

섭식장애를 위한 낮병원 프로그램 개발에 관한 연구

공 성 숙¹⁾

서 론

연구의 필요성

섭식장애는 1970년대부터 미국을 비롯한 서구 선진국에서 발병률이 점차 증가하다가 1980년대에는 일본에서, 그리고 1990년대에는 한국에서 급격한 증가를 보이고 있다. Fairburn과 Beglin(1990)은 신경성 식욕부진증의 유병율은 0.5-1.0%이고, 신경성 폭식증의 유병율은 약 1-3%로 보고했으며, Hahn 등(1990)이 우리나라 남녀 대학생을 대상으로 조사한 결과에서는 신경성 식욕부진증이 0.7%, 신경성 대식증이 0.8%로 나타났다. 또한 Noh(1995)가 여고생을 대상으로 조사한 결과에서는 5.3%가 신경성 대식증을 보이는 것으로 보고하여 폭식증 환자가 급격히 증가하고 있음을 보여주었다. 또한 서울시내 여중생의 47.3%가 다이어트를 시행하고 있고(Park, 2001), 서울시내 여대생의 97.9%가 정상 체중이거나 저체중임에도 불구하고 '살을 더 빼야 한다'고 인지하고 있는 것으로 나타났다(Kim & Lee, 1998), 이는 향후 무리한 다이어트로 인한 섭식장애 발병률의 지속적인 증가 가능성을 말해주고 있다.

그러나 이와 같이 섭식장애 유병률이 급속도로 증가하고 있고 섭식장애가 청소년의 신체적, 심리적, 사회적 건강에 미치는 영향이 매우 심각함에도 불구하고, 현재 이들을 위한 우리나라의 치료시설과 방안은 매우 미비한 실정이다.

섭식장애 환자를 위한 치료는 크게 입원치료와 외래치료로 구분해 볼 때, 심한 신체적 합병증이나 신경성 식욕부진증의

기아상태를 치료하기 위한 경우에는 입원치료를 시행하고, 그 이외에는 주로 정신과 외래에서 다루어져 왔다. 구체적인 치료전략으로는 항우울제를 비롯한 약물치료와 정신치료, 가족치료, 그리고 인지행동치료의 접근이 주로 사용되어져 왔다(Garner & Garfinkle, 1985, 1997). 심한 저체중이나 기아상태 이외에도 폭식 및 구토가 심하고 심리적, 사회적 기능에 심각한 장애가 있는 경우 외래치료에 거의 반응을 보이지 않으므로 입원치료를 필요로 한다(Piran & Kaplan, 1990). 미국, 캐나다 등 외국의 경우, 섭식장애 환자들을 위한 입원병동이 별도로 마련되어 있는 편이나, 우리나라의 경우 정신과 병동에 입원한 대부분의 환자는 정신분열병을 비롯한 정신증 환자이므로 소수에 불과한 섭식장애 환자들을 대상으로 한 치료 프로그램은 매우 미비한 실정이다. 따라서 섭식장애 환자들은 입원치료를 통해 주로 규칙적인 식사와 체중증가를 목표로 하게 되므로 퇴원 후에 높은 재발율을 보이고 있을 뿐 아니라 정신과 입원에 대한 사회의 부정적인 인식이 팽배하여 입원치료를 기피하는 것을 볼 수 있다. 한편, Keller, Herzog, Lavori, Bradburn과 Mahony(1992)는 외래치료를 받은 폭식증 환자들을 18개월 후에 추적조사한 결과 환자의 63%가 재발한 것으로 보고하였다. 반면, Olmsted 등(1994)은 낮병원 치료를 받은 섭식장애 환자들 2년 후의 재발율이 31.3%였다고 보고하였다. 그러므로 심한 증상을 가진 섭식장애 환자들의 경우 입원치료와 외래치료의 이분법적인 치료적 대안에서 탈피하여 보다 절충적이고 집중적인 치료 프로그램이 필요하다고 하겠다.

주요어 : 섭식장애, 낮병원 프로그램, 효과연구, 우울, 자아존중감

* 본 연구는 2002년도 순천향대학교 교내 연구비 지원에 의해 연구되었음

1) 순천향대학교 의과대학 간호학과 조교수

투고일: 2003년 6월 12일 심사완료일: 2004년 2월 11일

Piran과 Kaplan(1990)이 개발하여 캐나다의 Toronto 병원에서 시행하기 시작한 낮병원 프로그램은 오늘날까지도 서구 여러 나라에서 가장 많이 활용되고 있는 것으로 알려져 있다. 이 낮병원 프로그램은 섭식장애에 대한 치료와 이해에 있어 사회심리적 접근과 생물학적 접근을 통합한 관점을 받아들여 다학문적 접근으로 시행되고 있다. 즉, 심리학, 의학, 간호학, 영양학, 가족치료, 작업치료 등의 여러 분야가 팀 접근(team approach)을 통해 의학적인 치료와 영양요법(nutritional therapy), 작업치료와 직업상담, 가족치료, 개인정신치료, 집단치료 등을 시행한다(Piran & Kaplan, 1990). 이러한 섭식장애 낮병원 프로그램은 섭식장애의 제반의 증상들을 감소시키는데 효과가 있을 뿐 아니라 치료기간을 단축시키며, 그 효과를 2-5년까지 유지하여 재발율을 현저히 감소시키는 데에도 기여한 것으로 나타났다(Mitchell 등, 1989; Woodside & Kaplan, 1994). 또한 가족의 기능을 향상시키고 부부갈등을 감소시키며, 사회적응기술을 증진시키는 데에도 효과가 있는 것으로 보고되었다(Olmsted, Kaplan, Rockert, 1992; Woodside, Lackstorm, Shekter-Wolfson, 2000).

본 연구자는 본 연구를 시행하기 이전에 국내의 한 섭식장애 전문클리닉에서 낮병원 프로그램의 일부를 폭식과 거식행동이 매우 심한 몇 명의 환자에게 시행하여 3-6개월만에 현저한 식행동의 호전과 제반 증상에 효과를 보이는 것을 확인하였다. 그러나 우리나라에서는 아직까지 낮병원 프로그램이 외국에 비해 미비하고 소수 환자에게만 제한적으로 시행되고 있어, 우리나라 섭식장애 환자의 문화적 특성과 병원환경 특성에 맞게 프로그램을 체계적으로 개발하는 것이 매우 중요하다고 생각되었다. 이는 현재 급증하고 있는 섭식장애 환자의 치료율을 증가시킬 뿐 아니라 의료비를 절감시키는 데에도 중요한 역할을 담당할 것이라고 본다.

따라서 본 연구에서는 우리나라 상황에 적합한 섭식장애 낮병원 프로그램을 개발하고 이를 시범적으로 적용하여 그 효과를 평가함으로써 섭식장애 환자의 치료전략에 새로운 모델을 도입하는 데에 기여하고자 한다.

연구목적

본 연구의 목적은 섭식장애 환자를 위한 낮병원 프로그램을 개발하고 그 효과를 검증하는 것이며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 섭식장애 환자들을 위한 낮병원 프로그램을 개발한다.
- 낮병원 프로그램이 섭식장애 환자의 섭식장애 증상, 섭식행동, 우울, 자아존중감에 미치는 효과를 분석한다.

연구 방법

연구설계

본 연구는 섭식장애 환자를 위한 낮병원 프로그램을 개발하고 낮병원 프로그램이 섭식장애 환자들의 섭식행동, 섭식장애 증상, 우울 및 자아존중감에 미치는 효과를 분석하기 위해 설계된 실험연구이다. 우리나라에서 섭식장애 환자를 위한 낮병원 프로그램을 처음으로 도입하는 단계에 있어 그 적용가능성을 확인하는 것을 목적으로 하며, 단일집단 사전-사후 실험설계(One-group pre-posttest design)로 시행하였다. 낮병원에 참여하지 않는 섭식장애 환자군(외래환자 및 입원환자)은 낮병원 환자군과 기능상태나 증상의 정도가 달라 두 집단간에 동질성이 적기 때문에 대조군을 설정하는데 어려움이 있었다.

연구대상

본 연구에서는 서울시에 있는 섭식장애 전문클리닉인 M병원에서 낮병원 프로그램에 참여한 환자를 연구대상으로 하였다. M병원은 현재 섭식장애 환자의 내원이 많고 집중적인 치료가 이루어지고 있는 병원으로 전국에 있는 환자들이 내원하여 치료를 받고 있다. 대상자 수는 현재 낮병원에 한 번에 평균 5-7명의 환자가 유지되고 있는 점을 고려하여 24명을 대상으로 하였다.

대상자의 구체적인 선정기준은 1) 섭식장애의 진단을 받고(DSM-IV의 기준에 따라) 치료를 위해 M병원에 내원한 자, 2) 낮병원의 치료와 연구 참여를 수락한 자(8주 이상의 낮병원 치료를 받을 수 있는 자), 3) 8주 이상의 낮병원 프로그램에 70% 이상 출석하여 치료를 받은 자로 하였다.

낮병원 프로그램 개발

본 연구에서는 캐나다의 Toronto 병원에서 개발한 낮병원 프로그램(Day Hospital Program; DHP)(Piran & Kaplan, 1990)을 바탕으로 하여 개발하였다. 치료자는 팀접근법(team approach)에 의하여 전문의 2인, 임상심리사 1인, 사회복지사 1인, 간호사 2인(본 연구자 포함)이 팀을 이루어 운영하였다. 본 치료팀은 섭식장애 환자의 치료에 8년 이상의 임상경력을 가진 전문가들로서 3개월간 지속적으로 문헌을 통해 공부하고 토론했으며 Toronto 병원의 전문의와 이메일을 통해 자문을 받는 과정을 통해 프로그램을 개발하였다.

본 프로그램은 식사요법(supervised meal)을 비롯하여 대인관계 집단치료, 자기주장훈련, 바디이미지 요법, 공동체 모임(community meetings), 운동 및 영양에 관한 교육, 약물치료 등의 내용으로 개발되었다<Table 1>. 기존의 낮병원 프로그램에서는 볼 수 없었던 2일 캠프 프로그램이 운영되었는데, 이

는 2개월에 1회 치료자와 낮병원 환자들이 함께 참여하여 교외의 장소에서 진행되었으며 심리극과 피구게임, 각종 오락요법 및 집단치료 등으로 구성되었다. 또한 신경성 식욕부진증과 신경성 폭식증 환자에게는 가족 집단요법을, 기타 섭식장애 환자에게는 바디이미지를 증진시키기 위한 댄스요법, 이미지 컨설팅 교육 등을 차별적으로 제공하였다(자세한 설명은 논의 참조). 낮병원 프로그램은 대부분 집단치료의 형태로 이루어졌지만 낮병원에서의 적응이 어려운 경우 일시적으로 개인 치료를 병행하였고, 가족내 문제가 환자의 증상에 많은 영향을 미친다고 판단될 경우 가족치료를 포함하였다.

프로그램은 주 4일간 8시간씩 제공되었으며(Toronto 병원의 경우 주 5일, 8시간씩), 입원기간은 개인의 질병 호전 정도에 따라 8-14주의 범위 내에서 결정되었다(평균 :11.7주, 82.4일). 이 입원기간은 캐나다의 Toronto 병원을 비롯하여 여러 섭식장애 낮병원에서 표준으로 적용되는 기간이다(Mitchell 등, 1989; Olmsted 등, 1992; Piran & Kaplan, 1990; Woodside 등, 2000). 환자마다 각기 호전되는 속도가 다르기 때문에 빠른 속도로 호전되는 환자는 최소한 8주 동안 입원하도록 하였고 8-14주의 기간 내에서 환자의 호전 정도를 평가하여 치료팀이 정한 퇴원기준에 부합할 경우 퇴원하도록 하였는데, 호전이 되지 않은 경우라 할지라도 14주가 되면 퇴원하도록 하였다. 퇴원기준은 치료팀의 논의결과, 1) 폭식 및 구토횟수 주 2회 미만으로 감소, 2) 자살사고가 없을 것, 3) 신경성 식욕부진증의 경우 BMI가 18이상으로 정하였다. 외국의 경우 대부분의 연구에서 의료보험 수가체계에 의해 입원기간을 14주로 제한하였으나, 일부 논문에서는 14주 이내에 호전되지 않는 환자는 낮병원 치료에 부적절하며 입원치료와 같은 다른 치료적 대안으로 전환할 것을 권고하고 있다(Olmsted 등, 1992).

연구도구

● 섭식장애 증상

본 연구에서는 섭식장애의 제반증상을 측정하기 위한 도구로서 Garner(1991)가 고안한 “다차원적 섭식태도 검사(EDI-2; Eating Disorders Inventory-2)”를 Lyle(1996)이 번안한 것으로 사용하였다. 이 도구는 신경성 식욕부진증 및 신경성 폭식증과 관련된 행동 및 태도 차원상의 측정치를 얻기 위하여 개발된 검사로, 마르고 싶은 욕망, 폭식행동, 신체불만족감, 무능감, 대인관계 불신감, 성장 공포, 내면 자각, 완벽주의, 금욕주의, 충동조절, 사회적 불안정감 등 11개 하부 척도이며 총 91문항, 6지선다형으로 구성되어 있다. 각 문항에서 1번 ‘늘 그렇다’에서 6번 ‘전혀 그렇지 않다’까지 6개의 답가지 중에서 긍정적 문항, 부정적 문항에 따라 3개의 답가지는 0점 처리하도록 되어 있어 3점 척도이다. 이 도구의 전체 신뢰도는

Cronbach's $\alpha = .84$ 이었고(Everenz & Gleaves, 1994), 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha = .86$ 으로 나타났다.

● 섭식행동

본 연구에서의 ‘섭식행동’은 폭식 및 구토 횟수를 의미하며, 대상자의 섭식행동을 측정하기 위해 대상자 스스로 매일매일 식행동 기록지를 적게 하고 이를 분석하였다(Fairburn, Marcus, Wilson, 1993). 식행동 기록지는 하루 중 섭취한 모든 음식물에 대하여 시간, 섭취한 음식물의 종류와 양, 장소, 폭식·구토·하제사용 여부, 그리고 음식을 섭취하기 전후의 상황, 감정, 사고에 대해 기록하도록 되어 있다. 자가보고를 통해 부족한 자료는 면접을 통해 보완하였다.

● 우울 척도

우울을 측정하기 위해서는 Beck(1973)이 고안한 BDI(Beck Depression Inventory)를 Hahn 등(1986)이 번역한 것으로 사용하였다. 이 도구는 우울증의 정서적, 인지적, 동기적, 생리적 증상 영역을 포함하는 21개의 문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 4개의 항목중에 하나를 선택하도록 되어 있으며, 1번 항목은 0점, 4번 항목은 3점으로 점수화하므로 총점은 최저 0점에서 최고 63점까지 가능하다. 점수가 높을수록 우울의 정도가 심하며, 신뢰도는 Lee와 Song(1991)의 연구에서 Cronbach's $\alpha = .85$ 로 나타났으며, 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha = .87$ 로 나타났다.

● 자아존중감 척도

자아존중감을 측정하기 위한 도구로는 Rosenberg(1965)가 고안한 “자아존중감 척도(Self-Esteem Scale)”를 전병재(1972)가 번안한 것으로 사용하였다. 이 도구는 총 10문항으로 구성된 4점 척도이다. 점수의 범위는 10-40점이며, 점수가 높을수록 높은 자아존중감을 나타낸다. 이 도구의 신뢰도는 Oh와 Ahn(1995)의 연구에서 Cronbach's $\alpha = .85$ 로 나타나 비교적 높은 신뢰도를 보였고 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha = .88$ 로 나타났다.

● 체중 및 체질량지수

대상자의 체중은 입원 전과 퇴원 시에 병원에서 치료자의 감독하에 측정하였고, 체질량지수는 신장을 고려한 비만 정도를 말하며 체중(kg)/신장(m)²으로 계산하여 산출한 값이다.

자료수집 절차

본 연구는 2002년 4월부터 6월까지 문헌고찰과 치료팀의 논의 및 자문을 통해 섭식장애 낮병원 프로그램을 개발하였

〈Table 1〉 Day treatment program of eating disorders

time	day	Mon	Tue	Thu	Fri
10:00-12:00		Community meeting	Assertive training	Body image therapy	Pharmacotherapy & education for drug
12:00-14:00		Supervised meal & discussion after the meal			
15:00-17:00		Relationship group	Exercise education	Eating attitudes & Nutrition	Family Group meeting* Image consulting & education**
17:00-18:00		Evening planning* Jazz dance**			

* Programs for anorexia nervosa and bulimia nervosa, ** Programs for eating disorders not otherwise specified

으며, 2002년 7월부터 2003년 2월까지 섭식장애 환자를 대상으로 낮병원 프로그램을 제공하였다. 대상자들에게 프로그램을 제공하기 전과 제공한 후 각각 사전조사와 사후조사를 실시하였으며, 입원기간은 대상자의 증상 호전정도에 따라 8-14주의 범위 내에서 결정하였다. 자료수집 방법은 구조화된 설문지와 면담을 통해 섭식행동과 섭식장애 증상, 우울, 자아존중감에 대한 자료를 수집하였다.

자료분석방법

수집된 자료는 SPSS WIN 10.0을 사용하여 분석하였다.

- 대상자의 인구학적, 임상적 특성은 빈도와 백분율, 평균, 표준편차로 서술하였다.
- 낮병원 프로그램이 섭식장애 환자의 섭식행동, 우울, 자아존중감, 섭식장애 증상에 미치는 효과를 알기 위해 paired t-test, Wilcoxon sign rank test를 이용하여 분석하였다.

연구의 제한점

본 연구에서 낮병원 프로그램을 개발하고 운영하는 데에 많은 인력과 에너지가 요구되므로 섭식장애 전문 클리닉으로 알려져 있는 한 개의 병원만을 임의로 선정하였으며 따라서 표본수가 적은 것이 연구의 제한점으로 생각된다.

연구 결과

연구 대상자의 일반적 특성

본 연구의 대상자는 24명 전원 여성이었으며, 79.2%가 미혼이었다. 평균 연령은 26.9세로 나타났고 평균 교육기간은 14.5년으로 대학에 재학중인 대상자가 가장 많았다. 직업상태는 애니메이션 디자이너 1명, 사무직 2명이었고, 9명의 대학생 중에서 4명은 휴학한 상태였으며, 나머지 12명은 주부 또는 무직이었다. 대상자의 진단명은 신경성 식욕부진증 7명(29.2%), 신경성 폭식증 11명(45.8%), 기타 섭식장애(Eating Disorders Not Otherwise Specified; EDNOS)가 6명(25.0%)으로

나타났다<Table 2>.

〈Table 2〉 Demographic characteristics of the subjects (n=24)

Characteristics	Frequency	%
Gender Female	24	100.0
Marital status		
Single	19	79.2
Married	5	20.8
Occupation		
Animation artist	1	4.2
Clerical	2	8.3
Student	9	37.5
Housekeeper/None	12	50.0
Diagnosis		
Anorexia nervosa	7	29.2
Bulimia nervosa	11	45.8
EDNOS	6	25.0
Characteristics	Mean	SD
Age(years)	26.88	6.94
Education(years)	14.54	1.84

대상자의 임상적 특성

대상자의 임상적 특성은 진단명에 따라 세 집단으로 나누어 조사하였다<Table 3>. 체중, 체질량지수, 연령, 폭식 및 구토 빈도, 유병기간, 입원기간 등을 진단명에 따라 조사한 결과, 통계적으로 유의한 차이는 없으나 신경성 식욕부진증의 경우 나머지 두 집단에 비해 유병기간과 입원기간이 가장 긴 것으로 나타났다.

〈Table 3〉 Clinical characteristics of the subjects at pretest (n=24)

Variables	Anorexia Nervosa (n=7)	Bulimia Nervosa (n=11)	EDNOS (n=6)
Weight	41.29(4.72)	55.00(6.45)	74.17(9.68)
BMI	15.58(1.66)	20.76(2.50)	28.57(2.55)
Age(years)	26.29(4.19)	25.91(7.58)	29.33(8.69)
Binge episodes/week	8.29(6.45)	10.36(3.32)	10.00(3.63)
Vomiting episodes/week	8.29(6.45)	8.55(4.91)	0.00(0.00)
Illness duration(years)	5.00(1.91)	3.73(1.79)	3.50(0.84)
Days of hospitalization (Day Hopital Program)	100.57(24.74)	73.82(21.79)	63.50(10.99)

낮병원 프로그램 전후 섭식장애 증상(EDI-2) 비교

낮병원 프로그램에 참석하기 전과 참석한 후의 섭식장애 증상에 차이가 있는지를 알아보기 위해 전후의 EDI-2 점수를 paired t-test를 이용하여 분석한 결과 11개의 모든 항목, 즉 마르고 싶은 욕망, 폭식행동, 신체불만족감, 무능감, 대인관계 불신감, 성장 공포, 내면 자각, 완벽주의, 금욕주의, 충동조절, 사회적 불안정감에서 유의한 감소를 나타냈다<Table 4>.

<Table 4> Eating disorder symptoms(EDI-2) scores between pretest and posttest (n=24)

Variables	Pretest Mean(SD)	Posttest Mean(SD)	t	p
Drive for thinness	12.96(4.63)	9.42(5.31)	3.83	0.001
Bulimia	12.75(5.74)	6.21(5.17)	7.45	0.000
Body dissatisfaction	17.83(7.15)	13.00(7.59)	4.83	0.000
Ineffectiveness	16.58(8.33)	10.17(7.63)	5.26	0.000
Perfectionism	9.67(4.93)	8.17(4.52)	2.41	0.024
Interpersonal distrust	8.96(6.47)	4.71(4.19)	5.46	0.000
Interceptive awareness	14.04(8.37)	8.54(7.25)	5.44	0.000
Maturity fears	11.63(5.86)	7.38(5.28)	4.35	0.000
Asceticism	8.88(4.41)	5.63(4.59)	4.58	0.000
Impulse regulation	11.88(8.30)	6.75(7.04)	5.83	0.000
Social insecurity	11.08(5.05)	7.29(4.78)	4.27	0.000

* Eating Disorders Inventory-2

낮병원 프로그램 전후 우울 및 자아존중감 비교

본 연구의 대상자인 24명의 섭식장애 환자들은 낮병원 프로그램을 시행하기 전보다 시행한 후에 우울이 평균 28.88에서 18.08로 유의하게 감소하였고($t=5.95$, $p<.001$), 자아존중감은 평균 20.17에서 25.04로 증가하였다($t=4.63$, $p<.001$)<Table 5>.

<Table 5> Depression, self-esteem scores between pretest and posttest (n=24)

Variables	Pretest Mean(SD)	Posttest Mean(SD)	t	p
Depression	28.88(10.94)	18.08(13.93)	5.95	0.000
Self-esteem	20.17(7.28)	25.04(8.61)	-4.63	0.000

낮병원 프로그램 전후 섭식행동(폭식 및 구토 횟수) 비교

본 연구대상자들의 폭식 및 구토 횟수는 프로그램을 시행하기 전보다 시행한 후에 유의하게 감소한 것으로 나타났다<Table 6>. 폭식횟수는 사전에 주당 평균 9.67회에서 2.50회로 감소하였고($t=9.93$, $p<.001$), 구토횟수는 평균 6.33회에서 0.96

회로 유의한 감소를 보였다($t=5.16$, $p<.001$). 진단명에 따른 폭식 및 구토횟수는 Wilcoxon sign rank test를 실시한 결과 폭식횟수의 경우 세 집단 모두에서 전후에 유의한 차이를 보였으며, 구토횟수의 경우 기타 섭식장애에서만 전후에 모두 0회로 나타나 차이가 없는 것으로 나타났고 나머지 두 집단에서는 전후에 유의한 차이를 보였다.

<Table 6> Binge/purge episodes between pretest and posttest (n=24)

Variables	Pretest Mean(SD)	Posttest Mean(SD)	Z or t	p
Binge episodes/week				
Anorexia nervosa	8.29(6.45)	1.86(1.57)	-2.04	0.041
Bulimia nervosa	10.36(3.32)	2.55(2.02)	-2.94	0.003
EDNOS*	10.00(3.63)	3.17(2.32)	-2.21	0.027
total	9.67(4.40)	2.50(1.96)	9.93	0.000
Vomiting episodes/week				
Anorexia nervosa	8.29(6.45)	0.71(0.76)	-2.02	0.043
Bulimia nervosa	8.55(4.91)	1.64(2.38)	-2.81	0.005
EDNOS	0.00(0.00)	0.00(0.00)	-2.21	1.000
total	6.33(5.94)	0.96(1.76)	5.16	0.000

* Eating Disorders Not Otherwise Specified

낮병원 프로그램 전후 체중 및 체질량지수 비교

본 연구에서는 프로그램을 시행하기 전보다 시행한 후에 대상자들의 체중과 체질량지수가 유의하게 증가한 것으로 나타났다<Table 7>. 진단명에 따라서는 신경성 식욕부진증과 신경성 폭식증에서는 증가를 보였고 기타 섭식장애에서는 감소를 보였는데, 그중 신경성 식욕부진증의 경우에만 통계적으로 유의하였다.

신경성 식욕부진증의 경우 체중이 평균 41.29kg에서 48.71kg로 7.43kg(최저 2kg, 최고 11kg)가 증가하였고($Z=-2.37$,

<Table 7> Weight & BMI changes between pretest and posttest (n=24)

Variables	Pretest Mean(SD)	Posttest Mean(SD)	Z or t	p
Weight				
Anorexia nervosa	41.29(4.72)	48.71(6.21)	-2.37	.018
Bulimia nervosa	55.00(6.45)	57.36(3.93)	-1.79	.074
EDNOS**	74.17(9.68)	71.50(9.52)	-1.27	.206
total	55.79(14.03)	58.38(10.50)	-2.39	.025
Body Mass Index				
Anorexia nervosa	15.58(1.66)	18.34(1.75)	-2.37	.018
Bulimia nervosa	20.76(2.50)	21.65(1.48)	-1.69	.091
EDNOS	28.57(2.55)	27.57(2.81)	-1.15	.249
total	21.20(5.36)	22.16(3.96)	-2.36	.027

* Body Mass Index

** Eating Disorders Not Otherwise Specified

$p<.05$) 체질량지수도 평균 15.58에서 18.34로 2.76이 증가하였다($Z=-2.37$, $p<.05$). 기타 섭식장애의 경우 통계적으로 유의하지는 않았으나 체중은 평균 74.17kg에서 71.50kg로 2.67kg가 감소하였고($Z=-1.27$, $p>.05$) 체질량지수는 평균 28.57에서 27.57로 1.0이 감소하였다($Z=-1.15$, $p>.05$).

논 의

본 연구를 시행한 섭식장애 전문 클리닉 M병원에서는 2000년부터 외래치료를 반응하지 않는 환자들을 대상으로 낮병원 프로그램의 일부를 시범적으로 운영함으로써 치료효과가 증가되는 것을 경험해 왔다. 따라서 본 연구에서는 이러한 낮병원 프로그램 운영경험을 토대로 하여, 미국과 캐나다 등 선진국에서 성공적으로 시행된 프로그램을 고찰하고(Piran & Kaplan, 1990; Gerlinghoff, Backmund, & Frazen, 1998; Zipfel 등, 2002) 이를 접목시켜 우리나라 섭식장애 환자들의 특성에 맞게 섭식장애 낮병원 프로그램을 개발하였다. 기존의 섭식장애 낮병원 프로그램과 비교하여 본 프로그램의 특성을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 본 프로그램에서는 낮병원 환자들을 위해 2일 캠프(two-day camp) 프로그램을 신설하여 운영한 점이 큰 특성이라 할 수 있다. Zipfel 등(2002)은 낮병원 프로그램이 성공적으로 운영되기 위해서는 환자들과 치료자 팀간의 깊은 신뢰와 상호협조가 중요하다고 지적하고 있다. 한편 이 프로그램은 개방형 집단치료로 이루어지므로, 새로운 구성원이 입원할 때마다 환자들간의 친밀감이 형성되는데 어려움이 있었다. 따라서 증상이 심한 상태에서 입원한 새로운 멤버를 빠른 시간 내에 적응시키고 구성원들간의 친밀감을 구축하기 위한 프로그램이 필요하게 되었으며, 여기에 2일 캠프 프로그램이 중요한 역할을 담당하였다. 2일 캠프는 환자들이 2일이라는 시간 동안 규칙적인 식사에 도전할 수 있도록 도와주었으며, 환자와 치료자가 함께 심리극, 피구게임, 레크레이션, 기타 다양한 집단요법 등을 시행함으로써 치료자 및 환자들간의 응집력을 증진시킬 수 있었다.

둘째, 본 연구에서의 또다른 특징으로는 신경성 식욕부진증 및 신경성 폭식증 환자의 가족을 대상으로 집단요법 프로그램을 운영한 것이다. 이는 주로 낮병원 입원 초기의 환자 가족들을 대상으로 질환에 대한 전반적인 내용과 가족들의 대처방법을 교육하고 가족들끼리 서로 어려움을 공감하는 시간을 갖는데 목표를 두었다. 뿐만 아니라 신경성 식욕부진증 및 신경성 폭식증 환자들에게 있어 지나치게 밀착되어 있는 모녀관계는 질병을 악화시키는 주된 요인이 되는데(Crisp, Hsu, Harding, & Hartshorn, 1980), 이러한 환자에게는 이 프로그램을 통해 모녀간의 적절한 분리로 전환하는 계기가 되었다. 환

자 개별 가족을 대상으로 가족치료를 시행하는 것도 필요하지만, 치료에 대한 가족들의 협조와 질환에 대한 이해를 이끌어내기에는 이 집단요법이 효과적이었다.

셋째, 본 연구에서는 기타 섭식장애 환자군에게 신경성 식욕부진증 및 신경성 폭식증 환자군과는 대별되는 특성을 고려하여 차별화된 프로그램을 운영하였다. 때로는 두 집단의 특성이나 치료목표가 서로 다르기 때문이다. 특히 기타 섭식장애 환자군은 과체중으로 인해 신체불만족감이 더욱 높아(Garner & Garfinkle, 1997), 때로는 저체중의 신경성 식욕부진증 환자들의 거식이나 구토와 같은 부정적인 식행동을 모방하기도 하였다. 따라서 본 치료팀은 기타 섭식장애군의 신체상을 향상시키기 위해 외부 전문강사를 초빙하여 체즈댄스 요법, 이미지 컨설턴트 교육 프로그램 등을 별도로 제공하였는데, 이에 대한 환자들의 호응이 높았고 이들의 신체불만족감이 낮아진 결과로 보아($Z=-2.21$, $p<.05$) 신체상 호전에도 기여한 것으로 보인다.

넷째, Piran과 Kaplan(1990)의 프로그램과 독일의 막스 플랑크 섭식장애 센터(Zipfel 등, 2002)에서는 음악과 미술요법으로 구성된 예술치료(art therapy)가 포함되어 있어 본 프로그램에서도 개발과정 초기에는 이를 포함시켰으나 환자들의 저조한 참여로 10개월만에 프로그램을 중단하게 되었다. 한국에는 예술치료 분야에 아직 섭식장애 영역의 전문가가 없어 시간제 근무자인 음악치료사나 사회복지사가 운영하였기 때문인 것으로 보인다. Piran과 Kaplan(1990)도 시간제로 근무하는 치료자의 경우 다른 치료팀과의 의사소통 및 환자들과의 신뢰적 관계형성이 어려울 수 있다고 지적하였다.

다섯째, 캐나다 Toronto 병원의 프로그램을 비롯하여 기존의 여러 프로그램들은 주 3일에서 7일까지 다양하게 운영되어 왔다(Zipfel 등, 2002). M병원에서는 초기에 주 5일간 운영하였으나 환자들의 지속적인 참여가 어려운 점을 고려하여 주 4일로 줄여 운영하게 되었는데, 이 점이 오히려 환자들의 출석률 증가와 프로그램의 효율적 운영에 도움이 되었다.

본 연구에서의 섭식장애 낮병원 프로그램은 환자들의 섭식행동과 섭식장애 증상 및 우울을 감소시키고 자아존중감을 유의하게 증가시킨 것으로 나타났다. 첫째, 낮병원 프로그램 전후에 섭식장애 증상에 있어 다차원적 섭식태도 검사(EDI-2)의 11개 하부 척도에서 모두 유의하게 감소를 보였다. 특히 폭식행동은 12.75점에서 6.21로 감소하였으며($t=7.45$, $p<.001$), 신체불만족감, 무능감, 대인관계 불신감, 내면자각, 성장공포, 금욕주의, 충동조절, 사회적 불안정감에서 모두 현저한 감소를 보였다. 그밖에 마르고 싶은 욕망($t=3.83$, $p<.01$)과 완벽주의($t=2.41$, $p<.05$)에서도 유의한 감소를 나타냈다. Gerlinghoff 등(1998)이 독일의 막스 플랑크 섭식장애 센터 낮병원에 입원한 46명의 환자들을 대상으로 본 연구와 유사한 프로그램을

운영한 결과에서도 섭식장애 증상에서 유의한 감소를 보고하였다. Gerlinghoff 등(1998)은 EDI 도구를 사용하였는데, EDI 도구에 비하여 EDI-2 도구에서는 금욕주의, 충동조절, 사회적 불안정감의 3개 하부척도가 첨가된 점이 다르다. 따라서 본 연구에서는 이러한 3개 하부척도의 증상을 감소시키는 데에도 낮병원 프로그램이 효과가 있음을 보여주었다. 또한 Thornton 등(2002)은 오스트레일리아의 섭식장애 환자들에게 주 3회의 낮병원 프로그램을 7주 동안 실시한 결과 무능감, 성장공포, 금욕주의, 충동조절에는 유의한 감소가 있었으나 완벽주의, 대인관계 불신감, 사회적 불안정감 등에는 유의한 차이가 없었다고 보고하여 후자의 3가지 변인은 보다 장기적인 중재가 요구됨을 지적하였다.

또한 낮병원 프로그램 전후에 섭식장애 환자들은 우울이 평균 28.88에서 18.08로 유의하게 감소하였고($t=5.95$, $p<.001$), 자아존중감은 평균 20.17에서 25.04로 증가하였다. 우울과 자아존중감은 섭식행동 및 증상과 밀접한 관련이 있는 것으로 알려져 왔는데, Mansfield와 Wade(2000)은 우울 경향이 높고 자아존중감이 낮을수록 섭식장애 증상이 더욱 심하다고 하였으며, 따라서 우울과 자아존중감을 높일 수 있는 중재가 반드시 병행되어야 한다고 하였다. Piran과 Kaplan(1990)의 연구에서는 우울은 유의하게 감소한 반면 자아존중감에서는 거의 변화가 없었던 것으로 보고하였다. 본 결과와의 이러한 차이는 자아존중감을 측정한 도구가 본 연구와 다른 데에서 비롯되었을 수 있다고 생각된다. Kong, Kim과 Bae(2000)는 폭식행동이 있는 환자들을 대상으로 10주간의 인지행동 집단치료를 실시한 결과 우울은 유의하게 감소하였으나 자아존중감은 유의한 변화가 없는 것으로 보고하여 자아존중감을 호전시키는 데에는 좀더 장기적인 중재가 필요함을 지적한 바 있다. 따라서 본 연구에서와 같은 낮병원 프로그램은 단기적인 집중적인 중재로 자아존중감을 향상시키는 데에도 효과적임을 알 수 있다.

그밖에도 낮병원 프로그램 전후에 섭식장애 환자들의 폭식 및 구토는 유의하게 감소한 것으로 나타났다. 대상자들의 폭식횟수는 주당 평균 9.67회에서 2.50회로 감소하였고 구토횟수는 6.33회에서 0.96회로 감소하였다. Piran과 Kaplan(1990)이 Toronto 병원의 섭식장애 낮병원 환자들을 대상으로 조사한 결과에서도 폭식횟수가 13.5회에서 0.8회로, 구토횟수는 14.5회에서 0.79회로 감소한 것으로 보고하여 낮병원 프로그램이 폭식 및 구토횟수를 현저하게 감소시키는데 효과가 있음을 보여주었다. 또한 Piran과 Kaplan(1990)의 연구에서는 전체 대상자 35명중에서 54%가 폭식 및 구토행동이 완전히 없어진 것으로 보고하였고 Gerlinghoff 등(1998)의 연구에서는 47명중에서 40명(85.2%)이 폭식행동이 없어진 것으로 보고하였다.

본 연구에서는 낮병원 프로그램을 통해 체중 및 체질량지

수가 유의하게 증가한 것으로 나타났다. 특히, 신경성 식욕부진증 환자의 체중이 평균 7.43kg, 체질량지수가 평균 2.76이 증가하였다. Piran과 Kaplan(1990)의 연구에서도 평균 46.6kg에서 52.4kg로 5.78kg의 체중증가를 보고하였다. 신경성 식욕부진증 환자의 경우 폭식 및 구토는 대체로 심하지 않으나 심한 저체중을 보이므로 체중의 증가가 더 중요한 치료목표라 할 수 있으므로(Garner & Garfinkle, 1997) 이러한 체중증가는 매우 의미있는 결과라 하겠다. 또한 기타 섭식장애 환자는 주로 과체중의 폭식장애(Binge Eating Disorder; BED)에 속하는데, 이는 DSM-IV에 독립적인 진단명으로 명시되지는 않았으나 향후의 진단기준으로 제안된 '폭식장애(binge eating disorder)'에 속하는 환자들로서 '부적절한 보상행동, 즉 구토행동은 없으나 반복적인 폭식삽화만 있는 경우'를 의미한다. 따라서 폭식횟수를 줄이고 운동량을 늘려 체중을 감소시키는 것이 치료의 목표에 포함된다(Polivy & Herman, 1993). 본 연구에서는 이들의 체중 및 체질량지수가 감소하기는 하였으나 통계적으로 유의하지 않았다. 대상자들은 본 프로그램에 참여하는 동안 폭식욕구가 일어날 때의 대처행동과 바디이미지를 향상시키는 방법들을 교육받았으므로 퇴원 후에도 더 많은 체중감소를 경험할 수 있을 것으로 생각되며, 추후 연구에서 이들의 운동에 대한 동기를 증가시킬 수 있는 프로그램을 더욱 강화하는 것이 필요하다고 본다.

본 연구에서는 외국에서 대체로 적용하고 있는 8-14주의 입원기간을 그대로 적용하였는데, 이는 환자 개개인마다 치료에 반응하여 증상이 호전되는 속도가 다르기 때문이다. 그러나 이와 같이 입원기간을 환자마다 다르게 적용함으로써 결과에 영향을 미칠 수 있을 것으로 생각되어 입원기간과 각 변수와의 상관관계를 분석한 결과, 대부분의 변수에서는 관련성이 없는 것으로 나타났고, 섭식장애 증상(EDI-2) 중에서 '대인관계 불신감'에서만 유의한 상관성을 보였다($r=.502$, $p<.05$).

이상의 결과를 볼 때, 본 연구에서 개발한 낮병원 프로그램은 섭식장애 환자들의 섭식행동, 섭식장애 증상, 우울 및 자아존중감을 호전시키는데 효과가 있음을 알 수 있었다. 현재 섭식장애 환자들에게 제공되는 입원치료와 외래치료의 이분법적인 치료적 대안에서 탈피하여 낮병원 프로그램을 새로운 치료전략으로 도입한다면 치료효과를 더욱 높이고 비용의 효율성을 도모할 수 있을 것으로 본다.

결론 및 제언

본 연구는 우리나라 섭식장애 환자들을 위한 낮병원 프로그램을 개발하고 이를 시범적으로 적용하여 그 효과를 평가함으로써 섭식장애 환자의 새로운 치료전략 도입에 기여하고자 시도된 실험연구이다. 낮병원 프로그램은 캐나다 Toronto

병원의 프로그램(Piran, Kaplan, 1990)을 바탕으로 하여 개발되었다. 섭식장애 전문클리닉인 M병원의 낮병원 프로그램에 참여한 24명의 환자들을 대상으로 2002년 7월부터 2003년 2월까지 프로그램이 제공되었으며, 프로그램 전후로 섭식장애의 증상과 섭식행동, 우울, 자아존중감에 대한 자료를 수집하였다.

이에 따른 연구결과는 다음과 같다.

- 대상자는 24명 전원 여성이었으며, 79.2%가 미혼이었다. 평균연령은 26.9세이며 진단명은 신경성 식욕부진증 7명(29.2%), 신경성 폭식증 11명(45.8%), 기타 섭식장애 6명(25.0%)이었다.
- 진단명에 따른 대상자의 임상적 특성은 체중, 체질량지수, 연령, 폭식 및 구토 빈도, 유병기간, 입원기간 등을 진단명에 따라 조사한 결과, 신경성 식욕부진증의 경우 나머지 두 집단에 비해 유병기간과 입원기간이 가장 긴 것으로 나타났다.
- 낮병원 프로그램에 참석하기 전후의 섭식장애 증상(EDI-2)에 차이가 있는지를 조사한 결과 11개의 모든 항목, 즉 마르고 싶은 욕망, 폭식행동, 신체불만족감, 무능감, 대인관계 불신감, 성장 공포, 내면 자각, 완벽주의, 금욕주의, 충동조절, 사회적 불안정감에서 유의한 감소를 나타냈다.
- 낮병원 프로그램 전후 섭식장애 환자의 폭식횟수는 주당 평균 9.67회에서 2.50회로 감소하였고($t=9.93$, $p<.001$), 구토 횟수는 평균 6.33회에서 0.96회로 유의한 감소를 보였다($t=5.16$, $p<.001$).
- 낮병원 프로그램 전후 신경성 식욕부진증 환자의 체중이 평균 41.29kg에서 48.71kg로 7.43kg가 증가하였고 체질량지수도 평균 15.58에서 18.34로 2.76이 증가하였다.
- 낮병원 프로그램 전후 기타 섭식장애 환자의 체중은 평균 74.17kg에서 71.50kg로 2.67kg가 감소하였고 체질량지수는 평균 28.57에서 27.57로 1.0이 감소하였다.
- 낮병원 프로그램 전후 섭식장애 환자들은 우울이 평균 28.88에서 18.08로 유의하게 감소하였고($t=5.95$, $p<.001$), 자아존중감은 평균 20.17에서 25.04로 증가하였다($t=4.63$, $p<.001$).

이상의 연구결과로 볼 때, 본 연구에서 캐나다의 낮병원 프로그램을 바탕으로 하여 한국의 문화적 상황에 맞게 개발한 섭식장애 낮병원 프로그램은 섭식장애 증상, 섭식행동, 우울 및 자아존중감을 호전시키는 데에 효과적임을 알 수 있었다. 낮병원 프로그램은 단기간의 집중적인 치료를 제공하므로 입원치료에 비해 비용효용성과 접근용이성이 높아, 향후 우리나라 섭식장애 환자들을 위한 치료전략의 새로운 모델로 제시

될 수 있다고 본다. 이러한 연구결과를 토대로 하여 추후에는 보다 많은 환자를 대상으로 장기간 그 치료효과를 유지할 수 있는지에 대한 추적연구가 필요하며, 우리나라의 임상 실정에 맞게 낮병원 프로그램에 참여시켜야 할 환자의 선정기준을 보다 구체적으로 정하기 위한 연구가 필요함을 제언한다.

References

- Beck, A. T. (1961). *Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Everenz, K.P., & Gleaves, D.H.(1994). An examination of the internal consistency and factor structure of the eating disorder inventory-2 in a clinical sample. *Int J Eat Disord*, 16, 371-379.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1990). Studies of epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 147(3), 401-408.
- Fairburn, C. G., Marcus, M. D., & Wilson, G. T. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia : A comprehensive treatment manual. In C.G. Fairburn & G.T. Wilson(Eds.), *Binge eating : nature, assessment and treatment*(pp.361-404). Guilford Press, N.Y.
- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorders Inventory II*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. M., & Garfinkle, P. E. (1985). *Handbook of psychotherapy of for anorexia nervosa and bulimia nervosa*. New York, Guilford Press.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1997). *Handbook of treatment for eating disorders*(2nd. ed). Guilford Press. NY. London. 25-33.
- Gerlinghoff, M., Backmund, H., & Franzen, U.(1998). Evaluation of a day treatment program for eating disorders. *Eur Eat Disorders Rev*, 6, 96-106.
- Hahn, H.M., Yum, T.H., Shin, Y.W., Kim, K.H., Yoon, D.J., & Chung, K.J.(1986). A standardization study of Beck Depression Inventory in Korea. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*, 25, 487-502.
- Hahn, O. S., Yoo, H. J., Kim, C. Y., Lee, C., Min, B. K., Park, I. H. (1990). The epidemiology and personality characteristics of eating disorders in Korea. *The Seoul J Psychiatry*, 15(4), 270-287.
- Jeon, B. J. (1972). Review for theory of self-esteem. *J Liberal Arts*, 27, 107-118.
- Keller, M. B., Herzog, D. B., Lavori, P. W., Bradburn, I. S., & Mahoney, E. M. (1992). The naturalistic history of bulimia nervosa: extraordinarily high rates of chronicity, relapse, recurrence, and psychosocial morbidity. *Int J Eat Disord*, 12, 1-9.
- Kim, N. S., & Lee, K. E. (1998). The relationship between eating disorder, physical symptoms and mood status among college women. *J Korean Acad Women Health Nursing*, 4(3), 388-401.
- Kong, S. S., Kim, J. K., & Bae, J. H. (2000). Effects of

- cognitive behavioral group therapy for binge eating. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*, 39, 1072-1082.
- Lee, Y. H., & Song, J. Y. (1991). A study of the reliability and the validity of the BDI, SDS, and MMPI-D scales. *Korean J Clin Psychol*, 10, 98-113.
- Lyle, R. M. (1996). *Translation of Eating Disorders Inventory II-Korean*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Mansfield, J. L., & Wade, T. (2000). Assessing the relevance of the hopelessness theory of depression to women with disorders eating. *Int J Eat Disord*, 28, 113-119.
- Mitchell, J. E., Pyle, R. L., Hatsukami, D., Goff, G., Glotter, D., & Harper, J. (1989). A 2-5 year follow-up study of patients treated for bulimia. *Int J Eat Disord*, 8(2), 157-165.
- Noh, H. (1995). A study of binge eating disorder and bulimia among Korean high school students. *Mental Health and Social Work*, 2, 74-97.
- Oh, K. J., & Ahn, S. S. (1995). Effect of body dissatisfaction on self-esteem and depression in binge eater group. *Korean J Clin Psychol*, 14, 29-40.
- Olmsted, M. P., Kaplan, A. S., & Rockert, W. (1994). Rate and prediction of relapse in bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 151, 738-743.
- Park, S. (2001). A study on dieting behaviors and related factors among normal or low-weight middle school girls in Seoul. *J Korean Soc School Health*, 14(1), 115-128.
- Pike, K. M. (1998). Long-term course in anorexia nervosa: response, relapse, remission, and recovery. *Clin Psychol Rev*, 18, 447-475.
- Piran, N., & Kaplan, A. S. (1990). *A day hospital group treatment program for anorexia nervosa and bulimia nervosa*. New York: Brunner Mazel.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (1993). Etiology of binge eating : Psychological mechanisms. In C.G. Fairburn & G.T. Wilson(Eds.), *Binge eating : nature, assessment and treatment* (pp.173-205). Guilford Press, N.Y.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Thornton, C., Beumont, P., & Touyz, S. (2002). The Australian experience of day programs for patients with eating disorders. *Int J Eat Disord*, 32, 1-10.
- Woodside, D.B., & Kaplan, A.S.(1994). Day hospital treatment in males with eating disorders--response and comparison to females. *J Psychosom Res*, 38(5), 471-475.
- Woodside, D. B., Lackstorm, J. B., & Shekter-Wolfson, L.(2000). Marriage in eating disorders comparisons between patients and spouses and changes over the course of treatment. *J Psychosom Res*, 49, 165-168.
- Zipfel, S., Reas, D. L., Thornton, C. E., Olmsted, M. P., Williamson, D. A., Gerlinghoff, M., Herzog, W., & Beumont, P. J. V. (2002). Day hospitalization programs for eating disorders: a systemic review of the literature. *Int J Eat Disord*, 31, 105-117.

The Study for Development of Day Hospital Program of Eating Disorders*

Kong, Seong-Sook¹⁾

1) Assistant Professor, Nursing Department, Soonchunhyang University

Purpose: The purpose of this study was to develop the day hospital program for Korean eating disorders patients and to examine the effect of the day hospital program on improving frequency of bingeing and purging, eating disorders symptoms, self-esteem, and depression. **Method:** The subjects were 24 binge eaters visited at eating disorders clinic "M". They participated in a modified day hospital program based on the Toronto Day Hospital Program. All subjects completed the Eating Disorders Inventory(EDI)-2, Rosenberg Self-Esteem Scale, Beck Depression Inventory(BDI) at pre and post intervention, and recorded daily food records. **Results:** In paired t-test analysis, frequency of bingeing and purging, self-esteem, depression, and 11 sub-scales of EDI-2(drive for thinness, bulimia, body dissatisfaction, ineffectiveness, interoceptive awareness, perfectionism, interpersonal distrust, maturity fear, asceticism, impulse regulation, social insecurity) were significantly improved after treatment. **Conclusion:** The results of this study suggest that the day hospital program for Korean eating disorders patients may be an effective initial approach to overcoming various eating disorders symptoms. Further studies should investigate longer term outcome data using a larger sample.

Key words : Eating disorder, Day Hospital Program, Outcome, Depression, Self-esteem

** This study was supported by a Soonchunhyang University research fund in the year of 2002.*

- Address reprint requests to : Kong, Seong-Sook

Nursing Department, College of Medicine

336-1 Soonchunhyang University, Ssangyong-Dong, Chonan City 330-090, South Korea.

Tel: +82-2-709-9495 Fax: +82-2-709-9495 E-mail: kongsun@sch.ac.kr