CASE REPORT

pISSN 1226-6396, eISSN 2234-4942
J of Oriental Neuropsychiatry 2024;35(3):303-313
https://doi.org/10.7231/jon.2024.35.3.303

JON Journal of Oriental Neuropsychiatry

신경성 식욕부진증에서 신경성 폭식증으로 변화된 환자의 한의정신요법 활용 1례 보고

장에스더, 조수민, 김경옥

동신대학교 한방병원 한방신경정신과

A Case Report on the Use of Traditional Korean Psychotherapy in a Patient Who Transitioned from Anorexia Nervosa to Bulimia Nervosa

Esther Jang, Soomin Jo, Kyeong-Ok Kim

Department of Neuropsychiatry, Dongshin University Korean Medicine Hospital

Received: August 6, 2024
Revised: August 29, 2024
Accepted: September 24, 2024

Correspondence to
Kyeong-Ok Kim
Department of Neuropsychiatry, Dongshin University Korean Medicine Hospital, 141 Wolsan-ro, Nam-gu, Gwangju, Korea.
Tel: +82-62-350-7206
Fax: +82-62-350-7141
E-mail: avecinok@hanmail.net

Objectives: Eating disorders are serious mental illnesses characterized by disturbances in eating behaviors with related thoughts and emotions. The objective of this study was to report a patient with an eating disorder who was treated using a combination of Korean medicine psychotherapy and traditional Korean medicine.

Methods: Psychological assessment scales, including Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory, Bulimia Test, and Eating Attitudes Test-26, were used to evaluate the severity of the patient's psychological and behavioral symptoms. The patient underwent treatment with Korean medicine psychotherapy and traditional Korean medical therapies to alleviate both physical and psychological discomfort.

Results: Following treatment, the patient's eating disorder symptoms were reduced with improvements in psychological assessment scales.

Conclusions: This study demonstrated that treating a patient with an eating disorder using Korean medicine psychotherapy and traditional Korean medical treatments could lead to improvements in both eating disorder symptoms and psychological assessment outcomes.

Key Words: Eating disorder, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Korean medicine psychotherapy

Copyright © 2024 by The Korean Society of Oriental Neuropsychiatry. All rights reserved.

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

I. 서론

섭식장애는 신경성 식욕부진증, 신경성 폭식증, 폭식장애, 이식증, 되새김장애, 회피적/제한적 음식섭취 장애가 있다. 그 중 신경성 식욕부진증은 심각한 저체중임에도 불구하고 음식 섭취를 제한하고, 체중 증가에 대해 과도한 걱정을 하거나 이를 막기 위한 행동을 하고, 왜곡된 자기 인식을 보이는 질환이다. 신경성 폭식증은 짧은 시간 동안 일반적으로 먹는 양보다 훨씬 많은 음식을 섭취하고, 먹는 것에 대한 통제력을 상실한 느낌을 받으며, 체중 증가를 막기 위한 반복적이고 부적절한 보상 행동을 보이는 질환이다[1]. 국민건강보험공단 자료에 따르면, 최근 5년간(2018~2022년) 신경성 식욕부진증과 신경성 폭식증으로 진료 받은 인원은 2018년 3,815명에서 2022년 5,945명으로 55.83% 증가했다[2].

영국국립보건임상연구소(National Institute for Health and Care Excellence)의 치료지침에 따르면 섭식장애 환자의 신체적 이상에 대해 평가하고 필요한 경우 가능한 빠르게 개입해야 한다. 또한 음식에 대한 거부감 해소를 위한 심리치료나 약물치료가 필요하다[3]. 섭식장애는 천천히 신체를 파괴하는 자해적 특징이 있는 동시에 자살의 위험이 높은 질환이며[4], 신경성 식욕부진증에서 신경성 폭식증으로 증상이 변화하는 경우가 흔하다[5]. 신경성 식욕부진증과 신경성 폭식증 모두 대인관계이상, 사회생활 부적응, 우울증 등의 정신사회적 후유증을 유발하기도 하며 상황에 따라서는 다시 악화되기도 하여 지속적인 치료가 필요하다.

한의학에서 섭식장애는 칠정(七情)이 비위(脾胃)의 기능에 영향을 끼친 칠정상(七情傷)으로 볼 수 있다[6]. 한의정신요법에는 지언고론요법(至言高論療法), 이정변기요법(移精變氣療法), 오지상승요법(五志相勝療法), 경자평지요법(驚者平之療法), M&L 심리치료, 감정자유기법 등 다양한 기법이 있으며 불면, 화병, 외상후스트레스를 비롯한 정신과적 질환뿐만 아니라 본태성 떨림, 섬망, 대사증후군과 같은 다양한 질환의 치료에 적용되고 있다[7-12].

기존의 섭식장애에 대한 한의학 연구 중에서는 한의 치료와 상담 치료를 병행한 사례가 있었으며, 이 과정에서 인지행동치료와 인간중심 상담치료가 활용된 바 있다[13]. 그러나 한의정신요법을 적용한 임상연구는 아직 보고된 바 없다. 이에 본 연구자는 신경성 식욕부진증에서 신경성 폭식증으로 증상이 변화된 환자 1명을 대상으로 한의정신요법을 중심으로 한의 치료를 적용하여 얻은 결과를 보고하고자 한다.

II. 증례

1. 환자

22세 여자.

2. 주소증

음식 섭취 제한, 저체중, 체중 증가에 대한 두려움, 체중 증가를 막기 위한 과도한 운동.

3. 발병일

202○년 ○월 시험 준비를 하며 자연스럽게 끼니를 거르게 되었고 이에 따라 체중이 감량되면서 증상 발생.

4. 과거력 및 가족력

내원 1년 전 한의원 진료시 식욕부진증 진단.
내원 6주 전 정신건강의학과 진료.

5. 현병력

환자는 보호자와 함께 내원하였으며 보통 키, 마른 체형을 가지며, 양호한 위생상태를 보였다. 첫 상담시 공허하면서도 분노가 느껴지는 표정으로 물음에 짜증스럽고 방어적인 태도로 대답하였다. 질문에 때때로 눈물을 보였으며 "사는 게 죽는 것보다 못하다."는 말을 하였다.

원래 마른 체형을 가지고 있었는데, 내원 1년 6개월 전 시험을 준비하며 갑작스럽게 체중이 10 kg가량 감량되었고, 이를 걱정한 가족들이 강제하여 내원 1년 전 한의원에서 신경성 식욕부진증으로 진단받고, 6개월간 한의치료를 받았다. 그 과정에서 체중이 증가하고 식욕이 정상으로 회복되었으나, 불안과 분노로 일상생활에 어려움이 지속되었다. 내원 6주 전 두 곳의 정신건강의학과에서 신경성 식욕부진증으로 진단받고 각 2주간 양약 복용 및 상담 치료를 받았으나 증상은 계속 심화되었다. 내원 2주 전부터 반복적으로 죽고 싶다고 말을 하였으며, 가족들이 보는 상황에서 베란다 난간에 앉아 있거나, 칼을 손목에 대고 있는 등의 자해를 하였다. 환자는 자살할 목적으로 자해를 했던 것은 아니라고 말했다. 환자와 가족들은 증상의 개선과 분리 목적으로 한방신경정

신과 입원을 원했다. 이에 의료진은 비자살성 자해로 확인이 되나 행동화 가능성이 있어서 24시간 보호자 상주가 필요함을 설명하고 동의를 받은 후 입원 결정하였다.

6. 가족관계

1) 부: 회사원. 늘 응원하고 지지해주는 고마운 존재이다. 아버지가 사준 과자를 먹기 시작한 이후 식욕이 생겨버려 밉기도 하다. 섭식장애를 이해하기 위해 영상과 책을 통해 공부하고 있다. 타지에 관사가 있음에도 환자를 돌보기 위해 통근하고 있다.

2) 모: 주부. 공감이나 칭찬하는 말을 해주지 않아서 환자의 분노가 향하는 대상이다.

3) 둘째 여동생: 수험생. 키가 크고 공부도 잘 하고 성격도 좋아서 부럽다. 아픈 언니만 챙기는 부모님에게 서운한 마음을 가지고 있다. 언니를 때리고 험한 말을 하기도 한다.

4) 셋째 여동생: 고등학생. 감정표현이 적은 엄마에게 애교를 부리고 칭찬을 받기도 해서 부럽다. 언니를 원망하는 마음을 가지고 있으며 언니에게 물건을 던지며 때리는 경우가 있다.

7. 정신과적 개인력

어린 시절부터 인정받고 싶은 욕구가 컸다. 부모님은 칭찬과 훈육 모두가 전혀 없는 분들이었다. 초등학생 때 부모님께 칭찬을 받기 위해 공부를 열심히 해서 2등까지 성적이 올랐지만, 부모님은 별다른 칭찬을 해주지 않았고, 언제나 1등에 가려지는 느낌이 들어 만족스럽지 않았다.

학창시절에 친구들과 잘 어울리지 못하고 의사 표현을 하지 못해서 참는 경우가 많았다. 고등학생 때 운동 쪽으로 진학하고 싶어서 부모님께 이야기했는데 반대했다. 나중에 부모님께 이야기를 하니 왜 남들이 하는 만큼 적극적으로 표현을 하지 않았냐는 이야기를 들었다. 대학 진학 후 소극적인 성격을 극복하기 위해 학교 활동을 활발히 해보기도 하였으나 사람들과 함께 어울리는 것이 힘들었다.

어린 시절부터 마른 체형이어서 체중으로 스트레스를 받았던 적은 한 번도 없다. 대학교 1학년 때는 잘 먹고 근력운동을 하며 근육을 키우는 것에 재미를 붙였다. 2학년 때는 장학금과 취직을 목표로 공부를 시작하며 식사를 잘 챙기지 못했고, 운동을 2~3시간씩 하며 체중이 점점 내려갔다. 방송을 통해 탄수화물을 줄이고 단백질을 늘리는 식단이 다이어트에 효과적이라는 내용을 접하면서 밥 양을 절반으로 줄여 체중이 38 kg까지 내려갔다. 시험에도 합격했고, 한 학기를 제외하고 매번 전액 장학금을 받았지만 놓친 한 번의 장학금 때문에 허탈한 마음만 느꼈다. 하루 한 끼 죽이나 샐러드만 먹으며 운동을 지속한 결과 체중이 30 kg 초반까지 내려갔고, 체중이 줄었다는 사실에 남들과 다르다는 우월감과 만족감을 느꼈다.

이때 가족들은 환자에게 '해골 같다'는 말을 했으며, 억지로 환자를 데리고 한의원에 방문하여 6개월간 한약 복용 및 침 치료와, 상담치료를 받았다. 그 과정에서 체중이 증가하고 식욕이 정상으로 회복되었으나 과거에 가족들이 함부로 말을 했던 것과 억지로 체중을 늘려서 자신의 성취를 뺏어갔다는 것에 분노하였다. 아래층에 피해를 줄 정도로 2~3시간 동안 뛰고, 울면서 소리를 지르고, 물건을 던지는 일이 매일같이 반복되었다. 정신건강의학과에서 1주일 간격으로 총 2회 상담 및 약물 치료를 받았는데 '왜 다른 환자랑 다르냐, 치료가 통하지 않는다.'라고 말하며 자신을 이해하지 못하는 의료진의 말에 상처를 받았다. 기분의 환기와 가족간 갈등 해소를 위해 본원에 입원하였다.

8. 한의학적 초진 소견

1) 체형(體形): 163 cm, 40 kg, BMI 15.05 kg/m^2.
2) 소화(消化): 매일 저녁 한 끼, 디저트 섭취.
3) 대변(大便): 대변 1회/1일.
4) 소변(小便): 5~6회/1일.
5) 수면(睡眠): 6~7시간 숙면.
6) 맥진(脈診): 세약(細弱).
7) 설진(舌診): 설질담(舌質紅), 설태박백(舌苔薄白).

9. 임상진단

음식 섭취 제한, 저체중, 체중 증가에 대한 두려움, 체중 증가를 막기 위한 과도한 운동, 무월경을 근거로 DSM-5 진단기준에 따라 신경성 식욕부진증으로 진단하였다. 폭식 혹은 제거행동이 없어 아형 가운데 제한형으로, BMI 15.05 kg/m^{2}로 고도의 심각도로 평가하였다.

광주 소재 ○○한방병원에서 입원 및 통원 치료를 받은 환자 중 저체중임에도 불구하고 스스로를 뚱뚱하다고 여기는 왜곡된 자기 지각을 보이며, 음식 제한, 과도한 운동과 같은 부적응적인 섭식 행동을 보여 DSM-5 진단기준에 따

라 신경성 식욕부진증으로 진단된 1명을 대상으로 하였다.

10. 평가방법

1) Beck 우울척도(Beck Depression Inventory, BDI)

Beck 우울척도는 우울 증상의 심각도를 측정하기 위해 개발된 자기보고식 척도로서[14] 1986년에 국내에서 번안되었다[15]. 총 21개의 문항으로 구성되어 각 문항당 0~3점으로 평가한다. 10~15점은 경도 우울 상태, 16~25점을 중등도 우울 상태, 26~63점을 심한 우울 상태로 제시하였다. 국내 임상현장에서 우울을 평가하는 도구로서 가장 많이 사용되고 있다.

2) Beck 불안척도(Beck Anxiety Inventory, BAI)

Beck 불안척도는 우울로부터 불안을 구별해내기 위해 개발된 자기보고식 척도로서[16] 1997년에 국내에서 번안되었다[17]. 불안의 인지적, 정서적, 신체적 영역을 포괄하는 총 21개의 문항으로 구성되어 각 문항당 0~3점으로 평가한다. 22~26점은 가벼운 불안 상태, 27~31점은 심한 불안 상태, 32~63은 극심한 불안상태로 제시하였다. 간단한 자기보고식 도구로서 일차 의료 기관에서 선별도구로 활용되는 빈도가 높다.

3) 식사태도검사(Eating Attitudes Test-26, EAT-26)

식사태도검사는 초기에 40문항으로 구성되었으며[18], 이후 26문항으로 축약되었고[19], 1991년에 국내에서 번안되었다[20]. 각 문항당 6개 Likert 척도를 사용하며, 점수 평가는 0~3점으로 한다. 남자에서 15~18점, 여자에서 18~21점은 식사문제의 경향성이 있는 상태, 남자에서 19점 이상, 여자에서 22점 이상은 식사문제가 있는 상태, 남자에서 23점, 여자에서 27점 이상은 심한 식사문제를 가진 상태로 제시하였다.

4) 폭식증 검사(Bulimia Test-Revised, BULIT-R)

폭식증 검사는 신경성 폭식증의 증상을 측정하기 위해 개발된 척도로서[21] 개정을 거쳐[22] 한국판으로 번역되었다[23]. 총 36문항 중 체중 조절 행동을 측정하는 8문항과 폭식 관련 행동을 측정하는 28문항으로 구성되어 있다. 각 문항당 1점에서 5점으로 Likert식 척도를 사용하며 88~120점이면 폭식 행동의 경향성이 있는 상태, 121점 이상이면 폭식장애의 진단 및 치료가 필요한 상태로 제시하였다.

11. 복용약

1) 정신건강의학과(내원 3~9주째)

Zyrepin Tab. 2.5 mg (Olanzapine) 1 T bid pc.

Sandoz Escitalopram Tab. 10 mg (Escitalopram Oxalate) 0.5 T bid pc.

Abilify Tab. 2 mg (Aripiprazole) 1 T bid pc.

2) 정신건강의학과(내원 10~40주째)

Zyrepin Tab. 2.5 mg (Olanzapine) 1 T qd p pc.

Sandoz Escitalopram Tab. 10 mg (Escitalopram Oxalate) 1 T qd p pc.

Abilify Tab. 2 mg (Aripiprazole) 1 T qd p pc.

Zanapam Tab. 0.25 mg (Alprazolam) 1 T qd pc.

Indenol Tab. 40 mg (Propranolol) 0.5 T bid pc.

12. 치료방법

1) 침치료 및 구치료

0.25×30 mm 1회용 호침(毫針)을 사용하여 사암침법(舍岩鍼法)의 비정격(脾正格)에 자침(刺鍼)하였으며 중완(中脘)에 간접애주구를 시행하였다. 입원 중에는 치료를 1일 1회 시행하였고, 통원 치료 중에는 1~2주에 1회 시행하였으며 15분간 유침하였다.

2) 한약치료

한약치료를 받았던 경험 때문에 한약이 체중을 증가시킨다는 생각을 가지고 있었다. 그것이 근거가 없는 생각임을 설명하자 식욕을 억제하여 체중을 감량시키는 한약을 처방받기를 원했다. 이에 치료 초반에는 한약을 처방하지 않고 치료를 진행하였다. 이후 통원 치료 중 흉부 열감, 기분의 변화, 그로 인해 유발되는 폭식과 구토 감소를 목적으로 시호계지탕을 처방하여 필요시 복용하도록 하였다.

3) 한의정신요법

입원 중에는 하루 1회 60분, 통원 치료 중에는 1~2주에

1회 50분 한의정신요법을 시행하였다. 지언고론요법은 지지정신치료 및 행동치료를 통해 질병 자체보다 환자의 감정이나 의지를 변화시키는 것을 목적으로 하는 치료기법이다[24]. 이정변기요법은 다양한 방법을 이용하여 기(氣)의 기능활동이 문란해진 것을 교정하는 치료기법이다[6]. 오지상승요법(五志相勝療法)은 오행이론을 활용하여 편향된 정서를 조절하는 방법이다(Table 1)[25].

13. 치료기간(총 98주)

202○년 ○월 ○일~202○년 ○월 ○일(9일간 입원).

202○년 ○월 ○일~202○년 ○월 ○일(46주간 통원치료).

202○년 ○월 ○일~202○년 ○월 ○일(4일간 입원).

202○년 ○월 ○일~202○년 ○월 ○일(50주간 통원치료).

14. 치료 내용

1) 내원 1~2주째(첫 번째 입원)

전반적인 치료에 대한 거부감이 있어 치료적 동맹을 맺고 식사량을 증가시키는 것에 집중했다. 이전 상담 치료시 이해받지 못했고, 자존심을 상하게 하는 말들을 들었던 경험으로 인해 상담자에게 속마음을 이야기하는 것을 어려워하였다. 지언고론요법을 통해 비합리적 신념일지라도 논박하지 않고 환자의 말과 생각들을 인정해주었다.

체중이 1년 6개월 전 30 kg이었고, 6개월 동안 치료를 받으며 42.9 kg으로 증가되는 과정에서 현재 자신의 신체를 받아들이지 못하고 가족들을 원망했다. "저는 살찌기 전까지 몸무게랑 식욕을 통제하는 게 쉬웠어요. 낮은 체중을 통해 지금까지 느끼지 못했던 엄청난 성취감을 느꼈어요. 마른 걸로는 1등이었는데, 내가 성취한 결과를 가족들이 가져가 버렸어요. 매일 눈을 뜨는 게 무섭고 불행하고 힘들어서 하루 종일 울고 있어요."라고 말했다. 현재 자신의 체중과 체형을 비관하며 자해를 하기도 했다.

식욕을 두려워하면서도 음식에 대한 강한 집착을 보였다. 식욕 자체가 없어져야 한다고 생각했는데 "원래 저는 식욕이 없는 사람이었어요. 가족들이 억지로 치료를 받게 해서 식욕이 생겨버렸고 살이 쪘어요. 살을 다시 빼야 하는데 식욕이 생겨서 빼기가 너무 힘들어요. 식욕이 느껴지면 화가 나요."라고 하였다. 동시에 디저트류에 대한 강한 집착을 보여 매일 1끼, 1~2시간 동안, 디저트 3~4개로 식사를 채웠다. "안 먹어본 것도 많고 먹고 싶은 것도 많은데 살이 쪄버려서 억울해요."라고 하였다. 입원 중에는 정해진 식사 시간에, 정해진 양을, 충분한 포만감을 느끼며 먹을 수 있도록 했다.

입원기간 동안 매일 60분간 지언고론요법을 시행하였으며, 식사 장면을 지켜보면서 적당량을 포만감 있게 먹을 수 있도록 격려하였다. 병원에 있는 동안 체중을 감량하기 위해 밥을 전혀 먹지 않겠다고 하였으나, 극도의 절식은 폭식을 유발할 수 있음을 설명하고 매일 저녁 1끼를 규칙적으로 섭취하도록 하였다. 흰 쌀밥 섭취가 체중을 증가시킬 것이라고 생각하여 밥 대신에 깨죽 반 그릇, 과일 한 가지, 국 한 가지로 식사를 구성하고 원하는 디저트 한 가지를 섭취하였다. 전반적인 기분이 호전되어 입원 중 자해를 하지 않았으며 퇴원시 자해, 자살생각은 전혀 없다고 하였다.

2) 내원 7~13주째(통원 치료)

퇴원 후 증상의 변화를 겪으며 서울에 있는 섭식장애 전문 정신건강의학과에서 매달 1회 정기적인 상담과 약물 치료를 받고 있었고, 6주만에 내원하였다. 식사량을 제한하며 구토를 하는 폭식/제거형 신경성 식욕부진증을 거쳐 2~3시간 동안 많은 양을 섭취한 직후 구토를 하는 신경성 폭식증으로 증상이 변화되었다. 체중은 48 kg으로 증가되어 BMI 18.06 kg/m^2로 변화되었으며, 일주일에 8~10회 구토를 하고 있어 고도의 심각도로 판단되었다.

상담중 우울한 표정, 의기소침한 태도로 눈을 잘 마주치

Table 1. Contents and Traditional Korean Psychotherapy for Each Stage

Stages	Content	Traditional Korean psychotherapy
The early stage	Establishing a caring doctor-patient relationship	Gi-Un-Go-Roen Therapy
The middle stage	Dealing with negative emotions and thoughts	Li-Gyeung-Byun-Qi Therapy
The late stage	Striking a balance between emotions	Oh-Ji-Sang-Seung Therapy

지 않았다. 체중을 감량하고 우울과 불안을 해소하기 위해 내원했다고 말했다. "30~35 kg 때는 몸에 힘이 없었고 조금만 움직여도 가슴만 답답하고 숨을 헐떡였어요. 심장 소리가 멈춘 듯한 느낌이 들 때도 있었어요. 가족들이 방에 들어와서 살아있는지 확인하기도 했어요. 35 kg 때는 몸이 가볍고 살이 거치적거리지 않아서 좋았어요. 그때로 돌아가고 싶어요. 그리고 밤에 먹고 토한 다음 불안해하면서 우는 거 그만하고 싶어요."라고 말했다.

체중감량을 위해 절식했다가, 밤이 되면 폭식하는 일이 반복되었으며, 폭식 후 구토나 운동과 같은 제거행동을 하였다. 소량의 디저트 또는 과일로 식사를 때우거나, 밥 1수저와 소량의 나물로 식사를 한 이후, 새벽에 숨어서 과자를 먹거나 밥솥에 있는 밥을 손으로 퍼서 먹는 등 폭식을 하고, 직후에 구토를 한 뒤 30~40분간 불안해하면서 울었다.

퇴원 후 자해가 다시 시작되었다. 매일 기상 후 팔목과 발목을 손으로 잡아보고 잡히지 않으면 살이 쪘다는 불안감에 머리나 허벅지를 멍이 들 정도로 때리며 울었다. 엄마에게 물건을 집어던지고 소리를 지르며 원망하는 등 타인에게도 폭력적인 모습을 보였다.

먼저 치료 시작 전 공동의 치료 목표와 방향을 설정하였다. 환자는 체중을 감량하는 것이 가장 중요한 목표라고 말했다. 다시 내원한 것을 격려하면서 체중 감량을 치료 목표로 삼을 수 없음을 설명했다. 대신에 심리적 어려움을 해소하고, 식사를 정상화하는 치료를 할 것을 설명하였고, 환자도 동의했다.

상담 치료는 이정변기요법을 위주로 진행했다. 타인과의 비교와 학업 스트레스가 폭식을 유발했고, 이것이 다시 구토로 연결되는 악순환이 있었다. 연예인들이나 다른 거식증 환자의 몸매, 먹는 양, 몸무게를 비교할 때 불안하고 슬픈 마음과 살을 빼고 싶은 생각이 심화되었기 때문에 미디어 매체에 노출을 제한하도록 하였다. 학업에 대해서는 "나는 항상 A+를 받아야 하는 사람인데 B+을 받아서 자존심이 상했다. 시험기간과 과제는 무섭고 하기가 싫어서 미루게 된다. 대충해도 성적이 잘 나오면 좋겠다."라고 말하였다. 결과를 받아들이고 인정하는 연습을 하도록 지도하였다. 스트레스가 폭식으로 연결되지 않도록 호흡, 산책 등으로 주의를 옮겨 기분을 안정시키고, 아버지와 대화, 드럼 연습 등으로 감정을 풀어내는 연습을 하였다.

식사는 매일 2끼를 영양 균형과 만족감을 고려한 음식을 섭취하도록 했다. 식사 시간동안 핸드폰을 사용하지 않고, 음식의 맛, 향, 포만감에 집중하고, 운동은 2~3시간 후에 하도록 지도했다. 가장 먹고 싶은 게 있다면 좋아하는 사람과, 맛있게, 죄책감 없이 먹도록 하였다. 구토를 한다고 섭취한 음식이 전부 배출되는 것이 아니며 일부 영양성분은 흡수되므로 구토는 체중 감량에 효과적인 전략이 아니라는 점도 설명했다. 지금까지 먹었던 음식이 모두 살로 간 것이냐며 극도로 불안해하기도 하였다.

1~2달에 한 번 보호자와 면담을 했다. 가족들은 섭식장애를 이해하기 위해 노력하고 있지만 많이 힘들다고 하였다. 어머니는 칭찬도 해주고 애정을 표현하려고 노력하는데 "진심이 아니잖아"라며 화를 낸다고 하였다. 장기간의 지속적인 치료가 필요하며, 치료 기간 동안 지속적인 지지가 필요함을 설명했다.

통원 치료 중 식사, 구토, 심리증상 전반적으로 호전과 악화를 반복하였다. 자신을 연예인이나 다른 섭식장애 환자와 비교하는 것은 사라졌으나, 일상생활에서 마른 사람들을 만나면 몸매, 먹는 양을 비교했고 이것이 폭식과 구토를 유발했다. 식사 횟수를 늘리면서 폭식과 제거행동의 양상에 변화가 생겼다. 통원 6주까지 매일 1~2회 구토하였는데, 하루 1~2끼를, 1시간 반~2시간 동안 식사하며 배가 가득 차서 불편할 정도로 음식을 밀어 넣은 후 구토를 하고, 직후에 1~2시간 격렬한 운동을 하였다. 통원 6주 후부터 4~6일에 1회 구토하였고 배가 부른데도 음식을 억지로 먹는 것은 줄었다. 디저트로만 끼니를 때우는 경우를 줄이고 식사에 밥과 반찬을 구성하는 노력을 하였다. "음식에 집중하니 포만감이 느껴지는 것 같아요."라고 말했다.

통원 8주차에 "저는 스스로를 공격하고 있었던 것 같아요. 아직 제 모습을 받아들이기는 어려워요. 그래도 이제 그만 힘들고 싶어요."라고 말했다. 초반에 설정했던 체중 감량의 목표를 일부 수정하여, 35 kg을 평생 유지하는 것에서 35 kg을 달성한 후 적절한 체중(38 kg)을 유지하면서 먹고 싶은 음식도 적당히 먹고 체중에 스트레스 받지 않고 건강하게 사는 것으로 바뀌었다.

통원 20주차에 복용 중이던 양약을 임의로 중단하고 증상이 좋아지지 않는 것에 대해 비관하면서 자살사고가 생겼다. 상담의 자리에 나아 온 것을 칭찬하고 격려해주었으며, 약을 꾸준히 복용하도록 지도했다. 통원 28주차에 월경이 시작되어 이후부터 매달 정기적으로 월경이 있었다. "생리

를 하는 게 좋기도 하지만 이게 살이 찐 것을 증명하는 것 같아서 불안하기도 해요."라고 말했다.

3) 내원 14주째(두 번째 입원)

통원 치료를 받던 중 가족과의 갈등이 심화되어 입원을 요청하였다. 매일 폭식과 구토를 하였으며, 매일 가족을 원망하면서 울고, 소리를 지르고, 뛰어서 수차례 층간소음 항의를 받았다. 동생이 원하는 대학교에 합격하고, 다이어트를 시작한 것도 영향을 주었다. "둘째는 원래 뭐든 잘 했어요. 엄마 아빠한테 사랑받고 싶은데 동생이 관심을 다 뺏어가는 것 같아요. 동생은 살도 많이 뺐어요. 저보다 키가 큰데 적게 먹어요. 몸매로는 내가 더 잘나야 해요. 빨리 살을 빼야 하는데 잘 안 돼요."라고 말했다.

입원 한 달 전 여행을 다녀온 후로 폭식과 구토의 정도가 심해졌다. 여행 준비 기간과 여행 기간을 포함한 4주 동안에는 식욕이 없어서 적당량만 먹고 구토도 하지 않았는데 돌아와서는 식사량을 조절하기 힘들었다. 어떤 날은 1일 1끼만 디톡스 주스를 먹거나, 반찬 없이 햇반만 1~2젓가락 먹었다가, 어떤 날은 포만감을 넘어서서 과한 양을 먹고 구토를 하는 등 무리한 목표를 세웠다가 실패하기를 반복했다. 쌀밥에 대해서는 맛있는데 두려워서 먹을 수 없다고 말했다. 체중계에 올라가는 것이 무서워서 몸무게는 재지 못하는데, 몸무게를 몰라서 살이 빠지고 있는 건지 불안해했다. 여행을 하며 새로운 경험도 하고 사람들도 만나면서 변하고 싶었는데 돌아와서도 여전하다는 좌절감이 크다고 말했다.

최근 반복되는 구토와 불균형한 영양 섭취로 다양한 신체증상이 생겼는데, 오전부터 발생하는 하지 부종, 위완통, 인후부 이물감이 있었다. 일상생활이 힘들 정도로 가슴에 열이 올라오는 느낌과 현훈이 있어 5~10분간 머리를 손으로 받치고 있기도 했다. 상담 중에도 가슴에 열이 차오르는 느낌과 함께 1분 이내의 미주신경성 실신이 발생하기도 했다.

입원 중 매일 1회 60분간 상담 치료를 하였다. 지언고론요법과 오지상승요법을 위주로 상담 치료를 진행했다. 먼저 현재의 자신을 인정하는 연습을 하였다. 스스로를 비난하지 않고, 인정하는 말을 하는 것을 연습했고 집에서 매일 시행할 수 있도록 과제를 내주었다. "지금 몸은 제 몸이 아니에요. 그때로 돌아가야 해요. 진짜 이게 제 몸이면 어떡해요."라고 말하며 눈물을 보였다.

또한 사승공의 원리를 이용해 불안의 원인을 스스로 인식하도록 하고, 논박하는 연습을 해 나갔다. 또한 현재 신체상태에 대한 설명과 함께 적절한 영양 섭취의 필요성과 방법을 교육하였다. "지금은 전보다 더 먹고, 살이 더 쪘는데, 안 먹어서 몸 상태가 안 좋아졌다는 것은 잘 이해가 안 돼요. 이건 모두 살이 쪘기 때문이에요. 그래도 지금 몸 관리가 필요한 상태인 건 깨달았어요. 노력해볼게요."라고 말했다.

입원 중에는 아침은 먹지 않고, 저녁 식사로 깨죽 1공기를 먹고, 후식으로 디저트, 과일을 섭취하였다. 식사 후 중완부 불편함을 느꼈다. 입원 첫날은 구토하였고, 이후 3일은 구토하지 않았으며 흉부 열감과 인후부 불편감이 경감되었다.

4) 내원 15~64주째(통원 치료)

가족에 대한 원망과 과거를 그리워하는 마음이 여전했다. 과거에는 마른 몸을 가지고 있어서 다른 사람에 비해 우월했고 몸과 마음의 건강도 지금보다 나았다며 얼른 살을 빼서 과거로 돌아가야 한다고 말했다. "가족들은 죽을까봐 살린 거라고 말하는데, 세상에는 저보다 더 마른 상태로 잘 사는 사람들도 많아요. 빨리 살을 빼서 제가 마른 사람들 중에 1등이 돼야 해요."라고 말했다. 오랜만에 만난 친구들이 살이 빠졌거나, 일상생활에서 자신보다 더 마른 것처럼 보이는 사람을 만나거나, 타인으로부터 살이 쪘다는 말을 들으면 증상이 심해졌다. 먹는 양을 비교하고, 자신의 손목의 둘레를 측정해서 살이 쪘는지 확인하기도 했으며, 1일 1끼 샐러드만 먹으며 초절식 식단을 시도했다가 실패하기를 반복했다. 하루 종일 무엇을 얼마나 먹을지 생각하느라 학업과 일상생활에도 어려움이 있었다.

미디어 매체를 통해 직관적 식사와 간헐적 단식을 접하고 적용하는 과정에서 폭식이 심화되었다. 20~22시간의 공복시간을 지키는 대신 3시간 내내 원하는 음식을 섭취했다. 원하는 음식을 마음껏 먹어도 공복 시간을 지키면 된다는 생각에 디저트로 식사를 채웠고, 한 끼만 먹어야 한다는 생각에 배불리 먹은 후에도 음식을 밀어 넣고는 이내 구토하였다. 구토 후에는 허기진 느낌이 발생해서 음식을 추가로 섭취하게 되고, 하루 한 끼만 먹겠다는 원칙을 어긴 것에 대해 스스로를 비난하고 울며 소리지르는 패턴이 반복되었다. 이에 대해 공복시간도 중요하지만 어떤 음식을 먹는지가 매우 중요함을 교육했다. 두 끼를 섭취하며, 적정한 포만감과 영양 균형을 고려하여 식단을 구성하고, 30분~1시간 이내에

Table 2. Korean Medicine Psychotherapy Skills and Contents

Period	Korean medicine psychotherapy skills	Contents
1st to 2nd week	Gi-Un-Go-Roen Therapy	Listen to irrational thoughts and emotions and accept them Tell the patient that she is enough just the way she is Explain the necessity of proper nutrition and encourage eating regularly, even in small amounts
7th to 13th week	Li-Gyeung-Byun-Qi Therapy	Restrict exposure to pro-eating disorder contents in social media Train breathing techniques to reduce anxiety Find some tips to reset her mood such as talking to dad and playing the drum
14th week	Gi-Un-Go-Roen Therapy Oh-Ji-Sang-Seung Therapy	Tell the patient that she deserve to be loved Making herself understand the cause of binge eating and vomiting Explain the current physical condition and teach healthy eating habits
15th～64th week	Oh-Ji-Sang-Seung Therapy	Make her write down the state of mind and diet everyday in order to analyze them Keep practicing identifying the cause of anxiety which causes binge eating and vomiting

식사를 마치도록 했다.

이후 취직을 하며 새로운 환경에 노출되어 생활 패턴에 변화가 생겼다. 점심 한 끼만 먹고 싶은데 직장에서 식사를 하기에 원하는 음식을 먹지 못해서 음식에 대한 갈망이 심해졌다. 15시경과 18시경 간식을 섭취, 19시경 집에서 밥과 반찬을 섭취, 운동할 때 속이 불편하다며 운동가기 전에 구토, 30분 후 격렬한 운동을 하였다. 운동은 즐겁게 하지만 집에 돌아와서 하루동안 많이 먹었다는 생각에 울고 후회하였다. 3시에 먹는 간식을 과자에서 과일, 채소로 변경하고, 퇴근 후 먹는 간식은 끊고, 귀가 후 충분히 식사를 하고 이후에 추가로 음식 섭취하지 않도록 했다.

업무 때문에 내원하지 못하는 3주간 자살생각이 심화되는 상황이 있었다. 약을 복용해도 약 가짓수만 늘고 증상은 좋아지지 않는데 약에만 의존하는 것 같다며 2주간 임의로 양약을 중단했다. 우울감과 부정적 생각이 하루 종일 지속되어 차에 뛰어들거나 창가에서 뛰어내리고 싶은 느낌을 주체하지 못할 정도였다. 환자 및 보호자와 유선상 연락을 통해 다시 약을 복용하도록 한 후 자살사고가 줄었고 기분도 안정적으로 유지되었다. 또한 우울과 불안을 오가는 감정기복을 줄일 수 있도록 시호계지탕을 처방하여 필요시 복용할 수 있도록 하였다.

상담실에서는 불안의 원인을 알고 이해하는 연습을 계속해 나갔다. 현재 마음의 상태와 식사 상태를 분석하기 위해 매일 기록하고 관찰하였다. 식사량이 너무 적거나 참기만 하는 것이 폭식을 유발하고, 폭식은 다시 불안을 유발하는 것을 스스로 이해하였고 그 고리를 끊고자 하는 의지가 생겼다. 긍정적인 자기대화를 할 수 있게 되었는데, '고생했다, 고맙다, 앞으로 더 아껴주겠다, 너는 소중한 사람이다'와 같은 말을 스스로 할 수 있게 되었다.

체중 목표가 42 kg으로 수정되었다. 어머니의 지속적인 노력으로 어머니와 대화가 늘고, 폭력적인 모습은 줄었다. 한 주가 전반적으로 괜찮았다며 긍정적으로 평가하는 때도 늘었다. 신체 증상 중 현훈, 상열감, 동계, 위완통은 줄었고, 하지 부종도 점차 줄어 갔다.

구토는 주 2회 하였다. 죽과 소량의 반찬으로 식사를 구성하다가 나중에는 1일 2～3끼를 밥 한 공기와 고기 반찬, 나물 반찬으로 구성하여 섭취하였다. 식사에 대한 집착이 줄었고, 빵이나 과자에 대한 생각도 안 난다고 하였다. 기분도 전보다 안정된 상태를 유지했다. "토를 안 하니까 불안해요. 여전히 포만감이 느껴지면 살이 찔까 불안해서 토를 하고 싶어요. 하지만 토하는 건 일시적인 불안감을 해소할 뿐이고 그 후에는 마음이 힘들고, 또 배가 고파서 더 힘들어요. 앞으로는 토를 안 하고 싶어요. 그동안 위가 너무 고생한 것 같아서 좀 쉬게 해주고 싶기도 해요."라고 하였다(Table 2).

III. 고찰

신경성 식욕부진증과 신경성 폭식증 환자는 유사한 심리적 특성을 공유한다. 공통적으로 완벽주의, 신경증, 회피동기, 높은 사회적 민감성, 낮은 외향성, 낮은 자율성[26], 낮은 자존감, 기분 부전, 대인 관계 어려움과 같은 특성을 가진다. 이것이 극단적으로 음식 섭취를 제한하고, 체형 및 체중을 통제하며, 구토를 하거나 완하제나 이뇨제를 남용하거나 과도한 운동을 하는 행동으로 드러난다[27]. 신경성 식욕부진증

환자가 치료를 받으면서 이와 같은 정신병리가 해결되지 않은 채로 식사가 정상화되고 체중이 증가하면, 체중 증가에 대한 염려와 낮은 체중을 유지하려는 노력이 지속된다. 따라서 신경성 식욕부진증 발병 2년 이내에 신경성 폭식증으로 증상이 변화되는 경우가 흔하다[5].

심리치료는 섭식장애에 대한 1차 치료법으로서 증상 감소 및 치료 결과에 가장 큰 영향을 미친다[28]. 이전 한의학 연구 중 신경성 식욕부진증 환자에 인지행동치료 및 인간중심상담치료를 적용한 연구가 있었다. 단계를 나누어 적절한 치료를 활용하였는데, 치료 단계에는 인지행동치료를 통해 부정적인 사고와 행동을 수정하고 식사 습관을 교정하였고, 재발 방지 단계에는 인간중심상담치료를 통해 자아존중감을 회복하고 재발을 막는 치료를 하였다.

본 증례의 환자는 신경성 식욕부진증 치료를 시작한 이후 식사와 체중이 정상화되어 가는 과정에서 통제 성향이 여전한 상태로 본원에 첫 내원하였으며 진료 과정에서 신경성 폭식증으로 증상이 변화되었다. 지지적 대인관계나 삶의 목표 없이 오로지 체중과 체형에만 몰두하고 있었다. 심리치료 및 한의치료에 대한 좋지 않았던 경험 때문에 치료자와 관계를 맺는 것에 조심스러워했고, 섭식행동 및 보상행동을 직접적으로 다루기 어려워했다. 한의정신요법은 직접적으로 문제를 다루지 않더라도 치료적 감정을 유발하여 증상을 없앨 수 있는 치료 기법으로서 본 증례의 환자에게 적용하기 적절하다고 판단했다. 따라서 한의정신요법을 이용하여 치료자와 관계 형성, 감정과 생각의 초점 환기, 감정의 조화 이루기 순서로 치료 단계를 설정하였다.

첫 입원 때는 문제 증상의 심각도를 확인하고 원인을 찾으면서 지언고론요법을 위주로 상호신뢰관계를 형성하였으며 식사를 정상으로 되돌리는 것을 목표로 삼았다. 이후 외래 통원 중에는 증상이 변화되었으며 체중 증가에 대한 불안이라는 핵심감정이 뚜렷해졌다. 이에 집중된 주의를 옮기기 위한 이정변기요법을 위주로 치료하였다. 이후 입원과 통원 치료 중에는 오지상승요법을 위주로 불안의 원인을 이해하고 논박하는 치료를 하였다. 식사에 대한 적절한 교육도 필요했다. 미디어를 통해 접한 여러 다이어트 원칙들을 적용하며 증상이 악화되기도 했고, 흰 쌀밥, 빵 섭취는 두려워하면서도 쿠키, 마카롱, 과자 등을 5~6개를 한 번에 섭취하였다. 양질의 탄수화물 섭취의 이로움과 필요성, 영양 균형의 중요성을 설명한 뒤 탄수화물의 섭취를 조금씩 섭취량 늘려나갔다. 영향 균형을 갖춘 식사를 하도록 하였다. 부모와의 면담을 통해 장기간의 치료가 필요하며, 가족들이 질병을 이해하고, 관계를 개선해 나가며, 식사와 약물 복용에 도움을 줄 것을 설명했다.

한의 치료는 신체 및 심리 증상의 호전을 목표로 시행하였다. 침 치료는 비정격(脾正格)에, 간접애주구 치료는 중완(中脘)에 시행하였으며, 한약은 통원 치료 중 신체 및 심리 증상에 맞추어 시호계지탕을 처방해 필요시 복용하도록 하였다.

치료 결과 주관적인 증상과 심리평가상 호전이 있었다. 하지 부종, 위완통, 인후부 이물감과 같은 신체 증상과 기분의 변동은 점차 호전되었지만, 폭식과 구토는 호전과 악화를 반복하였다. 스트레스 상황에서 경직된 감정, 사고, 행동 패턴으로 돌아가는 모습을 보였으나, 가족간 관계 개선, 자아효능감 증가, 기분이 안정적으로 유지되는 것 등 전반적인 개선이 있었다.

심리평가에서는 전반적인 점수가 내려갔으나 여전히 BDI 22점으로 중등도 우울 상태, BAI 25점으로 가벼운 불안 상태, EAT-26 37점으로 심한 식사문제를 가진 상태, BULIT-R 107점으로 폭식 행동의 경향성이 있는 상태로 측정되었다. 이는 경직된 감정, 사고, 행동 패턴이 제거된 것이 아니며, 증상이 다시 발생할 수 있어서 지속적인 치료와 관리가 필요하다는 것을 의미한다(Table 3).

본 증례는 섭식장애 환자에게 한의정신요법을 위주로 한 한의치료를 적용하였다. 2년간의 꾸준한 치료를 통해 자존감, 가족관계, 완벽주의와 같은 심리적 문제를 다뤘기 때문에 신체 및 심리 증상에서 호전을 보인 것으로 생각된다. 그러나 치료 종결 시점의 심리평가상 감정과 행동 패턴이 여전히 남아있어서 증상이 다시 악화될 가능성이 있었던 점과 환자의 부정적 신념으로 한약 치료를 장기적으로 적용하지 못했던 것은 본 연구의 한계점으로 생각된다.

Table 3. Psychological Assessment Scales of Before and After the Treatment

	1st week	14th week	64th week
BDI	30	23	22
BAI	25	25	25
EAT-26	49	39	37
BULIT-R	96	123	107

BDI: Beck Depression Inventory, BAI: Beck Anxiety Inventory, EAT-26: Eating Attitudes Test-26, BULIT-R: Bulimia Test-Revised.

섭식장애 환자를 대상으로 한 다양한 연구에서 기존의 사고 및 행동 패턴이 유지된 채로 신체적 회복만 이루어지는 것의 위험성이 논의되었다. 신체적 치료와 더불어 기저에 있는 심리적 치료의 중요성이 강조되었다. 그러나 섭식장애 전문 병원이 부족하고, 여전히 약물 위주로 치료가 진행되며, 비용 부담 문제로 임상에서 적용되기 어려운 현실을 확인할 수 있었다. 한의학은 신체와 심리에 통합적으로 접근하는 학문이며 한의정신요법은 한의학의 인간관을 바탕으로 한 치료기법이다. 섭식장애의 치료에 있어서 섭식행동을 개선하고 체중을 증가시키는 것은 중요한 문제이지만 환자에 따라서는 이를 직접적으로 다루는 것이 어려움을 확인할 수 있었다. 또한 심리적 문제를 다루는 것은 섭식장애의 치료와 이후의 재발 방지에 있어서 중요하다. 한의정신요법은 심리적 균형을 회복함을 통해 증상에 변화를 가져올 수 있는 치료법으로서 섭식장애 치료에 새로운 관점을 제시할 수 있을 것으로 생각된다.

IV. 결론

신경성 식욕부진증에서 신경성 폭식증으로 증상이 변화된 환자의 경과를 관찰한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

한의정신요법을 중심으로 한 한의치료를 통해 비정상적인 섭식행동의 빈도가 줄었으며, 신체 증상이 개선되었고, 부정적 정서가 감소되었다. 섭식장애는 장기간의 치료가 필요하며 섭식행동을 다루는 것만큼 증상을 유발하는 심리적 특성에 대한 치료가 중요하다. 한의정신요법을 중심으로 한 한의치료는 섭식행동과 신체 증상 뿐 아니라 심리적 요인을 치료하는 데 도움을 줄 수 있을 것으로 생각된다.

REFERENCES

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th rev. ed. Seoul: Hakjisa. 2015:353-382.
2. Health Insurance Review & Assessment Service. Analysis of treatment status for eating disorders over the past 5 years (2018-2022). Wonju: Health Insurance Review & Assessment Service; 2022.
3. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Eating disorders: recognition and treatment. London: NICE; 2017.
4. Pompili M, Girardi P, Tatarelli G, Ruberto A, Tartarelli R. Suicide and attempted suicide in eating disorders, obesity and weight-image concern. Eat Behav. 2006;7(4):384-394. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2005.12.004
5. Sullivan PF, Bulik CM, Fear JL, Pickering A. Outcome of anorexia nervosa: a case-control study. Am J Psychiatry. 1998;155(7):939-946. https://doi.org/10.1176/ajp.155.7.939
6. The Textbook Compilation Committee of Neuropsychiatry of Oriental Medical Schools in Nation. The Korean Society of Oriental Neuropsychiatry. Oriental Medicine Neuropsychology. 1st ed. Gyung-gi Paju:Jipmoondang Publishing Co. 2018:80-83, 715-720.
7. Bae JS, Jang E, Kim BS, Ahn SJ, Kim KO. Application of Korean medicine therapy to a patient with insomnia from severe hot flashes: case report. Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2022;33(1):113-122. https://doi:10.7231/jon.2022.33.1.113
8. Cho JY, Kim SB, Kim DD, Kang HW. A case report on the application of M&L psychotherapy to a Hwa-Byung patient in her 60s due to her spouse's affair. Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2022;33(4):463-471. https://doi:10.7231/jon.2022.33.4.463
9. Son CW, Kang JY, Kim BJ, Ha WJ, Kim H. EFT and Korean medicine treatment for ASD induced by a traffic accident: a case report. Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2023;34(2):115-124. https://doi:10.7231/jon.2023.34.2.115
10. Shin DG, Sim HA, Kim JH, Kim YJ, Koh YT. Complex Korean medicine treatment for essential tremor plus patient aggravated by traffic accident: a case report. Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2023;34(4):421-431. https://doi:10.7231/jon.2023.34.4.421
11. Cho HB, Koo BS, Kim GW. Korean medicine treatments for delirium in an elderly patient caused by sedative-hypnotics overdose. Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2023;34(4):473-485. https://doi:10.7231/jon.2023.34.4.473
12. Cho JH, Lim JH, Kim BK. A patient with liver fire flaming upward and metabolic syndrome improved by Korean medicine: a case report. Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2022;33(4):485-495. https://doi:10.7231/jon.2022.33.4.485
13. Her MS, Kim H, Seo YK, Yang CS, Lee MY, Jang IS, Jung IC. A case report of concurrent Korean herbal medicine treatment, cognitive behavior therapy, and person-centered counseling therapy for anorexia nervosa. Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2017;28(3):195-206. https://doi.org/10.7231/jon.2017.28.3.195
14. Beck AT, Wark CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry. 1961;4(6):561-571. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
15. Hahn HM, Yum TH, Shin YW, Kim KH, Yoon DJ, Chung KJ. A standardization study of Beck Depression Inventory in Korea. J Oriental Neuropsychiatry. 1986;25(3):487-500.
16. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for

measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol. 1988;56(6):893-897.
17. Yook SP, Kim ZS. A clinical study on the Korean version of Beck Anxiety Inventory:comparative study of patient and non-patient. Korean J Clin Psychol. 1997;16(1):185-197.
18. Garner DM, Garfinkel PE. The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. Psychol Med. 1979; 9(2):273-279. https://doi.org/10.1017/s0033291700030762
19. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. Psychol Med. 1982;12(4):871-878. https://doi.org/10.1017/s0033291700049163
20. Rhee MK, Lee YH, Park SH, Sohn CH, Chung YC, Hong SK, Lee BK, Chang PL, Yoon AR. A standardization study of the Korean version of eating attitudes test-26 I: reliability and factor analysis. Korean J Psychosomatic Med. 1998;6(2):155-75.
21. Smith MC, Thelen MH. Development and validation of a test for bulimia. J Consult Clin Psychol. 1984;52(5):863-872. https://doi.org/10.1037//0022-006x.52.5.863
22. Thelen MH, Farmer J, Wonerlich S, Smith M. A revision of the bulimia test: the BULIT—R. Psychological Assessment: J Consult Clin Psychol. 1991;3(1):119-124. https://doi.org/10.1037/1040-3590.3.1.119
23. Yoon HY. The relatlonships amomg binge eating behavior, depressive symptoms, and attributional style. Unpublished master's thesis, Catholic university, Seoul, Korea. 1997.
24. Kim GW, Gu BS. A study of psychotherapy by means of oriental medicine though the Giungoroen (至言高論)-focusing on ancient clinical document. Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2001;12(1):29-45.
25. Jang HH, Lyu YS, Kang HW. A review of the traditional concept of psychologic therapy in Oriental medicine-specially about Oh-ji-sang-seung (五志相勝療法) Therapy-. Journal of Oriental Neuropsychiatry. 2001;12(1):11-27.
26. Lilenfeld LR, Wonderlich S, Riso LP, Crosby R, Mitchel J. Eating disorders and personality: a methodological and empirical review. Clin Psychol Rev. 2006;26(3):299-320. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.10.003
27. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. Behav Res Ther. 2003;41(5):509-528. https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00088-8
28. Hay P. Current approach to eating disorders: a clinical update. Intern Med J. 2020;50(1):24-29. https://doi.org/10.1111/imj.14691