』(서울: 학지사, 2000), 26-32.
- 12) Leslie Knowlton, "Eating Disorders Have Long Been Associated," *Los Angeles Times* 23(May, 1995): 124-27.
- 13) 오윤선, 『청소년이해와 상담』, 110.
- 14) 김정옥, 『섭식장애』, 33-35.
- 15) 박용수, "섭식장애", 대한가정의학회, 「가정의학회지」 제21권 제3호(2000): 315-23.
- 16) 오윤선, 『청소년이해와 상담』, 111.
- 17) D. N. Grigg & J. D. Friesen, "Family Patterns Associated with Anorexia Nervosa," *Journal of Marriage and Family Therapy* 15(1989): 29-42.
- 18) 박용우, "섭식장애(eating disorder)", 315-23.
- 19) 오윤선, 『청소년이해와 상담』, 110-12.
- 20) 정영선, "청소년의 섭식장애와 가족기능과의 관계연구", 한국심리학회, 「한국심리학회지: 상담 및 치료」 제17권 제3호 (2005): 685-706.
- 21) 김영신, 공성숙, "여자청소년의 체중조절행위, 섭식장애증상, 우울에 관한 연구". 정신간호학회, 「정신간호학회지」제13권 제3호 (2004. 9): 304-14.
- 22) L. D. Hinz & D. A. Williamson, "Bulimia and depression: A Review of the Affective Variant Hypothesis," *Psychological Bulletin* 102(1987): 150-58.
- 23) 오윤선, 『청소년이해와 상담』, 112.
- 24) M. Fava & M. Abraham, "Eating Disorder Symptomatology in Major Depression," *Journal of Nervouse and Mental Disease* 185(1997): 140-44.
- 25) 한상철 외, 『청소년문제행동』 (서울: 학지사, 2003), 116-17.
- 26) 김창윤외, 『정신장애평가도구』 (서울: 하나의학사, 2001), 189-209.
- 27) 한상철 외, 『청소년문제행동』, 116-17.
- 28) 김정옥, 『섭식장애』 (서울: 학지사, 2000), 56-62.
- 29) C. G. Fairburn, "Cognitive-Behavioural Treatment for Bulimia," *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*, D. M. Garner and P. E. Garfinkel (eds.), (New York: Guilford, 1985), 213-18.

【 Abstract 】

A Study on the Christian Counseling for adolescence
Eating Disorder

Oh Yoon Sun
(Korean Bible University)

The Purpose of this study was on the Christian Counseling of the adolescence eating disorder behavior and its treatment. Eating Disorders appears to be far more prevalent in industrialized societies, in which there is an abundance of food and in which, especially for females -More than 90% of cases of Eating Disorders occur in female adolescence-, being considered attractive is linked to being thin.

The Eating Disorders are characterized by severe disturbances in eating behavior. This section includes two specific diagnoses, Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. Anorexia Nervosa typically begins in mid to late adolescence(age 14-18 years). of individuals admitted to university hospitals, the long-term mortality from Anorexia Nervosa is over 10%. Death most commonly results from starvation, suicide, or electrolyte imbalance. The lifetime prevalence of Bulimia Nervosa among women is approximately 1%-3%.

There are many factors that may cause an adolescent to become Eating Disorders, but the following are the most prominent: Sociocultural Influences, Pain, Perfectionism, Need for Control, Faulty Thinking. adolescence Counselor, pastor or teacher who suspects or knows a adolescence person is suffering from eating disorder should first approach God in prayer for wisdom and sensitivity and then implement the following response: listen, empathize, affirm, direct, refer.

Key words: adolescence, Eating Disorder, Bulimia Nervosa, Anorexia Nervosa, Christian Counseling