

남성에 있어 식사 장애

이 영 호*†

Eating Disorders in Males

Young Ho Lee, M.D.*†

국문 초록

지난 십여년간 식사장애 유병율의 증가와 함께 이에 대한 관심이 다양한 분야에서 증가하고 있다. 이러한 관심의 증가에도 불구하고 이 장애는 전통적으로 여성의 장애로 알려져 있어 남성에서의 이 장애에 대한 관심은 상대적으로 적어 왔다. 그러나 비록 남성에 있어 식사장애의 특성에 대해서는 이론이 많은 편이긴 하지만 최근들어 남성에서도 여성에서와 마찬가지로 식사장애가 일어날 수 있다는 사실에 대한 인식이 증가하고 있다.

이에 저자는 본 고찰에서 남성 식사장애 환자들의 임상적 특징을 여성 식사장애 환자들과 비교하여 정리를 하고자 한다. 이러한 고찰은 남성 식사장애환자에 대한 적절한 진단 및 치료를 가능하게 도울 수 있을 뿐만 아니라 식사장애가 성별에 따라 어떻게 다른가를 이해하고 성별에 따라 각각 특이한 과정 및 기전을 이해하는데도 도움이 될 수 있을 것이다.

중심 단어 : 식사장애 · 남성.

서 론

식사 장애는 전통적으로 여성에서 주로 호발하는 장애 중 대표적인 장애로 알려져 왔다. 실제로 식사 장애의 유병율은 신경성 식욕부진증의 경우는 남성 대 여성의 비가 1 : 10에서 1 : 20으로 알려져 있고¹⁾ 신경성 대식증의 경우는 남성이 전체 환자의 1/10인 것으로 알려져 있다²⁾. 따라서 여성에 있어 식사 장애의 임상적 특징이나 연관 정신 병리, 유발 인자 및 치료 경과 등에 대해서는 그간 많이 연구되고 관심을 가져 왔으나 상대적으로 남성에 있어 식사 장애는 실제로 유병율이 여성

에 비해 적은 이유외에 다른 요인들이 더해져서 관심이거나 연구가 적어 왔던 것이 사실이다. 한 연구에 의하면 일반 의사의 약 40%와 정신과 의사의 약 25%가 신경성 식욕부진증이 여성에서만 일어나는 질병이라고 믿고 있으며 1983년도의 조사에서도 정신과 의사와 심리학자의 약 1/4이 신경성 식욕부진증은 본질적으로 여성의 질환으로 생각하고 있는 것으로 나타났다³⁾. 그러나 신경성 식욕부진증에 대한 현대적인 최초의 보고로 받아들여 지고 있는 Richard Morton의 보고⁴⁾나 현대적인 관점에서 최초의 포괄적인 치료도 남성 환자에 대한 보고⁵⁾였다는 사실은 아이어니칼 하기까지 하다. 전통적으로 남성다움은 강하고 근육이 발달한 체격을 강조하였기 때문에 남성들은 날씬함이 강조되고 자신의 신체나 신체의 일부가 실제보다 크다고 지각하는 것이 특징인 식사 장애에 대한 사회적인 압력이 적어 남성은

*인제대학교 의과대학 서울백병원 신경정신과학교실
Department of Neuropsychiatry, College of Medicine, Seoul Paik Hospital, Inje University, Seoul, Korea

†Corresponding author

식사 장애에 대한 취약성이 없는 것으로 알려져 왔고 이 요인이 실제 남성에서 여성보다 식사 장애의 유병율이나 발생을 적은 원인을 설명하는데 적용되고 있기도 하다. 그러나 최근 들어 남성 식사 장애 환자들에 대한 임상적 관심이 증가하면서 신경성 식욕부진증의 경우는 모든 신경성 식욕부진증 환자의 5~10%가, 신경성 대식증의 경우는 10~15%가 남성이라는 보고들이 있으며^{6,8)} 이러한 결과는 간과할 수 없는 수의 남성 식사 장애 환자가 존재하고 있음을 보여 주는 것이라 할 수 있다. 또한 남성 중에서 식사 장애가 발생할 위험성이 높은 일단의 군이 존재할 수 있음을 추측할 수 있는데 즉 운동선수, 모델이나, 연예인 등과 같이 직업적인 이유로 날씬함이나 체중에 대한 관심이 큰 군이나^{9,10)} 동성연애자와 같이 미적으로나 성적으로 날씬함에 두는 군¹¹⁾도 이에 속한다. 실제로 이제까지 남성 식사 장애 환자와 연관이 되어 있다고 확인된 요인에는 비판의 과거력, 동성 연애, 특정 직업 및 운동에 대한 지나친 집착 등이 있다¹²⁾. 이외에도 남성 식사 장애 환자들은 치료에 잘 반응하지 않는다는 임상적인 편견도 이들 환자들에 대한 임상적인 관심을 제한시키는데 한 몫을 해왔다¹⁾. 그러나 실제로는 이것은 치료자들이 남성 환자들에 대한 치료적인 경험이 적고 남성 환자들의 경우 아주 심한 환자인 경우만 치료에 의뢰하는 경향에 기인한다¹⁾. 그러나 최근 보고들은 남성 환자들도 치료적인 효과가 여성 환자의 경우와 다를 바 없음을 보여 주고 있다¹³⁾.

임상 실체에 있어 이들 환자들은 정신과 의사를 직접 찾아오기보다는 내과적인 검사나 치과검사 등과 같은 문제로 병원을 방문하게 된다^{14,15)}. 따라서 남성에서 있어 체중감소가 있는 경우나, 구토증상으로 인한 치과적인 문제가 있는 경우 물론 이에 대한 기질적인 원인을 찾기 위한 노력이 먼저 시도되어야 하겠지만 식사 장애의 가능성을 염두에 두어야 한다. 정신과 환자의 경우에도 물론 체중 감소의 원인이 정신분열병의 망상이나 우울증으로 인한 식욕 저하, 공황 장애로 인한 공공 장소에서 숨이 막힐 것 같은 느낌 등 때문에 이차적으로 나타날 수도 있지만 식사 장애의 가능성을 꼭 염두에 두어야 한다.

최근 들어 우리 나라에서도 식사 장애에 대한 관심이 높아지고 있고 경제적인 발달과 함께 서구 문명의 빠른 도입, 식습관의 변화 등은 식사 장애의 빠른 발생을 증가를 예고하고 있다. 이미 여러 연구들에서^{9,16-20)} 우리

나라도 이미 식사 장애의 발생 위험에서 벗어날 수 없음을 보여 주고 있다. 따라서 남성 식사 장애 환자들에 대한 관심도 적절한 진단과 치료를 위해 중요하다고 할 수 있다. 이에 저자는 이제까지의 남성 식사 장애 환자들에 대한 문헌을 검토하여 이들이 가지는 임상적 특징을 중심으로 이와 연관된 요인들을 알아봄으로써 임상 실체에 있어 이들 환자를 진단하고 치료적인 계획을 수립하는데 있어 도움을 주고자 본 논고를 시도하였다. 이러한 시도는 성별에 따른 식사장애의 특징을 이해하는데도 도움을 줄 수 있을 것이다.

남성에서 식사 장애에 대한 관심이 적었던 이유

Andersen¹⁾, Eller¹³⁾ 및 Carlat와 Camargo Jr⁶⁾ 등은 남성에서 식사 장애의 진단이 경시되었던 이유에 대해 다음과 같이 설명하고 있다.

1) 대부분의 임상 가들이 실제로 여성 신경성 식욕부진증 환자도 적게 볼 기회를 가질 뿐만 아니라 남성의 경우는 더욱 적기 때문에 정확한 진단을 내릴 수 있을 정도의 정보나 경험이 없었다.

2) 이론가들은 신경성 식욕부진증을 진단 내리려면 정신 역동학적으로 이 질환의 핵심이 되는 구강 임신에 대한 공포(fear for oral impregnation)를 발견할 수 있어야 한다고 믿어 왔기 때문에 남성에서는 이러한 역동학적 주제(theme)를 찾을 수 없어 진단에서 배제되어 왔다.

3) 이전의 신경성 식욕부진증의 진단 기준에는 무월경이 포함되어 있어 이를 만족시켜야 했기 때문에 남성에서의 진단이 어려웠다.

4) 신경성 식욕부진증 환자들은 전통적으로 자신의 질병을 부정하는데 남성인 경우는 더욱 자신의 증상을 의사나 심리학자에게 알리기를 꺼려하였다.

5) 신경성 식욕부진증이란 사춘기의 여성에게만 일어나는 병이라는 대중 매체에 의한 홍보로 인해 생긴 고정관념 때문에 남성 자신들은 이병에 걸리지 않는다고 믿어 왔다.

6) 임상가들도 흔히 남성에서의 신경성 식욕부진증의 존재를 알아차리지 못하고 남성 환자가 체중이 감소되어 오면 광범위한 내과적 검사를 실시하고 검사 결과는 체중 감소에 대한 원인을 더 모르게 만드는 결과로

초래하곤 했다.

7) 이들 남성 환자들은 예를 들어 신체증상을 주로 호소한다던가 하는 등으로 신경성 식욕부진증이 가지고 있는 핵심 정신병리 증상을 숨기기 때문에 임상가들이 남성 신경성 식욕부진증 환자의 진단을 내리는데 어려움이 있었다.

실제로 남성에게 식사 장애의 유병율이 적은 이유

실제로 신경성 식욕부진증의 유병율이 적은 이유에 대해서는 여러 관점에서의 설명이 있어 왔다. Carlat와 Camargo Jr⁶⁾는 크게 생물학적 요인, 심리학적 요인 및 문화적 요인의 세 요인으로 나누어 각각의 관점에서 그 이유를 정리하였다. 여기서는 그들의 이론에 더해 진화에 의한 성별간 뇌의 발달 차이와 문화적 요인과의 상호작용의 관점까지 포함한 고찰을 시도하고자 한다.

1. 생물학적 요인

1) 사춘기에 있어 차이

사춘기 전에는 식사 장애의 유병율이 남자와 여자에 차이가 없다는 사실은¹²⁾ 사춘기가 가지는 식사 장애에 있어 가지는 의미에 대한 관심을 증가시켰다. 남자들은 사춘기가 여성보다 2년 정도 늦게 오기 때문에²¹⁾, 남성들은 여성들에 비해 사춘기의 변화에 대해 생물학적으로, 심리학적으로 또는 사회적으로 적응을 할 시간을 좀더 가질 수 있고 따라서 자신의 신체 변화와 사회적인 압력사이에 오는 갈등을 줄일 수 있는 시간을 좀더 가질 여유가 있다. 여기에 더해 남성과 여성 사이에 사춘기가 가져오는 성장 효과가 다르다²²⁾는 것도 문제가 된다. 즉, 여성에서는 사춘기의 성장으로 나타나는 체중의 증가가 주로 지방조직의 증가로 나타나는 반면 남성에서는 근육질의 증가로 나타난다²³⁾. 여성의 지방조직의 증가는 현재의 미적 기준으로 보면 바람직하지 않은 것이어서 여성은 쉽게 자신의 신체에 대해 불만을 갖게 되나 남성의 경우 근육질의 증가는 자신의 원하는 바대로, 남성다워지는 것이기 때문에 신체에 대한 불만이 적어지게 된다. 따라서 이런 요인은 남성을 식사 장애에 대한 위험에 대해 보호해 주는 역할을 한다. 이러한 특징은 비판이 이러한 방어 효과를 줄이기 때문에 비판의 과거력이 있는 남성에서 식사 장애가 많다는 사

실도 설명을 가능케 해 준다.

2) 기초대사율의 차이

남성이 여성보다 기초대사율이 높기 때문에 다이어트를 할 경우 남성이 여성보다 성공할 확률이 높다²³⁾. 따라서 남성은 여성보다 처음부터 다이어트의 필요성이 적을 뿐만 아니라 다이어트에 실패하여 제거 행동과 같은 다른 극단적인 체중 조절 방법을 써야 하는 위험에도 노출되는율이 적게 된다⁶⁾.

3) 호르몬 분비의 차이

정확한 증거가 있는 것은 아니지만 월경 주기에 따라 주기적인 양상을 보이는 여성과는 달리 남성에서는 성 호르몬이 지속적으로 유지되는 것이 식사 장애에 대한 방어 효과를 가지는 것이 아닌가 하는 관점도 제기되고 있다¹¹⁾. 또한 남성 호르몬인 테스토스테론이 남성에게 있어 식사 장애의 발전을 막는 효과를 가진다는 주장도 있다¹²⁾.

4) 우울증과 식사 장애와의 관련

우울증이 남성보다는 여성에서 더 많이 일어나기 때문에 만약 식사 장애가 우울증의 변형이거나 원인으로 연관이 있다면 여성에서 식사 장애가 많은 이유에 대한 설명이 될 수 있다는 관점에서 이 두 장애 사이의 연관이 관심을 받아 왔다. 그러나 아직 우울증과 식사 장애 사이의 연관에 대해서는 논란이 많은 편이다.

2. 심리학적 요인

1) 대상관계 이론

Schwartz²⁴⁾은 식사 장애를 정신분석학적으로 설명하는데 있어 대상관계 이론과 구조적 이론(structural view)의 관점에서 설명을 시도하였다. 대상관계 이론에 의하면 분리-개별화의 연습기(practicing phase)에 발달이 중지하면 신체를 계속해서 이행 대상(transitional object)으로 사용하게 되고 폭식과 제거 행동의 반복은 어머니와의 분리-개별화에 대한 유아적인 투쟁을 재 반복한 것이라는 것이고 반면 구조적인 관점에서는 식사 장애란 정신 내적인 갈등에 의한 불안으로 자신을 방어하기 위한 타협적인 해결 방법이라는 것이다. 대상관계 이론의 관점에서 남성은 아버지를 동일시해서 자식의 성과 자아 주체성을 형성하기 때문에 여성에 비해 어머니와 병적인 분리-개별화 문제에 빠질 위험이

적어 식사 장애의 유병율이 적다는 설명이 가능하다²⁵⁾. 이러한 가정은 실제로 아버지가 없거나 아버지와 관계가 문제가 있는 가정에서 남성 식사 장애 환자의 발병이 높다는 연구 결과들^{26,27)}이 뒷받침을 해 준다.

2) 동성애

남성 식사 장애 환자에서 동성애율이 높다는 사실은 문화적인 관점에서도 설명이 가능하지만 몇몇 연구자들^{25,28,29)}은 특정한 가족 역동이 식사 장애와 정신성적 주체성의 혼돈을 가져오게 하는데 공통적으로 작용하고 있는 것이라는 주장을 하고 있다. 이외에 동성애는 동성애를 가진 청소년에서 심리적인 스트레스로 작용해서 식사 장애를 일으킬 수 있다는 점도 거론되고 있다^{27,30)}. 즉, 사회적으로 용납되지 않는 동성애를 느끼는 청소년은 이것이 심리적으로 스트레스로 작용하고 이에 대한 대응 방법으로 식사 장애가 일어난다는 설명이다.

3) 인지 이론적 관점

Polivy와 Herman³¹⁾은 남성들이 식사 장애에 적게 걸리는 이유를 인지적인 관점에서 설명하였다. 즉, 다이어트라는 것은 체중을 유지하려는 생물학적인 욕구를 인지적인 조절로 바꾸는 것을 의미하는데 이 인지적인 조절이라는 것은 자연스러운 것이 아니어서 여러 가지의 심리적 요소나 상황적 요소에 의해 영향을 받아 탈 억제되어 버리기 쉽다는 것이다. 따라서 여성이나 비만한 남성은 정상 체중의 남성보다 다이어트를 많이 하기 때문에^{23,32-34)} 식사 장애에 걸릴 위험성이 그만큼 높아진다는 주장이다.

3. 문화적 요소

많은 연구들이 여성에서 식사 장애가 많은 이유를 전통적으로 여성에 대한 미적인 사회적 압력이 남성에서 보다 크고, 현대의 미적인 기준이 날씬함에 있다는 데에서 찾고 있다³⁵⁻³⁷⁾. 남성의 경우 사춘기에 도달하면 마른 것보다는 근육을 가지는 것 즉, 몸이 남성처럼 되는 것에 관심이 더 많고 일반 사춘기 남자에 대한 신체상의 연구들도³⁸⁾ 이들이 여성과는 다르게 자신의 체형이 이상 체형에 비해 작다고 느끼는 경향이 있다는 것을 보여 주고 있다. 그러나 자신의 전부터 살이 쪼그러나 이 것으로 인해 놀림을 받았거나 아니면 성적인 역할에 혼돈이 있거나 운동 등으로 인해 체중을 줄여야 되는 압

력이 있는 경우는 체중이 여성에서처럼 문제가 되게 된다¹⁾. Carlat와 Camargo Jr⁶⁾은 남성이 식사 장애의 빈도가 낮은 이유에 대해 문화적으로 다음과 같은 4가지 요인으로 나누어 설명하고 있다.

1) 남성과 여성의 이상적인 체형의 차이

대부분의 현대 남성의 이상적인 체형은 근육질의 중배엽성(mesomorphic) 체형으로 이를 남성과 여성 모두에게 사진으로 보여 주었을 때 독립과 공격성이라는 같은 반응을 보인다²³⁾. 그러나 마른 체격 즉, 외배엽성(ectomorphic) 체형을 보여 주면 남성들은 이에 대해 게으르다, 어리석다, 외롭다 등의 부정적인 반응을 보이나³⁹⁾ 여성에게 같은 체형을 보여 주었을 경우에는 여성답다, 인기가 좋다, 성공했다 등으로 반응을 하는 차이를 보이고²³⁾ 이러한 결과는 남성과 여성 사이에 이상적인 체형이 다름을 보여 주는 결과이다.

2) 다이어트가 지니는 의미의 차이

다이어트를 하는 이유 또한 성별에 따라 차이가 있는데, 여성들은 이상적인 체형에 도달하기 위해 다이어트를 하나 남자들은 근육을 더 갖는 중배엽성의 체형을 갖자 다이어트를 하게 된다. 즉, 여성은 도달하기 어려울 정도로 마르기 위해 다이어트를 하나 남자는 마르기보다는 근육을 만들기 위해 다이어트를 하므로 식사 장애에 대한 위험도가 달라지게 된다.

3) 폭식에 대해 사회가 가지는 태도의 차이

일반적으로 남자가 폭식을 하는 것은 여자가 폭식을 하는 것보다 사회적으로 훨씬 허용적이다^{40,41)}. 따라서 식사 장애의 유병율이 적은 이유가 될 뿐만 아니라 폭식 후에 일어나는 죄책감이나 제거 행동의 가능성도 훨씬 줄어들게 된다.

4) 특정 집단에서의 높은 식사 장애 유병률

이 주장은 동성애군이나 운동선수 혹은 특정 직업군에서 식사 장애의 유병율이 높은 이유에 대한 설명이 사회문화적인 관점에서 여성이 가지는 높은 위험도에 대한 이유와 같은 설명이 가능하다는 것이다. 즉, 외적인 모양이나 특정한 직업적 이유 때문에 이들 군은 여성에서와 마찬가지로 신체적인 불만족을 느끼게 되고 다이어트를 하는 이유도 일반 남성군과는 달라진다는 것이다.

4. 진화론적인 뇌의 발달 차이와 문화적 요인의 상호 작용 요인

최근 Lee와 Mitchell⁴²⁾은 식사 장애는 우측 반구 기능장애로 인해 생기는 장애인테 인간의 진화에서 성별에 따른 역할 차이에서 오는 뇌의 발달학적 차이 즉, 여성의 가지는 우측 뇌 기능에 대한 취약성과 사회적인 변화나 주위의 인정에 민감하게 반응하는 사회적 감정 표현에 있어 변연계의 발달에 있어 성적 차이와 같은 여성에 있어 생물학적 취약성(biological vulnerability)이 다른 것을 강조하는 현대 사회의 미적 기준과 상호작용을 하여 식사 장애가 여성에서 더 흔하게 나타난다고 주장하여 성에 따라 이들 장애의 유병율의 차이에 대한 모델을 제기하고 있다.

그러나 최근에는 남성에 대한 사회적인 압력도 증가하고 있어 실제로 직장인의 경우 회사로부터 체중을 조절하라고 요구받고 있는 경우도 흔히 있고 최근 전체적인 사회적인 경향이 체중 증가를 건강의 적신호로 여기고 체중을 감소하고 운동을 강조하는 경향이 있어 남성들도 체중 감소에 대한 압력을 받고 있고 체중이나 체형에 대한 관심이 증가되고 있다¹⁾. Eller¹⁴⁾는 남성에서의 식사 장애의 유병율이 적었던 이유에는 대충 매체가 이 질병은 여성의 병이라는 고정관념을 만들어 놓아 남성 환자들은 식사 장애의 문제를 가졌을 경우 자신이 이 문제를 가지고 있을 가능성을 고려하지도 않을 뿐만 아니라 자신이 여성에서 나타나는 문제를 가지고 있다는 대해 부끄럽게 생각하여 남들에게 알리는 것을 두려워하여 여성 환자들 보다 의사나 병원을 찾아오는율이 적었기 때문이라고 설명하고 있다.

신경성 식욕부진증

1. 역 학

남성에 있어 신경성 식욕부진증에 대한 역학 연구의 결과는 발생율이나 유병율을 제외하고는 대개 여성 환자에서와 유사한 것으로 보고되고 있다. 즉, 사회경제적으로 높은 군에서 발생율이 높으며 환자의 가족력상 우울증의 빈도가 높고 형제에서 신경성 식욕부진증의 발생율이 높으며 발병이 주로 청소년기에 시작되고 다이어트 후에 일어나나 종종 사회적인 실패, 중요한 생활 변화 혹은 질병으로 인한 체중 감소와 같은 일들이 유발 요인이 될 수 있다는 점에서 여자 환자와 공통점

을 지닌다¹⁾.

1) 발병율 및 유병율

여성 대 남성의 발생 빈도는 여성 환자 10명에서 20명 당 1명 정도로 알려져 있다⁴³⁾. 이는 신경성 식욕부진증 환자의 약 5~10%가 남성 환자라는 이야기가 된다. 그러나 연구에 따라 발병율이나 유병율의 빈도가 다양한데 Crips 등⁴⁴⁾은 1%를 보고하였고 Sheppard 등⁴⁵⁾은 20%의 높은 율을 보고하였다.

2) 발병 연령

남성 신경성 식욕부진증 환자에 대한 초기 보고에서는 남성에서 발병 연령이 사춘기 전으로 보고하고 있다⁴⁶⁾. 그러나 이후 여러 보고들은 다양한 연령에 이들 질환이 발병함을 보고하고 있고^{45,47,48)}, Vandereycken와 Van den Broucke³⁾ 및 Beumont 등⁴⁹⁾은 남성 신경성 식욕부진증 환자들은 사춘기 전, 사춘기 및 초기 성인기에 발병할 수 있으며 이는 여성에서와 별 차이가 없다고 보고하였다. 그러나 Sharp 등⁵⁰⁾은 여성 환자에서보다 남성 환자에서 발병 연령이 늦었다고 보고하고 있다.

2. 임상적 특징 및 진단

1) 식사 행동, 신체상 및 다이어트

이제까지의 많은 연구 결과들은 식사 행동상의 문제는 남성 환자들과 여성 환자들 사이에 커다란 차이가 없음을 보여 주고 있다. 즉, 식사 거절, 제거 행동, 지나친 운동, 살이 찌지 않는 음식의 선택, 음식을 버리고 핑계 대기 등, 여성 환자에서 볼 수 있는 이상 식사 행동 증상을 남성 환자에서도 모두 찾아 볼 수 있다고 하였다⁴⁹⁾. 실제적으로 구토 행동이나 하체 사용 빈도는 여성보다 약간 적기는 하였으나 유의한 차이는 없었고^{47,51)}, 여성 환자에서 규칙적인 하체 남용이 더 많았다는 보고가 있다⁴⁴⁾. 그러나 Sharp 등⁵⁰⁾은 폭식이나 구토의 횟수는 차이가 없었으나 하체 사용은 여성에서 많았고 지나친 운동은 남성에서 더 흔했다고 보고하고 있다. 남성 환자들에게만 특이한 증상이 있을 가능성에 대한 관심도 많았는데 Fichter 등⁵²⁾은 전체적인 심한 정도에는 차이가 없었으나 남성 환자들이 음식과 체중 및 식사 자체에 더 집착하고 있다고 하였고 Fichter와 Daser⁵³⁾는 남성 환자에서 토할 것 같은 느낌, 공복감을 느끼지 못하는

것 및 음식이 자신들을 지치게 만든다든지 정신 집중을 방해한다든지 하는 것과 같은 신체증상의 호소가 여성 환자보다 유의하게 많다고 보고하여 차이를 보이고 있다. 이외에도 남성 환자들은 자신의 증상을 호소할 때 여성에서와는 다르게 증상을 표현하거나 여성과는 다른 신체 부위에 초점을 두고 있는 차이가 있다는 보고도 있는데¹⁴⁾, 즉, 여성들은 자신이 몇 치수의 옷을 입는 다던가 자신의 엉덩이나 얼굴과 같은 신체의 특정 부위에 크기 등에 대해 더 관심을 보이나 남성 환자의 경우는 자신의 근육이 어땀다던가 아니면 신체 모양이 어땀다던가 하는 등으로 자신의 증상을 표현하는 경향이 있다는 것이다. 어떤 연구자들은 남성에서 여성에서보다 다이어트의 유효이 높다고 보고하여 남성 신경성 식욕부진증 환자에서 다이어트가 필수적인 선행 요인이라고 까지 이야기하고 있다¹⁴⁾. 체중 조절이 필요한 운동선수나 모델 등과 같은 군에서 이 장애의 빈도가 높다는 사실이나 비판의 과거력이 높다는 연구 결과들이 이를 지지해 주는 연구 결과이다¹⁰⁾.

Andersen¹⁾은 이들 남성 신경성 식욕부진증 환자들이 발병 연령에 따라 임상적 양상이나 임상적으로 관심을 가져야 할 분야가 달라 질 수 있음을 보고하고 있다. 즉, 사춘기 전에 발병한 환자에서는 가족의 병리가 더 문제가 되며 이들 군에서는 신경성 식욕부진증과 심리성 연하관란증(psychogenic dysphagia) 및 시상하부나 내분비계 이상과 감별 진단이 특히 중요하다고 이야기하였고 남성 신경성 식욕부진증 환자의 가장 많은 부분을 차지하고 있는 사춘기 발병 환자들은 여성 환자에 비해 경도나 중등도의 비판을 가지고 있는 경우가 많으며 많은 환자들이 성적 주체성에 혼란을 보인다고 하였다. 또한 이들은 완전벽이 있는 강박성향부터 명백한 경계성 인격까지 다양한 인격장애를 보일 수 있다고 하였다. 성인기 발병 환자들은 주로 사춘기를 아무 문제 없이 잘 지내온 후 늦게 발병을 한다. 주로 발병은 식사 제한 행동이나 자신이 이겨내기 힘든 생활상의 스트레스와 함께 일어난다. 많은 환자들이 발병 전에는 잘 기능해 왔고 강박적이고 완전벽이 있는 경우가 많다. 또한 이들에게는 폭식 형이 많고 사춘기 발병에 비해 빈혈, 간기능 이상 및 다른 내과적 증상과 같은 문제가 많이 일어난다고 보고하고 있다.

2) 진단 기준

남성 신경성 식욕부진증 환자에 대한 진단 기준은 Russell⁵⁴⁾에 의해 제시된 바 있고 자기유도 기아 상태(self-induced starvation)와 식사조절 상실로 인한 살찌는 것에 대한 공포 항목은 여성 환자에서와 같으나 여성의 무월경 항목 대신 성적 흥미나 활동의 저하를 가져오는 성호르몬 활동의 장애가 항목에 포함되었다. 그러나 DSM-IV²⁾에는 이에 대한 기준이 마련되어 있지 않고 ICD-10⁵³⁾에서는 이에 대한 기준이 포함되어 있다. 이 세 번째 항목은 남성의 경우는 굶는 것에 이차적인 결과로 나타나는 것으로 보인다. 그러나 여성에서는 약 30~40%가 식사 제한이 시작되기 전에 월경 장애가 나타나는 것으로 알려져 있어 이러한 군에 대응할 만한 남성 군에서의 증상이나 진단 기준 마련에 대한 연구와 노력이 필요하다¹⁾.

3. 위험 인자, 소인 및 정신 병리

1) 위험 요인 및 소인

Fichter 등⁵²⁾은 성격 검사 상 남성 환자와 여성 환자가 비슷한 양상을 보이나 남성 환자가 여성 환자에 비해 좀더 사회적이고(sociable), 여성적(super-feminine)인 경향을 보인다고 보고하였다. Fichter와 Daser⁵³⁾은 이들 남성 환자들이 어린 시절 음식하기, 바느질하기, 인형 놀이와 같은 여성적인 놀이를 좋아하는 경향이 있었으며 대상환자의 약 20% 정도에서 자신의 성이 여성이 되었으면 바란다고 보고하여 비 전형적인 정신 성적 행동을 보이는 남자아이가 사춘기에 식사 장애로 발전할 가능성이 높다고 주장하였다. Andersen¹⁾은 완전벽, 자기 비판적인 성격, 상류 사회계층, 기분 장애나 식사 장애의 가족력, 체중 감소가 요구되는 전문직이나 운동선수(레슬링 선수, 경마 기수, 무용수, 모델) 및 다이어트의 시작과 같은 요인들이 위험 요인이라고 제시하였다.

2) 병전 계층

Andersen과 Mickalide⁵⁶⁾는 여성 환자들은 다이어트를 시작하기 전의 체중이 자신의 이상 체중의 10% 범위 안에 있는 반면 남성 환자들은 평균적으로 약간 비만한 경향이 있는 것을 보고하였고 Andersen¹⁾, Margo⁴⁷⁾, Herzog 등⁵⁷⁾, Crips 등⁴⁴⁾ 및 Sharp 등⁵⁰⁾도 남성 환자에서 과거력상 비판의 빈도가 높음을 보고하

고 있다. 그러나 이 결과에 대해서는 이들이 실제로 비판했다기보다는 이들이 자신들이 비판했었다고 느끼고 있기 때문이라는 즉, 이들이 잘못된 믿음에 기인하는 것이라는 지적도 있다¹⁰⁾.

3) 과잉 행동(Overactivity) 및 운동열(Athetism)

과잉 행동이 이상 식사 행동의 원인인가 아니면 결과인가에 대해서는 아직도 논란이 많다. 남성 신경성 식욕 부진증 환자에 있어 과잉 행동과 운동열은 이것이 환자가 가지는 신체에 대한 정상적이지 않은 정도의 관심을 반영해 주며 운동과 같이 체중 조절이 필요한 군에서 신경성 식욕 부진증의 발병율이 높다는 점에서 관심의 대상이 되었다. 실제로 운동선수가 운동을 지속할 수 없는 손상을 입고 쉬어야 하는 경우 쉬는 동안 체중 증가가 두려워 다이어트를 시작하고 이것이 지나치게 되어 신경성 식욕부진증으로 발전했다는 보고가 있다⁵¹⁾. 과잉 행동에는 기본적으로 두 가지 개념이 포함되는데 전반적인 운동 활동의 증가와 초조증 및 지나친 운동이 그것이다¹⁴⁾. 그러나 불행히도 이전 연구에서는 이들 개념이 혼재되어 있어 구분이 어렵다. Bruch⁴⁶⁾, Taipale 등⁴⁸⁾, Hasan과 Tibbetts⁵⁸⁾ 및 Crips와 Burns⁵¹⁾는 남성 신경성 식욕부진증 환자들이 활동 증가(hyperactivity)나 운동성 과잉 활동 및 초조증을 보인다고 보고하였다. 또한 Margo⁴⁷⁾, Crips와 Burns⁵¹⁾, Bruch⁴⁶⁾, Hall 등⁵⁹⁾ 및 Crips 등⁴⁴⁾은 이들 남성 환자들이 여성 환자들보다 운동을 더 열심히 하는 경향이 있거나 관심이 높다고 보고하고 있다. Fitcher 등⁵²⁾은 남성 환자들이 더 신체적으로 활동적이며 건강과 근육 발달 등을 더 중요시하는 경향이 있다는 보고를 하고 있다.

4. 가족력 및 가족 관계 특징

전체적으로 남성 신경성 식욕부진증 환자의 정신과적 질환에 대한 가족력은 다른 장애와는 다른 특징을 지니지는 않는다는 것이 이제까지의 연구 결과이다. 즉, Hasan과 Tibbetts⁵⁸⁾, Crips와 Toms⁷⁾ 및 Shepard 등⁴⁵⁾ 등은 남성 신경성 식욕부진증 환자 가족의 약 1/4에서 알코올리즘, 광장 공포증, 자살, 우울증 및 심한 불안과 같은 심각한 만성 정신과 질환을 가지고 있다고 보고하고 있다. 여성 신경성 식욕부진증 환자와 비교할 때 Margo⁴⁷⁾는 남성 환자의 가족에서 정신과적인 가족력이 여성 환자에서보다 높다고 보고하였으나 Crips 등⁴⁴⁾은 두 군간에 차이가 없다고 보고하여 상반

되는 결과를 보고하고 있다. Sharp 등⁵⁰⁾은 남성 환자의 경우 부모에서 기분 장애와 알코올 남용이 가장 많은 진단이었으나 여성 환자의 경우에는 부모의 식사 장애가 가장 많은 진단이었다고 보고하고 있다. 이외에도 이들 가족에 있어 식사 장애와 비만의 병력에 대한 연구도 진행이 되었는데 대부분의 연구 결과들^{7,60)}은 남녀 환자군 간에 유의한 차이는 없다고 보고하고 있고 남자 환자 군에서 부모 특히, 아버지가 비만한 경향을 보였다고 보고하고 있다⁶¹⁾.

이들 환자에 있어 가족 관계 특성을 보면 많은 연구들이 아버지와의 관계가 좋지 않아 아버지가 없거나 있어도 드러나게 적대심을 보일 정도로 거부하는 관계가 특징이고^{45,61)} 어머니와의 관계는 어머니가 이들에 대해 지나치게 간섭을 하거나 과보호적인 경향을 보였으며^{7,45,61)} 아니면 할머니와 같은 어머니의 대체 대상과 밀접한 관계를 유지하는 경향을 보였다고 보고하고 있다⁴⁸⁾. 몇몇 연구에서는 이들 가족이 처음에는 화목한 것처럼 보이거나 집중적인 정신 치료에 의해 밀에 깔려 있는 불협화음이 드러날 수 있다고 보고하고 있다^{45,46)}.

5. 성성(Sexuality)

남성 환자들도 여성 환자에서와 마찬가지로 질병 기간 동안에는 각종 성 관련 활동과 성에 대한 관심이 감소한다. 즉, 성욕도 감소하고, 자위행위나 조양(morning erection)도 없어지게 된다⁵¹⁾. 따라서 이들의 병전 성적 활동과 이상에 대한 초점이 더 맞추어 지게 되었는데 이들이 가지는 특징에 대해서는 대개 다음과 같은 관점에서 논의가 있어 왔다. 1) 동성연애나 동성연애의 과거력, 2) 정신 성적 주체성 혼돈이나 자신의 성에 대한 불편감, 3) 무성(asexuality)이나 상대적인 무성(relative asexuality) 및 4) 낮은 자존심과 거부에 대한 과민성에 기인하는 이성에 대한 기피 등이 그것이다¹⁴⁾. Eller¹⁴⁾는 같은 논문에서 이에 대한 연구 결과에 대한 해석은 몇 가지 점을 신중히 고려하여 이루어져야 한다고 하였다. 이에 대한 연구들이 가지는 방법론상에 있어 문제 즉, 대조군 연구가 많은 환자를 대상으로 이루어지지 않았다는 점과 남성에서의 신경성 식욕부진증은 발병 연령이 다양하여 각 연령이 가지는 각각의 성적 기준이 다르다는 것을 고려하지 않았다는 점 및 이들 문제가 장기 추적할 때 어떻게 변화하는가에 대한 추적 연구들이 없었다는 점등을 충분히 고려하여 현재

까지의 연구 결과를 해석해야 한다고 주장하였다. 이들 환자에 있어 동성애율은 7.1%⁶²⁾에서 26%^{53,57)}까지 다양하다. Hasan과 Tibbetts⁵⁸⁾은 이들에게서 동성연애의 증거를 확인할 수는 없었으나 공격적인 남성성이나 남성애에 대한 동일시는 확실히 부족하다고 보고하면서 이들 중 오직 2%만이 결혼을 하였고 성적인 접촉도 거의 없었다고 보고하였다. Herzog 등⁵⁷⁾도 이들 남성 환자가 여성 환자에서보다 이성과의 성적인 관계를 가진 경우가 훨씬 적고 성적인 관계를 가지고 있지 않는 경우가 많다고 보고하고 있다. Crips 등⁴⁴⁾은 이들 환자에서 병 전 성적 활동에 대한 조사를 하여 이들 환자에서의 병 전 성적 활동은 여성 환자와 비교할 때 유의한 차이가 없으며 오히려 성적인 즐거움을 느끼는 면에서는 남성 환자가 여성 환자에서 보다 유의하게 높았다고 보고하였다. Fichter와 Daser⁵³⁾은 이들이 동성과 이성 모두에게 성적인 불안을 느끼며 이들 환자의 95%가 자신의 성적 욕구를 억제하고 있다고 하였다.

6. 병존 질환

이들 남성 환자에서의 병존 질환도 여성 환자에서와 같은 관점에서 연구가 이루어졌다. 많은 연구 결과들^{12,50,63)}이 이들 남성 환자들이 우울증을 포함하는 기분 장애, 강박 장애를 포함하는 불안 장애 및 성격 장애에 있어 여성 환자와 차이가 없음을 보여 주고 있다. 그러나 Andersen¹²⁾은 남성 식사 장애 환자들은 병 전 물질사용 장애와 강박증의 경향이 높고 여성 환자들은 기분 장애의 경향성이 높다는 차이를 보고하고 있기도 하다.

남성 신경성 식욕부진증 환자에 있어 내분기계 특히 성호르몬계에 이상이 발견되는데 이는 주로 굶는 것에 대한 이차적인 결과로 나타나는 것이다. Beumont 등⁴⁹⁾은 이들 환자에서 남성 호르몬이 감소되어 있다고 보고하였으나 Andersen 등⁶⁴⁾과 Crips 등⁶⁵⁾은 대부분 환자에서 병이 호전이 되면 이들 호르몬 저하가 회복이 된다고 보고하였다. 이외에도 골다공증과 같은 내과적 합병증은 여성에서 남성에서보다 흔하다¹²⁾.

7. 치료 경과 및 반응

이들 환자에 대한 영양 회복치료(nutritional rehabilitation)는 여성 환자에서와 같다. 신경성 식욕부진증에 대한 일반적인 치료에 대한 기술은 여기서는 생략하고 남성 신경성 식욕부진증 환자를 치료할 때 주의를 기울여야 하는 점에 관해서만 기술하겠다. Andersen¹¹⁾

은 남성 신경성 식욕부진증 환자에 대한 문헌 고찰에서 이들에 대한 치료원칙을 제시하였는데 그에 따르면 이들에 대한 치료는 환자의 연령, 치료 경험, 병식에 대한 능력 등에 따라 다양하게 적용되어야 한다는 것이다. 전형적인 신경성 식욕부진증 여성, 특히 사춘기 여성 환자에게 적용되는 방법이 일률적으로 적용되는 것은 도움이 되는 것 같지 않다고 하였다. 또한 질병의 단계에 따라 치료적 접근을 탄력성 있게 적용하는 것이 중요한데 모든 환자에게 질병에 대한 정확한 정보를 제공해 주고 병 때문에 느끼는 죄책감이나 자기 비난에서 벗어나도록 지지하는 것이 초기에는 중요하다고 하였다. 대부분 남자 환자들이 성적인 문제나 사회적 기술에 관한 문제를 다루는 것을 꺼려하나 치료자는 이런 문제를 솔직하게 다루는 것이 필요하고 만약 환자가 심각한 성주체성 장애를 가졌다면 이 문제를 다루기 위한 좀더 장기간의 정신 치료가 필요하다고 하였다. 이외에도 환자들에게 자신의 식사를 자세히 적도록 하고 이에 따르는 기분을 같이 적게 하는 행동요법적인 접근 또한 도움이 될 수 있다. 일단 체중이 회복되고 나면 이상 식사행동보다는 근본적인 갈등에 더욱 초점을 맞추는 치료적 전환이 필요할 수도 있다. 신경성 식욕부진증 환자에 대한 인지행동 치료적 접근은 신경성 대식증 환자와는 달리 더 오랜 기간, 다른 치료적 목표와 전략을 가지고 이루어져야 한다.

치료 반응에 대해서는 앞서서도 거론하였듯이 남성 신경성 식욕부진증 환자의 치료에 대한 부정적인 시각이 있어 왔다. 그러나 최근의 여러 연구들¹³⁾은 이들이 여성 환자와 치료 반응에 차이가 없으며 여성 환자에서와 마찬가지로 폭식 및 제거행이 전통적인 제한형보다 치료 반응이 좋지 않다고 알려져 있다. 단지 남자라는 이유만으로는 좋지 않은 예후의 이유가 되지 않는다¹²⁾. 남성 신경성 식욕부진증 환자들은 이 질병을 여성보다 훨씬 자아 이질적으로 받아들이고, 신경성 식욕부진증을 가진 여성 환자들조차도 남성 환자를 이상하게 바라볼 수 있기 때문에 여성 환자들만으로 구성된 집단치료 상황에서는 남성 환자는 종종 자신이 혼자라는 느낌과 치료집단에 속해 있다는 느낌을 받지 못할 수 있다는 것¹²⁾을 염두에 두어야 한다. 그러나 Andersen¹²⁾은 이들 남성 환자를 집단 치료하는 경우 가능하면 한 명 이상의 남성을 여성의 치료 집단에 혼합시켜 치료하는 것이 남성 단독으로 치료하는 것보다는 효과적이라고 보

고하고 있다. 예후와 관련된 요소로는 질병이 심할수록 성별 차이가 치료 결과에 영향을 미치지 않으나 체중이 정상에 가까울수록, 또한 좀더 정상적인 남성적 행동을 보일수록 성과 관련된 요소들이 치료결과에 영향을 더 미친다는 보고가 있고 남성의 경우는 치료 프로그램의 일부로 체중 조절 프로그램을 넣어 줄 것을 요구하는 경우가 많았다는 보고도 있다¹²⁾. 신경성 식욕부진증에 만 국한된 것은 아니나 심하게 낮은 체중을 오래 지속된 경우, 병존 질환이 뚜렷한 경우, 폭식과 제거 행동이 심한 경우, 가족 환경이 지지적이지 않은 경우 및 추적 치료를 받을 만한 시설이 없는 경우가 나쁜 예후와 연관이 된다고 보고하고 있다¹²⁾.

신경성 대식증

전체적으로 신경성 식욕부진증에 비하여 신경성 대식증에 대한 남녀 비교연구는 더 적은 편이다.

1. 역 학

1) 발병율 및 유병율

Carlat와 Camargo Jr⁶⁾은 남성 신경성 대식증 환자에 대한 문헌 비교연구에서 지역사회 연구를 기준으로 할 경우 남성 신경성 대식증은 청소년기와 초기 성년기 남성의 약 0.2%에서 일어나며(범위 0.0~4.3%) 전체 신경성 대식증 환자의 약 10-15%정도를 남성이 차지한다고 보고하였다. 이들은 이 결과가 임상에 기초를 둔 연구 결과인 평균 6%와는 차이를 보이는 결과인데 이런 결과의 차이는 남성 환자들이 여성 환자들보다 치료를 찾는율이 낮다는 것을 보여 주는 것이라고 해석하였다.

2) 발병 연령

이에 관한 연구들^{57,62)}은 대체적으로 남성 신경성 대식증 환자가 여성 환자에 비해 발병 연령이 몇 년 늦은 편이라는 결과를 보여 주고 있다. 즉 여성들은 발병 연령이 15세에서 18세 사이인데 남자의 경우는 18세에서 26세 사이로 차이를 보인다⁶⁾.

2. 임상적 특징 및 진단

1) 식사 행동

전체적으로 임상적인 양상은 남성 환자와 여성 환자

사이에 커다란 차이가 없다는 것이 대다수의 연구 결과이다. 그러나 남성 환자들이 폭식에 대해서 좀더 공개적이고 죄책감이나 관심을 적게 보이는 경향이 있고 체중 조절에 있어서도 여성 환자보다는 지나친 매달리는 것이 덜한 특징을 가진다⁶⁾. Carlat와 Camargo Jr⁶⁾은 폭식과 제거 행동의 빈도에 있어서는 폭식이나 자기유도 구토와 같은 제거 행동이 남성 환자에서 여성 환자에서 보다 적었는데, 이들은 이런 결과가 남성 환자의 경우는 사회적으로 남성이 폭식을 한다는 것이 여성이 하는 것보다는 비정상적인 행동으로 보는 경향이 낮기 때문에 남성 환자들은 자신의 폭식을 과소 평가하고 여성 환자들은 자신의 폭식을 과대 평가하는 경향에 기인한다고 주장하였고 제거 행동도 적게 함으로써 자신의 폭식에 대해 좀더 죄책감과 자기 비하가 덜한 방법으로 반응하는 것 같다고 보고하였다. 따라서 전체적으로 폭식이나 제거 행동의 횟수나^{27,66,67)} 전체질 이상이나 다른 내과적 합병증의 발생률^{68,69)} 등은 남녀간에 차이를 보이지 않는다. 그러나 Mitchell과 Goff⁶⁷⁾, Schneider와 Agras⁷⁰⁾는 남성 환자들이 여성 환자들에 비해 해나, 이노제, 다이어트 약품 등과 같은 약물 사용이 적다고 보고하고 있다.

2) 신체상과 다이어트

남성에게나 여성에게 다이어트는 폭식에 선행을 하거나 여러 기전을 거쳐 폭식을 유발한다^{27,28,68)}. 그러나 신체상과 다이어트에 관한 이제까지의 연구 결과는 남성은 여성에 비해 좀더 긍정적인 신체상을 가지고 있으며 따라서 다이어트를 시행하는 율도 여성에 비해 적어 이것은 남성에 있어 신경성 대식증을 비롯한 식사 장애에 대한 방어 요소로 작용한다는 것을 보여 주고 있다⁶⁾. 실제로 일반적으로 남성은 자신의 신체에 대해 만족을 하고 있는 율이 여성보다 높으며^{32,71-73)}, 여성의 경우 체중이 증가할 때 우울증에 잘 걸리나 남성은 반대로 체중이 저하될 때 우울증이 잘 온다는 보고도 있다⁷²⁾. Drewnowski와 Yee³³⁾는 대학생을 대상으로 한 연구에서 여성의 85%는 체중이 빠지기를 바라고 있는 반면 남성은 40%는 체중 저하를 원하고 45%는 체중 증가를 원한다고 보고하여 이를 뒷받침해 주고 있다.

3) 진단 기준

DSM-IV²⁾나 ICD-10⁵⁵⁾에서는 성별에 따른 진단 기준을 따로 두고 있지 않다. DSM-IV²⁾에는 반복적인 폭

식 섭취, 체중 증가를 방지하기 위한 반복적인 부적절한 보상행동(자기유도 구토, 하제, 이뇨제 및 관장의 오용, 굶기, 지나친 운동 등이 포함) 및 이런 폭식과 제거행동이 적어도 3개월에 걸쳐 일주일에 평균 2회 이상 일어나고, 신체형이나 체중이 자신의 평가에 지나치게 영향을 미치는 것 등이 진단 기준으로 제시되어 있다.

3. 위험 인자, 소인

1) 위험 요인 및 소인

현재 남성 신경성 대식증에 있어 거론되고 있는 위험 요인으로는 병전 과체중, 동성애를 포함하는 성적인 문제, 체중 감소가 요구되는 직업이나 운동에 종사, 충동적이고 감정적으로 안정되어 있지 않은 성격 경향^{26,70,74} 및 비지지적이고 혼란된 가족 관계^{27,60}나 문제를 숨기려는 경향을 가지는 가족⁷⁵ 등이 있다. 그러나 성격 및 가족에 관한 문제는 남성에만 특이한 것이 아니라 여성 환자들에서도 공통적으로 관련되어 나타나는 요인이다. 남성 환자들에 있어 과체중으로 인해 놀림을 받거나^{1,27,76}, 몸 만들기를 위해 운동을 시작하거나^{1,27,74}, 성에 대해 불안을 느끼거나^{1,27,74} 아니면 여자 친구와 헤어지게 되는 것과 같은 대인관계에서의 스트레스^{1,27,74,77} 등이 직접적인 유발 인자로 작용할 수 있다.

2) 병전 체중

이전에 신경성 식욕부진을 앓은 병력은 남성 환자와 여성 환자를 비교할 때 유의한 차이가 없으나^{27,62}, 이전의 비만 병력이나 이전의 최고 체중 및 진단 당시의 체중이 남성 환자에서 여성 환자에서보다 더 많은 경향을 보였다^{56,57,70}. 즉, 전체적으로 남성 신경성 대식증 환자가 여성 환자에 비해 과거력상 더 체중이 더 나갔다는 것이 현재까지 이에 대한 연구 결과이다.

3) 직업 및 운동

여성에서와 마찬가지로 남성에서도 직업적인 이유나 운동 등과 같은 이유가 신경성 대식증에 대한 위험성을 증가시키는 요인이 될 수 있다⁶. 체중 저하가 필요한 연예인이나 모델⁷⁴, 특히 레슬링선수나 바디 빌더와 같은 운동선수^{1,78-80}, 기수⁸¹ 등이 높은 위험도를 가진 군이라는 보고들이 있다.

4. 가족력 및 가족관계 특징

여성 신경성 대식증 환자에서는 신경성 대식증과 우

울증간의 상관에 대한 연구들이 가족력 연구를 중심으로 하여 많이 진행되었다. 남성에서도 같은 관점에서의 연구들이 병존 질환율이나 가족력 연구 등을 통해 진행이 되었는데, 연구 결과들은 이들 환자 군에서 기분 장애의 가족력이 높으며^{62,67,74}, 남성 환자들의 가족력상 우울증을 포함하는 기분 장애의 병력이 여성 환자와 커다란 차이가 없다⁶²는 것을 보여 주고 있다. 이외에 Mitchell과 Goff⁶⁷는 남성 환자에서 물질 남용의 가족력이 높다고 보고하였다.

5. 성성(Sexuality)

남성 신경성 대식증 환자에 대한 성적인 연구 또한 신경성 식욕부진증에서와 마찬가지로 관점에서 이루어졌다. 즉, 동성애율이나 어떤 종류이건 간에 성적 흥미의 감소(무성 : asexuality) 및 결혼율에 대한 연구가 그것이다. 몇몇 연구들^{27,57,70}은 이들에게서 동성애율이 여성 환자보다 높거나 성적 활동이 떨어져 있다고 보고하고 있으나 Pope 등⁶²은 15명의 환자 중 1명만이 동성애를 보이고 있었고 대식증기간 동안에 성적으로 활동이 없는 4명을 제외하고는 나머지는 모두 나이에 적절한 성적 활동을 보이고 있다고 보고하여 차이를 보이고 있다. 이들은 대식증기간 동안 성적으로 비활동적이었던 환자들이 항우울제 치료로 성적 활동이 정상화되었다고 보고하였다. 그러나 Silberstein 등¹¹은 동성애 남성이 이성 관계를 갖는 남성에게 비해 자신의 신체에 대한 불만족도가 높았으며 신체적 모습이 자신을 평가하는데 더 중요하다고 생각하고 있었으며 실제적으로 이들에게서 문제가 될 정도의 이상 식사 태도가 나타났다고 보고하였다. Yager 등⁸², Herzog 등⁵⁷도 동성애 남성들에서 현재나 과거에 식사 행동이나 신체상에 문제를 가진 경우가 많았고 식사장애 척도(Eating Disorder Inventory)와 같은 식사장애 검사도구의 각종 항목에서 이성 관계를 갖는 남성보다 높은 점수를 보였고 비슷한 결과를 보고하고 있다. 이에 대한 연구들의 경향은 이들 남성 신경성 대식증 환자에서 동성애와의 상관성이 높으며 이러한 상관은 여성 환자에서는 확인할 수 없었다는데 의견을 같이하고 있다⁶⁶. 전반적인 성적 관심^{57,62,74}이나 결혼율^{27,70} 또한 이들 환자에서 일반군이나 여성 환자군보다 떨어져 있다. 이들 신경성 대식증 환자에 있어 성성에 대한 연구 결과 또한 신경성 식욕부진증 환자에서와 마찬가지로 연구 방법론 상에 문

제를 충분히 고려하여 결과를 해석해야 한다고 Eller¹⁴⁾ 는 결과 해석에 주의를 가하고 있다.

6. 병존 질환

앞서 거론한 바와 같이 여성 환자에서와 마찬가지로 우울 장애를 비롯한 기분 장애, 불안 장애, 알코올 남용이나 약물 의존을 포함하는 충동 조절 장애 및 인격 장애 등이 남성 신경성 대식증 환자에서도 흔히 병발하는 질환으로 주목을 받고 있다. Pope 등⁶²⁾은 대상환자의 68%에서 기분 장애의 병력이 있으며 Robinson과 Holden²⁷⁾은 9명의 환자 중 4명이 우울증과 자살 행동을 보였다고 보고하였고 이러한 발병율은 여성 환자에서와 커다란 차이가 없다고 하였다. 약물과 알코올 사용은 여성 환자에서 보다 남성 환자에서 더 흔하다는 보고가 있다^{70,83)}. 그러나 이와는 반대되는 결과를 보고한 연구들^{84,85)}도 있어 이들의 정확한 상관관계에 대해서는 앞으로의 연구가 더 요구된다. 특히 경계성 인격 장애와 충동 조절 문제를 포함하는 인격 장애가 이들 남성 환자군에서도 높다는 보고도 있다^{62,74)}.

7. 치료 경과 및 반응

남성 신경성 대식증의 치료에 대해서는 아직 특정한 결론을 내릴 만큼 연구가 진행되어 있지 않다. Gwirtsman 등⁷⁴⁾과 Pope 등⁶²⁾은 항우울제가 효과적이었다고 보고한 반면, Robinson과 Holden²⁷⁾, Levine 등⁸⁶⁾은 입원치료와 정신 치료를 병합하여 비교적 불량한 결과를 보였다고 보고하였다. Levine 등⁸⁶⁾은 신경성 대식증을 포함하는 남성 식사 장애 환자를 집단 치료한 결과 80%에서 증상의 호전을 보였다고 보고하고 있다. 남성 신경성 대식증 환자를 위한 적절한 치료적 접근이나 치료 결과에 대해서는 앞으로 많은 환자를 대상으로 한 대조군 비교연구가 필요하며, 여성 환자군과는 다른 남성 환자군에만 특이한 치료적 요소가 존재하는 지 여부도 관심의 대상이다.

폭식 장애

폭식 장애는 비교적 최근에 질병에 대한 개념이 정립되어 있고 아직 질병 자체가 진단 기준에 있어 논란이 많아 남성 환자와 여성 환자와 차이에 대한 연구가 아주 적은 편이다. 이 질병은 위의 두 질병과는 달리 남성에서의 유병율이 상대적으로 아주 높다고 알려져 있다

(남녀 비 3 : 2)⁸⁷⁾. 여러 연구들^{51,62)}이 남성과 여성 환자군 사이에 인구학적으로나, 병존하는 정신 병리, 가족력, 치료 반응, 신체적 합병증 및 어린 시절 성적 학대의 과거력 등에 차이가 없다고 보고하고 있으나 Cohen 등³⁸⁾은 지역사회에서의 연구를 통해 남성 환자군이 심리적인 고통을 더 많이 느낀다고 보고하였고 Tannofsky 등⁸⁸⁾은 남성 환자가 여성 환자에 비해 DSM-IV²⁾의 Axis I 진단을 더 많이 가지고 있고 물질 의존의 평생 진단율이 더 높으며 반면 여성 환자는 남성 환자에 비해 식사 행동에 대해 불안, 분노, 좌절 및 우울과 같은 부정적인 감정 반응이 높았다고 보고하고 있다. 이들은 이러한 결과의 차이를 남성이 전통적으로 여성의 질환이라고 알려진 병을 가지고 있기 때문에 이것이 여성에 비해 더한 심리적 압박 요인으로 작용하고 치료를 받으러 올 것을 결정할 때에도 심리적인 부담을 더 주었기 때문에 Axis I 진단율이 높았다고 설명하고 있고 여성에서 식사에 대한 부정적인 감정 반응이 높은 결과는 여성들에서 음식 섭취와 감정을 연관시키는 소위 감정적인 음식 섭취(emotional eating)가 많았기 때문이라고 설명하고 있다. 이 질병에 대한 성에 따른 차이에 대해서는 앞으로 많은 연구가 필요하다.

결 론

위의 연구 결과들을 보거나 임상 실제의 경우를 보더라도 신경성 식욕부진증과 신경성 대식증이 남성에서도 존재함이 분명하다. 그러나 이제까지의 연구 결과들은 방법론상 가지는 문제 때문에 해석에 한계를 갖는다. 많은 부분에 있어 남성 식사 장애는 여성의 식사 장애와 유사한 점을 가진다. 그러나 생물학적이거나 심리학적이거나 또는 사회문화적으로 남성과 여성이 뚜렷한 차이가 있음도 분명하다. 따라서 아직도 많은 부분에서 이들 남성 환자군이 여성 환자와는 다른 특징을 갖는가에 대한 연구들이 필요하다. 여기에는 좀더 많은 환자 수를 포함한 대조군 비교 연구나 장기 추적 연구 등이 포함된다. 이외에도 이들을 정확히 진단하기 위한 진단 기준에 관한 정립도 필요한 것으로 여겨진다. 그러나 이 모든 것에 앞서 일반 의사와 정신과 의사, 나아가 일반인을 대상으로 한 남성 식사 장애에 관한 정확한 정보제공 및 홍보가 앞서야 할 것이다. 이렇게 함으로써 진단을 정확히 내릴 수 있도록 하여 그 동안 적절한 치료와 도움을

받아 오지 못한 남성 환자들이 좀더 쉽게 치료소를 찾게 할 수 있고, 이렇게 됨으로써 궁극적으로는 이들에게 적절한 치료 방법이나 치료 반응에 관한하는 요소를 찾을 수 있을 것이다. 또한 이러한 노력은 식사장애에 있어 성별에 따라 각각에 특이한 요소나 기전에 대한 이해를 높이는 데도 도움을 줄 수 있을 것이다.

중심 단어 : 식사장애 · 남성.

REFERENCES

- 1) Andersen AE(1988) : Anorexia nervosa and bulimia nervosa in males. In : Garner DM, Garfinkel PE(ed), Diagnostic Issues in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. New York, Brunner/Mazel, pp166-207
- 2) American Psychiatric Association(1994) : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 4th ed, Washington DC, American Psychiatric Association
- 3) Vandereycken W, Van den Broucke S(1984) : Anorexia nervosa in males : a comparative study of 107 cases reported in the literature(1970 to 1980). Acta Psychiatr Scand 70 : 447-454
- 4) Morton R(1694) : Phthisiologica : or, A Treatise of Consumptions. London, Smith and Walford
- 5) Gull WW(1874) : Anorexia nervosa(apepsia hysterica, anorexia hysterica). Trans Clin Soc Lond 7 : 22-28
- 6) Carlat DJ, Camargo Jr. CA(1991) : Review of bulimia nervosa in males. Am J Psychiatry 148 : 831-843
- 7) Crisp AH, Toms DA(1972) : Primary Anorexia nervosa or weight phobia in the male : report on 13 cases. Br Med J 1 : 334-338
- 8) Hogan WM, Huerta E, Lucas AR(1974) : Diagnosing anorexia nervosa in males. Psychosomatics 15 : 122-126
- 9) 박세현, 이영호, 정영조(1995) : 대학 운동선수의 식사특성과 성격특징과의 상관관계에 대한 연구. 신경정신의학 34 : 1823-1838
- 10) Andersen AE(1986) : Males with eating disorders. In : Larocca FEF(ed), Eating disorders : New Directions for Mental Health Services. no 31, San Francisco, Jossey-Bass, Fall, pp39-46
- 11) Silberstein LR, Mishkind ME, Striegel-Moore RH, Timko C, Rodin J(1989) : Men and their bodies : a comparison of homosexual and heterosexual men. Psychosom Med 51 : 337-346
- 12) Andersen AE(1995) : Eating disorders in males. In : Brownell KD, Fairburn CG(ed), Eating Disorders and Obesity : A Comprehensive Handbook. New York, The Guildford Press, pp177-182
- 13) Burns T(1982) : Anorexia nervosa in males : a preliminary report. Paper presented at the Fourteen European Conference on Psychosomatic Research. Noordwijkerhout, The Netherlands, September 19-25
- 14) Eller B(1993) : Males with eating disorders. In : Giannini AJ, Slaby AE(ed), The Eating Disorders. New York, Springer-Verlag, pp133-147
- 15) Andrews FFH(1982) : Dental erosion due to anorexia nervosa with bulimia. Br Dental J 152 : 89-90
- 16) 이영봉, 이영호, 최 홍, 정영조(1996) : 체형미 교정교실 참여 여성에서의 식사장애 유병률 및 식사특성과 성격특성의 상관관계에 대한 연구. 신경정신의학 35 : 278-289
- 17) 장수용, 이영호, 정영조(1995) : 무용과 대학생에서의 식사장애 유병률 및 식사특성과 성격특성의 상관관계에 대한 연구. 정신의학 20 : 107-122
- 18) 이영호, 이민규, 박세현, 손창호, 정영조, 홍성국, 이병관, 장필립, 윤애리(1994) : 한국 성인에 있어 식사특성과 인격특징과의 상관관계에 대한 연구. 대한신경정신의학회 제37차 추계학술대회 초록집, 대한신경정신의학회, pp 24-25
- 19) 한오수, 유희정, 김창윤, 이 철, 민병근, 박인호(1990) : 한국인의 식이장애의 역학 및 성격 특성. 정신의학 15 : 270-287
- 20) Lee YH, Rhee MK, Park SH, Shon CH, Chung YC, Hong SK, Lee BK, Chang P, Yoon AR(1998) : Epidemiology of eating disordered symptoms in the Korean general population using a Korean version of the Eating Attitudes Test. Eating and Weight Disorders/Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity 3 : 153-161
- 21) Litt I, Vaughan V(1987) : Developmental pediatrics. In : Behrman R, Vaughan V(ed), Nelson Textbook of Pediatrics. 13th ed, Philadelphia, WB Saunders
- 22) Tanner JM(1978) : Focus Into Man : Physical Growth From Conception to Maturity. Cambridge,

Mass, Harvard University Press

- 23) Striegel-Moore RH, Silberstein LR, Rodin J(1986) : Toward an understanding of risk factors for bulimia. *Am Psychol* 41 : 246-263
- 24) Schwartz HJ(1988) : Bulimia : psychoanalytic perspectives. In : Schwartz HJ(ed), *Bulimia : Psychoanalytic Treatment and Theory*. Madison, International Universities Press
- 25) Tabin CJ, Tabin JK(1988) : Bulimia and anorexia : understanding their gender specificity and their complex of symptoms. In : Schwartz HJ(ed), *Bulimia : Psychoanalytic Treatment and Theory*. Madison, International University Press
- 26) Blinder BJ, Goodman SL(1986) : Atypical eating disorders. *New Dir Ment Health Serv* 31 : 29-37
- 27) Robinson PH, Holden NL(1986) : Bulimia nervosa in the male : a report of nine cases. *Psychol Med* 16 : 795-803
- 28) Mintz IL(1983) : Anorexia nervosa and bulimia in males. In : Wilson CP, Hogan CC, Mintz IL(ed), *Fear of Being Fat-The Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*. New York, Jason Aronson
- 29) Wilson GT, Nonas CA, Rosenblum C(1993) : Assessment of binge eating in obese patients. *Int J Eating Disorders* 13 : 25-33
- 30) Gonsiorek JC(1988) : Mental health issues of gay and lesbian adolescents. *J Adolesc Health Care* 9 : 114-122
- 31) Polivy J, Herman CP(1985) : Dieting and bingeing-a causal analysis. *Am Psychol* 40 : 193-201
- 32) Conner-Greene PA(1988) : Gender differences in body weight perception and weight loss strategies of college students. *Women Health* 14 : 27-42
- 33) Drewnowski A, Yee DK(1987) : Men and body image : are males satisfied with their body weight? *Psychosom Med* 49 : 626-634
- 34) Kleges RC, Mizes JS, Kleges LM(1987) : Self-help dieting strategies in college males and females. *Int J Eating Disorders* 6 : 409-417
- 35) Dally P, Gomez J(1979) : Anorexia nervosa in the male. In : Dally P, Gomez J(ed), *Anorexia Nervosa*. London, William Heinemann Medical Books Ltd, pp142-151
- 36) Hay GG, Leonard JC(1979) : Anorexia nervosa in males. *Lancet* 2 : 574-576
- 37) Nylander I(1971) : The feeling of being fat and dieting in a school population. *Acta Socio-Medica Scand* 1 : 17-26
- 38) Cohn LD, Adler NE, Irwin CE, Millstein SG, Kegeles SM, Stone G(1987) : Body-figure preferences in male and female adolescents. *J Abnom Psychol* 96 : 276
- 39) Kirkpatrick SW, Sanders DM(1978) : Body image stereotypes : a developmental comparison. *J Gender Psychol* 132 : 87-95
- 40) Katzman MA, Wolchick SA, Braver SL(1984) : The prevalence of frequent binge eating and bulimia in a nonclinical college sample. *Int J Eating Disorders* 3 : 43-57
- 41) Leon GR, Carroll K, Chernyk B, Finn S(1985) : Binge eating and associated habit patterns within college student and identified bulimic populations. *Int J Eating Disorders* 4 : 43-57
- 42) Lee YH, Mitchell JE(1999) : Neuropsychological model of eating disorders. *Seoul Review of Psychiatry* 1 : 46-69
- 43) Andersen AE(1985) : Anorexia nervosa in males. In : Andersen AE(ed), *Practical Comprehensive Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press, pp 149-159
- 44) Crisp AH, Burns T, Bhat AV(1986) : Primary anorexia nervosa in the male and female : a comparison of clinical features and prognosis. *Br J Med Psychology* 59 : 123-132
- 45) Sheppard NP, Malone JP, Jackson A(1984) : Male anorexia nervosa : a review of nine patients. *Irish Med J* 77 : 4-8
- 46) Bruch H(1971) : Anorexia nervosa in the male. *Psychosomat Med* 33 : 31-47
- 47) Margo JL(1987) : Anorexia nervosa in males : a comparison with female patients. *Br J Psychiatry* 151 : 80-88
- 48) Taipale V, Larkio-Miettinen K, Valanne EH, Moren R, Audee M(1972) : Anorexia nervosa in boy. *Psychosomatics* 16 : 23-27
- 49) Beaumont PJV, Beardwood CJ, Russell GFM(1972) : The occurrence of the syndrome of anorexia nervosa in male subjects. *Psychol Med* 2 : 216-231
- 50) Sharp CW, Clark SA, Dunan JR, Blackwood DHR, Shapiro CM(1994) : Clinical presentation of anorexia nervosa in males : 24 new cases. *Int J Eat-*

- ing Disorders 15 : 125-134
- 51) Crisp AH, Burns T(1983) : The clinical presentation of anorexia nervosa in males. *Int J Eating Disorders* 2 : 5-10
 - 52) Fichter MM, Dase C, Postpischil F(1985) : Anorexic syndromes in the male. *J Psychiatric Research* 19 : 305-313
 - 53) Fichter MM, Daser C(1987) : Symptomatology, psychosexual development and gender identity in 42 anorexic males. *Psychol Med* 17 : 40-44
 - 54) Russell GFM(1970) : Anorexia nervosa : its identity as an illness and its treatment. In : Price JH (ed), *Modern Trends in Psychological Medicine*. vol 2, London, Butterworths, pp131-164
 - 55) World Health Organization(1992) : The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders : Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva, World Health Organization
 - 56) Andersen AE, Mickalide AD(1985) : Anorexia nervosa and bulimia : their differential diagnoses in 24 males referred to an eating and weight disorders clinic. *Bulletin of the Menninger Clinic* 49 : 227-235
 - 57) Herzog DB, Norman DK, Gordon C, Pepose M (1984) : Sexual conflict and eating disorders in 27 males. *Am J Psychiatry* 141 : 989-990
 - 58) Hasan MK, Tibbetts RW(1977) : Primary anorexia nervosa(weight phobia) in males. *Postgraduate Med J* 53 : 146-151
 - 59) Hall A, Delahunt JW, Ellis PM(1985) : Anorexia nervosa in the male : clinical features and follow-up of nine patients. *J Psychiatric Research* 19 : 315-321
 - 60) Dally PJ(1969) : *Anorexia Nervosa*. London, Heinemann
 - 61) Sreenivasan U(1978) : Anorexia nervosa in boys. *Can Psychiatr Assoc J* 23 : 159-162
 - 62) Pope HG, Hudson JI, Jonas JM(1986) : Bulimia in men : a series of fifteen cases. *J Nerv Ment Dis* 174 : 117-119
 - 63) Touyz SW, Kopec-Schrader EM, Beumont PJV (1993) : Anorexia nervosa in males : a report of 12 cases. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 27 : 512-517
 - 64) Andersen AE, Wirth JB, Strahlman ER(1982) : Reversible weight-related increase in plasma testosterone during treatment of male and female patients with anorexia nervosa. *Int J Eating Disorders* 1 : 74-83
 - 65) Crisp AH, Hsu LKG, Chen CN, Wheeler M(1982) : Reproductive hormone profiles in male anorexia nervosa before, during and after restoration of body weight to normal : a study of twelve patients. *Int J Eating Disorders* 1 : 3-9
 - 66) Edwin DH, Andersen AE(1990) : Psychometric testing in 76 males with eating disorders. In : Andersen AE(ed), *Males With Eating Disorders*. New York, Brunner/Mazel
 - 67) Mitchell JE, Goff GG(1984) : Bulimia in male patients. *Psychosomatics* 25 : 909-913
 - 68) Johnson C, Connors ME(1987) : The Etiology and Treatment of Bulimia Nervosa. New York, Basic Books
 - 69) Mitchell JE, Pyle RL, Eckert ED, Hatsukami D, Lentz R(1983) : Electrolyte and other physiological abnormalities in patients with bulimia. *Psychol Med* 13 : 273-278
 - 70) Schneider JA, Agras WS(1987) : Bulimia in males : a matched comparison with females. *Int J Eating Disorders* 6 : 235-242
 - 71) Gray SH(1977) : Social aspects of body image : perception of normacy of weight and affect of college graduates. *Percept Mot Skills* 45 : 1035-1040
 - 72) Kaplan SI, Busner J, Pollack S(1988) : Perceived weight, actual weight, and depressive symptoms in a general adolescent sample. *Int J Eating Disorders* 7 : 107-113
 - 73) Gwirtzman HE, Roy-Byrne P, Lerner L, Yager J (1984) : Bulimia in men : report of three cases with neuroendocrine findings. *J Clin Psychiatry* 45 : 78-81
 - 74) Salmons PH, Lewis VJ, Rogers P, Gatherer AJ, Booth DA(1988) : Body shape dissatisfaction in schoolchildren. *Br J Psychiatry* 153 : 27-31
 - 75) Lieberman S(1989) : A family with four bulimic children. *Int J Eating Disorders* 8 : 101-104
 - 76) Turnbull JD, Freeman CPL, Barry F, Annandale A(1987) : Physical and psychological characteristics of five male bulimics. *Br J Psychiatry* 150 : 25-29
 - 77) Wilps RF(1990) : Male bulimia nervosa : an autobiographical case study. In : Andersen AE(ed), *Males With Eating Disorders*. New York, Bru-

- nner/Mazel
- 78) Katz JL(1986) : Long-distance running, anorexia nervosa, and bulimia : a report of two cases. *Compr Psychiatry* 27 : 74-78
 - 79) Franco KSN, Tamburrino MB, Carroll BT, Bernal GAA(1988) : Eating attitudes in college males. *Int J Eating Disorders* 7 : 285-288
 - 80) Enns MP, Drenowski A, Grinker JA(1987) : Body composition, body size estimation, and attitudes towards eating in male college athletes. *Psychosom Med* 49 : 56-64
 - 81) King MB, Mezey G(1987) : Eating behavior of male racing jockeys. *Psychol Med* 17 : 249-253
 - 82) Yager J, Kurtzman F, Landsverk J, Wiesmeier E (1988) : Behaviors and attitudes related to eating disorders in homosexual male college students. *Am J Psychiatry* 145 : 495-497
 - 83) Claydon P(1987) : Self-reported alcohol, drug, and eating-disorder problems among male and female collegiate children of alcoholics. *J Am Coll Health* 36 : 111-116
 - 84) Pyle RL, Mitchell JE, Eckert ED, Halvorson PA, Newman PA, Goff GM(1983) : The incidence of bulimia in freshman college students. *Int J Eating Disorders* 2 : 75-85
 - 85) Timmerman MG, Wells LA, Chen S(1990) : Bulimia nervosa and associated alcohol abuse among secondary school students. *J Am Acad Adolesc Psychiatry* 29 : 118-122
 - 86) Levine MP, Petrie TA, Gotthardt J(1990) : A professionally led support group for males with eating disorders. In : Andersen AE(ed), *Males With Eating Disorders*. New York, Brunner/Mazel
 - 87) Wilson CP(1983) : The fear of being fat and anorexia nervosa. *Int J Psychoanal Psychother* 9 : 233-255
 - 88) Tanofsky M, Ryan A, Borman-Spurrell E, Welch R, Wilfley D, Brownell K(1997) : Comparison of psychiatric diagnosis of men and women with binge eating disorder. *Int J Eating Disorders* 21 : 49-54

Eating Disorders in Males

Young Ho Lee, M.D.

Department of Neuropsychiatry, College of Medicine, Seoul Paik Hospital, Inje University, Seoul, Korea

During the past decade, interest in and knowledge of eating disorders have increased in the medical, social science, and popular literature. Despite this advance in this field, eating disorders in males have received relatively little attention in the literature.

However, in recent years, there has been increased awareness that eating disorders occurs in males, as well as females, although research and theoretical discussions concerning this subgroup still remain scarce.

In this review, the author highlights the clinical characteristics that distinguish male patients with eating disorders from their female counterparts. The identification of such characteristics will improve diagnosis and treatment of eating disorders in males and may increase our understanding of processes that are specific to eating disorders in both sexes.

KEY WORDS : Eating disorders · Males.
