

어린이 식사장애의 평가 및 치료

안 동 현

한양대학교 의과대학 정신과학교실

Eating Disorders on Childhood

Dong Hyun Ahn

Department of Psychiatry, College of Medicine, Hanyang University, Seoul, Korea

영유아 및 아동에서 식사는 아주 중요하다. 따라서 이와 관련한 문제는 흔하며, 이를 이해하고 해결하기 위해서는 발달학적 조망(developmental perspectives)이 필요하다. 식사는 먹이기(feeding)와 먹기(eating)로 구별할 수 있는데, 아동 발달단계의 새로운 단계마다 아동과 양육자 사이에서 의존과 독립간의 섬세한 균형과 관계된다. 여기에는 다음과 같은 많은 정상적인 부모들의 걱정에 속하는 일반적인 문제들이 있고, 그 외에 전문가의 도움을 받아 치료가 필요한 식사관련장애도 있다. 우선 섭식(먹이기, feeding) 혹은 식사(먹기, eating)와 관련된 장애에 속하지는 않지만 흔하게 부딪치는 문제들에 대해 간략히 살펴보기로 한다.

섭식(Feeding)에서의 흔한 주제들

1. 영아의 먹는 유형과 부모의 반응

생후 첫 몇 개월 동안 부모-영아 사이에 일어나는 대부분의 상호작용시간은 적을 먹이는 상황(feeding situation)이다. 이 시기에 부모들은 영아의 패턴을 받아들이며 배고파서 우는 것이 아닌 경우에, 아이를 달래기 위한 목적으로 먹이거나 배부른 후에도 계속 먹이려고 하는 것을 피하여야 한다. 생후 첫 몇 개월에 모-자간의 적응문제로부터 성장 실패(Failure-to-thrive, 이하 FTT)나 심각한 탈수가 생길 수 있다.

고형식(대개 4~6개월에 시작)을 영아에게 너무 일찍 주는 경우, 불쾌한 상호작용이 일어나거나, 아이를 비협조적인 아이로 단정하기가 쉽다.

2. 먹는데 있어서 자율성

생후 3~4개월이 되면 먹이는데 있어서 영아 자신의 개인적인 특성이 보다 두드러지게 나타내게 된다. 고형식이

시도되었을 때 맛·향과 감촉에 따른 선호도가 나타나며, 자신의 적응력 및 새로운 음식에 따른 민감성·새로운 것에 대한 첫 반응에 따라 선호도가 달라지는데 이것은 그 영아의 기질을 반영하는 것이라고 할 수 있다. 생후 4개월 시 영아는 좀더 쉽게 산란하게 되어 우유나 모유를 먹을 때 주의를 쉽게 돌리므로 조용하고 어두운 방에서 수유하는 것이 좋다. 4개월 후에 영아가 손으로 우유병을 잡기 시작하기 때문에 부모는 영아를 혼자 놔둘 때가 있으나 먹이는 중에는 안정감과 상호작용이 필요하다.

영아가 생후 6~9개월경이 되면 어머니와 다른 사람을 구별하기 시작하는데, 어머니는 먹이는데 있어서 규칙적으로 다른 가족이 참여할 수 있도록 하는 것이 좋다. 생후 9~10개월 사이에 영아는 자기 스스로 먹는 것(self-feeding)과 음식을 갖고 장난하는 것이 늘어난다. 아이가 서고, 걷기 시작하면, 의자에 앉아있기를 싫어한다. 부모는 음식이 준비될 때까지 아이들이 앉도록 기다려야하며 아이들을 뒤따라 다니면 안 된다.

이 시기가 지나서도 계속 우유병을 사용하게 되면, 특히 하루에 1/4 quart 이상 먹게되면 빈혈을 일으키게 되고, 10~15분 이상 우유에 포함된 당분(milk sugar)에 노출되면 충치(tooth decay)가 발생할 수 있다.

3. 깨작거리며 먹기

생후 2세가 되면 아동은 편식을 하게되며 식사량도 줄게 된다. 부모는 먹는 것에 대한 보상을 주거나, 보상으로 음식을 이용하면 안 된다. 특히 다른 또래 아이가 좋아하지 않는 음식을 즐기는 것을 보게 하거나, 다양한 음식을 제공하며, 강요함이 없고, 매우 적은 양을 제공하며, 식사사이의 스낵의 양을 제한하는 것이 좋다. 먹는데 있어서 아이와 불필요한 다툼을 피하기 위하여 부모들은 융통성 있는 시도를

한다(과일 대신에 주스, 빵의 껍질을 잘라주는 등). 아동이 부모의 급한 마음을 알아차리면, 음식 회피는 감정적으로 부담이 되는 문제가 된다.

4. 먹는 것과 관련한 다름

드문 경우, 취학 전 아동은 부모의 지나친 간섭, 관심 소홀 등에 대한 반응으로 제공된 음식을 거부하거나 음식을 계속 요구하는 경우가 있다. 아동들의 지나친 탐식은 과거나 현재의 상실(喪失, loss)을 의미한다. 음식과 관계된 행동은 양육자가 음식을 제공하며 결과에 대한 반응을 삼간다면 관계의 문제가 해결될 수 있을 것이다. 예를 들어 과일이 나 과자 등 맛있고, 그냥 손으로 먹을 수 있는 음식을 아동이 접근할 수 있는 접시에 항상 놓아두고, 아동의 앞에서는 음식에 대해서 강요하거나 의논하지 않는다. 식사시간에는 식탁으로 아동을 데려와 적은 양을 주고, 머무르게 하거나 먹도록 요구하지 않는다. 아동이 음식에 대하여 편안하게 여기게 하여 음식의 사회적 측면에 좀더 관심을 갖게 한다.

5. 학령기 아동의 식사 관련 문제

8세 이후 아동에서 식사 관련 문제는 거의 식욕의 문제보다는 식사시간의 태도가 문제가 된다. 따라서 합리적이고 일관성이 있는 제한이 필요하다. 식사시간에 논쟁이나 TV 시청 같이 주의를 산란하게 하는 것은 피해야하며, 가능한 아동들도 음식을 준비하고 상을 차리는데 협력을 하도록 하고, 식사와 관련하여 적절한 예의를 갖는 것이 권장된다. 아동은 자신의 음식량을 측정하기 어렵고 불규칙한 식욕을 가지므로 적당량을 준 후, 좀 더 먹을 수 있도록 하며, 음식을 깨끗이 비우게 강요되어서는 안 된다. 사춘기의 급성장시기가 되면 식욕은 끝이 없으므로 영양 있는 스낵을 자유롭게 먹을 수 있도록 하며 쇼핑과 설거지, 음식준비를 돕는 등 책임감을 갖게 하는 것이 좋다.

6. 음식에 대한 공포심

드물지만 아동들에게 어떤 음식이나 감촉은 불안이나 회피를 일으키는 수가 있다. 때때로 그러한 공포증은 음식을 먹은 후 질식이 유발되었거나, 아팠던 경험 후에 일어나기도 한다. 만일 중요한 영양적·사회적 결과를 유발시키지 않는다면, 이러한 공포심을 일으키는 음식은 회피하는 것이 가장 간단한 방법이다. 만일 필요하다면 행동요법을 쓴다.

영유아기 및 아동기 섭식/식사 장애

흔히 식사장애(eating disorders)는 청소년기 발병 거식증(신경성식욕부진증; anorexia nervosa; AN)과 대식증

(bulimia nervosa; BN)를 생각하지만, 이 외에도 생애 초기에 발생하는 일련의 식사/섭식장애(eating/feeding disorders)가 있다. 미국정신의학회 정신질환진단편람-4판(DSM-IV; APA, 1994)에는 이식증(pica), 되새김장애(반추증, rumination disorder), 영유아 및 아동기 초기 섭식장애(feeding disorder of infancy and early childhood)로 단지 세 가지 장애만을 인정하고 있지만, 연구자들마다 매우 다양한 많은 진단명과 개념들이 사용되고 있다. 현재까지 대부분 생애 초기에 발병하는 이들 질환은 청소년기 이후에 발병하는 식사 장애와는 별도로 간주되고 있지만, 이들과의 관련성도 제기되고 있다.

영유아기 및 아동기 식사 장애는 몇 가지 특징을 갖는다. 이들을 Woolston(1993)은 다음의 5가지를 열거하고 있다. 첫째, 상호 작용의 특성(dyadic character)을 갖는다. 따라서 이 시기에는 식사(먹기, eating) 장애보다는 섭식(먹이기, feeding) 장애로 부르는 것이 타당하다. 둘째, 식사(혹은 섭식)장애와 성장 장애(growth disorders)의 관련 여부가 다소 불분명하다. 셋째, 여러 가지 엄격한 연구를 하는데 윤리적·기술적 문제들이 영유아기 식사 장애에서는 제한점이 많다. 넷째, 여러 유사한 개념들간의 진단적 혼란이 해결되지 않고 있다. 예로 비기질성 성장 실패(nonorganic failure-to-thrive, NFTT)와 정신사회성 왜소증(psychosocial dwarfism), 되새김장애(rumination)와 식도역류증(gastroesophageal reflux, GER) 등이다. 다섯째, 영유아기 및 아동기 섭식/식사 장애와 청소년기 및 성인기 식사 장애의 관련성 여부이다. 예로 되새김장애와 대식증(bulimia nervosa, 이하 BN), NFTT와 거식증(anorexia nervosa, 이하 AN)이 관련이 있지 않은가?에 대한 의문이 제기되고 있다.

1. 영유아 및 아동기 초기 섭식장애의 개념 및 분류

영아와 아동기 초기 아동의 약 35% 가량에서 식사와 관련한 문제가 나타난다. 이러한 혼란 섭식/식사의 어려움은 너무 많이 먹거나, 너무 적게 먹거나, 편식, 혼자 먹는 습관의 지연, 이상한 식사습관 등이 포함된다. 편식은 2세부터 점차 증가하여 3세 때 정점에 도달한다. 이러한 어머니의 40%가 자신의 아이가 성장에 필요한 만큼 먹지 않는다고 한다. 먹기를 거부하거나 토하는 등의 심한 식사 문제는 영아의 단지 1~2%에서만 보고된다.

영아기의 섭식장애의 원인, 증상, 치료를 이해하는 데는 다음 세 가지 요인에 의해서 제한을 받는다. (1) 섭식장애의 표준화된 분류의 부재로 인하여 영아기와 걸음마기의 섭식장애는 다양한 분류와 서술적인 명명으로 이루어지고 있

다. (2) 섭식장애와 성장실패(failure to thrive, FTT)사이의 중첩이 있으므로 이 용어들은 서로 교대로 쓰일 때가 많다. 그러나 이러한 연관성의 빈도는 성립이 안되어 있다. (3) 조사자의 각 그룹은 섭식장애와 FTT의 다른 측면을 제기하며 다른 진단적 근거와 방법을 사용하므로 비교하기가 어렵다.

문헌상 섭식장애는 섭식중에 생길 수 있는 문제행동, 식욕저하, 음식거부, 편식, 이식증, 반추(되새김) 및 구토까지 다양한 상태를 포함한다. 미국정신의학회의 정신질환 진단편람 4판(DSM-IV; APA, 1994)에서 섭식장애의 일반적인 정의는 섭식과 성장에 관련된 다양성을 설명하지 못하며, 치료에 적용을 하기가 어렵다. 따라서 여러 학자들이 이것을 적절하고 명확하게 구분하려고 노력하였는데 Mayes와 Volkmar(1993)은 이 문제에 대해 광범위하게 토의하면서 대부분 (1) 발병 연령, (2) 발달상 결함 유무, (3) 영아와 부모의 상호작용 행동의 차이를 고려해야 한다는 점에서의 의견을 일치하고 있다고 지적하였다. 이 가운데 가장 대표적인 두 사람-Joseph Woolston과 Irene Chatoor-의 분류를 중심으로 설명한다.

Woolston(1983, 1988)은 영유아기 및 아동기 초기 식사장애를 이식증(Disorder of Nonnutritive Substances; Pica), 단순 비만(Disorder of Excessive Weight Gain; Simple Obesity), 성장 실패(Disorders of Insufficient Growth and Weight Gain; Psychosocial Dwarfism, Rumination, NFFT)로 구분하고, 보다 세분하여 NFFT를 3가지 유형으로 구분하였다. 그는 이 구분을 어머니의 심리 사회적 특성, 영아의 행동/발달적 장애, 모-자 상호 작용의 이상이라는 세 가지 축에 의해, 제1유형(반응성애착장애; Reactive attachment disorder of infancy), 제2유형(단순영양결핍; Simple calorie-protein malnutrition), 제3유형(음식거부증; Pathological food refusal)으로 명명하였다.

이에 대해 Chatoor(1997)는 섭식장애를 Greenspan & Lourie의 초기 아동기 발달단계와 Mahler여사의 분리개별화 개념을 기초로 하여 세분하였는데, 우선 크게 두 유형으로 분류하였다. 그 첫 번째는 발달성 섭식장애(Developmental Feeding Disorder)로 연령 발달에 따라 항상성(homeostasis; 0~2개월), 애착(attachment; 2~6개월), 분리(separation)의 단계로 나누어 각각 항상성섭식장애(Feeding Disorder of Homeostasis), 애착성섭식장애(Feeding Disorder of Attachment), 분리성섭식장애(Feeding Disorder of Separation; Infantile Anorexia)로 구분한다. 두 번째는 외상후식사장애(Post-traumatic

Eating Disorder in Infant and Children)로 식사조절의 급성적인 붕괴가 특징적이며 다양한 나이와 다양한 단계로 나타날 수 있다. 여기서는 주로 Chatoor의 분류에 근거하여 논의한다.

2. Chatoor의 분류에 의한 4가지 섭식장애

1) 항상성섭식장애

구체적인 자료는 없으나 신생아와 영아에서 조절기능의 곤란이 흔하다. 소아과에서 흔하게 사용되는 병명은 영아산통(colic)이며, 성장실패와 연관되어 심한 경우에는 항상성 섭식장애로 고려된다.

원인은 영아와 어머니의 특성이 섭식의 조절의 어려움에 공헌하는 것으로 보여진다. 영아는 출생에서부터 상태조절의 어려움을 가진다. 영아는 날카롭거나 섭식시 깨어있는 것이 어렵다. 어떤 영아는 쉽게 피곤해하며 섭식 중에 산란하며 충분히 먹지 않고 섭식을 끝낸다. 어떤 어머니는 섭식 중에 환경 및 자극의 조절을 하여 이러한 영아의 취약성을 보상하는 것을 배운다. 그러나 다른 어머니들은 불안해하고 피곤해하며 우울하여 결국 영아의 섭식문제를 강화시키게 된다.

진단은 출생 후부터 섭식의 곤란과 성장 지연을 보인 영아는 이 진단을 필요로 한다. 어머니의 임신력 및 분만력, 영아의 섭식, 발달 및 병력을 알아야 하며 어머니의 기능 및 사회지지 체계를 탐색할 필요가 있다. 또한 섭식 중에 모와 영아를 관찰해야하며 놀이 중에 영아의 특성을 관찰해야하며 영아의 상태와 섭식 행동의 조절, 어머니의 영아의 신호를 읽고 반응하는 능력을 읽어야 한다. Chatoor(1991)은 이 장애를 가진 모와 영아가 대조군에 비해 상호작용이 적은 것을 발견하였다. 생애 처음 몇 달 동안에 섭식, 수면, 감정조절의 기초가 생긴다. 이러한 첫 몇 개월 동안의 섭식문제를 가진 영아는 대개 어머니에게 불안을 일으키며 생후 2세 때 자기 스스로 먹기로의 전환 시에 자기조절의 어려움을 갖는다.

치료는 영아, 모, 모-자관계에 대해 향해져야 한다. 심한 경우 영아의 성장이 심하게 제한될 때 튜브를 이용한 식사(nasogastric tube feeding)가 필요하다. 이런 경우 영아의 성장에 필요한 영양소가 공급이 되므로 어머니가 안정이 된다. 안정이 된 어머니는 영아와 잘 조화되므로 긴장의 대립관계가 깨진다. 중재는 어머니의 불안, 피로감, 우울감에 일차적으로 맞추어지기도 하는데 이는 어머니로 하여금 좀 더 효과적으로 영아를 다룰 수 있게 도와준다. 쉽게 날카로와 지거나 자극에 쉽게 과부하 되는 아동은 전화나 다른 방해요소가 없는 조용한 방에서 수유되어야 한다. 치료자는

어머니로 하여금 아동의 신호(cue)에 효과적으로 반응할 수 있도록 교육하여야 한다.

2) 애착성섭식장애

흔히 문헌상 모성 박탈(maternal deprivation), 박탈 왜소증(deprivation dwarfism)으로 설명되었다. 이러한 영아의 성장 실패와 발달지연은 영아의 불완전한 애착을 이끄는 아동의 방임과 학대의 연장으로 고려된다. 다양한 명명으로 인하여 역학을 검사하기는 어렵다. Chatoor(1993)는 낮은 사회경제적 계층에서 여기에 해당하는 사례가 많음을 보고하였다. 성장이 안되고 애착장애를 보이는 환자의 어머니에 대한 문헌-성격 장애, 정동장애, 알코올 및 약물 남용-이 많다.

진단은 (1) 영양상태가 급격히 안 좋아져서 소아과에 급성입원이 된다. 입원기간동안 정신과 자문은 영아의 성장과 발달문제에 대한 진단과 치료를 돕게 된다. 검사는 영아의 섭식, 발달력, 임신 및 출산, 가족 사항, 사회적지지 등이 포함된다. (2) 많은 어머니들이 의심이 많고 개입이 힘들기 때문에 모의 심한 정신질환, 우울증, 술이나 약물중독을 배제하기 위해 약식의 정신상태검사를 하는 것이 좋다. 어머니들이 전문가를 피하므로 모-자의 상호작용을 관찰하여 간접적으로 얻는다. (3) 영아의 직접적인 관찰과 검사: 특징적으로 입원 첫 며칠간은 기운이 없고, 제대로 먹지 못하며, 눈길을 피한다. 안아 일으켰을 때 건강한 아이처럼 꼭 껴앉아지지 않는다. 그러나 집중적인 간호를 받으면 쾌활해지는 것으로 보인다. 점차 반응을 하며 웃기 시작하며 잘 먹으며 체중이 는다. 이러한 급격한 변화는 기질적인 문제가 있는 아동과 구별되게 한다.

다양한 치료적 시도가 가정내 치료부터 입원까지 제안된다. NFTT의 원인이 다양하므로 환자에 따라 특정한 중재가 요구되어진다. Schmitt & Mauro(1992)는 영아가 12개월 이상이며, 부모가 지지체계를 갖고 있으며, 선행된 질환으로 의학적인 도움을 찾은 적이 있으며, 모에게서 박탈 행동의 증거가 보이지 않는 경한 방임의 경우 외래치료를 고려하도록 하였다. 그러나 영아가 손상과 관련되었거나, FTT가 심각하거나, 위생이 심각하게 방임되었거나, 모가 심각하게 불안정하거나, 약물이나 알코올이 남용되었거나, 어머니가 혼돈된 생활방식으로 살거나, 스트레스에 압도되어 있다면 즉각적인 입원이 필요하다고 하였다.

3) 분리성섭식장애(영아 식욕부진증)

1983년 Chatoor & Egan(1983)는 분리-개별화시기에 발병하는 섭식 거부를 하는 9증례를 발표하면서, 이를 분리장애로 불렀으나 후에 신경성 식욕부진증과 유사하여 영아

기 신경성 식욕부진증(infantile anorexia nervosa)으로 불렀으며 결국은 영아 식욕부진증(infantile anorexia)으로 명칭하였다. 영아 식욕부진증은 흔히 자기 스스로 먹는 것(self-feeding)으로 전환하는 시기인 9~18개월 사이에 흔히 시작된다. 어머니의 강한 노력에도 불구하고 아동은 음식 거부와 성장실패를 나타낸다. 아동에게 먹이려고 하는 어머니의 강한 노력은 결국 갈등이 되며 양자관계의 상호성이 적어진다. 어머니와 상호관계의 반응으로 걸음마기의 아동은 먹거나 먹는 것을 거부하게 되어 섭식이 내부적으로 조절되는 것이 아니라 외부적으로 조절되는 것이 된다.

원인으로 Chatoor는 상호관계모형(transactional model)을 제안하였는데, 이 모델에 따르면 아동의 성격이 어머니의 취약성과 반응하여 부정적인 반응을 가져오며 상호관계의 갈등을 가져온다. 아동은 강한 대인관계의 예민성, 배고픔의 신호가 빈약하고, 고집을 보이며, 어린 시절 부모로부터 과잉조절과 감정적 비효용성을 경험한 어머니는 과잉 조절과 제한을 하게 됨으로서 갈등을 일으키게 된다. 한계 설정과 양육사이에 모는 불안정하게 되어 모의 반응이 일정치가 않아 아이와 갈등되게 한다. 생후 9~18개월 사이에 분리-개별화의 일반적인 발달과업은 섭식 관계에서 특별한 의미를 가져오게 된다. 아이의 입에 누가 스푼을 넣는지가 자율성 대 의존성의 문제로 어머니와 아이는 흥정하게 된다. 어머니는 아이가 자신의 입을 벌리는 것을 왜 거부하는지, 아이가 스스로 먹기를 원하는지, 배가 부르지를 생각할 필요가 있다. 어머니가 아이의 신호를 바르게 알아차리고 반응한다면, 아이는 배고픔의 생리적인 느낌과 감정적인 경험으로부터 오는 충만감을 배울 수 있게 될 것이다. 이러한 경우 아이의 음식섭취는 배고픔과 배부름의 생리적인 신호를 통해 내부적으로 조절할 수 있게 될 것이다. 다른 한편 아이가 감정적으로 지쳐있을 때 먹게 하거나 장난감으로 아이의 집중력을 흐트려 놓고 음식을 아이의 입에 집어넣는 등 어머니가 반응을 부적절하게 한다면 아동은 섭식과 감정을 연관시키는 것을 배우게 된다. 이러한 경우 아이의 섭식은 양육자와의 감정경험과 연결되어 외부적으로 조절하게 된다.

경과 및 치료에 대해서 아직 체계적인 연구가 부족하다. 어떤 어른들은 자신이 어렸을 때 어머니와 식사 때문에 갈등했으며 잘 자라지 않았고 마르고 작았으나 동료로부터 음식섭취를 자극 받고 성장이 많이 되었음을 보고하기도 한다. 정신치료적 중재의 주된 목표는 아이가 식사를 내적 조절을 하게끔 촉진하는 것이다. 중재는 다음 세 가지 구성을 이루어진다. (1) 아이의 기질적 특성과 발달상의 갈등을 조사하고, 모에게 설명하여 기대되는 배고픔의 신호가 없음과

Table 1. Table rules

1. Schedule meals and snacks at regular 3- to 4-hour intervals and do not allow a child to snack or drink between intervals.
2. Limit meal time duration to 30 minutes.
3. Praise the child for self-eating but stay emotionally neutral whether the child eats little or a lot.
4. Do not allow playing with distracting toys or watching television during meal time.
5. Eliminate desserts or sweets as a reward but integrate them into regular meals.
6. Put the child in "time-out" for inappropriate meal time behaviors.

source : Irene Chatoor, Feeding and Other Disorders of Infancy or Early childhood. pp691, 1997

식사 상황에서 조절에 대한 아이의 노력이 있음을 이해시킨다. (2) 모의 유아기 훈육을 탐색하여 자신의 아이에 대한 영향을 이해시킨다. (3) 식사의 내적 조절과 외적 조절 개념을 설명하여, 어머니로 하여 한계를 정하게끔 도와주고 배고픔을 자각하도록 도와주어 내적 조절을 이끄는 식사 규칙(mealtime routine, food rule)을 발달시킨다. (4) 그 외에 다음과 같은 식사 규칙을 지키도록 한다(Table 1).

4) 외상성 섭식장애

Chatoor 등은 choking(질식)경험이 있는 후 음식을 거부하며, 질식될 것이라는 공포에 마음을 빼앗겨 질식되어 죽는 꿈을 꾸고, 음식을 주었을 때 그 음식이 치워질 때까지 강한 불안과 공황현상이 증명되는 유아들을 외상성 섭식장애라고 기술하였는데, 다른 표현들로서 음식거부(food refusal), 음식공포(food phobia), 음식혐오(food aversion), 섭식저항(feeding resistance) 등이 있다. 정확한 유병률에 대해서는 알려져 있지 않으나 심한 의학적 문제를 가진 환아들의 생존이 증가함에 따라 이들 질환이 증가되었을 것으로 추정된다.

원인은 심한 구토, 사래들림, 질식, 인후부위에 대한 처치(튜브 삽입 등) 등이 유아에게 고통 또는 놀란 경험이 되어 음식에 노출이 되었을 때 강한 불안을 보이는 것으로 추정된다. 또한 이들은 아픈 경험 뒤에 섭식장애뿐만 아니라 수면장애도 발생함을 보였다.

몇몇 유아들은 유동식이든 고형식이든 어떤 종류의 음식도 거부한다. 음식에 대한 그들의 공포는 어떤 배고픔도 잊게 한다. 이들 유아들은 심한 탈수에 빠질 수 있으므로 응급 처치를 요한다. 더 흔하게는, 우유병을 사용하여 우유를 먹는 것을 거부하는 유아가 다른 유아식은 받아 드리는데 이는 우유를 먹은 후 심하게 토한 경험과 연관되는 것으로 생각된다. 또 다른 유아들에서는 우유병으로 먹는 것은 받아 드리나 숟가락을 사용하여 먹는 것을 거부하는데 이는 숟가

락을 사용해 먹다가 심한 구역 증상이 나타났던 경험과 유관한 것이다. 어떤 유아들은 유아식을 잘 먹지만 조그만 덩어리가 있으면 모두 뱉는 경우도 있다. 이러한 음식 거부에 빠진 유아들은 제한적인 섭취로 인해 대개 체중이 줄거나 어떤 종류의 영양소가 결핍되게 된다. 음식 거부가 발생한 시기, 의학 및 발달력 등에 대한 전반적인 문진에 더하여 음식을 먹을 때 유아와 엄마를 관찰하는 것은 이 질환과 다른 종류의 질환(infantile anorexia, picky eating)을 구별하는데 필수적이다. 이때 아기엄마로 하여금 유아가 받아드리지 않는 음식과 받아드리는 음식을 여러 종류 가져오게 하는 것이 도움이 된다. 외상성 섭식장애를 가진 유아들은 특정적으로 음식이 눈앞에 보이지 않는 한 엄마 품에서 편안해 보인다. 몇몇 유아들은 식사용 의자에 앉혀 놓았을 때 보채기 시작하며 빠져 나오려고 한다. 또 다른 아이들에서는 공포스러운 음식이 나오기 전까지는 매우 잘 먹는다.

이들에 대한 체계적인 추적관찰 자료가 없지만 몇몇 유아들은 나중에 위수술(gastrostomy)로 생명을 유지하였고 다른 몇몇 아이들은 학령기에 이르기까지 우유로만 살았다. 흔히 장기 화되는 경우에는 아이의 음식 거부가 어떻게 시작되었는지 부모들이 기억하지 못하기 때문에 더 많은 긴장이 발생할 수 있다. 치료는 이 질환의 복잡성으로 인해 이들 유아들과 부모에게는 다학제적 팀접근이 필요하다. 정신과적인 치료 전에 의학적, 영양학적인 평가가 필요하다. 심한 경우에는 일시적인 튜브 식사를 할 것인지 위수술을 시행할 것인지 결정해야 한다. 덜 심한 경우에는 정신과적 치료 전 식사 습관에 따라 어느 영양소가 결핍되었는지에 대해 평가해야 한다. 이러한 질환의 정신과적인 치료는 탈감작(desensitization)으로서 먹는데 대한 두려움을 없애주는 것이다. 이때 가장 중요한 것은 부모들이 외상 후 음식 거부에 대해 그 역동을 이해하고 치료에 적극적으로 참여하게 하는 것이다. 두려움을 일으키는 대상(식탁용 높은 의자, 젓병, 어떤 형태의 음식 등)에 대해 파악한 후 천천히, 또는 빠르게 노출시켜 탈감작을 일으키게 한다. 그러나 이의 효과에 대한 체계적인 평가는 없는 상태이다. 탈감작과정 동안 유아는 음식물을 삼키는 것을 위해 reinforced 받게 되는데, 일단 환아가 음식을 먹는 것에 편안하게 되면 스스로 배고프고 배부른데 대해 반응하는 내적 조절을 회복하게 된다.

2. 기타 영유아기 섭식장애

1) 성장실패(Failure to thrive, FTT)

체중증가의 현저한 감소, 감정적 사회적 발달의 지연이 특징적이다. FTT는 소아과입원의 1~5% 발생하는 흔한 장애이다. 일차진료기관을 방문하는 저소득층아동의 연구

에서 거의 10%가 연령에 비해 5 percentile 미만으로 보인다. FTT는 많은 문헌에서 병원증(hospitalism), anaclitic depression, institutionalism, environmental retardation, maternal deprivation syndrome, psychosocial deprivation dwarfism, deprivation dwarfism, environmental failure-to-thrive 등 혼용하여 쓰이는 용어가 많다.

FTT는 3세 이전에 발병을 하는 장애이다. 전형적으로 2세 전에 발생하는 경우는 음식이 박탈되었거나 영양이 흡수가 잘 안 되는 일차적으로 생리적 질병이다. 걸음마시기에 발생하는 FTT는 아이와 양육자사이의 상호작용의 어려움이 있다. FTT의 결과는 다양하며 이는 장애의 이질성 때문이다. 위험요소는 영양부족의 정도와 만성도, 발달지연의 정도와 만성도, 영아와 양육자간의 역기능 관계의 심각도와 기간, 내과적 질환의 심각도이다. 결과에 영향을 주는 일반적인 요인은 사회경제적 위치, 모의 교육정도, 부모의 정신 질환, 가족의 사회적기능 등이다.

2) 되새김증(Rumination disorder)

특별한 의학적 질병을 갖지 않는 상태에서 음식을 반복해서 토해내고 그 음식물을 다시 씹어서 먹는 것을 말한다. 되새김증은 흔하지 않은 질환으로 소녀보다는 소년에서 조금 더 잘 발생하며 정신지체 아동에서 또한 잘 볼 수 있다.

원인은 여러 가지 학설이 있지만, 아직 구체적으로 밝혀져 있지 않다. 어떤 시점에서, 유아는 구토를 일으키는 방법을 배우게 되고 그것은 자기-조절을 성취하기 위해 되새김으로 바뀌게 된다. 이는 유아가 돌보아주는 사람으로부터 관심을 끌거나 긴장 해소함을 받는데 실패하게 되면 되새김을 스스로를 달래는 목적으로 사용하는 것처럼 보인다. 일단 아이가 자기 조절의 방법으로 되새김을 보이면 이는 고치기 매우 어려운 습관(예를 들면 머리짚기, 머리카락 쥐어뜯기)처럼 된다.

자연발달을 보이는 아이를 제외하고 되새김증의 시작은 대부분 생후 첫 1년 간이다. 대개의 유아와 어린이들에서 자연적으로 회복되는 것으로 알려져 있지만 반추로 인한 전해질 이상, 체중감소, 탈수, 그리고 사망까지 보고되어 있으므로 신중하게 다루어져야 한다.

원인에 대한 다양한 가설로 인해 여러 가지 치료방법이 제안되었다. 식도역류를 방지하기 위한 수술적 치료 및 초기에 기계적인 억제장치 사용하는 것 외에 기본적으로 행동요법과 정신역동 또는 두 가지 모두를 사용한다.

3) 이식증(Pica)

발달 수준에 부적절하게, 음식물이 아닌 물질을 먹는 것을 말하는데, 특징적으로 이들 어린이들은 석고, 종이, 페인

트, 옷, 머리카락, 끈충, 동물의 대변, 모래, 조약돌, 먼지 등을 먹는다.

이식증은 대개 12~24개월 사이의 유아에서 발생한다. 이 연령의 유아는 정상적으로도 물건을 입에 가져가기 때문에 진단을 내리기가 쉽지 않다. Chatoor 등은 소아과에 방문한 다양한 인종과 경제사회적 수준을 가진 12~36개월 사이의 어린이를 가진 어머니들을 조사한 결과 22%에서 먹을 수 없는 물건을 입에 넣는 것을 어머니들이 관찰하였다고 보고하였다. 이들 행동은 나이에 거의 비례하여 감소하는 소견을 보였다. 12개월의 유아중 75%가 음식물이 아닌 물건을 입속에 넣는데 반해 3세에서는 평균 15%만이 그와같은 행동을 보였다. 대부분의 이들 아동은 잘 먹었고(88%), 그들의 어머니들은 자녀들의 성장에 대해 큰 관심이 없었다. 지능저하 아동에서의 이식증 유병률은 10~33%로 조사되었다.

많은 경우에 이식증은 자연적으로 몇 달 내에 회복되는 것으로 알려져 있지만, 몇몇 아동에서 심한 발달 장애가 동반됨이 지적되고 있다. 또한 청소년기 등 생애 후기 정신병리와 관련이 있다고 보고되기도 한다. 이식증이 있는 아동과 가족을 사회심리적 치료에 도입할 뿐만 아니라 해당 아동에 대한 의학적인 치료가 매우 중요하다. 아동의 어머니는 이식증의 위험성에 대해 경각심을 가져야 하며 어린아이에게 안전한 환경이 무엇인지 알아야 한다. 여기에는 오래된 물건의 페인트칠로부터 납이 제거되어야 한다는 것과 애완동물에게 구충제를 먹여야 한다는 것이 반드시 포함되어야 한다. 그 외에 행동치료(혐오 요법 등; aversive or nonaversive), 신체 결박, 그룹 및 개별 놀이치료, 타임아웃 및 과교정법 등의 방법이 사용되기도 한다. 결론적으로 포괄적인 평가가 어떤 종류의 치료가 각 아동과 가족에게 적절한지 반드시 결정되어야 한다.

청소년기 식사장애

1. 청소년기의 식사 및 신체에 대한 중요성

청소년기(adolescence)는 사춘기(puberty) 변화로 시작하는데, 사춘기 변화는 신체적으로 심리적으로 아동기에서 성인기로 이행하는 시기로 급격한 변화를 겪는다. 신체적으로는 이차 성징의 출현, 신체 급등(growth spurt)의 두 가지 변화를 특징으로 한다. 심리적으로는 이같은 신체 변화에 대해 적응, 부모로부터의 심리적 독립, 자아 정체감(ego identity)의 확립의 발달 과제를 갖는다. 따라서 이들에게 식사 행태, 신체 변화는 매우 예민하고 중요한 관심사가 될 뿐 아니라, 이와 관련하여 많은 문제가 발생한다. 체

중 및 비만의 문제와 관련하여 다이어트나 살빼기, 정반대의 과식(overeating) 및 폭식(binge eating)의 문제가 있다. 불규칙한 식사 습관이나 지나친 인스턴트 식품의 섭취 등도 문제가 될 수 있다.

따라서 청소년들은 이같은 청소년기의 특징과 함께 최근 한국 사회의 급격한 경제 발전으로 인한 식생활 조건 개선과 생활이 서구화되면서 영양 결핍의 문제보다는 오히려 과체중, 비만이 문제로 대두되고 있다. 서울 시내 여중고등 학생 1,000여명을 대상으로 홍은경 등(1995)의 조사에 의하면 전체 대상 학생들의 85.1%가 자기 체중에 만족하지 못한다고 하였는데, 특히 적정 체중(체질량지수 : body mass index, 20~25 kg/m²)을 유지하는 학생중에서 98%, 마른 학생(체질량지수 20 kg/m² 이하)의 66.3%가 자신이 체중이 많이 나간다고 생각하였다. 더욱이 전체 응답자의 절반 가까운 42.4%가 체중 관리를 하고 있는 것으로 답하고 있었다. 이것은 청소년들에게서 체중과 관련된 몸매, 식사 행태의 문제가 얼마나 중요한 관심사인가를 간접적으로 시사하고 있다. 그 외에 서울 및 양평 지역의 남녀 중고등학생 2,500 여명을 조사한 최준호 등(1998)의 조사에서도 서울 5.4%, 양평 5%로 상당히 많은 청소년들이 심각한 식사 행태(식사태도검사 : Eating Attitude Test-26, 상 고위험도인 20점 이상)를 보여주고 있었다. 따라서 앞으로 비만이나 식사 문제를 접근함에 있어서 이들 청소년들의 발달 과정상 부딪치는 신체적, 심리적, 사회적 문제들과 관련하여 이 문제를 비중있게 다루어야 함을 시사하고 있다.

2. 대식증(Bulimia nervosa)

의학에서 체중, 식욕, 섭식 이상에 관해서 관심을 갖은 것은 아주 오래 전부터이다. 특히 거식증(拒食症, 신경성식욕부진증, anorexia nervosa : AN)은 아주 오래 전부터 간헐적으로 언급되던 것이 1868년, William Gull에 의해 재조명되면서 처음에는 <aepsia hysterica>로 명명되었다가 1874년 <anorexia nervosa>로 재명명되었다. 동시에 프랑스에서 Laseque도 <anorexia hysterique>라고 하는 상태를 기술하면서 정신 상태의 이상에서 유래하는 것으로 추정하였다. 이같이 이 질환의 원인이 정신적인 것으로 추정되면서 Charcot나 Janet과 같은 19세기말의 초기 정신의학자들은, 잠재적인 성적 갈등의 증상으로 나타나는 히스테리의 일종으로 간주하기도 하였다. 그 후 송과선(pituitary gland)이 발견됨에 따라 송과선의 이상과 이 질환의 관련성을 찾으려는 연구가 활발해지면서 심리적 연구는 다소 주춤하게 되었다. 그러던 중 1960년 Bliss와 Branch가 공동으로 저술한 <Anorexia Nervosa : Its History,

Psychology, and Biology>가 발간되면서 이 질병에 대해서 다시 정신의학에서 관심을 갖게되었고, 그 후 이 질환에 대한 진단 기준이 마련되고 미국정신의학회에서 1980년 공식적으로 진단명에 포함함으로써 확실한 질병 단위로 인정을 받기에 이르렀다.

대식증(大食症, bulimia)은 영어에서 어원적으로 “소가 먹는(canine 혹은 ox hunger)”이란 뜻을 지니는데, 신경성 식욕부진과는 별개의 경로로 관심을 끌어 왔다. 예를 들면 과거 로마제국 말기에 귀족들이 잔치를 벌이면서 지나치게 먹은 후 먹을 것은 많은데도 불구하고 배가 부르기 때문에, 토한 후 위를 비우고 나서 다시 먹고 하는 <Roman vomitorium> 현상, 그 후 이와 비슷한 개념의 <bulimia emetica>등이 있었다. 영국의 Sir William Cullin이 <Methodological System of Nosology, 1772>라는 문헌에서 대식증을 식욕 장애의 하나로 기술했으나, 최근까지도 대개 다른 질병의 증상으로 취급되었다. 그 후 1975년 미국정신의학회의 진단 분류 개정 시안(DSM-III draft)이 독립된 질병 단위로 등장하기까지 의학 문헌에 거의 등장하지 않았다.

현재는 이들을 묶어서 식사장애(eating disorder : 섭식, 식이, 식음 장애 등 다양하게 번역되어 아직 용어가 통일되어 있지 않다)로 분류하고 있는데 두 질환 모두 환자들이 자신의 몸매와 체중에 집착하며, 음식 섭취를 조절하는데 어려움을 느끼는 공통점을 갖는다. 그렇지만 이 둘은 앞에서 살펴본 것과 같이 전혀 다른 배경으로 의학에서 관심을 갖게 되었고, 비록 상당히 많은 환자들이 두 가지 질병을 공유하기도 하지만, 서로 다른 특징을 갖고 있다. 거식증은 “최소한의 정상 체중의 유지를 거부하는 것”이 특징인데 비해, 대식증은 “반복되는 폭식(暴食, binge eating)과 이에 따른 부적절한 보상행동(purging) - 즉, 구토 유발, 이뇨제나 하제의 사용, 단식 및 다이어트, 지나친 운동 -”이 특징이다. 따라서 대식증 환자에서는 반복적인 폭식과 보상 행동 유무가 중요하고, 저 체중이나 기타 거식증의 특징은 문제가 되지 않는다. 섭식 장애의 공통점과 차이점을 Table 2에 정리하였다.

이같이 대식증은 거식증과 공통점을 갖기도 하지만, 그것과는 다른 특징을 갖는데 최근에 이르러서야 독립된 질병 단위로 인정을 받고 있고, 최근에 Table 3에 제시된 것과 같은 진단 기준이 마련되었다. 대식증의 원인에 대해서는 아직 명확하지 않다. 날씬함을 추구하는 사회적 가치 기준의 변화에 따른다는 설, 굶은 것에 대한 신체적·심리적 결과로 폭식을 초래하고 보상 행동을 함으로서 폭식 후의 불안감과 스트레스를 완화시킨다는 설, 엔도르핀 생산의 증가

Table 2. Eating disorders : Similarities and differences

| Problem areas | AN | BN | CO | OB |
|---------------------------------------|---------------------------------|--|----------------------------|----------------------------|
| Typical weight level normal | 15% or more below normal weight | Normal to 10% above or below normal weight | Normal weight to obese | 20% or more above weight |
| Binge eating | Episodic | Frequent | Frequent | Occasional |
| Preferred weight control method | Severe fasting | Purging | Frequent restrictive diets | Frequent restrictive diets |
| Body image distortion | Yes | Yes | No | No |
| Forbidden food | Avoid | Binge on them, if purging is possible | Binge on them | Not applicable |
| Anxiety after eating | Yes | Yes | No | No |
| Influences of mood on binges | Yes | Yes | Yes | Yes |
| Presence of secondary psychopathology | Severe | Moderate to severe | Moderate | Normal to moderate |

AN = anorexia nervosa, BN = bulimia nervosa, CO = compulsive overeater, OB = obese

(Source : Williamson DA, Assessment of Eating Disorders, Pergamon Press ; New York, 1990, pp30)

Table 3. DSM-IV Diagnostic criteria of Bulimia nervosa

- A. Recurrent episodes of binge eating. An episode of binge eating is characterized by both of the following :
- (1) eating, in a discrete period of time(e.g. within any 2-hour period), an amount of food that is definitely larger than most people would eat during a similar period of time and under similar circumstances
 - (2) a sense of lack of control over eating during the episode(e.g., a feeling that one cannot stop eating or control what or how much one is eating)
- B. Recurrent inappropriate compensatory behavior in order to prevent weight gain, such as self-induced vomiting ; misuse of laxatives, diuretics, enemas, or other medications ; fasting ; or excessive exercise.
- C. The binge eating and inappropriate compensatory behaviors both occur, on average, at least twice a week for 3 months.
- D. Self-evaluation is unduly influenced by both body shape and weight.
- E. The disturbance does not occur exclusively during episodes of anorexia nervosa.

에 의한다는 설, 가족내의 부적응과 정신적 갈등에 의한다는 설 등 아직 논의가 분분하다.

그 발생 빈도도 명확하지 않은데 미국에서의 예를 들면 청소년기 및 청년기 여성의 약 1~4% 정도로 추정되고, 환자의 대부분이 여성이다. 횡문화적으로 최근에 섭식 장애의 빈도가 점차 증가하고 있는 것을 보여주는데, 무엇보다 일본에서의 급격한 증가가 보고되고 있다. 그 외에 유럽 여러 나라, 혹은 아프리카, 아시아 각 국 등에서는 아직 두드러지지 않지만, 최근 스페인, 체코 및 헝가리 등 민주화를 겪는 유럽 국가들에서 거식증을 포함한 대부분의 섭식 장애가 급격히 증가하고 있다고 한다.

섭식 장애는 여러 가지 신체적 합병증을 초래하는데 거식증에서는 체중 감소와 관련한 전신적인 합병증을 초래하는

데 비해, 대식증에서는 주로 폭식과 보상 행동에 관련된 합병증을 초래한다. 예를 들면 폭식과 관련하여 급격한 위확장에 의해 쇼크를 초래할 수 있고, 구토의 유발에 의해 식도 파열, 탈수, 대사성 알칼로시스, 전해질 부족, 허약, 탈진, 부정맥, 치아 에나멜 부식과 충치가 초래되며, 침샘 확장, 혈중 아밀라제 증가, 구토제 사용에 의한 저혈압, 빈맥, 심전도 이상, 간효소 증가 등이 초래된다.

대식증을 포함한 섭식장애에서는 먼저 충분한 평가를 거쳐야 한다. 섭식장애검사(Eating Disorders Examination, EDE)와 같은 반구조화된 면담도구를 이용하거나, 그 외에 섭식장애질문지(Eating disorders Questionnaire), 섭식장애진단적조사(Diagnostic Survey for Eating Disorders), 섭식장애도구(Eating Disorders Inventory, EDI)등의 질문지를 이용하여 초기 평가를 시행한다. 이같은 초기 평가 후 섭식장애와 관련된 증상들-체중, 월경, 식습관, 약물 사용을 포함한 보상 행동, 신체 상(body image), 기호 음식 등을 평가한다. 이것과 함께 정신과 병력 여부, 신체 건강, 가족 사황을 평가한다.

치료는 외래 통원 치료와 입원 치료로 나누어 시행하는데 자살의 가능성, 심각한 알코올 혹은 약물 남용, 심각한 신체 합병증 혹은 정신과 병력을 동반한 경우에는 입원 치료를 우선으로 한다. 이것이 결정되면 영양 상담, 인지-행동 요법, 그 외 행동 요법 혹은 정신 요법, 가족 요법, 및 약물 요법을 필요에 따라 처방한다. 거식증의 치료에서 가장 중요하게 간주되는 인지-행동 요법의 원리를 간단히 소개하면 다음과 같다(Table 4). 이 치료법은 외래 치료로 대개 약 5개월 정도가 소요되며, 전체는 3단계로 구성되며 총 19회이다.

약물 요법을 보면 1984년 미국 하버드 대학의 Harris-

Table 4. Cognitive-Behavioral Therapy(CBT) of bulimia nervosa

| |
|---|
| Stage I(8 sessions, twice a week) : |
| To explain the rationale underlying the cognitive-behavioral treatment approach |
| To replace binge eating with a stable pattern of regular eating |
| Stage II(8 sessions, once a week) : |
| Further attempts are made to establish healthy eating habits with there being particular emphasis on the elimination of dieting |
| Stage III(3 sessions, every other weeks) : |
| To maintain the changes following treatment |

on과 James의 <New Hope for Binge Eating>이라는 저서에서 항우울제의 사용이 유용하다는 보고후 이에 관해 많은 관심이 집중되었다. 결과는 폭식의 빈도를 평균 50~60%까지 감소시키고, 이와 함께 구토 및 음식에 대한 집착도 감소시켰다. 마지막으로 이 약물의 효과는 환자의 우울상태와 관계없이 나타났다. 그러나 그 이후 약물 치료의 제한점이 점차 대두됨에 따라 최근에는 명백하게 우울 증상이 동반하거나, 인지-행동 요법이 실패한 경우에 사용할 것을 권고하고 있다. 대개 삼환계 항우울제나 단가아민 효소억제제(MAOI)는 항우울제로 사용할 때와 비슷한 용량을 사용하고, 프록세틴(flouxetine)은 약 60 mg/d를 사용한다. 그 외에 다른 요법들은 환자의 상태에 따라 시행 여부를 결정한다. 예후는 아직 장기적인 것은 알려져 있지 않고 대략 50% 이상에서 호전을 보이는 것으로 보고되고 있다.

3. 사춘기이전의 식사장애

아동기(혹은 사춘기이전)발병 식사장애(특히 거식증)는 아직 청소년기 혹은 성인기발병 장애에 비해 충분히 알려져 있지 않다. 최근 몇 개의 역학조사연구 혹은 임상사례연구를 통해 일부가 밝혀지고 있지만 매우 부족한 형편이다. 따라서 이들과 청소년기 및 성인기 장애와의 관계를 논의하는 것은 아직 부족하고 불충분한 점이 많지만 현재까지 연구된 자료를 토대로 몇 가지, 특히 발달학적 관점에서 논의한다.

먼저 발생빈도를 보면, 전체 AN의 4~8%가 아동기발병으로 알려져 있다. AN 자체의 발생 빈도가 낮기 때문에, 아동기 발병은 매우 드물다. 그리고 임상 양상에서도 아동기 AN에서는 폭식형이 적고, 단식형이 더 많은 것으로 알려져 있다. 또한 성별에서도 소년의 발생빈도가 비교적 높아서 약 26~28%를 차지한다(Casper 1995). 이들에게는 유발요인이 매우 중요한 역할을 하는 것으로 알려져 있는데, 생활사건이 발병 전에 선행하는 수가 많다. 다양한 생활사건이 선행하는데, 공통적인 것은 불안과 우울을 초래하고 이것이 자제력과 안정감을 위협하고 아동으로 하여금 식욕저하를 초래하는 것으로 믿어진다. 식사 장애와 관련된 선행

요인으로 AN와는 유행식(food fads), 깨작거림(picky eating), BN는 이식증(pica)와 식사와 관련된 가족 갈등(family conflicts during meals)이 거론되고 있다. 또한 신체성속도와도 관련이 있는데, 조기성숙군이 신체에 대한 관심이 증가하면서 AN의 위험도가 높아진다.

Pugliese 등(1983)은 비만에 대한 두려움과 관련하여 자기 스스로 열량섭취를 제한하여 왜소증과 사춘기가 늦어지는 일련의 아동들을 보고하면서, 아동기 AN와 구별하고 있다. 이들은 신체상에 대한 왜곡이 관찰되지 않고, 소년의 비율이 높고, 구토, 지사제 사용 및 운동에 대한 집착이 없었다. 그리고 소아과 내분비센터에서 영양 및 정신의학적 상담에 잘 반응하였다. 이들의 주장과 같이 아동기 식사장애는 신경성 식욕부진증과 다소 다른 양상을 보이는 또 다른 질병군이 존재하는지, 혹은 아동기 AN가 성인기 AN와 불연속선상에 있는 것인지 여부는 아직 확실치 않다. 하지만 위에서 논의한 몇 가지 임상적 및 역학적 차이점이 관찰되고 있는 것은 사실이다. 이 점에 대해서는 앞으로 좀 더 연구가 되어질 사항이다.

식사장애의 진단 및 평가

아동이 식사관련장애가 의심되면 우선 체중, 신장, 피부 두께를 포함한 전반적인 건강 상태를 측정하고 점검한다. 경우에 따라서는 골연령(bone age)을 위해 X-선 촬영을 하기도 한다. 이것을 위해서는 보통 손목이나 골반을 촬영한다. 이와 함께 여자 아이의 경우는 골반 초음파검사를 시행하여 난소 및 자궁의 발육 상태를 재기도 한다.

이와 같은 전반적인 건강 상태를 점검한 후에 식사장애 여부에 대한 평가, 행동 평가, 신체상 평가, 이차적인 정신병리 여부에 대한 평가 및 가족 사항에 대한 평가로 나누어 평가를 시행한다. 이것을 평가하는데는 각각 인터뷰(면접법)와 질문지(자기보고형)를 이용한 평가가 함께 혹은 별도로 시행된다.

1. 식사장애에 대한 평가

앞에서 이미 논의한 식사장애 진단 기준이나 특성을 염두에 두고 개별 혹은 가족들을 대상으로 면접을 시행한다. 여기에서 중점을 두는 것은 체중 및 신체상에 관한 사항, 이상 식사행동 여부, 체중 조절의 방법, 정신 상태에 관한 사항이다.

체중 및 신체상에 관한 사항에 대해서는 현재 아동의 체중 및 키, 과거 체중에 관한 사항들, 그리고 앞으로 바라는 체중에 관해서 질문한다. 그리고 이러한 신체상의 왜곡 여부 뿐 아니라, 이에 관련된 자긍심, 생활 적응(예, 짧은 소매 옷

을 안 입는다, 수영장을 가지 않는다 등)에 대해 알아본다.

이상 식사행동 여부에 대해서는 먼저 폭식을 하는지 여부를 알아보는데, 사실 폭식을 명확하게 규정하는 것은 아직도 의견이 분분하다. 그 외에 어떤 특정 음식을 선호하는지, 그리고 어떤 음식은 안전한 것으로 어떤 것은 금지하거나 나쁜 음식으로 간주하여 절대로 먹지 않는 것이 있는 지 등에 대해 평가한다. 특히 금지 음식("forbidden" food)는 열량이 높은 것으로 알려진 짹짹한 스낵, 사탕, 아이스크림 등으로 종종 이런 음식들이 폭식이나 구토를 유발하기도 한다.

체중 조절 방식으로 매우 다양한 방식들이 동원된다. 가장 흔히 음식 제한부터 시작해서 구토, 변비약 사용, 운동 등이 있고, 그 외에 약물 복용, 특별한 다이어트 방법들이 매우 다양하게 이용된다.

마지막으로 정신 상태에 관한 사항들로 정신 질환 여부, 특히 우울증, 불안장애, 성격 이상, 물질 남용 여부가 평가되어야 한다. 이러한 개별적인 사항에 덧붙여 가족 및 사회 생활에 대한 사항, 학교 및 교우 관계, 치료에 대한 동기 여부, 전반적인 건강 관련 사항들(생리, 속쓰림, 소화, 피곤 여부 등등)에 대해 평가한다.

이러한 인터뷰 방식은 비구조화된 상태에서 임상가가 적절하게 평가하는 방식도 있지만, 때로는 구조화된 면접방식을 사용하기도 한다. 여기에는 다음 4가지가 널리 이용되고 있다. 즉, 식사장애검사(Eating Disorder Examination, EDE)를 위시하여, Clinical Eating disorder Rating Instrument(CERDI), Interview for Diagnosis of Eating disorders(IDED), The Structured Interview for Anorexia and Bulimina Nervosa(SIAB)로 그 가운데 EDE-12판(Fairburn & Cooper, 1993)이 가장 널리 사용되고 있다.

면접법 이외에 자기보고형 질문지법도 많이 이용된다. 특히 초기 선별과정에서 이러한 질문지법이 많이 이용되는데 여기에는 몇 가지가 사용되고 있다. 먼저 식사태도검사(Eating Attitudes Test : EAT)와 그 단축형(EAT-26), EDI 증상목록과 EDI-2(Garner, 1991), BULIT-R(Thelen 등 1991), Eating Questionnaire-Revised(EQ-R), Binge Scale, Binge Eating Scale 등이 있고, 최근에 아동 및 청소년용 질문지들이 제작되고 있다. 이 가운데 가장 널리 사용되고 있는 것이 EAT-26, EDI-2인데, 예로 EAT-26은 국내에서도 성인용 및 청소년용이 표준화되었으며, 대개 절단점을 20으로 하여 식사장애를 선별하는데 이용하고 있다.

2. 행동 평가

여기에서는 제일 먼저 식사(test meals) 중에 식사 행동을

직접 관찰하는 방법이 있다. 여기에 포함되는 요인으로 식사 회수 및 속도, 맛, 칼로리, 인지 요소(예, 칼로리에 대한 생각), 환경 요소(예, 식사하는 시간, 동반자 여부 등)를 포함한다. 예로 행동수정프로그램에서 식사 속도를 늦추는 방법, 식사 전 물을 마시는 것, 접시에 음식을 남기는 것, 식사 관련 신호를 줄이는 법 등이 이런 평가와 관련하여 이용될 수 있다.

대식증 등 식사장애를 가지는 환자에서 금지 음식을 평가하는 것이 필요하다. 이것을 위해 질문지가 사용되기도 하는데 예로 금지음식조사표(Forbidden Food Survey, Schlundt & Johnson, 1990)가 이용되기도 한다.

자가-평가(self-monitoring)가 매우 유용한데, 대상자에게 먹은 음식과 그 양, 먹기 전후의 기분, 먹기 전후의 배고픔 여부, 식사 전과 동안의 환경적 요소 등에 대해 기입하도록 한다(Fig. 1).

3. 신체상 평가

신체상을 평가하기 이전에 우선 체격조건을 평가하는 것이 필요하다. 우선 체중에 의해 이상 체중(ideal weight)과 현재 체중에 의해 그 차이를 평가한다.

다음에는 신장대비 체중의 평가 방법이 있는데, 여러 방

| | | |
|---|-----------------------|------------|
| Day_____Date_____Time_____AM, PM | Accurate Description | Amount |
| MEAL : breakfast, Lunch, Dinner, Snack | of Food or Drink Item | |
| ACTIVITY PRIOR TO EATING : | | |
| Class, Exercise, Relaxation, Social, TV, Work | | |
| Other _____ | | |
| WITH WHOM : Alone, Date Spouse, Family, Friend, | | |
| Other _____ | | |
| MEAL WAS EATEN WHERE : Kitchen, Dining Room, | | |
| Restaurant, Work, Den, Bedroom, Living Room | | |
| Other _____ | | |
| MOOD PRIOR TO EATING : Very positive, Positive, | | Comments : |
| Neutral, Negative, Very Negative | | |
| Discribe- _____ | | |
| HUNGER PRIOR TO EATEN : | | |
| Very Hungry, Moderately Hungry, Neutral, Not Hungry, Full | | |
| AMOUNT EATEN : | | |
| Undereat, Normal, Slight Overeat, Moderate Overeat, Binge | | |
| MOOD AFTER EATING : Very positive, Positive, | | |
| Neutral, Negative, Very Negative | | |
| HUNGER AFTER EATING : | | |
| Very Hungry, Moderately Hungry, Neutral, Not Hungry, Full | | |
| PURGE : Yes, No | | |
| If Yes-Vomit, Laxatives, or diuretics | | |
| If Laxatives or diuretics, how many? _____ | | |
| TIME OF PURGE : _____ AM, PM | | |
| MOOD AFTER PURGING : Very positive, Positive, | | |
| Neutral, Negative, Very Negative | | |
| (Source : Williamson DA, Assessment of Eating Disorders, Pergamon Press ; New York, 1990, pp59) | | |

Fig. 1. Examples of self-monitoring record.

Table 5. Body mass index(BMI)

| BMI | Weight level |
|----------|--------------------|
| Below 18 | Severe underweight |
| 18 - 20 | Low weight |
| 20 - 25 | Normal weight |
| 25 - 30 | Overweight |
| 30 - 40 | Moderately obese |
| Over 40 | Grossly obese |

법들이 제안되었지만 가장 널리 알려진 것으로 체질량지수(Quetelet's Body Mass Index, BMI)가 있다. 이것은 체중(kg)을 신장(meter)제곱으로 나눈 값으로 대개 성인에서 20~25사이가 정상, 16이하면 거식증을 의심한다. 이외에도 비만도 여부를 측정하는 방법으로 피부두께를 재는데, 삼두박근(triceps)과 subscapular근 피부두께가 가장 널리 사용된다.

신체상은 이론적으로 다음 3가지 요인을 포함한다. 첫째, 신체크기왜곡(body size distortion)으로 신체 크기에 대한 각 개인의 자각 상태를 측정하는 것이다. 식사장애를 갖는 사람들은 종종 실제 자기 신체 크기를 왜곡하여 지각하는 경우가 많다. 이것은 신체부위크기예측법(body-part size estimation), 이미지왜곡법(distorting image methods), 실루엣법 등을 이용하여 측정한다.

둘째, 날씬함에 대한 선호도를 측정한다. 이것은 대개 이상형 신체크기(ideal body size)로써 개념화할 수 있는데, 보통 실루엣법을 이용하여 이상형 신체크기의 정도로 측정한다.

셋째, 신체상 만족도를 측정한다. 이것은 대개 신체상에 대한 태도를 측정하게 되는데, 흔히 EDI의 신체불만족척도(Body Dissatisfaction Scale)이 많이 이용되고, 그 외에 몇 개의 질문지가 사용된다. 최근에는 신체상척도(Body Image Assessment : BIA, Williamson 등 1985)를 이용하기도 하는데, 실루엣법에서 현재신체크기와 이상형신체크기의 차이에 의해 측정하기도 한다.

4. 정신병리 평가

이 영역에서는 매우 다양한 요인들이 관여하기 때문에 많은 것들이 평가에 관여한다. 성인에서는 흔히 다면성인성검사(MMPI)와 같은 도구들이 선별 도구로 이용되기도 하고, 그 외에 간이정신상태검사(SCL-90-R) 등이 사용되고 아동의 경우는 아동행동조사표(Child Behavior Checklists, CBCL)를 이용한다.

개인의 정신 상태는 일차 평가에서 목표하는 영역이거나

혹은 연구 목적 등에 따라 선택될 수 있는데, 주요 평가 영역으로 우울증 여부(BDI/CDI), 불안 정도, 강박 경향, 대인관계 민감도, 대인관계 갈등, 가족 환경 혹은 양육 태도, 성격 장애 여부, 약물 남용 여부, 스트레스의 정도, 삶의 질(quality of life) 정도 등 다양한 것이 포함된다. 이것은 이 원고의 범위를 벗어나기 때문에 여기서는 생략한다.

결론 및 요약

결론적으로 어린이의 식사장애는 아직 큰 관심을 받지 못하고 있는 실정이다. 현재까지 식사장애에 관한 대부분의 연구와 관심은 주로 청소년기에 발생하는 대식증과 거식증, 그리고 최근에 폭식증, 그리고 비만에 집중되어 있다. 그리고 다른 한편에서는 영유아기의 식사관련장애, 하지만 전통적인 이식증과 되새김증은 일반 아동들에서는 매우 드물고 대부분이 저절로 회복되는 수가 많기 때문에 별 관심을 끌지 못하였다. 최근에 영유아기 식사장애로 앞에서 자세히 논의한 Chatoor의 제안에 다른 4가지 유형의 식사장애가 있지만 아직 초보적인 수준에 머물고 있다.

대개 초등학교 연령의 아동들에서는 주로 식욕과 관련된 여 음식을 기피하는 것이 문제가 된다. 여기에 흔히 제시되고 있는 유형 구분은 (1) 거식증, (2) 음식기피정서장애(food avoidance emotional disorder), (3) 편식(selective eating), (4) 음식거부증(pervasive refusal syndrome), (5) 대식증으로 구분되고 있다(Lask & Bryant-Waugh, 1997). 최근에 일본에서 혼자 먹은 아이들에 대한 관심이 높아지면서(足立己幸 2000), 식행동과 관련한 다양한 형태의 식사 관련 문제들을 명명하고 그 중요성을 부각시키기도 하였다. 그들이 제시하는 몇 가지 어린이들의 식사 형태를 보면 고식(孤食), 소식(小食), 개식(個食), 분식(粉食), 고식(固食) 등이 있다. 이 가운데 가장 주목을 받는 것이 바로 혼자서 식사하는 고식, 그리고 흔히 우리에게 편식으로 알려진 고식과 자기가 좋아하는 것을 각자 먹는 개식 등이 있다. 그녀의 조사 방법 가운데 주목할 것이 '식사스케치법'이 있는데, 이것은 음식과 먹는 사람들의 상황을 그림으로 그리게 하는 방법이다. 마치 운동가족화(Kinetic family Drawing : KFD)와 비슷한 원리를 식사와 관련하여 적용한 방법인데, 매우 흥미로운 방법이다.

학령기 아동들의 식사 장애는 아직 큰 주목을 받지 않았다. 전통적인 개념에서 식사 장애에 해당하는 아동들이 적었기 때문이다. 하지만 그들이 식욕과 관련한 음식 기피 행동은 오래 전부터 관심을 끌어오기는 했지만 활발한 연구가

이루어지지 못하였다. 하지만 영유아기 식사장애와 청소년기 이후 성인기 식사장애의 연관성에 대해 활발한 연구가 진행되고 있는 가운데 이 사이에 있는 발달 단계인 학령기 아동들의 식사 관련문제는 앞으로 주목할 필요가 있다. 이런 점에 있어서足立여사의 관찰과 제안은 매우 흥미로운 주제가 될 것이다. 또한 다이어트와 날씬함에 대한 관심이 높아지고 있으면서 역설적으로 증가하는 비만 아동들과 관련하여 그들의 식사관련행동과 그 관련 요인, 그리고 운동과 열량, 영양소의 문제점에 대한 관심과 연구는 앞으로 보다 더 깊이 이루어져야 할 것이다.

참고 문헌

- 강재성 · 이영호 · 한성희 · 이민규(1996) : 식사장애 고위험 청소년의 자기 개념과 신체상에 대한 연구. *정신신체의학* 4(1) : 3-12
- 김정범 · 박영남(1995) : 자기보고형 신체상 척도의 개발 : 신뢰도 및 타당도 검증. *정신신체의학* 3(1) : 49-57
- 남상인 · 박경애 · 김원중 · 김순진 · 이정운(1993) : 청소년 다이어트 행동 연구(청소년상담문제 연구보고서 93-2). 서울, 청소년대화의광장
- 모수미 · 권순자 · 이경신 역(2000) : *알고 계십니까, 아이들의 식탁*. 서울, 교문사
- 足立巳幸(2000) : *Shittemasuka Kodomotachi no Syokutaku*, Tokyo, Japan Broadcasting Publishing Co, Ltd.
- 백영석 · 안동현 · 조연규 · 남정현 · 최보율 · 강윤주 · 고복자(1999) : 청소년 식이태도와 식이행동의 횡문화적 연구. *신경정신의학* 38(3) : 554-570
- 안동현(1996) : 청소년기의 섭식장애 -비만과 거식증. *대한의사협회지* 39 : 1506-1513
- 이동환(1999) : 한국 소아와 청소년의 식생활과 건강. *대한의사협회지* 42(6) : 551-557
- 이영호 · 박세현 역(1998) : *식이장애와 비만 환자를 둔 부모님을 위하여*. 서울, 하나의학사
- Jablow MM(1992) : *A Parent's Guide to Eating Disorders and Obesity*. Dell Publishing Group, Inc.
- 조옥귀 · 신동순 역(1998) : *섭식특성과 기질*. 마산, 경남대학교 출판부
- Mehrabian A(1987) : *Eating Characteristics and Temperament*. New York, Springer-Verlag, Inc.
- 최준호 · 안동현 · 최보율 · 강윤주 · 백영석 · 조연규 · 고복자 · 남정현(1998) : 청소년의 식이행태 조사 -서울, 양평 두 지역간 비교. *정신건강연구* 17 : 163-175
- 최준호 · 안동현 · 남정현 · 조연규 · 최보율(1998) : 한국판 청소년용 식이태도검사(EAT-26-KA)의 신뢰도 조사.
- 홍은경 · 박영선 · 신영선 · 박혜순(1995) : 일부 도시 여중 · 고생들의 신체상에 대한 인지와 체중조절 행태, 가정의학회지, 16(별책) : 201
- Attie I, Brooks-Gunn J(199) : The Development of Eating Regulation across the Life Span. IN : *Developmental Psychopathology : Risk, disorder, and Adaptation*. Vol 2, Ed. by Cicchetti D and Cohen DJ, New York, John Wiley & Sons, Inc., pp.332-368
- Benoit D(1993) : Failure to Thrive and Feeding Disorders. IN : *Handbook of Infant Mental Health*. Ed. by Zeanah CH, New York, The Guilford Press, pp.317-331
- Blass EM(1988) : The Development of Feeding Behavior. IN : *The Eating Disorders : Medical and Psychological Bases of Diagnosis and Treatment*. Ed. by Blinder BJ, Chaitin BF, Goldstein RS. PMA Publishing Corp., New York, pp.3-10
- Bryant-Waugh R, Lask B(1995) : Eating disorders in children. *J Child Psychol Psychiat* 36(2) : 191-202
- Casper RC(1995) : Eating Disturbances and Eating Disorders in Childhood. IN : *Psychopharmacology : The Fourth Generation of Progress*. Ed. by Bloom FE, Kupfer DJ, New York, Raven Press, Ltd., pp.1675-1683
- Chatoor I(1997) : Feeding Disorders of Infants and Toddlers. IN : *Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Vol 1, Ed. by Noshpitz J, New York, John Wiley & Sons, Inc., pp.367-386
- Chatoor I, Egan J, Getson P, Menvielle E, O'Donnell R(1988) : Mother-infant interaction in infantile anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 27(5) : 535-540
- Childress AC, Brewerton TD, Hodges EL, Jarrell MP(1993) : The Kids' Eating Disorders Surver(KEDS) : A study of middles school students. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32(4) : 843-850
- Crowther JH, Sherwood NE(1997) : Assessment. IN : *Handbook of Treatment for Eating Disorders*, 2nd ed., Ed. by Garner DM, Garfinkel PE, New York, Guilford Press, pp.34-49
- Gislason IL(1988) : Eating Disorders in Childhood(Ages 4 Through 11 Years). IN : *The eating disorders : Medical and Psychological Bases of Diagnosis and Treatment*. Ed. by Blinder BJ, Chaitin BF, Goldstein RS. PMA Publishing Corp., New York, pp. 285-293
- Hammer LD(1992) : The development of eating behavior in childhood. *Ped Clin North Am* 39(3) : 379-394
- Howard BJ(1992) : Common Issues in Feeding. IN : *Developmental-Behavioral Pediatrics*, 2nd ed., Ed. by Levine MD, Carey WB, Crocker AC, Philadelphia, W.B. Saunders Co., pp.370-374
- Lask B, Bryant-Waugh R(1997) : Prepubertal Eating Disorders. IN : *Handbook of Treatment for Eating Disorders*, 2nd ed., Ed. by Garner DM, Garfinkel PE, New York, Guilford Press, pp.476-483
- Maloney MJ, Ruedisueli G(1993) : The epidemiology of Eating Problems in Nonreferred Children & Adolescents. *Child & Adolescent Psychiatric Clinic of North America* 2(1) : 1-13
- Mayes LC, Volkmar FR(1993) : Nosology of eating and growth disorders in early childhood. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 2(1) : 15-35
- Minuchin S, Rosman BL, Baker L(1978) : *Psychosomatic Families : Anorexia Nervosa in Context*. Cambridge, Harvard University Press
- Steiner H(1997) : Typical and Atypical Eating Disorders in School-Age Children. IN : *Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Vol 2, Ed. by Noshpitz J, New York, John Wiley & Sons, Inc., pp.491-499

Stevenson RD, Allaire JH(1991) : The development of normal feeding and swallowing. *Ped Clin North Am* 38(6) : 1439-1453
Williamson DA(1990) : Assessment of Eating Disorders : Obesity, Anorexia, and Bulimia Nervosa. New York, Pergamon Press
Woolston JL(1988) : Eating Disorders in Infancy and Early Child-

hood. IN : The Eating Disorders : Medical and Psychological Bases of Diagnosis and Treatment. Ed. by Blinder BJ, Chaitin BF, Goldstein RS. PMA Publishing Corp., New York, pp.275-283
Woolston JL(1983) : Eating disorders in infancy and early childhood. *J Am Acad Child Psychiat* 22(2) : 114-121