

# 식사장애를 가진 여성의 질병 경험

한 달 룡

청주대학교 간호학과

## Disease Experience of Korean Women with Eating Disorders

Han, Dallong

Department of Nursing, College of Health Sciences, Cheongju University, Cheongju, Korea

**Purpose:** This study was aimed to explore and describe the disease experience of Korean women with eating disorders within psychological and sociocultural context. **Methods:** The participants were 12 young adult women suffering with eating disorders or have recovered from the diseases. Data were collected via in-depth interviews and analyzed according to the grounded theory methodology by Strauss and Corbin. **Results:** The core category of the disease experience was 'becoming the master of life through desperate efforts'. The disease experience was categorized into five different phases including 'falling under the influence of others', 'collapsing the self: life swallowed by loosening weight', 'facing the wrecked self', 'struggling between the self and others', 'truly facing the self'. The intervening conditions were various supporting systems such as 'support from family', 'economic support' and 'support from trustworthy health professionals'. **Conclusion:** The findings of this study indicate that it is necessary to develop nursing interventions to support women with eating disorders and alleviate their suffering from eating disorders. Also specialized educational programs are warranted to prevent the eating disorders, and to reduce social stigma of eating disorders.

**Key Words:** Eating disorders, Women, Qualitative research

## 서 론

### 1. 연구의 필요성

식사장애(eating disorder)는 체중을 조절하기 위한 부적절한 행위로 인해 유발된 질병으로 DSM-IV[1]에 따르면, 신경성 식욕부진증(anorexia nervosa)과 신경성 폭식증(bulimia nervosa)로 구분된다. 최근 우리나라의 식사장애 유병률이 증

가하고 있는데, 건강보험심사평가원이 2013년에 발표한 자료에 따르면, 최근 5년간 식사장애 진료인원은 2008년 10,940명에서 2012년 13,002명으로 5년 사이에 18.8%가 증가하였고, 연평균 증가율은 4.5%로 나타났다[2]. 특히, 식사장애(eating disorder)는 90% 이상이 여성에게서 발생하며 10대 중후반에서 20대에 호발하는 것으로 알려져 있다[3]. 우리나라에서도 식사장애 진료인원의 성별 점유율은 남성이 약 18.9~23%, 여성은 약 77~81.1%로 여성이 남성보다 약 4배 더 많았으며,

**주요어:** 식사장애, 여성, 질적 연구

**Corresponding author:** Han, Dallong

Department of Nursing, College of Health Sciences, Cheongju University, 298 Daeseong-ro, Cheongwon-gu, Cheongju 28503, Korea.  
Tel: +82-43-229-7985, Fax: +82-43-229-8991, E-mail: dhan@cju.ac.kr

- 이 논문은 제1저자 한달룡의 박사학위논문을 수정하여 작성한 것임.

- This manuscript is a revision of the first author's doctoral dissertation from Seoul National University.

Received: Oct 28, 2015 / Revised: Dec 11, 2015 / Accepted: Dec 12, 2015

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

특히, 20대에서는 여성이 남성의 8.8배, 30대에서는 8.4배가 많은 것으로 나타났다. 또, 10~30대에서 49.2%의 점유율을 차지하여, 식사장애 진료인원 2명중 1명은 10~30대의 젊은 연령대인 것으로 나타났다[3].

신경성 식욕부진증의 경우 5.86%, 신경성 폭식증의 경우 1.93%의 치사율이 보고될 정도로 제대로 치료받지 않을 경우 그 심각성이 큰 정신질환으로 알려져 있는 바[4], 식사장애의 유병률이 증가하고 있음은 간과되어서는 안 될 문제이다.

식사, 특히 한국인에게 식사는 영양을 공급하는 행위를 넘어서 정을 나누고자 하는 의식이 강하며, 음식이라는 객체보다는 인간이라는 주체와 주체 상호간 인간관계라는 측면을 더 중요시한다[5]. 인간에게 있어서 식사가 주는 의미를 고려해 보건데, 식사장애는 먹지 않거나, 혹은 많이 먹어서 신체적 문제만을 초래하는 것이 아니라 사회적 존재인 인간 생활의 전반에 많은 부정적인 영향을 끼칠 수 있다. 식사장애를 가진 여성은 질병으로 인하여 심리적, 사회적으로도 많은 고통을 겪고 있다. 식행동 문제로 인해 원만한 대인관계 및 학교, 직장 등 사회생활에 지장을 받으며, 이로 인한 고립감, 외로움을 경험한다[6]. 그리고 이들은 일반 여성에 비해 높은 수준의 우울 등의 정서반응을 보이며[7], 자살사고 및 자살행동을 보이기도 한다[8].

그런데 식사장애의 유병과 관련된 개인의 심리적, 병리적 특성이나 치료 프로그램의 효과 등에 대한 연구들은 다수 이루어지고 있으나, 급성기 치료 후 외래를 통한 인지행동요법 시행 전후 체질량 지수, 식사장애 행동(제한된 식사 양상, 구토 등)의 변화 연구[9], 입원한 신경성 식욕부진증 환자와 가족에게 적용한 가족치료의 효과 연구[10] 등 식사장애 질병 과정 중 특정 시점만을 조사한 양적 연구들이 대부분이므로, 식사장애를 겪는 여성들의 질병 과정에 대한 심층적인 이해를 돕기에는 많은 한계를 지니고 있다. 또한 이들을 위해 이루어지고 있는 프로그램들은 주로 질병의 치료라는 측면에 초점을 맞추고 있으며, 식사장애를 겪는 여성들의 심리사회적 고통을 경감시켜 주기 위한 중재는 거의 이루어지고 있지 않은 실정이라서 효과적인 중재방안을 마련하기 위해서는 그들의 경험에 대한 이해가 선행되어야 할 것이다. 그러나 국외에서 식사장애 환자를 대상으로 한 질적 연구가 일부 시행되었을 뿐[11,12,26], 국내에서 식사장애 환자의 경험을 다룬 질적 연구는 시행된 바가 없으므로 사회문화적 맥락을 반영한 국내 환자들의 경험에 대하여 파악할 필요가 있다.

이러한 경험을 이해하기 위해서는 상징적 상호작용론에 이론적 기초를 두고 인간 행위의 상호작용의 본질을 파악하고 개념화하여 사회와 상호작용하며 변화하는 인간의 의미체계

변화를 설명해주는 실체이론(substantive theories)을 구축을 목적으로 하는[14] 근거이론방법이 적합하다 하겠다. 따라서 본 연구에서는 근거이론방법론을 이용하여 식사장애를 가진 여성, 특히 호발 연령인 청소년기에서 초기 성인기 식사장애 여성들이 한국의 사회문화적 맥락 속에서 자신의 질병을 어떠한 의미로 받아들이고 있으며, 그러한 의미를 어떻게 변화시켜가는지 심층적으로 파악하고자 하였다. 또한 이들의 질병 경험을 토대로 구축한 실체이론은 간호중재에 대한 기초 지식체로 활용될 수 있을 것이다.

## 연구 방법

### 1. 연구설계

본 연구는 식사장애를 가진 여성의 질병과정 경험을 이해하기 위해 근거이론방법론을 적용한 질적 연구이다.

### 2. 연구참여자

연구참여자 선정기준은 본인이 가진 질병에 대한 병식을 가지고 있으며 치료를 받고 있거나, 치료 받은 적이 있는 여성 혹은 질병에서 회복된 여성을 대상으로 하였다. 연령대는 식사장애 호발연령인 10대에서 30대 청소년기와 초기성인기 여성으로 하였으며, 질병군은 신경성 식욕부진증(anorexia nervosa), 신경성 폭식증(bulimia nervosa)을 포함시켰다. 연구자가 식사장애 환자를 전문으로 진료하는 의사에게 자신의 경험을 기꺼이 이야기해 줄 식사장애를 가진 여성 참여자를 소개받았다. 그리고 식사장애 환자들의 인터넷 카페 운영자의 협조를 얻어 연구에 대한 홍보물을 인터넷에 게시하여 참여자를 모집하였다. 또한 1명의 참여자는 한 참여자가 다른 참여자를 소개시켜주는 눈덩이 표집법으로 모집하였다. 본 연구참여자자는 12명이었다.

### 3. 연구자 준비

본 연구자는 대학병원에서 간호사로 일하면서 식사장애를 경험하는 여성들을 다수 접하였으며, 교육 현장에서도 식행동 문제로 고민하는 여대생들을 상담해 온 경험이 있다. Strauss와 Corbin은 이론적 민감성을 갖추기 위해 연구 전부터 시작하여 연구 중에도 지속적인 문헌고찰이 중요하다고 역설하는 데[13-15], 식사장애에 대한 이론적 민감성을 갖추기 위하여

면담 전 식사장애에 대한 충분한 문헌고찰을 시행하였다.

한편, 질적 연구 수행을 위해 대학원 과정에서 질적 연구방법론과 질적자료분석론 강의를 수강하였으며, 이 과정에서 실제 대상자들을 만나 심층면담하고 자료를 분석하는 훈련을 수행하였다. 또한 근거이론방법론의 철학적 배경이 되는 상징적 상호작용이론에 대하여 인문학, 사회학과 석박사과정 대학원들과 함께 스터디그룹을 통해 학습하여 철학적 배경에 대한 이해를 도모하였다.

#### 4. 자료수집

본 연구에서는 2013년 9~11월까지 개인 심층면담을 통하여 자료를 수집하였다. 각 참여자가 가장 편안해 하는 시간과 장소에서 면담을 시행하였으며 연구참여자의 동의를 받은 후 면담내용을 녹음하였다. 1인당 면담횟수는 대개 1~2회였으며, 1회 면담시간은 최소 1시간에서 최대 4시간, 평균 1시간 30분 정도 소요되었다.

연구자가 인구학적 자료를 수집한 후 일상적인 생활에 대한 질문으로 분위기를 편안히 한 후 “식사장애를 가진 여성으로서의 경험은 어떠했는지 말씀해 주십시오”라는 개방적 질문으로 면담을 시작하였다. 연구참여자가 자신의 언어로 편안히 이야기해 나가도록 이끌었으며, 중간 중간 연구자가 준비한 반구조화된 개방적 질문을 통해 면담을 실시하였다. 면담질문은 연구자가 1인의 면담을 시행해 본 뒤, 오랫동안 식사장애를 리닉에서 대상자를 접한 정신보건간호사의 자문을 받아 수정하여 재작성하였다.

자료수집과 동시에 분석을 시행하여 개념을 도출하였으며, 의문점을 메모하여 문헌 및 자료를 찾고 이를 통해 새로운 질문을 발견해 내어 이를 토대로 이론적 표본추출을 하거나 다음 면담 질문으로 활용하는 순환적인 자료수집을 시행하였다. 자료의 지속적인 비교분석을 시행하여 유사점과 차이점을 발견하였고, 더 이상 새로운 개념이 발견되지 않아 자료 내용의 이론적 포화가 이루어졌음을 확인한 후 자료수집을 종료하였다. 또한 연구참여자의 동의를 받아 식사일지 등의 개인적인 기록물의 사본을 자료로 받아 참고자료로 활용하였으며, 인터뷰 중 인터뷰 현장의 상황, 연구참여자의 표정, 행동 등을 기록하는 메모를 작성하였다.

#### 5. 윤리적 고려

본 연구에 앞서 A간호대학 연구윤리심의위원회 승인을 받

았으며, 모든 연구참여자들에게 연구의 목적과 면담 내용 녹음, 익명성 보장과 함께 연구참여를 원치 않는 경우 언제든지 철회할 수 있음을 설명한 후 자발적인 참여에 대한 서면동의를 받았다. 미성년자 연구참여자의 경우 연구참여자뿐만 아니라 보호자에게도 연구에 대하여 설명하고 서면동의를 받았다.

또한 연구참여자의 신체적 상태를 고려하여 면담 도중 언제든지 불편감을 이야기할 수 있는 분위기를 조성하며, 연구참여자의 건강에 영향을 미치지 않는 수준에서 면담을 진행하였다. 또한 심리적 동요가 있을 수 있음을 설명하고, 필요시 전문적인 상담 등의 도움을 제공할 것을 설명하였다. 연구참여자의 신원을 알 수 있는 개인정보는 수집하지 않았으며, 연구의 엄정성 확보를 위해 동의한 참여자에 한하여 전화번호와 이메일 주소를 수집하였다. 모든 참여자에게는 소정의 사례를 제공하였으며, 자료수집 이후에도 모든 자료의 익명성 보장을 위해 자료를 통해 신원을 파악할 수 없도록 코드화하여 원자료와 코드화한 자료를 따로 보관하고 연구자만 자료에 접근하도록 하였다.

#### 6. 자료분석

면담이 끝난 후 당일 1인의 연구보조원 및 연구자가 면담 내용을 필사하여 분석하였으며, 내용이 명확하지 않은 경우 전화 혹은 이메일로 보충질문을 시행하여 내용을 명료화하였다. 자료를 지속적으로 비교분석하며 자료들간의 유사점과 차이점을 찾아내고, Strauss와 Corbin[13]이 제시한 자료분석방법에 따라 개방코딩(open coding), 축코딩(axial coding), 선택코딩(selective coding)의 과정을 거쳐 자료를 범주화하고 핵심범주를 도출하였다. 이 외에도 자료분석에 대한 추상적 사고를 쉽게 하기 위하여 메모와 매트릭스, 도형 등의 다양한 디스플레이 방법을 이용하였다.

#### 7. 연구결과의 타당성 확보

본 연구의 엄정성을 확보하기 위하여 신뢰성(credibility), 감사가능성(auditability), 적합성(fittingness), 그리고 확인가능성(confirmability)을 준거로 삼는 Sandelowski[14]의 질적 연구 평가기준에 따랐다.

본 연구에서는 신뢰성 확보를 위하여 자료수집과정에서 연구참여자들이 말하고 보여주는 그대로의 생생한 자료를 수집하려고 노력하였다. 이를 위해 모든 면담내용을 녹음하고 참여자의 말 그대로를 필사하여 생생하게 기술하였다. 자료로부

터 추출된 결과를 다양한 시각에서 보려는 시도를 하려고 노력하였으며, 연구자의 편견과 고정관념을 최소화하였다. 또한 1차 분석된 연구결과를 두 명의 연구참여자에게 이메일을 통해 연구결과에 대하여 연구참여자들이 공감할 수 있는지 검증 받고, 연구참여자의 의견에 따라 수정된 내용을 결과에 반영하였으며, 식사장애 환자 치료에 전문성이 있는 정신보건간호사 1인 및 간호학과 정신간호학 교수에게 자문을 받았다. 감사가능성을 확립하기 위하여 자료분석은 Strauss와 Corbin[13]이 제시한 자료분석절차를 따라 시행하였으며 연구 세팅에 대한 구체적인 기술과 연구참여자에 대한 접근, 자료수집 과정 등에 대한 자세한 설명을 제시하였다. 적합성을 확립하기 위해서 연령, 질병 기간, 진단명, 결혼 유무 등 다양한 배경의 참여자가 포함될 수 있도록 노력하였고, 참여자의 진술에서 더 이상 새로운 자료가 나오지 않는 포화상태가 될 때까지 자료를 수집하여 자료간의 유사성과 차이점 등을 깊이 있게 반영 하려고 노력하였다. 확인가능성은 연구자의 편견을 최소화하고 중립성을 유지할 수 있는가에 대한 것으로, 본 연구에서는 신뢰성, 감사가능성, 그리고 적합성을 확립함으로써 중립적인 결과를 얻었다고 본다.

## 연구 결과

본 연구자료의 지속적인 비교분석을 통해 식사장애를 가진 여성 질병 경험의 68개의 개념, 27개의 하위범주, 10개의 범주를 생성하였다(Table 1). 본 연구의 중심현상은 ‘자아몰락: 내 삶을 집어삼킨 다이어트’였고, 중심현상을 일으키는 인과적 조건은 ‘세상의 잣대에 휘둘림’이었으며, 중심현상을 발생하도록 하는 맥락적 조건은 ‘유년시절의 깊은 상처’, ‘사랑과 인정의 결핍’, ‘삶의 통제감 갈구’, ‘외모지상주의 사회의 압력’이었다. 대상자들이 중심현상을 다루기 위해 사용한 작용/상호작용 전략은 ‘만신창이가 되어버린 내 실체에 직면함’, ‘자아-타자 사이에서의 분투’였으며, 작용/상호작용 전략을 촉구하거나 제한하는 특성을 지닌 중재적 조건은 ‘지지체계’로 그 구체적인 내용은 ‘가족’, ‘경제 상태’, ‘신뢰할 수 있는 치료자’였다. 작용/상호작용 결과는 ‘자신과의 참 만남’이었다.

범주를 통합하고 정교화하는 선택코딩 과정을 통해 모든 범주들 사이의 관계를 통합적으로 설명할 수 있는 ‘처절한 노력을 통해 내 삶의 주인되기’라는 핵심범주를 도출하였다. Figure 1에서 핵심 범주를 중심으로 식사장애 여성의 질병 경험 모형을 제시하였다.

## 1. 핵심범주

본 연구에서 도출된 식사장애를 가진 여성들의 질병 경험의 핵심범주는 ‘처절한 노력을 통해 내 삶의 주인되기’로 나타났다. 본 연구의 중심현상인 ‘자아몰락: 내 삶을 집어삼킨 다이어트’ 참여자들이 삶의 주체가 아니라 다이어트에 종속된 객체화된 현상을 표현한다. 참여자들은 삶의 목적이 오로지 다이어트가 되어버린 자신의 모습을 직면하고, 이러한 삶에 피폐해진 자신의 몸과 마음을 추스르기 위해 새로운 삶을 살아가고자 하는 욕구를 가지게 되었다, 치료 프로그램과 자신과의 싸움을 통해 서서히 질병에서 회복되어가면서 타인의 시선과 다이어트에 종속된 삶이 아닌 진정한 자신의 삶을 살아가게 되었다.

즉, ‘처절한 노력을 통해 내 삶의 주인되기’란 타자-나를 제외한 주변, 즉, 가족, 친구, 타인 또는 사회-가 요구하는 것에 자신을 맞추려 하다가 결국 자아를 잃어버리고 살빠기에 집어삼켜진 여성들이 처절한 노력을 통해 외부의 시선에 흔들리지 않는 진정한 자아를 찾아 가는 것을 의미한다.

## 2. 식사장애를 가진 여성들의 질병 경험 ‘처절한 노력을 통해 내 삶의 주인되기’ 과정

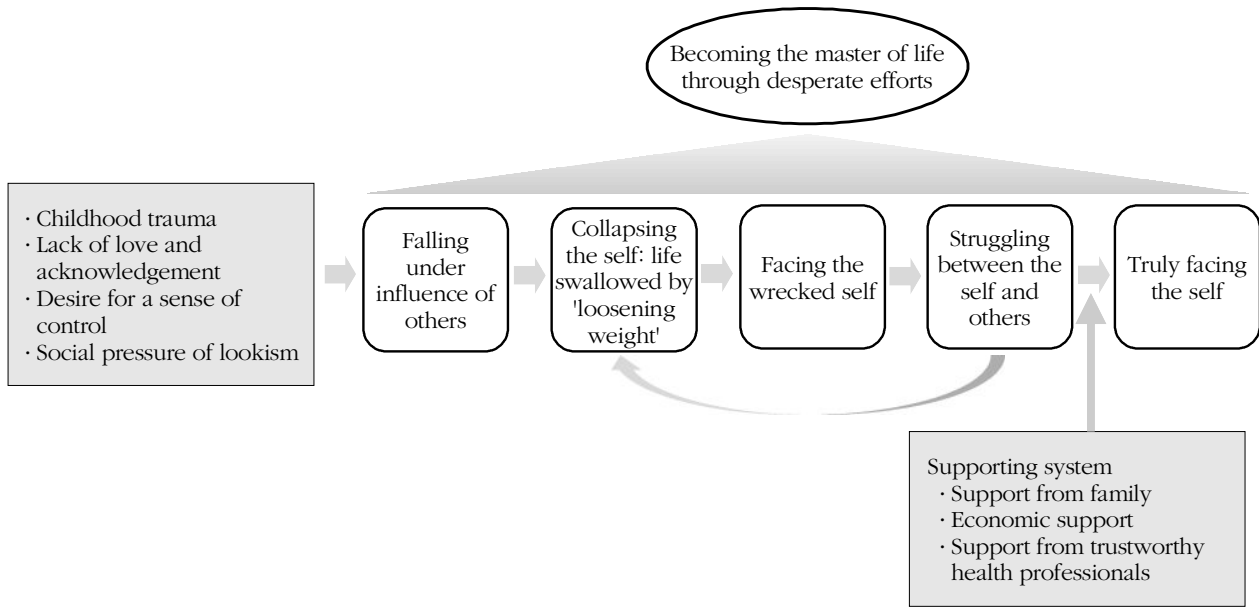
본 연구에서 참여자들은 질병으로 인해 매우 힘든 시간들을 가진 후 질병의 회복에 이를 수 있었는데, 이들은 ‘세상의 잣대에 휘둘림’, ‘자아몰락: 내 삶을 집어삼킨 다이어트’, ‘만신창이가 되어버린 내 실체에 직면함’, ‘자아-타자 사이에서의 분투’, ‘자신과의 참 만남’이라는 다섯 단계의 과정을 거쳐 삶의 주인이 되어갔다(Figure 1). 도중에 치료를 포기한 대상자는 ‘자신과의 참 만남’ 단계에 이르지 못하고 또 다시 자아몰락: 내 삶을 집어삼킨 다이어트 단계로 회귀하였다.

### 1) 세상의 잣대에 휘둘림

이 단계는 참여자들이 자신 스스로의 잣대가 아닌 사회 혹은 타인의 잣대로 자신을 평가하여, 타자가 원하는 것에 부응하기 위해 애쓰는 시기이다.

참여자들은 낮은 자존감을 외모를 통해 보상받으려 살을 빼고, 예쁜 옷을 사 입고 화장을 하며 자신을 치장하였다. 식사 제한과 운동 등의 살빠기에 성공하여 주변 사람들에게 예뻐졌다는 칭찬과 관심을 받고 조건 좋은 남성들이 자신에게 구애하는 상황 등을 경험하면서 이전에 느껴보지 못한 자신감과 성취감을 느끼게 되었다. 또 자신의 외모에 불만이 없던 한 참여자는 친구들이 자신에게 처음으로 똥똥하다는 말을 했고,





**Figure 1.** Process model of disease experience of Korean women with eating disorders.

**Table 1.** Paradigm Elements, Categories and Sub-categories of the Disease Experience of Korean Women with Eating Disorders

Paradigm element	Categories	Sub-categories
Causal conditions	Fall under influence of the others	<ul style="list-style-type: none"> <li>· The reason for bullying: fatty appearance</li> <li>· Bliss after weight loss</li> </ul>
Contextual conditions	Childhood trauma	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Abuse and neglect of parents</li> <li>· Sexual abuse</li> <li>· Sex discrimination of sibling</li> </ul>
	Lack of love and acknowledgement	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Low self-esteem</li> <li>· Complex</li> </ul>
	Desire for a sense of control	<ul style="list-style-type: none"> <li>· The body that can control by the will</li> <li>· Resistance to the mother's control</li> </ul>
	Social pressure of lookism	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Means for success</li> <li>· Impacts of mass media</li> </ul>
Central phenomena	Collapse of the self: my life swallowed by 'loosening weight'	<ul style="list-style-type: none"> <li>· War of the flesh and can not be stopped</li> <li>· Isolation</li> <li>· Neglect of social role</li> </ul>
Action/interaction strategies	Facing the wrecked self	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Face to corrupt herself</li> <li>· Seeking to escape to live</li> </ul>
	Struggle between the self and others	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Striving with ambivalence of the keeping or dropping treatment</li> <li>· Reflection of the self</li> <li>· Enduring stigma of disease</li> <li>· Change the thoughts and behaviors</li> </ul>
Intervening conditions	Supporting system	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Family support</li> <li>· Economic status</li> <li>· Trustworthy health professionals</li> </ul>
Consequences	True meeting with the self	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Recovery of health</li> <li>· More mature ego</li> <li>· Improvement of human relations</li> <li>· Finding happiness of happy everyday</li> </ul>

이 때문에 ‘왕따’를 경험하면서 스스로에 대한 평가와는 관계 없이 살을 빼기 시작하였다.

살 짝 빼고 도서관에서 공부해봤더니, 뭔가 뭐 어느 쟁쟁한 집안 애들이 좋다고 불더라고요. 어느 순간, 어, 직업이나 그런 거에 내가 더 이상은 노력할 필요도 없이 이제 제일 쉽구나. 너무 쉽게, 뭔가, 뭐, 뭐 어디 텔레비전에 나오는 집 아들? 이런 애들이, 학벌 좋고 집안 좋은 애들이 줄줄 따르더라 말이지요. 그 경험, 잊을 수 없죠. 그러니 더더 빼자, 빼자(참여자 E).

그 때가 56킬로 정도였나? 제 키가 160 (cm)인데 그 정도면 건강한 정도? 근데 같이 다니던 친구들이 자꾸 슬슬 피하고 지들끼리만 만나서 노는 거 같고. 물어봤죠. 왜 그러는지. 그러니까 진짜 비웃으면서 너랑 다니면 창피하다고, 살 좀 빼라고...(중략)(참여자 C).

## 2) 자아몰락: 내 삶을 집어삼킨 다이어트

이 단계는 참여자들의 삶의 중심이 타자 쪽으로 완전히 치우쳐져 삶의 초점이 살빼기(절식/폭식/제거)에만 맞추어진, 자아가 완전히 무너져 함몰되어버린 시기이다.

참여자들은 처음에는 삶을 더 즐겁고 행복하게 살기 위한 목적을 가지고 살빼기를 시작했지만, 시간이 지날수록 목적을 잊은 채 맹목적으로 살빼기에 매달리게 되고, 하루 온종일, 매일매일을 먹거나 굶거나 먹은 것을 제거할 생각에만 매몰되어 지내게 되었다. 이 시기에는 “살빼기가 곧 자기 자신”이며, “삶의 최상의 목표”이므로, 참여자들에게 있어서 살빼기를 끝내는 것은 곧 삶의 목표를 상실하는 것과도 같았다. 참여자들은 아무리 살을 빼도 충분하다고 느끼지 못했으며, “빼와 가 죽만 남을 때까지” 살을 빼기 위해서 수단과 방법을 가리지 않았다. 굶고, 운동하고, 인터넷에 떠돌아다니는 모든 살빼기 방법들을 섭렵했으며, 막대한 비용을 들여 살빼기 한약을 복용하고, 병원을 통해 지방억제주사를 맞거나 식욕억제제를 복용하기도 하였다. 또한 음식을 먹은 후에는 살이 찌는 것 같은 두려움에 자가유발성 구토를 하고, 하제를 남용하기도 하였다. 그러는 과정에서 몸과 마음이 점차 피폐해져가며 조절력을 잃게 되었다. 또한 살빼기에 방해가 되는 인간관계를 스스로 거부하며 고립되어 지내고, 주어진 역할을 제대로 수행하지 못해 직장을 유지하지 못하였으며, 자녀 양육이나 부부관계에도 문제가 생겼다.

그때는 그냥 말라야 한다는 강박적인 사고밖에 없었어

요. 왜 내가 마르는 거를 추구하는지, 마른 몸이 나에게 어떤 혜택을 주고 불이익을 주는지 그니까 목적이 그냥 없어요. 너는 머릿속에 이미 나는 말라야 돼, 나는 가죽만 남았으면 좋겠다 이런 생각이 머릿속에 탁 박히니까, 그냥 마치 사이비 종교가 교주를 막 찬양하듯이(중략) 불나방이 불을 쫓듯이, 목표는 오직 저거 하나인거예요. 그걸 위해서 내 모든 거를 포기한 거나 다름이 없거든요(참여자 F).

아주 심할 때에는 어느 음식점으로 들어가요. 가서 먹어요. 먹고 나와, 또 다른데 가요. 다른, 한 곳에서 많이 먹으면 의심 받고 좀 그러잖아요. 그러니까 먹고 나와서 다른데 가요. 다른 데 가서 또 먹고 나와요. 배가 막 많이 찼다 그러면 가서 또 구토를 해요. 그러면 또 다른 데 가요. 그렇게 하루에 여섯 번 정도 음식점을 막 간 적도 있어요. 그런데 이제 나중에 이제 어지럽고 막 현기증까지 느낄 정도로 다 게워내고, 이제 그 액까지 다 나올 정도로, 노란 액까지 다 나올 정도로 그래야지 내가 마음이 편해서 집에 들어와요(참여자 C).

## 3) 만신창이가 되어버린 내 실체에 직면함

이 단계는 참여자들 스스로가 살빼기에 함몰되어 바닥까지 추락해버린 자신의 모습을 대면하거나 가족에게 증상을 들키면서 남들이 자신을 정상이 아니라고 본다는 사실을 알아차리게 되는 시기이다.

참여자들은 심각한 절식과 폭식, 제거행동으로 인해 어지러움과 졸도, 탈모, 골절, 두통, 속쓰림, 복통 등과 함께 잦은 구토로 치아손상, 손마디 상처, 턱 밑 침샘 부종, 눈 실핏줄 터짐, 입가 주름, 생리불순 혹은 중단 등의 신체적 문제를 경험하였다. 정상적인 신체 리듬을 잃고 “배고픔을 느끼지도 배부름을 느끼지도 못하는” 상태가 되었고 반복되는 요요현상을 경험하였다. 신체적인 문제 이외에도 참여자들은 식욕을 주체하지 못하여 어마어마하게 많은 양의 음식을 미친 듯이 먹어치우는 “짐승보다 못하게 게걸스러운” 자신의 모습을 직면하였고, 그런 자신의 모습에 비참함, 자책감, 한심함, 우울, 분노를 느끼고 심한 자살사고를 느끼며 실제로 자해나 자살을 시도하기도 하였다. 음식에 대한 탐닉에만 몰두한 나머지 엄마 역할도 제대로 하지 못하는 자신의 모습을 직면하게 된 참여자도 있었다.

그때는 진짜, 말할 수가 없이 되게 아, 진짜 비참해요, 그 기분이. 먹어서 좋긴 한데, 그런 비정상적인 행동을 하고 먹고 토하고 이러는 거를, 그런 느낌을 내가 이런 먹을 거를 절제 못한다는 나의 모습? 짐승도 먹을 거 절제를 하

는데, 하다 못해서 제가 키우는 개도 배가 부르면 뭘 안 먹는데, 하아, 내가 짐승만도 못하구나, 그런 비참한 심정이 굉장히 커요. 나는 여기서 헤어 나올 수 없는 걸까? 내가 음, 왜 이렇게 살아야 되지? 그니까 그때는, 이제 그때부터도 뭐 죽고 싶은 거죠(참여자 F).

먹을 수가 없으니깐 막 음식 나오는 TV, 인터넷 음식 사진 이런 거 보면서 대리 만족을 하는 거예요. 옆에선 애가 책 읽어 달라 놀아 달라 해도 뒷전이고... 큰 애 유치원에서 오는 시간도 놓쳐서 한참 있다가 유치원 선생님 전화 받고 부랴부랴 나가고. 나는 엄만데, 자식들 하나 보고 사는데, 어느 순간 애들이 뒷전이 되어버린 걸 알고는, 아, 이건 아니다 싶었어요(참여자 L).

참여자들은 더 이상 이런 생활을 견뎌낼 수 없을 정도로 소진되어, 혼자서는 감당하기 어려운 상태가 되어 “평생 이 모양으로 살다 죽을지도 모른다”는 생각에 이 상태에서 벗어나기 위한 방법을 모색하기 시작하였다. 인터넷, 책 등을 통해 자신의 증상에 대한 정보를 수집하고 비슷한 증상을 겪고 있는 사람들로 구성된 인터넷 공간에서 채팅을 통해 지지할 대상을 찾기도 하였다. 또한 전문적인 도움 선택, 즉, 병원치료를 선택하기도 하였다.

#### 4) 자아-타자 사이에서의 분투

이 단계는 병원 치료를 선택한 참여자들이 힘겨운 과정을 겪어내며 자아중심의 삶을 살 것인가, 다시 타자 중심의 삶으로 돌아갈 것인가를 두고 끊임없이 갈등하며 질병을 이겨내려고 노력하는 과정을 의미한다.

참여자들에게 치료란, 필요성을 인정하면서도 체중증가에 대한 두려움으로 치료를 포기하고 싶은 양가감정과 싸우는 과정이었다. 힘겨운 치료 과정을 포기하지 않게 하는 힘은 새 삶을 살고 싶다는 강한 의지에서 비롯되었다. 치료 과정에서 대상자들은 치료자와의 상담을 통해, 자기 내면을 성찰하는 기회를 가졌는데, 자신의 부정적인 부분을 들여다보는 것은 힘겨운 과정이었지만, 자신의 삶을 되짚어 보고 낮은 자존감, 어린 시절의 정신적 외상, 타인의 행동이나 말에 대한 왜곡된 인지 패턴 등이 식사장애라는 질병 이면에 깔린 문제임을 깨닫게 되었다.

이 상태에서 벗어나야지 내가 사는데 진짜 안 벗어나면 죽을 거 같더라고요. 그래서 이제 엄마랑 병원을 가는데 낮고는 싶는데 살이 찌는 거는 받아들이 수 없어요. 모순

된 생각인 거죠. 낮고는 싶는데 살은 찌 수가 없다. 내 상황이 이래저래 하고 이러니까, 의사 선생님이 너는 살이 찌야 되겠다, 음식을 먹고 살이 찌야지 병이 낫는다, 아니면 다른 방법은 없다라고 이야기를 하니까. 그 상담을 하면서 그 한 시간 동안 하면서 대성통곡을 했어요(참여자 F).

몰랐던 거를 알게 되는 거, 인식하는 거 그게 너무 힘들더라고요, 불편하고. 어렸을 때 방임과 학대 속에 있었다는 거, 그래서 내가 희생양이 되었다는 거, 그런데 그거처럼 내가 지금 남편하고 아이한테 그렇게 분노를 폭발시키고 있다는 것도 알게 되었어요(참여자 E).

참여자들은 치료 받는 시간 이외의 남은 시간에는 되도록 음식 생각을 하지 않기 위해서 생각과 행동을 전환하는 방법으로 시간을 보내려고 노력했다. 쇼핑, 영화감상, 네일아트, 요가 등 다른 일에 집중하였고, 종교적 묵상을 하거나 육아에 몰두하고 가족과 보내는 시간을 늘리면서 힘든 시간을 견뎌내었다. 참여자들은 질병으로 인한 힘겨움 이외에도 주변사람들의 낙인이라는 이중고를 경험하고 있었는데, 질병에 대해 잘 이해하지 못하는 가족들에게 서운한 감정을 느끼기도 하였고, 대부분의 참여자들은 가족 이외의 주변 사람들에게는 질병이 있음을 숨기고 있었다.

아빠가 이해를 못했지요. 의지가 약하다고 자꾸 뭐라 그랬어요. 미친 듯이 싸웠죠. 미국에 그런 광고가 있어요. 그, 누가 암에 걸리면 왜 그걸 못 나오냐고 얘기 아무도 안 하는데, 나 우울증이야 이러면 왜 그거, 스스로 못 이겨 내냐 그건 말이 안 된다 이렇게 얘기하는 광고가 있는데 아빠한테, 아빠가 딱 그거 봤으면 좋겠다 라고 그냥 생각 해요. 이 병도 그래요(참여자 B).

치료를 유지한 참여자들은 시간이 지나면서 점차 질병에서 벗어날 수 있었지만, 치료를 받다가 도중에 중단한 참여자도 있었다. 치료를 중단한 이유는 살찌는 것에 대한 “죽기보다 더 싫은 공포”나 치료방법에 대한 불신 때문이었다.

#### 5) 자신과의 참 만남

이 단계는 ‘처절한 노력을 통해 내 삶의 주인되기’의 마지막 과정으로 참여자들이 치료를 통한 분투과정을 통해 타자 혹은 사회의 잣대에 휘둘리지 않는 진정한 자아를 획득하게 되는 단계이다.

이 단계에서 대상자들은 먹는 것에 대한 강박관념에서 벗어

나 “숨쉬듯 자연스럽게” 먹을 수 있게 되었으며, 서서히 신체적 건강을 되찾아 편안한 몸을 갖게 되었다. 또한 다른 사람들의 평가가 중요하지 않음을 인정하고, 자신의 가치가 외모로 결정되는 것이 아님을 깨달으며 스스로에 대한 존재가치를 수용함으로써 더욱 성숙해진 자아를 갖게 되었다. 스스로에 대한 평가가 바뀌어가면서 서서히 타인을 여유롭게 대할 수 있게 되었으며, 식사 문제로 인해 단절되었던 타인과의 인간관계와 가족관계도 회복되어 가고, 먹고 살빼는 것에 집착하느라 놓치고 있었던 소소한 것들에서 기쁨을 느끼는 등 일상이 행복해졌다.

내가 잘못해서 늘 엄마한테 미움 받은 게 아니었구나, 나도 사랑받을 가치가 있구나 그런 거를 깨달았죠... 제 자신에 대해서도 살이 찌도 나고, 살이 빠져도 난데, 그거를 왜 살 빠진 나만 사랑해주고 살찐 나는 미워해야 하나 (참여자 D).

사람들이 나의 겉모습을 보는 게 아니라 나의 내면, 내가 갖고 있는 가치관이나 안목 같은 것들을 좋아해주고 매력적으로 보든구나 느끼면서 차츰 내 스스로가 나를 받아들이게 된 것 같아요... 나를 억지로 사랑하려고 하는 건 마음대로 안 되고 어려웠어요. 사람들과 교류하면서 다가가는 연습, 사랑을 주고받는 경험의 지속이 필요한 것 같아요(참여자 G).

### 3. ‘처절한 노력을 통해 내 삶의 주인되기’ 과정의 상황적 조건

#### 1) 맥락적 조건

참여자들의 삶이 다이어트에 삼켜지는데 영향을 미친 맥락적 조건은 개인적 조건과 사회적 조건으로 나뉘볼 수 있었다. 개인적 요인으로는 유년 시절 성장과정에서 부모로부터 학대, 방임, 차별, 성추행으로부터 보호받지 못함 등의 깊은 상처를 겪었거나, 부모로부터 사랑과 인정을 충분히 받지 못하고 자라 낮은 자존감과 열등감을 가지고 있는 경우가 많았다.

한편 참여자들은 자신의 의지로 자신의 삶을 통제하고 싶은 욕구를 가지고 있었는데, 이 통제의 욕구는 불확실한 미래에 대한 불안감에서 기인하기도 하였고, 성장과정에서 받아온 부모로부터의 지나친 억압에서 떨쳐 일어나려는 욕구에서 비롯되기도 하였다.

제가 발버둥 친다고 바꿀 수 있는 게 뭐가 있겠어요. 남

편을 바꾸겠어요, 세상이 바뀌겠어요, 그렇다고 어디 가서 돈을 벌어오겠어요... 내 몸은 내가 마음대로 할 수 있잖아요, 그래도. 먹으면 찌고 안 먹으면 빠지고. 나 혼자 해냈다...(참여자 I).

유기농 채소에 토마토 주스에, 녹즙에...어릴 때부터 밖에서 과자 하나 먹으면 죽는 줄 알았죠. 근데, 중학교 땀가, 친구들과하고 햄버거랑 피자 이런 거 엄마 몰래 사먹으면서 완전 묘한 기분이 있더라고요. 엄마 손에서 벗어나 있는 거 같은 해방감? 내가 뭔가 혼자 내 의지대로 행동한다는 느낌?(참여자 J).

사회적 조건으로는 우리 사회의 외모지상주의 압력을 들 수 있었다. 참여자들은 한국 사회에서 외모는 주류사회로 진입할 수 있는 성공을 위한 수단이 된다고 보았는데, 결혼을 통해 미래를 보장받고, 좁은 고용시장에서 경쟁력 있는 외모로 유리한 고지를 점령할 수 있다고 생각하였다. 한 참여자는 특히 우리나라가 다른 나라에 비해 외모에 대한 타인의 관심과 평가가 더욱 과도하다고 여기고 있었다.

부모님의(경제적인) 고통을 고스란히 그대로 받고 자랐거든요.(중략) 굉장히 적나라하게 얘기 했을 때, 내 겉모습을 가꿔서 좋은 집에 시집가서 극복해야 된다(참여자 E).

#### 2) 중재적 조건

참여자들이 분투 과정을 거치면서 치료를 포기하지 않고 이 단계를 넘어 질병에서 회복되는데 영향을 미치는 중재적 조건은 ‘지지체계’임이 확인되었다. 참여자들은 끝까지 자신을 포기하지 않는 가족 덕분에 힘든 치료 과정을 버텨 나갔다고 하였다. 또한 자신을 이해해주는 신뢰할 수 있는 치료자가 매우 중요하다고 하였으며, 식사치료 및 상담치료에 꽤 많은 비용을 들여야 하므로 장기간의 치료를 유지하기 위해서는 비용을 부담할 수 있을 만큼의 경제력이 매우 중요하다고 공통적으로 언급하였다.

처음에 엄마가 울었어요. 엄마가 잘못했다고 그러고. 그리고 1년 넘게 하루도 안 빠지고 전주에서 서울까지 매일 버스타고 먼 길을 같이 왔어요. 하루도 안 빠지고. 그 정도로 엄마가 되게 많이 도와줬어요. 병원 안 다닐거라고 터미널에서 도망가고 그랬을 때도 엄마가 붙잡아 줬어요. 그리고 가족 다 도와줬어요(참여자 A).



제가 세 네 번 가출하고 병원 뛰쳐나갔을 때, 다시 올 때마다 잘 왔다고, 이렇게 포기안하고 끝까지 오는 것만으로도 잘 했다고 매번 그랬어요. 그런데, 제가 옥상에서 뛰어 내리려고, 자살하려고 하다가 병원에 누워있을 때, 선생님이 와서는 앞으로 다시 이러면 손을 놓을 거라고 따끔하게 말했어요. 그 말 들으니 정말 가슴이 뜨끔하고 뭔가 한 대 맞은 거 같은... 그 뒤로는 다시 죽을 생각 안하고 병원 열심히 갔던 것 같아요(참여자 C).

## 논 의

본 연구에서 식사장애를 가진 여성들의 삶과 질병을 겪는 과정 속에 내재되어 있는 핵심범주는 ‘처절한 노력을 통해 내 삶의 주인되기’였다. 상징적 상호작용론을 정련한 Blumer는 개인이나 집단의 모든 행위는 행위자가 자신을 둘러싸고 있는 상황들을 주시하고 해석하며 평가하는 과정을 통해 이루어진다고 주장하였는데[17], 식사장애를 가진 여성들에게 있어서의 ‘먹음’ 혹은 ‘먹지 않음’이라는 행위 또한 여성이 사회라는 맥락 속에서 부여한 의미 있는 상징으로 해석되어야 할 것이다. 따라서 참여자들에게 있어서 식사를 조절하고 체중을 줄 이려는 표면적으로 드러난 행위 그 이면에 숨어있는 의미를 유년 시절 성장과정에서의 부모 및 사회 속에서의 상호작용의 관점에서 살펴볼 필요가 있었다.

본 연구참여자 중 상당수는 식사장애라는 질병에 걸리게 된 이유 중 하나로 낮은 자아존중감을 들었다. 참여자들의 낮은 자아존중감은 어린 시절 성장과정과 관련이 있다고 보이는데, 참여자의 상당수가 어린 시절 부모로부터 정서적으로 적절한 보살핌을 받지 못한 것으로 나타났다. 부모와의 상호작용 가운데에서 참여자들은 부모님에게 사랑받고 인정받기 위해서 착한 딸, 완벽한 딸로서의 역할을 스스로 자처하게 되었지만, 부모는 이러한 참여자들의 노력을 알아차려주지 못했고, 참여자들은 무엇을 해도 사랑받지 못하는 존재로 스스로를 지각하며 위축되어 갔다. 이러한 성장 과정은 참여자들이 낮은 자존감을 갖게 된 배경이 되었으며, 낮은 자존감은 식사장애 발병과 밀접한 관련이 있다는 선행연구[18]와도 상응하는 결과이다. 또 다른 참여자는 어린 시절 가족으로부터 성추행의 외상을 겪었는데, 어린 시절 정서적 학대와 성학대는 식사장애의 유발에 영향을 미칠 수 있다는 선행연구결과들이 보고되어 있는바[19], 본 연구의 참여자들에게도 이러한 요인이 식사장애 발병에 영향을 주었을 것으로 추정할 수 있겠다.

참여자들의 상처받은 유년 시절의 경험, 사랑과 인정의 결

핍, 삶의 통제감을 갈구하는 내적 요인들은 외모지상주의라는 우리 사회의 특수한 상황을 만나 식사장애를 촉발시켰다. 상징적 상호작용론에 따르면 사람들은 자신의 행위를 형성할 때 ‘일반화된 타자’를 고려하게 되는데, 일반화된 타자는 특정 사회집단의 구성원에 의해 공동으로 유지되는 표준, 원칙, 규준, 사상으로 구성된다[20]. 이는 Mead가 말한 두 자아중 한 면인 ‘me’를 형성하여 사회에 순응하고 통제하는 기능을 하게 된다. 식사장애로 어려움을 겪는 여성들에게 있어 일반화된 타자로서의 사회는 아름다운 외모를 가꾸는 것이 당연하다는 메시지를 끊임없이 전달하고 여성들은 이를 내재화하여 진정한 주체인 ‘I’를 형성하지 못하고 점점 더 ‘me’에 치우쳐 반쪽짜리 정체성을 형성하게 된 것이다.

결국 참여자들에게 있어서 식사장애란, 참여자들의 삶에서 채워지지 못한 공허함과 외로움, 분노, 어머니와의 해결되지 못한 관계 문제 등의 정신적 내상들을 음식을 통해 치유하려는 행위로 볼 수 있을 것이며, 이를 극복하는 과정이란 결국 진정한 자아를 찾아 자신의 삶의 주인이 되는 과정이라고 정의할 수 있을 것이다.

한편, 본 연구참여자들이 식사장애라는 질병을 겪어내며 삶의 주인이 되어 가는 과정은 ‘세상의 잣대에 휘둘림’, ‘자아몰락: 내 삶을 집어삼킨 다이어트’, ‘만신창이가 되어버린 내 실체에 직면함’, ‘자아-타자 사이의 분투’, ‘자신과의 참 만남’의 다섯 단계로 도출되었는데, 참여자들 중 일부는 이 다섯 단계를 순차적으로 겪어내어 적응적인 결과에 이른 반면, 몇 참여자들은 아직 최종 단계에 이르지 못한 경우도 있었고, 다시 이전 단계로 회귀한 경우도 있었다. 이들이 질병으로 전환되는 것을 막거나, 질병의 회복에 도움이 되는 중재들을 확인하기 위해서는 질병 과정의 각 단계를 깊이 들여다 볼 필요가 있겠다.

식사장애를 가진 여성들의 질병 과정 중 첫 번째 단계는 ‘세상의 잣대에 휘둘림’ 단계이다. 이 단계에서 참여자들은 다른 연구[21]에서와 마찬가지로 우리 사회가 원하는 여성의 신체 를 내재화하여 왜곡된 신체상을 가지고 있었으며, 자신의 체중이 전혀 뚱뚱하지 않은, 정상체중임에도 불구하고 40kg 대의 체중을 만들기 위해 애썼다. 이것에는 연예인의 늘씬한 몸매를 아름다운 여성이라 강조하는 대중매체의 영향이 컸는데, 본 연구와 마찬가지로 많은 연구들[22,23]도 대중매체가 왜곡된 신체상을 갖는데 기여한다고 보고하고 있다. 이 단계에서 자아몰락: 내 삶을 집어삼킨 다이어트 단계로의 이행을 막기 위해서는 올바른 신체상을 형성할 수 있도록 하는 예방 및 교육 프로그램이 필요할 것이며, 외모가 아닌 다른 장점을 찾아 이를 강화해 나갈 수 있는 역량 강화 프로그램과 같은 바람직

한 자아상을 갖도록 도와주는 간호접근이 이루어져야 할 것이다. 또한 외모지상주의를 부추기는 대중매체의 보도행태 개선하기 위한 사회적, 정책적인 접근이 이루어져야 할 것이다.

두 번째 단계인 ‘자아몰락: 내 삶을 집어삼킨 다이어트’ 단계에서 참여자들은 살빼기를 통해 다른 사람으로부터 인정을 받고 자신의 가치가 높아진 것 같은 느낌을 받았으며, 자신의 의지로 체중을 조절함으로써 삶의 통제감을 경험하였다. 그러나 점차 체중을 줄이는 행위에만 몰두하게 되었고, 이 행위를 그만두는 것은 삶의 목표를 상실한다는 두려움을 느끼는 상태가 되어갔다. 이 단계에서는 가족, 학교 선생님, 친구와 같은 의미 있는 주변 사람들이 증상을 빨리 알아차리고 적극적으로 도움을 주는 것이 중요하다. 특히 우리나라의 청소년들은 학교에서 보내는 시간이 하루 중 상당 부분을 차지하므로 교사의 역할이 매우 중요하다. 학교 급식을 안 먹거나 야채만 먹는 등의 행동을 보이거나, 자주 아프고 대인관계가 힘들어지며, 혼자서 운동을 지나치게 하는 등의 행동을 보인다면 이는 식사장애를 암시하는 행동일 수 있으니[24] 면밀히 관찰하고 상담교사나 보건교사의 도움을 받도록 해 주어야 할 한다. 또한 이후에 보호자에게도 이를 알려 적절한 치료를 받도록 권고해야 할 것이다. 만일 자녀의 증상을 부모가 알아차렸으나 자녀가 자신에게 문제가 있음을 거부한다면 부모가 먼저 전문가를 찾아 조언을 구하는 것도 도움이 될 수 있을 것이다.

세 번째 단계는 ‘만신창이가 되어버린 내 실체에 직면함’ 단계로서, 이 단계는 살빼기에 몰락되어 자아를 완전히 상실해버린 참여자들이 자신의 현재 모습을 확인하고 문제를 인식하며 이 상태에서 벗어날 수 있는 방법을 모색하게 되는 단계이다. 참여자들은 ‘계절스럽게’ 먹고 구토하며 본능인 식욕을 조절하지 못하는 자신의 모습을 맞닥뜨리며 엄청난 자괴감과 환멸을 느끼며 우울감에 시달린 나머지 자해나 자살을 시도하기까지 하였다. 여러 연구들[8,9]에서 식사장애 환자가 심리적 어려움으로 인해 자해나 자살을 시도한다고 보고하는 바, 자살을 예방하기 위한 세심한 모니터링이 필요하다고 본다. 이 단계에서 몸과 마음이 완전히 소진되어버려 더 이상 이러한 삶을 살 수는 없다는 스스로의 각성에 의해 변화를 모색하는 참여자가 있었던 반면, 결국 가족에게 먹고 토하는 문제를 들김으로 인해 본인의 문제를 확인하게 되는 경우도 있었다. 전자의 경우 서적, 인터넷에서 정보를 구하고 전문 치료기관을 알아보는 등 Lazarus와 Folkman[25]의 스트레스 대처 이론에 입각해 봤을 때, 비교적 문제중심적 대처를 하였으나, 후자의 경우에는 스스로를 질병이라고 여기지 않고 있거나, 인터넷 공간에서 자신과 비슷한 증상을 겪는 사람들과 채팅을 하면서

지지를 구하는 정도의 정서중심적 대처를 하고 있는 것으로 나타나 문제중심적인 대처로 이끄는 중재가 필요하다. 본 연구에서 참여자뿐만 아니라 가족에게도 자녀가 식사장애라는 질병을 겪고 있다는 사실은 받아들이기 힘든 충격적인 일이었으므로, 가족을 지지하는 프로그램도 마련되어야 할 것이다.

네 번째 단계는 ‘자아-타자 사이에서의 분투’ 단계로, 이 단계에서 참여자들은 자의에 의해서이든, 타의에 의해서든 병원 치료를 받으면서 질병에서 헤어나기 위해 힘겹게 노력하였다. 이 과정에서 참여자들은 타자의 잣대에 맞춰 끊임없이 날씬한 몸매를 유지하려고 하던 이전의 삶으로 돌아갈 것인가, 아니면 자신을 위한 삶을 살 것인가 균형점을 찾지 못하고 치료 유지와 포기에 대한 양가감정을 느끼면서 갈등한다. 치료에 대한 양가감정은 식사장애 환자의 회복과정에 대해 연구한 Keski-Rahkonen과 Tozzi의 질적 연구[11]에서도 대상자들이 이러한 양가감정을 경험하고 있었다. 특히, 본 연구에서 이러한 양가감정을 극복하고 치료를 유지하는데 반드시 필요한 내적 요인으로는 회복에 대한 강한 의지를 파악할 수 있었는데, 이는 Rahkonen과 Tozzi[11]의 연구결과와 맥락을 같이 한다. 내적 요인 이외에 참여자들이 이 단계를 극복하는데 큰 도움이 되었던 외적 요인은 가족의 지지라고 답하였는데, 이는 국외에서 시행된 식사장애 환자들의 경험을 다룬 몇몇 질적 연구[11,26]에서 공통적으로 드러나는 결과이다. 하지만 이 연구들의 경우 가족의 지지 이외에 친구들의 지지가 회복에 도움을 주는 매우 중요한 요인이었으나 본 연구에서는, 친구들에게 자신의 질병에 대해 알리고 지지를 받는 경우는 없었다. 이는 우리나라의 정신질환에 대한 낙인 때문이기도 하며, 동시에 개인주의에 기초하여 개인의 주체적 의견과 결정이 행위에 중요한 영향을 미치는 서양의 문화와는 다른 한국의 가족중심적인 성향[27]이 영향을 미친 것으로 해석할 수 있겠다. 이러한 문화적인 특성으로 말미암아 가족 지지가 더욱 강조되므로 식사장애 대상자 가족들이 질환에 대한 이해를 높일 수 있는 교육 프로그램이 필요할 것이다.

사회적 낙인찍힘 때문에 자신의 질병을 가까운 친구에게조차 알릴 수 없으므로 참여자들은 고립감과 거짓말을 하고 있다는 죄책감도 경험하였는데, 식사장애 환자의 자조집단은 관계형성을 통해 무력감과 고립감을 느끼는 대상자에게 치료세팅 적응과 영적인 도움을 준다고 알려진 바[28], 이들이 겪는 심리적 고통을 치유해 줄 수 있는 프로그램이나 자조집단 프로그램 등이 필요하다고 생각된다. 또한 정신 질환에 대한 사회적 낙인은 질병에 대한 진단 시기를 늦추어 질병상태를 더욱 악화시키는 결과를 초래하기도 하므로, 식사장애, 나아가

정신질환에 대한 사회적 편견을 없애 이들이 사회로부터 소외되지 않도록 하는 인식개선을 위한 정책적 노력도 동반되어야 하겠다.

참여자들이 질병에서부터 회복되는 긍정적인 전략을 사용하는데 중요한 역할을 하는 또다른 중재적 조건은 경제상태, 신뢰할 수 있는 치료자로 확인되었다. 식사장애는 치료기간이 오래 소요되는 질병이며, 발병의 원인이 다양한 만큼 다학제적인 접근이 요구되는 질병이다[29]. 실제로 참여자들은 짧게는 6개월, 길게는 6년간 치료를 받아오고 있었는데, 치료비용에 큰 부담을 느끼고 있었고, 한 참여자의 경우에는 비용 지불에 대한 부담 때문에 더 효과가 좋을 듯한 치료방법을 선택하지 못하는 경우가 있었다. 따라서 치료를 유지할 수 있는 경제력은 회복으로 가는 중요한 중재적 변수가 될 수 있으며 치료에 대한 경제적 접근성을 높이는 정책이 필요하리라고 본다. 참여자들이 비교적 초기에 질병을 진단받고도 제대로 된 치료를 하지 못하고 병원을 옮겨다니게 되었던 이유 중 한 가지가 식욕억제제를 투여하고 비싼 체형관리를 받게 하는 등의 치료방법에 대한 불신이었으므로, 전문적인 도움을 제공할 수 있는 역량있는 치료자와 치료세팅도 필요하겠다.

질병 경험의 마지막 단계는 ‘자신과의 참 만남’ 단계로 스스로를 있는 그대로 받아들일 수 있는 상태가 되자 미래를 준비하고, 취미생활을 하며 제2의 삶을 준비하는 등 삶의 행복을 추구하게 되었고, 질병으로 힘들었던 시간을 자양분 삼아 비슷한 어려움을 겪는 타인들을 위해 자신의 경험을 제공하겠다고 하는 성숙된 자아로 거듭난 참여자도 있었다. 이는 주요 외상 사건에 잘 대처한 결과 개인이 경험하게 되는 긍정적인 변화를 의미하는 외상 후 성장(post-traumatic growth)의 개념[30]과도 일맥상통한다고 볼 수 있겠다. 이 단계에서 타인의 시선에서 자유로워지고 스스로의 모습을 있는 그대로 받아들이는 결과 대상자들은 비로소 창조적이고 주체적인 나, 즉 상징적 상호작용론에서 보는 ‘I’에 가까이 다가서게 되었으며, 그것이 진정한 ‘내 삶의 주인’이 된 상태라고 할 수 있겠다.

## 결론 및 제언

본 연구는 식사장애를 겪는 여성의 질병 경험을 심층적으로 이해하기 위해 근거이론방법으로 접근한 질적 연구이다. 본 연구에서 나타난 질병 경험의 핵심범주는 ‘치절한 노력을 통해 내 삶의 주인되기’였으며, ‘세상의 잣대에 휘둘림’, ‘자아몰락: 내 삶을 집어삼킨 다이어트’, ‘만신창이가 되어버린 내 실체에 직면함’, ‘자아-타자사이에서의 분투’, ‘자신과의 참 만

남’ 단계를 거쳐 삶의 주인이 되어가는 것으로 나타났다. 질병 발생에 영향을 미친 요인들은 어린 시절 외상 경험, 사랑과 인정의 결핍, 삶의 통제감 갈구, 외모지상주의 사회의 압력이 영향을 미쳤으며, 질병 극복의 중재적 조건은 지지체계였다. 이처럼 본 연구는 식사장애를 가진 젊은 여성들을 대상으로 질병 발생에 영향을 미치는 맥락적 요인, 질병 과정, 질병 회복에 영향을 미치는 요인들을 폭넓게 파악하였고 질병을 겪는 과정에서 고통, 질병을 회복하는 과정에서 보이는 행위 및 전략들에 대해 확인하여 이를 바탕으로 경험과정을 생생하게 드러내었다는데 의의가 있다. 이 연구결과는 식사장애를 가진 여성과 가족을 위한 간호중재 및 질병 예방 전략 확충의 기초자료로 활용될 수 있을 것이다.

한편, 본 연구의 제한점은 식사장애라는 질병은 사회적으로는 낙인을 가지고 있는 질병이므로 질적 연구에 참여해 줄 다양한 배경을 가진 연구참여자를 포함시키지 못한 점이다. 최근 청소년의 식사장애 유병률이 증가하고 있음에도 불구하고, 연구참여에 대한 보호자의 동의를 얻지 못하여 청소년기에 있는 대상자를 다수 포함시키지 못한 것이 아쉬운 점이다. 또한 본 연구에서는 치료를 중간에 포기하여 회복단계에 이르지 못한 참여자가 한 명이었는데, 이로 인해 치료 중단 및 증상 재발의 위험요인에 대해 충분히 규명하는데 한계가 있었다. 또한 다양한 치료세팅에서 참여자를 모집하지 못하였으므로, 치료방법과 진행과정이 대개 동일하여 다양한 치료적 접근 방법에 대해 논하기는 어려웠다.

본 연구의 결과 및 상기한 제한점을 바탕으로 아래와 같이 후속 연구에 대한 제언을 하고자 한다.

첫째, 최근 청소년 식사장애의 유병률이 증가되고 있는 추세이므로, 식사장애 여자 청소년에 대한 추후 연구가 필요하다.

둘째, 식사장애 질병과정을 주체성의 회복으로 바라본 연구나 회복 과정에 외상 후 성장의 개념을 적용한 추후연구가 이루어져야 할 것이다.

셋째, 오늘날 한국사회에서는 여성 뿐만 아니라 남성도 멋진 몸 가꾸기에 관한 사회적 압력이 존재하므로 식사장애를 가진 남성에 관한 연구가 이루어져야 할 것이다.

## REFERENCES

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder, 3rd ed. Washington, DC.: American Psychiatric Association; 1994.
2. Health Insurance Review & Assessment Service. Report material of Eating disorders [Internet]. Seoul: Health Insurance



- Review & Assessment Service; 2013 [cited 2013 May 24]. Available from: <http://www.hira.or.kr>.
3. Stice E, Marti CN, Rohde P. Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology*. 2013;122(2):445-57. <http://dx.doi.org/10.1037/a0030679>
  4. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders-a meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*. 2011;68(7):724-31. <http://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>
  5. Lee HH. A study of convergence in Korean food culture. *DONG ASIA KODAEHAK: The East Asian Ancient Studies*. 2010;23: 475-502.
  6. Bae JH, Choi JY. A study on psychological characteristics of eating disorders: a comparison with restrained, unrestrained (normal) eaters, and overweighters. *The Korean Journal of Clinical Psychology*. 1997;16(2):209-17. <http://dx.doi.org/10.1002/erv.2373>
  7. Kong SS. A study on eating disorder symptoms and depression of normal female and female with eating disorders. *Journal of Soonchunhyang Medical College*. 2004;10(3):2031-8.
  8. Daniel S, Lisa RL, Prudence CW, Marsha DM. Attempted suicide and self-injury in patients diagnosed with eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*. 2004;45(6):447-51.
  9. Grave RD, Calugi S, Doll HA, Fairburn CG. Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*. 2013;51:R9-12. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2012.09.008>
  10. Godart N, Berthoz S, Curt F, Perdereau F, Rein Z, Wallier J, et al. A randomized controlled trial of adjunctive family therapy and treatment as usual following inpatient treatment for anorexia nervosa adolescents. *PLoS ONE*. 2012;7(1):e28249. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0028249>
  11. Keski-Rahkonen A, Tozzi F. The process of recovery in eating sufferers' own words: an internet-based study. *The International Journal of Eating Disorder*. 2005;37:S80-6.
  12. Patching J, Lawler J. Understanding women's experiences of developing an eating disorder and recovering: a life-history approach. *Nursing Inquiry*. 2009;16(1):10-21.
  13. Strauss AL, Corbin J. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. 2nd ed. NewDel: Sage; 1998.
  14. Corbin J, Strauss AL. Basic of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2008.
  15. Morse JM, Stern PN, Corbin J, Bowers B, Charmaz K, Clarke AE. Developing grounded theory: the second generation. California: Left Coast Press; 2009.
  16. Sandelowski M. The problem of rigor in qualitative research. *Advances in Nursing Science*. 1986;8:27-37. <http://dx.doi.org/10.1097/00012272-198604000-00005>
  17. Blumer H. Symbolic interactionism. Park YS, Translator. Seoul: Kachi; 1982.
  18. Hwang RH. A study on eating disorder, body image and self-esteem of female university students. *Korean Journal of Women Health Nursing*. 2009;15(4):328-35. <http://dx.doi.org/10.4069/kjwhn.2009.15.4.328>.
  19. Wonderlich SA, Crosby RD, Mitchell JE, Thompson KM, Redlin J, Demuth J et al. Relationship of childhood sexual abuse and eating disturbance in children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1997;36(8):1107-15.
  20. Hewitt JP. Self and society: a symbolic interactionist social psychology. Yoon IJ, translator. Seoul: Hakjisa; 2001.
  21. Kim SY, Baek KY, Seo YS. Roles of interpersonal sexual objectification experiences and internalization of standards of beauty in eating disorder symptomatology: a test and extension of objectification theory with dance majors. *The Korean Journal of Women Psychology*. 2010;15(4):613-34.
  22. Kim JS, Lee MS. The effect of TV media on adolescent body image. *Journal of the Korean Society of Clothing and Textiles*. 2001;25(5):957-68.
  23. Becker AE, Burwell RA, Herzog DB, Hamburg P, Gilman SE. Eating behavior and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *British Journal of Psychiatry*. 2002;180(6), 509-14.
  24. Tressure J. Anorexia nervosa: a survival guide for families, friends and sufferers. Kang HC, Park SJ, translator. Anyang: Academia; 2009.
  25. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
  26. Tozzi F, Sullivan PF, Fear J, McKenzie J, Bulik CM. Causes and recovery in anorexia nervosa: the patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders*. 2003;33(2):143-54. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.10120>
  27. Sohn SS. Familism and social conspicuousness in Korea. *Dis-course* 201. 2006;9(2):245-74.
  28. Ronel N, Libman G. Eating disorders and recovery: lessons from overeaters anonymous. *Clinical Social Work Journal*. 2003;31(2):155-71.
  29. Park YW. Eating disorder. *Korean Journal of Family Medicine*. 2000;21(3):315-24.
  30. Tedeschi RG, Calhoun LG. Trauma and transformation: growing in the after math of suffering. Thousand Oak, CA: SAGE; 1995.