

비만의 정신분석적 고찰

이 무 석*

Psychoanalytic Aspect of Obesity

Moo-Suk Lee, M.D., Ph.D.*

— ABSTRACT ————— *Korean J Psychosomatic Medicine* 3(2) : 207-213, 1995 —

Author reviewed psychodynamics and psychoanalytic treatment of obesity. A variety of psychodynamics and unconscious conflicts have been described in obese patients : eating as a defense against depression, eating as a substitute for maternal love, obese body as a larger penis, and eating as a self-soothing.

There was a gross neglect of certain normal parenting roles in obese family. The parental superego structure was not as perfectionistic.

As with children and other patients with preoedipal pathology, in obese patients the analyst in addition to being transference object is a new and different object who promote healthy maturation. Because of obese patients, in their projective identification, can provoke intense countertransference, the analyst have to consider it. On the other hand, many analysts' countertransferences to superobese patients is that huge person recalls one's own childhood relationship with adults and bring forth a feeling of helplessness.

KEY WORDS : Obesity · Psychoanalysis · Psychodynamism.

비만의 정의

비만이란 신체에 지방이 과도하게 축적된 상태를 말한다. 의학적으로는 표준체중의 20%를 초과한 경우를 말하지만, 치료할 때는 주관적인 비만감이 중요한 역할을 한다. Bruch는 각 개인이 적당하다고 생각하는 체중(preferred weight)이 있는데 이 체중이 넘어섰을 때 환자는 비만으로 느낀다고 했다. 주관적으로 뚱뚱해 보

일 때가 비만이고 그래야 치료의 필요를 느낀다(Bruch, 1973). 정신분석에서 보는 비만은 성격장애의 여러 증상 중 하나다(symptom complex). 성격의 근저에 깔려 있는 충동조절에 장애가 문제인데 비만이 되는 것은 먹고 싶은 충동을 조절하지 못하기 때문이다. 자아와 초자아의 기능상의 결함을 원인으로 본다(Wilson, 1992).

비만환자의 특성

비만환자들은 사람들을 잘 웃기고 항상 낙천적으로 보인다. 그러나 사실은 마음 속의 우울과 불안, 갈등을 숨기기 위한 방어이다. 이들은 비만한 친구와 식사하기를

*전남대학교 의과대학 정신과학교실, 의과학연구소
Department of Psychiatry & Research Institute for Medical Sciences Chonnam Natinal University Medical School, Kwang-Ju Korea

좋아하는데 이것은 “저 친구가 먹는 양에 비해서 나는 적게 먹는 편이야”하고 적당화, 합리화하기 위한 것이다.

비만환자의 전형적인 성격특성은 참을성이 없고, 불안정하며, 양가감정적이어서 이랬다 저랬다하고, 미신을 잘 믿는다. 좀 성공했다 싶으면 금방 만능감에 휩싸이지만, 실패하거나 좌절을 당했을 때는 금방 실망하고 굶주림의 공포에 빠진다.

Rowland에 의하면, 비만환자는 불쾌감, 특히 우울을 바로 인식하지 못할 뿐만 아니라 효과적으로 해결하지 못한다. 이런 환자들에게는 내적자극에 대한 반응보다는 외적자극에 대한 반응이 더 중요하다. 비만 환자들은 “행동으로 쉽게 옮겨 버리는 경향(swing into action)”이 있고 욕구의 충족을 연기할 줄을 모른다. 비만환자들은 우울이나 죄책감보다는 공허감, 고독감, 그리움, 슬픔 같은 것을 더 느낀다. 비만 환자들은 이런 감정들을 달래주기 위해서 여러가지 중독행동(addictive acts)에 빠지고, 음식을 먹어댄다. 음식을 먹는 것은 비만환자에게는 어릴때, 말 배우기 이전에 엄마의 품에 안기는 행위이다(Reiser, 1988).

Friedman(1972)의 실험적 보고에 의하면, 비만환자는 구강행동의 주기(60분)가 정상인(90분)에 비해서 빠르는데, 이것 때문에 비만이 일어날 것이라고 보았다. 구강 욕구주기(oral drive cycles)가 어린아이들의 것과 같은 것으로 보아 이는 비만환자들이 본능적 퇴행 상태에 있다고 해석하였다. 특히 비만 환자들은 실험시간(6시간) 동안 잠지를 본다든지 하는 지적행동으로 안정을 찾는 승화기제를 사용하지 못하고, 지루함을 못참고 안절부절 하였으며, 먹거나 담배피우는 등의 구강행동을 더 자주 하는 것을 볼 수 있어서 퇴행되어 있다는 생각을 입증해주었다.

비만의 원인

많은 분석가들이 비만, 거식증, 식욕부진증 등 섭식장애가 모두 같은 뿌리를 갖고 있다고 보고 있다. 즉 구강기 고착과 “비만에 대한 두려움(fear-of-being-fat)”을 마음 속에 가지고 있었다. 예컨대 Wilson(1988)이 소개한 증례는, 어릴때 비만이었던 아이가 청소년기에 섭식장애에 대한 행동요법을 받고는 심한 식욕부진증에 빠지더니 성인기 초기에 들이면서 거식증으로 바뀌었다. 그

리고 성인기가 되자 다시 비만이 되었던 증례들을 소개하였다. 근본적인 갈등의 해결이 없었기 때문에 증상의 이동만 있었다. 비만의 원인갈등은 구강기의 가학-피학 갈등이다(unresolved sadomasochistic, oral conflict) (Wilson, 1992).

Deuch(1980)는 기분장애와 섭식장애도 같은 뿌리, 즉 구강기 고착(oral fixation)에서 왔다고 말했다. 그는 비만이 오는 것은 두가지 원인이 있다고 보았다. 1) 구강기 고착이라는 심리적인 인자와, 2) 신체적인 인자, 즉 유전적 요인, 성장기에 상처받은 경험(developmental trauma), 사회문화적인 인자나 혹은 이상의 인자들의 복합적으로 작용해서 만든 신체적 인자에 의해서 비만이 온다고 보았다.

비만자들은 사랑의 상실에 의한 고통을 해결하는 방법으로 음식을 사용한다. 먹음으로 자신을 달래주고(self-soothing), 대리만족을 취한다. 이런 행동은 독립적이고 자발적인 행동을 하고 있다는 자신감을 주기도 한다. 예컨대 Rowland(Reiser, 1988)는 163kg의 남자를 치료했는데, 그는 어릴 때 부모의 관심밖에 방치되어서 자랐고, 우울할 때는 음식으로 스스로를 달래며 컸다. 8개월의 정신치료를 받고 23kg의 체중을 뺄 수 있었다. 또 다른 환자는 음식으로 아버지에 대한 복수를 하며 동시에, 어머니처럼 자신을 달래주고 있었다. 이 환자는 정상체중이었지만 체중이 9~23kg까지 올라갔다 내려갔다하고 있었다. 음식이 어머니 역할을 할때는 자신을 달래주는 어머니같은 음식을 먹게 되어서 비만이 되었고, 음식이 아버지 역할을 할때는 복수하는 심정으로 음식을 토해서 다시 체중이 원상으로 내려갔다. 이처럼 비만자들은 음식으로 자신을 위로하는 자들이고, 무의식의 갈등을 음식으로 해결하려는 사람들이다. Sperling은, 음식은 구강기 엄마를 상징한다고 하였다. 구강기에 받지 못한 어머니의 사랑을 받고 싶은 욕구가 음식을 과식하게 한다는 것이다(Sperling, 1949). Krueger(1988)가 섭식장애환자에게서 찾아낸 것은, 이들은 환타지를 말로 표현하는데 어려움이 많았고, 감정을 행동화하는 경향이 높았다. 과거는 항상 현재처럼 경험되고, 음식(food)은 어머니의 사랑과 같은 것으로 인식된다. 분리개별화기의 결함으로 헤어짐을 못견디는 사람들이었다. 살다가 상대방을 잃고 공허감을 느끼면, 어떤 여자 환자의 말처럼 “나는 무언가를 찾게 돼요. 그러나 보이지가 않아요. 그러나 음식은 내게 구체적인 위로가 되어 주어요” 그래서

음식을 과식하게 된다. 자신(self)에 문제가 있는 사람들이다. 육체적 자신(body self)과 심리적 자신(psychological self)이 통합되지 못한체로 따로 분리되어 있었다. 그래서 심리적인 공허감을 심리적으로 해결하지 못하고 육체적인 만족으로 처리하려 한다. 그러므로 자신에게 음식을 먹이는 것은 그야말로 순수한 자기달래기(soothing self-empathy)의 수단이었다.

그러나 학자에 따라서는 비만의 원인이 되는 것은 구강기나 전에디푸스기의 갈등(preoedipal conflict)만이 아니고 에디스기 갈등(oedipal conflict)도 원인이 된다고 주장하고 있다. 예컨대, Conrad(1952)는 몸과 男根을 동일시 하는 비만환자를 분석했다. 환자의 무의식은 뚱뚱하고 큰 몸을 큰 남근으로 인식하고 있었다. 여성 비만환자의 경우에는 비만한 체구(남근과 같음)를 가짐으로 큰 남근을 갖게 되어 남근상망(penis envy)의 소원을 성취한 것으로 착각하고 있었다. 남성 비만환자의 경우는 작은 남근을 가진 것을 보상에 준다는 의미가 있었다. Mary Golden이라는 작가가 쓴 '최후의 지불(final payments)'이라는 소설에서, 한 여인이 아버지에게 자신의 젖가슴을 보여주고 싶은 근친상간적 욕망을 괴로워하다(incestuous conflict)가 비만이 된다는 이야기가 있다. 그녀는 자기 처벌을 내리는데, 마구먹고 뚱뚱해져서 젖가슴을 추하게 만들어 버리는 것이었다. 마침내 그녀는 거식증이 되었고 우울증에 빠지고 말았다. Friedman(1978)도 근친상간에 의한 임신공포증을 피하기 위해서 비만이 된 환자를 소개하였다. 그녀는 9살때 12살 된 오빠에게 펠라치오를 당했던 기억이 있었다. 오빠는 어린 그녀의 입에 정액을 사정했다. 엉뚱하게도 그후로 그녀는 오빠의 씨가 자기 속에 살고 있다는 생각을 하게 되었다. 청소년기에는 임신될지도 모른다는 두려움 때문에 매달 월경을 기다렸다. 그러던 중에 갑자기 비만해 지기 시작했다. 비만에 대한 공포를 가지게 되었지만, 사실은 임신공포를 숨기기 위한 증상이었다. 그리고 뚱뚱해 짐으로 성적인 매력 없는 여자로 만들어 성문제가 일어나지 않도록 자신을 방어하고 있었다. Friedman(1978)의 또 다른 여성 비만환자는 자위행위를 할 때 자신이 나치 사창가(Nazi brothel)의 창녀가 되어 있는 공상을 한다. 거기서는 나치군인들이 뚱뚱한 여자만 좋아한다. 그녀의 무의식에서는 먹고 뚱뚱해 지는 것은 마음대로 성행위를 할 수 있게 되는 것을 의미하고 있었다.

Mintz(1992)는 "정상인, 비만자, 굶는 자 그리고 폭식자가 보이는 비만걱정(fear of being fat)"이라는 논문에서, 이들은 모두 겉으로, 의식수준에서는 비만을 두려워하고 걱정하고 있지만, 사실은 이 걱정이 무의식에 있는 비만해지고 싶은 욕구(need to be fat)를 숨겨주고 있더라고 보고했다. 비만 걱정은 사실은 다른 갈등의 다른 표현일 뿐이었다. 이 증례들의 공통점은 비만에 대한 두려움이 무의식의 갈등을 해결하려는 노력이라는 것이었다. 이 갈등은 일차적으로 공격성 문제, 性문제와 의존문제에서 일어나는 갈등이었다. 한 환자는 태아를 죽이고 싶은 욕망과 이에 대한 죄책감이 갈등을 일으켜서 비만을 만들고 있었다. 또 다른 환자는 어머니에 대한 반항과 의존 사이의 갈등이 비만을 일으키기도 했다. 이런 갈등들은 부모, 특히 어머니와의 관계에서 받은 상처에서 유래하는 것이었다.

Wilson(1992)은 "비만 : 성격구조와 정신분석치료"에서 6사람의 비만환자를 치료한 증례를 보고하면서 비만을 정신분석적으로 설명하고 있다. 비만환자나 식욕부진증(bulimic anorexic)환자는 공통적으로 비만해 지는 것에 대한 걱정(fear of being fat)을 많이 한다. 그러나 식욕부진증 환자는 지나칠 정도로 자기를 통제하는데 반해서 비만환자들은 충동조절 능력이 약했다. 초자아기능 역시 식욕부진증 환자와는 달리 완벽하지 못했고, 통제기능도 약했다. 비만은 하나의 증상으로서 여러 가지 성격장애에서 볼 수 있다. 히스테리, 강박, 경계선 장애, 정신병적인 상태에서도 볼 수 있다. 진단이 무엇이건 간에 중요한 것은 비만이 충동장애(impulse disorder)라는 것이다. 충동조절을 못하는 것이 문제인데 그 이유는 초자아기능이 약하고 자아, 자아 기능의 결함 때문이다. 환자의 비만은 그 밑에 충동장애가 있었고, 이 충동장애에는 손톱깨물기, 담배나 알콜중독, 혹은 비만으로 표현되고 있었다. 그래서 비만의 치료시에 관심을 기울여야 할 것은, 충동장애를 이해해야 한다는 것이다. 즉, 중독에 잘 빠지는 성격(addictive personality structure)과 어린 시절의 습관장애(habitual disorders)를 이해하고 있어야 한다. 어릴 때의 습관과 싸우던 방식(defences)을 어른이 된 현재에도, 먹고 싶은 충동과 싸울 때, 그대로 사용하기 때문이다. 비만자의 자아가 주로 사용하는 방어기제는 부정, 분리(splitting), 전치, 외형화(externalization), 그리고 일부러 숨기거나 거짓말하기 등이다. 중독환자(addicted patient)가 술이나 담

배를 곯고나면 비만이 오는데 ; 반대로 체중을 뺀 비만 환자가 다시 증독으로 돌아가는 경우도 있다. 이것은 비만을 일으켰던 내적인 갈등을 다른 충동을 만족시킴으로 해결하기 때문이다. 비만자의 유모어와 농담 속에는 숨어있는 우울과 불안 그리고 갈등이 있다.

성장과정에서 생긴 원인 (developmental factor)

비만 부모에게 양자로 가서 양육된 아이가 비만아가 되기도 하였지만, 친 부모가 비만일 때 아이중에 비만아가 되는율이 더 높았다. 어머니가 문제인데, 그 이유로는 두 가지 원인이자 있었다. 즉, ① 어머니가 통통하게 살찐 아이를 좋아하는 것과 ② 어머니가 아이에게 강제로 음식을 먹이는 경향이 원인인자로 작용했다. 아이의 신체상은 어머니가 가지고 있는 이미지(internal ideal)가 투사된 것이었다.

비만아의 부모는 아이를 통하여 자신의 욕망을 이루려는 분들이어서 지배적이고 음식을 강요하며 어린이의 성취에 대한 기대가 높다. 어린이에게 따뜻한 보살핌이 필요할 때마다 사랑 대신에 음식을 먹이는 부모였다. 그래서 성장후에 사회적 좌절을 당하면 음식에서 위로를 받고, 음식을 씹음으로 공격욕구도 발산한다. 비만환자들은 반항하거나 독립적이지 못하고 복종적이고 수동적인 성격이다(Stunkard, 1985).

비만환자의 부모는 정상적인 부모 역할을 전반적으로 소홀히 하는 편이었다. 절제를 가르치지 못하는 부모였다. 그것은 부모 자신의 초자아에 문제가 있어서 요구할 것을 요구하지 못하기 때문이기도 했다. 특별히 어떤 자식을 유난히 무관심 속에 방치해 두어서 비만을 만들기도 했다. 한 어머니는 딸에게 지나친 관심을 주어서 그 딸은 식욕부진증에 빠졌는데, 반대로 아들은 방치해 두어서 비만이 되었다. 물론 어머니의 “무의식적 선택(unconscious chosen)”에 의한 것이었을 뿐, 의식적으로 그렇게 하려고 했던 것은 아니었다.

비만의 종류

Hilde Bruch(1973)는 비만 환자를 세 군으로 나누었다. 첫째는 심리적 문제를 갖고 있지 않은 환자들군이고, 둘째는 성격발달 과정의 문제로 비만이 온 발달성 비만

(developmental obesity)이다.

반응성 비만의 특징은 성격문제라기 보다는 심리적으로 걱정이 있거나 불안하고 긴장될 때 많이 먹는다는 것이다. 이 비만은 가족중 누군가가 돌아 가셨을 때, 가정을 떠나게 되었을 때, 사랑하는 사람을 잃고 난 후에, 버림받거나 고독한 처지에 놓였을 때에 비만이 온다. 이런 환자들은 공격성의 처리를 잘 못하는 사람들로서 화가 났을 때 과식하는 경향이 있다. 또한 이들은 우울해지는 경향을 가지고 있는데 우울해지면 먹는 버릇이 있다.

발달성 비만(developmental obesity)환자들은 성격기능에 문제가 있는 사람들이다. 보통 청소년기에 시작되는데, 긍정적인 신체상(positive concept of bodily identity)이 형성되지 못한 청소년들이다. 그래서 심각한 적응장애를 보인다. 즉, 운동은 하지 않고 과식하는 것이 생활습관이 되어 버렸다. 환경과 자신이 분리되어 있다는 것을 충분히 인식하지 못하고 있고 ; 배고픔 같은 감각이나 먹는 행동을 조절하는 능력이 결여되어 있으며 ; 자신의 몸과 인생에 대한 주인의식(sense of ownership of their body)을 갖지 못하고 있다. 행동의 동기나 자율성이 형성되어 있지 않다. 몸무게에 지나치게 큰 의미를 부여하고 일이 뜻대로 안되면 음식먹기로 해결하려는 사람들이었다.

정신분석 치료

Rowland(1985)는 “강박적인 과식과 우울”이라는 논문에서 극심한 비만환자를 치료한 증례를 소개하고 있다. 190kg의 남자를 주 3회씩 3년간 치료했다. 치료목표는 음식섭취를 조절하는 것과 대인관계, 특히 여성과의 대인관계의 호전이였다. 이 환자는 모든 내적인 자극(internal sensation)을 배고픔(desire for food)으로 지각하고 있었다. 그래서 마음속에서 어떤 욕구가 일어날 때마다 그는 먹었다. 치료를 받고 내적 자극을 종류에 따라 각각 구별할 수 있게 되었고, 자극에 따른 욕구의 충족이 가능해지면서 체중이 빠지기 시작했다. 환자는 먹는 행위를 포기하는 것과 체중이 빠지는 것을 상당히 고통스러워하였다. 이 환자는 Strunkard가 말한 “체중 조절 우울(diETING depression)”에 빠지기도 했다. 그러나 그는 정신분석을 받으며 체중 104kg을 빼고 결혼했다.

정신분석은 비만 환자중에서도 신체상 혐오증이 심한

환자에게 특히 좋다. 신체상 혐오증은 다른 치료로는 손대기 어려운 것이다. 정신분석 이외의 어떤 치료법으로 체중은 빼줄 수 있지만 신체상 혐오증을 치료하기는 힘들다. 뿐만 아니라 정신분석은 비만환자들이 비만 이외의 다른 문제를 해결하는데 도움이 된다. 많은 비만 환자들은 스트레스 하에서 과식한다. 그러므로 정신분석이 스트레스를 감소시켜 준다면 과식을 적게 될 것이고, 결과적으로 조절된 체중을 그대로 유지하기가 쉬워진다 (Strunkard, 1985).

비만환자들은 시간이 오래 걸리는 치료를 참지 못하고 빠른 치료법을 추구한다 Rand와 Stunkard의 연구에 의하면 분석을 받으러 오는 비만한 사람중 6%이하 만이 비만을 치료하기 위해서 분석을 받았다. 그러나 비만환자들은 분석을 통하여 상당히 좋은 효과를 보였다. 72명의 정신분석가에게 분석을 받고 있는 84명의 비만환자들을 4년간 추적조사해 보았다. 평균 11.6kg의 체중감소가 있었다. 66%는 9kg이상을 뺐고, 25%는 18kg이상이 빠졌다. 심한 신체상 혐오증(body-image disparagement)도 호전되었는데, 39%는 치료초기에 좋아졌고, 19%는 추적조사중에 호전된 것이 밝혀졌다. 분석가들은 비만환자를 치료하기가 그렇지 않은 환자를 치료하기 보다 힘들었다고 했다. 비만 환자들은 치료를 조기에 중단하는 일이 더 많았고, 계속 치료를 받는 환자도 정신기능의 호전이 덜했다. 비만 환자들은 치료자에게 지나치게 의존적이었고 심한 퇴행을 일으키기를 잘했다 (Stunkard, 1985).

정신분석 기법상의 유의사항

Wilson(1992)은 30여년간의 분석치료의 경험을 통하여 비만환자의 분석시에 유의할 사항을 다음과 같이 요약해서 설명해 주었다.

- 1) 비만환자들을 분석하다 보면, 어린이를 분석할 때처럼 자유연상이 잘 안될 것이다.
- 2) 치료자가 적극적인 역할을 해야 한다. 즉 자구조구성(reconstruction)을 해줄 필요가 있다.
- 3) 눈에 띄는 행동반응을 해석해 주는 것이 좋다.
- 4) 꿈을 이용해야 한다. 꿈해석시에는 환자의 정신역동과 관련지어 해석해 준다.
- 5) 먼저 환자의 자학증(masochism)을 해석해 준다. 원시적 초자아(archaic superego)와 이에 의한 죄책감

을 해석해 준다.

6) 그리고 자학행동을 보지 않으려고 피하기 위하여 사용하고 있는 방어기제를 해석하여 보여준다. 그런 다음에 자아가 감당할만큼 건강할 때는, 공격충동에 대한 방어기제를 해석하여 보여준다.

7) 이런 해석들은 환자가 이에 대한 연상을 해주지 않기 때문에 환자의 연상에 의해서 확인되지 않을 때가 많다.

8) 초자아가 원시적이고 처벌적이며, 자아가 비교적 약한 환자들에게는 분석가가 보조자아가 되어 주고 합리적 초자아가 되어 주어야 한다.

9) 해석을 이랬다 저랬다해서는 안되고 무게있고 확실하게, 그리고 일관성 있게 해 주어야 한다.

10) 비만 환자의 분석가는 권위(authority)가 있어야 된다.

이 밖에도 Wilson은 몇가지 충고를 덧붙이고 있다. 비만환자들은 죄책감을 숨기고 있기 때문에 치료자를 포함하여 모든 사람을 비난하는 부모상(potentially critical parental figure)으로 본다. 여기에 작용하고 있는 방어는 투사적 동일화다. 그래서 분석에서 죄책감에 대한 방어가 분석되었다면 큰 진전을 본 것이다. 이렇게 되려면 환자의 자유연상이 가짜 자유연상(pseudo-free association)에서 분석적 자유연상(analytic free association)으로 넘어가야 한다. 비만 환자의 방어는 여러 층을 이루고 있고 다른 방어와 관계도 가지고 있다. 바보스럽게 행동하거나(self-ridicule), 농담이나 유모어를 잘 하는 것도 하나의 방어인데 상대방이 성내고 비난해 오는 것을 막기위해서 선수를 치고 있는 것이다. 이런 방어들이 분석되면 환자는 우울해지고, 짜증을 내고 반항적이 되기도 한다. 비만환자들은 자신 속에 빠져서 즐기고 있는 자신에 대한 죄책감을 가지고 있는데, 이런 자신들이 노출되고 말았다고 생각되면, 화내고 편집증적이 된다. 이런 성난 상황에서는 치료자가 질문만해도 비판적이었던 어릴 때의 아버지로 착각한다.

또한 비만환자들은 전애디푸스기 병의 원인(preedipal pathology)을 가지고 있기 때문에 이런 갈등을 가지고 있는 환자들을 치료할 때는 언제나 그렇듯이 분석가는 전이대상 만으로는 안되고, 이에 추가하여 아이를 잘키우는 새로운 대상(new and different object)이 되어 줘야한다(Wilson, 1989).

또 하나의 특별한 기법은 비만환자에게 치료초기에 그

들이 만족의 연기를 못하고 즉각적인 만족을 충동적으로 하고 있다는 것을 보여주는 것이다. 그러면 환자는 충동적으로 먹는 증상이 자아가 다른 것을 방어하기 위해서 예컨대 공격성을 방어하기 위해서 먹고 있다는 사실을 알게 된다. 이런 원초적인 면이 초기에 분석되지 않으면 중도탈락될 수가 있다. 치료초기의 해석기법을 요약해주는 약어는 MADX : Masochism 자학, Aggression 공격성, Dyadic transference 너와 나 둘사이의 전이다.

다른 정신신체장애의 증상처럼 과식이 좋아지면 행동화(acting out)가 증가한다. 그래서 비만환자를 분석할 때는 참을성이 필수다. 환자의 습관은 원초적인 수준으로 내려가 본다면, 언어를 배우기 이전에 당한 손상과 갈등(preverbal conflicts and trauma)에서 나온 것이기 때문에 참고 기다려야 한다. 충동적인 환자, 정신병적인 환자와 정신신체 장애 환자들은 모두 전에디푸스기 갈등을 가지고 있기 때문에 언어발달 이전의 손상(preverbal traumas)이 치료 중에 나타난다. 이 손상이 과식이나 행동화로 변갈아가며 나타나기 때문에 힘들 때가 많다.

치료자는 환자가 먹는 것과 관련된 얘기를 안하려 할 때 자꾸 캐묻지 말아야 한다. 포기하라고 요구해서도 안 된다. 그 대신에 환자의 환타지를 말하게 하여 그 속에서 과식습관을 고치려고 하는 이유를 찾아본다. 비만환자는 분석이라는 긴 과정을 못참고 단번에 고치고 싶어하고 그럴 수 있다는 마술적인 믿음을 가지고 있다.

역전이 문제

비만환자들은 치료자의 말의 미묘한ニュ앙스, 얼굴표정, 행동, 심지어 치료자의 감정까지도 파악할 수 있기 때문에 강한 역전이 반응을 일으킨다.(Sperling 1967, Wilson and Mintz 1989).

Rowland(1985)는 치료자의 역전이 감정을 주의해야 한다고 했다. 이런 거구의 환자들을 치료할 때 치료자는 어린시절에 어른의 거구 앞에서 기죽었던 기억이 나서 역전이에 빠질 수가 있다. 또한 그는 의사의 마음속에서 일어나는 원시적인 두려움 때문에 저지르는 행동들을 소개했다. 1) 환자가 자기보다 강해 보여서, 환자의 분노를 다루지 못하고 피하게 된다. 2) 환자가 먹고 싶은데도 먹는데도 두려워서, 이런 퇴행을 다루지 못하게 된다. 3) 환자가 의사보다 덩치가 크고, 멋있고, 성적인 매력력이 있

을 때는 의사가 압도 당하여서 환자를 피한다. 4) 반대로 환자를 경멸하고 천하게 보고 이런 자들을 위해서 귀중한 자기시간을 낭비할 필요가 없다고 생각하게 된다.

체중조절 우울증 (dieting depression)

비만환자에게 자신들의 큰 몸집은 정신적으로 중요한 의미를 갖는다. 몸집이 크기 때문에 강하고 힘든 사람이라는 인상을 줄 수 있다고 믿고 있다. 따라서 이런 사람의 체중을 감소시키면 힘을 상실하는 것이 되어서 우울증에 빠질 수가 있다. 이를 '체중조절 우울증'이라 한다(Stunkard, 1985). 또 몸집이 크기 때문에 눈에 잘 띄고 관심을 모을 수 있다는 생각이 깔려 있는 경우도 체중의 감소는 상징적인 관심의 상실을 의미하는 것이 되기 때문에 두려움을 준다. 비만환자의 체중감소가 어려운 이유는 배고픔을 견디지 못해서가 아니고, 큰 몸집이 상징하는 힘의 상실이나 사랑의 상실의 위협 때문이다. 심장병이나 지방간이 있을 때 내과 의사가 체중을 빼라고 요구하는데, 상기한 체중감소에 따라서 나타날 수 있는 심리적인 장애를 고려해야 한다(Stundkard, 1985).

요 약

비만환자들의 정신역동과 정신분석치료의 기법을 문헌 고찰하였다. 비만의 원인은 구강기 고착과 충동조절을 못하는, 자아와 초자아의 결함에 있었다. 비만환자들은 사랑의 상실에 의한 고통을 해결하는 방법으로 음식을 사용한다. 먹음으로 자신을 달래주고(self-soothing), 대리만족을 취한다. 부모의 양육태도가 문제인데, 비만아의 부모는 아이를 통하여 자신의 욕망을 이루려는 분들이어서 지배적이고 음식을 강요하며 어린이의 성취에 대한 기대가 높다. 어린이에게 따뜻한 보살핌이 필요할 때에도 부모의 목표가 더 우선되기 때문에 어린이는 늘 욕구불만에 빠지게 된다. 가정에서 어린이에게 사랑이 필요할 때마다 사랑 대신에 음식을 먹이는 부모였다. 그래서 성장후에 사회적 좌절을 당하면 음식에서 위로를 받고, 음식을 씹음으로 공격욕구도 발산한다(Stunkard, 1985). 또한 비만환자의 부모는 정상적인 부모역할을 전반적으로 소홀히 하는 편이었다. 절제를 가르치지 못하는 부모였다. 그것은 부모 자신의 초자아에 문제

가 있어서 요구할 것을 요구하지 못하기 때문이기도 했고, 특별히 어떤 자식을 유난히 무관심 속에 방치해 두어서 비만을 만들기도 한다(Wilson, 1992).

이처럼 비만환자들은 전에디푸스기에 병의 원인(preoedipal pathology)을 가지고 있기 때문에 이런 갈등을 가지고 있는 환자들을 치료할 때는 언제나 그렇듯이 분석가는 좀더 적극적인 해석을 해주어야 한다. 또한 전이대상만으로는 안되고, 이에 추가하여 아이를 잘 키우는 새로운 대상(new and different object)이 되어 줘야한다(Wilson 1989). 비만환자들의 거구를 대하면서 치료자들은 위축되는 역전이에 빠질 수가 있다는 것도 염두에 두어야 한다.

중심 단어 : 비만 · 정신역동 · 정신분석.

REFERENCES

- Bruch, Hilda(1973) : Eating disorder, New York, Basic books
- Conrad, S(1952) : Phallic aspects of obesity. Bulletin of the Philadelphia association for psychoanalysts 15 : 207-233
- Deuch, L(1980) : Psychosomatic medicine from a psychoanalytic view point. J Am Psyc-Anal 28 : 653-703
- Friedman, S(1972) : On the presence of a variant form of instinctual regression- Oraldrive cycles in obesity-bulimia. Psycanalytic Quaterly 41 : 364-383
- Friedman, S(1978) : A discussion of Wilson's paper on "The fear of being fat and anorexia nervosa" at the meeting of the New Jersey psychoanalytic, Hackensack, NJ, October 13.
- Krueger, D(1988) : Body self and psychological self : Development and clinical aspects or disorders of the self. New York. Brunner / Mazel.
- Mintz IL(1992) : The fear of being fat in normal, obese, starvationg, and gorging individuals in in 'Psychodynamic Technique in the treatment of the Eating Disorders. London, Jason Aronson Inc. 99-107
- Pietro Castelnovo-Tedesco(1988) : Panel reports on Compulsive Eating ; Obesity and related phenomena. J Am Psychanal 30 : 163-171
- Reiser, W. Lynn(1988) : Panel reports on Compulsive Eating ; Obesity and related phenomena. J Am Psychanal 30 : 163-171
- Rowland, C.V., Jr.(1985) : Panel on compulsive eating, obesity and related phenomena. Meeting of the American psychoanalytic Association, New York, December 21.
- Sperling, M(1949) : The role of mother in psychosomatic disorders in chlidern. Psychosom. Med., 11 : 377-385
- Sperling, M(1967) : Transference neurosis in patients with psychosomatic disorders. Psyc-Anal Q. 36 : 342-355
- Stunkard, AJ(1985) : Obesity. In : "Comprehensive Textbook of Psychiatry", 4th Ed. edited by Kaplan & Sadock. Baltimore. Williams & Wilkins. pp1133-1142
- Wilson, CP(1988) : Panel reports on Compulsive Eating ; Obesity and related Phenomena. J Am Psychanal 30 : 163-171
- Wilson, CP(1989) : Epilogue : psychotherapeutic technique. In Psychosomatic symptoms : Psychodynamic treatment of underlying personality disorder, ed. C.P. Wilson and I.L. Mintz, pp432-443. Northvale, NJ : Jason Aronson.
- Wilson, CP(1990) : Obesity, Personality structure, and psychoanalytic treatment. Paper presented at the Sixth Anual Symposium of the Detroit Psychiatric Institute and the Michigan Psychoanalytic Institute. Detroit, November 6.
- Wilson, CP, Hogan, CC & Mintz, IL(1992) : Personality Structure and Psychoanalytic Treatment of Obesity in 'Psychodynamic Technique in the treatment of the Eating Disorders. London, Jason Aronson Inc. 81-97