

Eating Disorders, Avoiding the Power Struggle

- 노력을 하지 않는 식사장애자 -

—Eldine Sanger, Therse Cassino**—

신경성 식욕상실(anorexia nervosa)로 인해 병원에 입원한 환자를 치료한다는 것은 종종 의지의 싸움이라 볼 수 있다. 이러한 의지의 싸움에서 극복이 되어야 환자는 신경성 식욕상실에서 벗어나게 된다.

실제로 음식섭취를 조절하려고 마음먹은 환자는 음식조절하는 고통스러운 경험을 배워왔기 때문에 오랜기간일지라도 이를 실천해 나갈수 있다. 어떤 환자는 자기 발에 수포가 다 생기도록 목욕탕내를 터벅터벅 걸어다니거나 몇겹의 옷과 보석을 지닌 채 체중을 재고 심지어는 손가락안쪽에 테이프를 감고 체중을 재기도 한다. 또 어떤 환자는 거의 늘 감시를 함에도 불구하고 도망을 치려한다.

신경성 식욕상실이란 식욕이 상실되는 질환이자 식사거부로 인해 기아상태가 되는 질환이다. 보편적으로 식욕상실증환자는 체형을 조절해서 자신의 삶을 지배하려는 완벽주의적인 성취지향적 13~25세 정도의 젊은 여자들인 경우가 많다.

비판대진다는 생각은 그녀로 하여금 강렬한 공포감과 혐오감을 갖게 하며 지방은 자신의 건강을 위협할 수도 있다는 왜곡된 확신감을 갖게 한다.

식욕상실증환자가 체중조절에 대한 지독한 욕망을 지니고 있을 경우 “전신전력”을 다하는 치료계획을 세운다는 것은 그리 놀라운 일이 아니다.

예를 들어 지난 3년동안 시애틀의 워싱턴대학병원에서 입원환자에게 이와 같은 치료계획을

실시하여 많은 시행착오를 저지르면서 환자와 치료팀간에 그리고 치료팀끼리도 괴로움이 뒤따랐다.

그리하여 우리는 한때 이를 포기하고 환자의 섭생을 완전히 “관리”하려고 더 이상 칼로리계산, 밥상조사 및 음식물이나 먹는 것에 관해 관여하지 않았다.

환자는 자기 스스로가 식이를 조절하고, 영양사와 함께 메뉴와 칼로리를 계산하고 의논하였다. 팀요원들은 매일의 환자상태를 보고하고 체중증가를 위해 환자의 특권과 제한해야 할 양식을 사용하였다.

식욕상실증 환자는 일반 정신과 병동에 보통 20명정도가 입원한다. 현재 국제 신경성 식욕상실증협회(N.A.A.N)에 따르면 이 나라에 약 50만 이상이 식욕상실증을 앓고 있음이 추정되었기 때문에 어느 때나 병동에는 늘 3명정도의 식욕상실증환자가 격리실이 필요치 않은 다른 경서장애, 성격장애, 정신장애환자들과 함께 입원되고 있다. 모든 환자들의 치료로는 집단치료, 환경치료, 개인치료, 가족치료, 물리적 치료(약물 및 전기경련요법) 등이 있다.

일반 정신과 환자들은 평균 2주, 식욕상실증 환자는 보통 2달정도 입원한다.

우리는 식욕상실증환자집단에 식욕과다증(홍청망청하면서 깔끔한 증상나타냄)환자도 포함시킨다. 그 이유는 이들은 서로 유사하기 때문이다. 즉 많은 식욕상실증 환자들 속에는 강요에 의해 식사를 하고는 토해버리는 식욕과다증이

*A.J.N. Jan., 1984, pp.31~33.

**Eldine Sanger (RN, BSN)은 시애틀의 워싱턴대학병원 정신과 수간호사이고 Therse Cassino (RN, BSN)은 보코 수간호원으로 이들은 현재 시애틀 지역사회 지지체계(C.S.S)에서 함께 일하고 있음.

있음이 발견되기 때문이다.

치료팀은 정신과 의사, 간호원 2명, 임상심리 학자, 사회사업가, 작업요법사, 영양사로 구성 되고 그 이외에 다른 자문요원이나 건강간호계 공자의 참여는 없다. 만일 학생들이 참가할 경우 그들의 역할은 분명히 정해지게 되는데 예를 들면, 의학과 학생들은 매일 정신상태를 검사하고 간호학생은 의료팀들과의 동료관계를 맺는다. 이와 같이 우리 의료진들은 이들 특수집단에게 치료방법을 한정시켜 놓고 일률적이고 지속적인 접근을 하였다. 이때 특수목표는 환자와 의료진 간의 기대가 무엇인가를 의논하여 서술된다.

사 정

입원시 환자는 체중, 키, 병리검사, 정신상태 (집중능력)평가 및 신체검진등을 하며, 기대할 수 있는 체중증가는 1일 1/4~1/2 파운드사이로 하고, 증가목표는 그 나이에 대한 정상체중의 80%까지로 한다. 처음 3~7일(사정기간)동안 기대되는 하루의 체중증가표시가 그래프위에 점 으로 그려지고 만약 환자의 체중이 설정한 선 밑 으로 떨어지게 되면 서약을 받는데 예를들어 집단내에서 하는 작업시간에 제한을 받게된다. (타 환자의 눈치가 있고 우울감을 줄 수 있으므로 격 리는 하지 않음).

체중증가가 없는 한 방문객과 전화는 제한이 된다. 이 기간동안 의료팀은 환자의 수면, 식사 사교적 활동및 오락에의 참여에 관한 정보를 모 으고 이러한 자료를 평가하며 간호계획을 세운 다.

음식의 양과 종류를 환자 자신이 원하는 대로 또한 식사계획도 체중이 의학적으로 안전한 범 위내에서 자유로이 선택하도록 하고 영양사는 이와 같이 환자가 선택하면 칼로리를 계산하여 확인한후 음식을 제공하게 된다.

전해질과 산-염기균형, 그리고 간의 효소물 질, 혈액의 비정상및 정신상태조사와 함께 체중 을 매일 측정하는데 만일 이틀중 어느 하나라도 안전치 못하면 인공영양공급을 시행한다. 이때 음식의 양은 영양사가 결정을 한다.

보통 8온스의 고단백, 고칼로리의 액체를 한 번에 투여하며 환자방에서 프라이머시를 지켜주 며 행한다.

식후에는 튜브를 왼쪽에 그리고 튜브 끝은 코 와 뺨에 붙인다. 식후 즉시 환자 자신이 유발시 키는 구토를 줄이기 위해 30~60분간 타환자들과 함께 있도록 하며 식사는 시간을 맞추어 정 확히 제공해준다.

그 다음날 24시간동안 튜브는 같은 위치에 놓 아두고 환자가 약 10분정도는 구강으로 음식을 섭취할 기회를 준다.

그리하여 만일 환자가 24시간 동안 구강으로 음식을 모두 섭취할 경우는 튜브를 제거하고 구 강으로의 섭취를 장려하며 동시에 다른 종류의 고단백, 고칼로리의 유동음식을 제공한다. 이때 인공영양공급을 48시간이상까지 하는 경우는 드 물며, 환자가 튜브를 빼는 경우도 드물지만 만 일 뻔 경우 다시 집어넣는다. 대부분의 환자는 이틀동안 튜브로 식사를 하고나면, 신체적으로 훨씬 좋아졌다고 말을 한다. 만일 환자의 체중 이 1 1/2파운드 이상밖에 증가가 되지않으면 체 중이 일정한 선이하로 감소했을 때처럼 똑같은 규칙이 가해진다.

우리는 또한 이들의 우울증에 대하여도 사정 을 한다. 왜냐하면 대부분의 식욕상실증환자는 수면장애(이른 아침에 깨어 잠들기가 어려움)가 있으며 흥미있는 활동에 대한 즐거움이 감퇴되 고 성욕 역시 감퇴되기 때문이다.

치 료

사정이 다 끝나고 팀요원과 환자가 서로 의논 하여 간호계획을 세우고 나선 곧 환자는 다른 환자들과 똑같이 전체 치료계획속에 들어가게 된다.

식욕상실증환자를 위한 1:1의 치료는 신체상 상(body image)이나 체중증가, 그리고 조절되어 야 할 문제및 심리적 안정에 초점을 둔다.

환자의 체중증가에 대한 측정에 있어 종종 환 자와 직원간에 커다란 차이점이 생기기도 하는 데 식욕상실증환자는 자기의 체중을 실제보다도

더 무거워 진것처럼 기술을 하곤 한다.

그리고 Sinequan, Norpamine, Desyrel과 같은 항우울제를 투여하기도 하는데 치료요원은 이러한 약물투여후 그 효과를 잘 관찰하고 평가를 한다. 그러나 어떤 환자들은 퇴원후에도 이러한 약을 계속 복용하는 경우도 있다. 또한 환자들중에는 오랜기간 병원에 입원하고 있으므로 이들에게는 운동과 이완방법을 포함하여 자가훈련이나 투약하는것, 감각요법, 여가나 오락 및 환경요법등과 같은 집단지 요법이 제공된다.

가족요법(부부치료를 포함)에서는 환자 및 가족들의 의사소통방법, 서로 절충해야 할 문제및 환자 개인에 관여되는 문제 등을 다루고 있는데 이러한 치료는 주로 오랜기간의 입원이 필요한 환자에게는 아주 중요한 요법이 된다. 단일 가족들이 이러한 병원회의에 참석을 하지 못하면 담당자는 정규적으로 전화상담을 하고 있다.

성공적인 전략

우리는 우리의 확고부동한 치료계획을 분석하여 다음과 같은 치료전략을 개발하였다.

① 식자조절은 담당요원이나 그밖의 사람에게 맡기지 않고 환자에게 맡겨 환자가 영양사와 같이 자기에게 필요한 칼로리를 계산하고 그에 필요한 음식을 정하도록 한다.

② 식욕상실증환자들이 다른 환자와 함께 식당에서 식사를 할 경우 집에서 먹던 버릇이 되풀이 되어 다른 환자들이 이 환자들의 좋지않은 식습관을 보고는 식사할 것을 강요하여 때로는 싸움이 벌어지는 경우가 많으므로 처음에는 각각 자기방에서 혼자 식사하게 하였다.(아침 식사시간은 30분, 점심, 저녁식사시간은 45분) 그리고 환자가 점차 좋아지면 식당에서 식사할수 있으므로 다른 환자들에게 그 환자에 대한 치료계획과 그 치료의 합리성에 관해 설명해 주었고 함께 식사를 하도록 격려해준다.

③ 체중은 매일 정확하게 아침 7시 30분에 측

정하되 체중을 질때 반드시 환의만 입도록 한다. 이렇게 진행이 되면 환자를 감시할 필요가 없고, 배설량과 섭취량에 대한 측정도 할 필요가 없다.

④ 단일 환자의 행동이 사회적으로 받아들일수 있는 것이라면(예 : 방에서 운동을 함) 운동을 제한하지는 않는다.

⑤ 환자의 제안이 일주일에 한번씩 치료팀에게 제시되는데 이때 팀요원들은 그 제안을 검토하고 필요시에는 그들의 제안을 실행한다.

⑥ 구토의 조절은 환자에게 책임이 있다고 본다. 그러므로 담당의료인은 구토를 지연시키거나 감소시키기 위해 환자를 피어 운동을 하도록 하는 방법 이외에는 별로 다른 조절방법이 없다.

⑦ 제한이 필요불가결한 경우, 그들은 제한을 별로 보지않고 전략을 없는 것으로 돌려버린다.

퇴원계획

입원초기에 "퇴원체중"이 결정되는데 대부분의 식욕상실증환자들은 그들의 퇴원체중이 너무 높다고 불평하기 때문에 이 체중을 서로 의논하여 결정하기도 한다. 그런데 이때에 중요한 것은 환자 자신이 자신의 계획에 참가하고 조정하고 있다는 느낌을 갖도록 해 주는 것이다. 그리고 퇴원체중에 도달이 되었더라도 환자는 퇴원계획을 계속 진행해야 한다. 우리는 퇴원후에도 개별적인 혹은 가족요법을 계속 할 것을 제안함과 동시에 환자와 그의 가족에게 다시 그 필요성에 대해 교육을 한다. 치료기간은 퇴원하기전에 외래치료자와 함께 결정하도록 하고 환자가 지역사회로 돌아가서도 계속적인 치료를 하도록 도와주고 격려해준다. 식욕상실증환자를 치료한다는 것은 매우 어려우나 응통성있고 시종일관한 프로그램은 보람있는 결과를 가져다 줄수 있다고 확신한다.

(경희대 의과대학 간호학과 임영미)