

식이장애

이재성

가로세로 한의원

Eating Disorder

Jae-Sung Lee, O.M.D. Ph.D.

Garosero Oriental Clinic

Eating disorders are psychiatric disorders characterized by abnormal eating patterns and cognitive distortions related to food, weight and shape, which is in turn result in adverse effects on nutrition status, medical complications, and impaired health status and function. The American Psychiatric Association's DSM-IV-TR offers two diagnoses to describe disordered eating: *anorexia nervosa* and *bulimia nervosa*. A third category, *eating disorder not otherwise specified(EDNOS)* include binge eating disorder. The prevalence of eating disorder has greatly increased among adolescence and young adults since 1990's when rapid import of western culture took place. It is likely that patients who ask for weight loss are at high risk of having eating disorder. Severe dietary restriction for weight loss may cause eating disorder. Therefore it is recommendable for doctors to have appropriate understanding and guidelines of eating disorder to help their patients.

Key Words : Eating disorders, Guidelines, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, EDNOS, Dietary restriction

최근 대중매체와 패션산업의 영향으로 인하여 미의 기준과 가치관이 변화됨에 따라 마른 몸매를 선호하는 사회문화적인 현상이 급격히 나타나게 되었다. 홍 등¹⁾이 서울 시내 청소년 1,000여명을 대상으로 조사한 바에 따르면 전체 대상의 85.1%가 자기 체중에 만족하지 못하고 있는 것으로 나타났다. 이중 의학적으로 적정 체중(BMI 20~25Kg/m²)에 해당하는 경우의 98%와 마른 체중(BMI 20Kg/m²이하)인 경우의 66.3%가 자신의 체중이 많이 나간다고 생각하고 있으며, 전체 대상의 42.4%는 실제로 다이어트를 하고 있는 것으로 나타났다.

자신의 신체에 대해 불만족스러워하며 급속적 혹은 부적절한 다이어트를 장기간 지속하게 되면 식사행동이 점차로 불규칙해지고, 안정적이고 균형잡힌 영양섭

취가 이루어지지 않게 되어 식사행동에 대한 조절능력을 상실하게 되는 식이장애(eating disorder)가 발생하기도 한다. 즉 보다 마른 몸매를 원하여 굶기 혹은 다이어트를 계속 시도하면서 습관적으로 폭식(binge eating)을 하게 되며, 폭식 후에는 자신에 대한 혐오감, 죄책감, 우울감 등으로 고통스러워하게 된다.

최근 이 등²⁾이 체중조절이나 체형교정을 위해 미용업소를 찾았던 여성들을 상대로 식이장애의 유병율을 조사한 결과 전체대상의 11%가 식이장애를 나타내고 있는 것으로 보고되었는데, 이는 기존의 우리나라에서의 식이장애에 대한 역학조사에서 보고되었던 것보다 훨씬 높은 유병율을 나타낸 것이다. 이로 미루어 볼 때 체중감량을 위해 비만 클리닉을 찾는 여성들 역시 식이

장애에 이환되기 쉬운 고위험군일 가능성이 있다. 식이장애는 과거에 비만하였던 사람이 식이를 억제하는 다이어트법을 통하여 체중을 감량하고 난 뒤에 발병하는 경우가 많다. 따라서 비만클리닉을 운영하는 의료인들이 식이장애에 대한 이해를 갖고 식이장애 발생 가능성이 높은 여성을 대할 때 적절한 식이지도를 해야하는 필요가 대두되어 식이장애에 대해 소개하고자 한다.

1. 식이장애의 개요

식이장애(eating disorder)는 섭식장애 또는 식사장애 등 다양하게 번역되어 사용되고 있으며, 음식, 체중 및 체형에 대해 과도한 집착과 왜곡된 인지를 가지면서 비정상적인 식사행동을 반복하고, 그에 따른 신체적, 심리적 부작용을 나타내는 장애를 말한다. 식이장애 환자들은 실제로 정상체중 혹은 저체중 상태에 있으면서 자신이 뚱뚱하다고 생각하는 왜곡된 신체상을 갖고 있거나 체중증가에 대한 극심한 두려움을 갖고 있다. 식이장애는 정신질환의 일종이지만 신체적인 부작용을 나타내며 그 중의 어떤 것은 생명을 위협하는 수준에 이르기기도 한다¹⁾.

미국의 정신장애에 대한 통계와 진단 분류 지침서인 DSM-IV-TR²⁾에서는 식이장애의 대표적인 종류로서 신경성 식욕부진증(AN; Anorexia Nervosa)과 신경성 폭식증(BN; Bulimia Nervosa)에 대한 진단기준을 제시하고 있다. 신경성 식욕부진증은 생존에 필요한 최소한의 체중조차 유지하기를 거부하는 것이 특징이고, 신경성 폭식증은 반복되는 폭식과 이로 인한 체중증가에 대한 두려움으로 부적절한 보상행동을 하는 것이 특징이다. 부적절한 보상행동이란 자기유발구토, 하제, 이뇨제, 관장약 등의 남용, 굶거나 지나친 운동 등의 제거행동(purging behavior)을 말한다. 이 두 질환의 진단기준을 만족시키지 않는 경우는 달리 분류되지 않은 식이장애(이하 EDNOS; Eating Disorder Not Otherwise Specified)로

구분하고 있다. EDNOS 역시 적절한 치료를 받지 못하고 지속될 경우 신경성 식욕부진증이나 신경성 폭식증으로 발전될 가능성이 많기 때문에 임상적 중요성을 갖게 된다. 특히 EDNOS로 분류된 폭식장애(BED: Binge Eating Disorder)는 가장 많은 형태의 식이장애라고 알려지기 시작하여 최근 주목을 받고 있다.

2. 식이장애의 역학

최근 20년간 발표된 역학조사들을 살펴보면 식이장애는 1970년대부터 미국을 비롯한 서구 선진국에서 발병률이 점차 증가하다가 1980년대에는 일본을 비롯한 아시아 국가에서도 급격하게 증가하는 것으로 나타나고 있다³⁾. 이는 현대사회에서 대중매체와 패션산업의 영향으로 날씬한 몸매에 대한 기준이 변화되고 그 중요성이 부각되는 사회문화적 현상이 나타나고 있기 때문인 것으로 생각된다⁴⁾.

식이장애는 외모나 체중에 관한 관심이 커지고 자아 정체성이 확립되지 않았으며 대중매체의 영향력을 받기 쉬운 청소년 및 청년기의 여성에게서 잘 발생되며, 모델, 무용수 및 운동선수 등 마른 체형을 유지해야만 하는 특정 직업을 갖고 있는 사람들에게서 잘 발생된다⁵⁾.

식이장애의 유병율은 조사방법, 진단기준 및 대상에 따라 다양한 보고를 나타내고 있다. 미국에서 일반인에 있어서의 신경성 식욕부진증의 유병율은 1.0~4.2% 정도이며 사춘기와 청년기의 여성에게 편중되어 있는 것으로 나타났으며⁶⁾, 신경성 폭식증의 유병율은 청소년 및 성인 여성층에서 약 1% 정도이며⁷⁾, 18~30세 사이의 연령층에 해당하는 여성에게서 흔히 나타나는 것으로 보고되었다⁸⁾.

우리나라에서 식이장애에 대한 역학적 연구가 시작된 것은 1990년에 들어서면서부터이다. 이는 서구문화의 빠른 유입과 더불어 대중매체의 강력한 영향으로 미적 기준이 변화하고, 다이어트에 관한 과도한 관심

으로 인해 최근 식이장애로 고생하는 여성들이 급격하게 증가하는 추세에 있으며 식이장애가 더 이상 서구만의 문제가 아님을 나타내고 있다. 1990년 한 등¹⁹⁾은 남녀 대학생 2,847명을 대상으로 한 역학조사에서 신경성 식욕부진증과 신경성 폭식증의 유병율이 각각 0.7%, 0.8%라고 보고하였고, 1996년 유 등²⁰⁾은 남녀 고등학생을 대상으로 한 역학조사에서 신경성 식욕부진증과 신경성 폭식증의 유병율이 각각 2.04%, 1.17%라고 보고하였다. 1998년 Lee 등²¹⁾은 지역사회 일반 성인 3,062명을 대상으로 한국판 식이태도검사를 이용한 역학조사에서 8.5%에 해당하는 260명이 식이장애를 가진 것으로 보고하였다. 한편 장 등²²⁾은 식이장애에 대한 고위험도군이라고 할 수 있는 무용과 여대생을 대상으로 한 조사에서 신경성 식욕부진증과 신경성 폭식증의 유병율이 각각 5.7%, 18.6%라고 보고하였고, 이 등²³⁾은 체형미 교정교실 참여 여성을 대상으로 한 조사에서 신경성 식욕부진증과 신경성 폭식증의 유병율이 각각 0.55%, 10.4%라고 보고하였다.

3. 신경성 식욕부진증

신경성 식욕부진증(Anorexia Nervosa)은 흔히 거식증(拒食症)이라 불리는 질환으로, 정상체중의 85%이하의 저체중 상태에도 불구하고 체중증가에 대한 두려움으로 인해 음식 먹기를 극단적으로 거부하는 질환이다. 신경성 식욕부진증은 1874년 영국의 William Gull에 의하여 처음으로 명명되었으며 현재의 분류체계에서도 그대로 사용되고 있다. 비슷한 시기에 프랑스에서 Laseque는 anorexia hysterique라고 하는 상태를 기술하면서 정신상태의 이상에서 유래되는 것으로 추정하기도 하였다. 이같이 이 질환의 원인이 정신적인 것으로 추정되면서 19세기말의 초기 정신의학자들은 잠재적인 성적 갈등의 증상으로 나타나는 히스테리의 일종으로 간주하기도 하였으나, 그 후 송과선이 발견됨에 따라

송과선의 이상과 이 질환의 관련성을 찾으려는 연구가 활발해지면서 심리적인 연구는 다소 주춤하게 되었다. 그러던 중 1960년 Bliss와 Branch가 공동으로 저술한 「Anorexia Nervosa: Its History, Psychology and Biology」가 발간되면서 이 질병에 대해 다시 정신의학에서 관심을 갖게 되었고, 그 후 이 질환에 대한 진단기준이 마련되었으며 1980년 DSM-III²⁴⁾에 공식적인 진단적 용어로 등장하여 현재에 이르고 있다²⁵⁾.

1) 분류

DSM-IV-TR²⁶⁾에서는 신경성 식욕부진증을 서로 다른 행동 패턴에 따라 두 가지 subtype으로 나누었다(Table I). 제한형(Restricting Type)은 자신의 저체중 상태를 유지하기 위한 방법으로 식이제한 또는 과도한 운동을 하는 유형이며, 폭식/제거형(Binge-Eating/Purging Type)은 식이를 제한함과 더불어 정기적으로 폭식을 하거나 제거행동(예를 들어 자기유발구토, 하제, 이뇨제 혹은 관장약)을 하는 유형이다. 폭식/제거형 신경성 식욕부진증은 다른 충동조절장애나 감정장애와 연관되어 나타나는 경우가 많다.

2) 일반적 특징

이 병을 가지고 있는 여성들은 체중이 늘거나 뚱뚱해질 것에 대한 극단적인 두려움에 사로잡혀 있으며, 체중과 체형이 자기 평가에 과도한 영향을 미치게 된다. 또한 자신이 저체중 상태임을 부인하며 오히려 자신이 뚱뚱하다고 믿는 인지적 왜곡이 나타나기도 한다.

신경성 식욕부진증 환자들은 자존감(self-esteem)이 저하되어 있는 경우가 많고, 자신의 감정과 주변에 대한 조절력이 저하되어 있는 경우가 많다. 식이장애는 외적 및 내적 갈등(예를 들어 불안, 스트레스, 불행감, 외로움)에 대한 표출로 나타나게 되는 경우가 많다. 낮

<Table 1> Diagnostic Criteria for Anorexia Nervosa(DSM-IV-TR)

<p>307.1 신경성 식욕부진증(Anorexia Nervosa) 신경성 식욕부진증의 진단기준 A. 연령과 신장에 비해 체중을 최소한의 정상 수준이나 그 이상으로 유지하기를 거부한다. B. 낮은 체중임에도 불구하고 체중증가와 비만에 대한 극심한 두려움이 있다. C. 체중과 체형이 체형되는 방식이 왜곡되고, 체중과 체형이 자기평가에 지나친 영향을 미치며, 현재의 낮은 체중의 심각함을 부정한다. D. 월경이 시작된 여성에서 무월경, 즉 적어도 3회 연속적으로 월경주기가 없다(만일 월경주기가 에스트로젠과 같은 호르몬 투여 후에만 나타날 경우도 무월경이라고 간주된다).</p> <p>Specify type 제한형(Restricting Type): 현재 신경성 식욕부진증의 삽화 동안에 정기적으로 폭식하거나 제거행동(예: 자기유발구토 또는 하제, 이뇨제, 관장약의 오용)을 하지 않음 폭식/제거형(binge-Eating/Purging Type): 현재 신경성 식욕부진증의 삽화 동안 정기적으로 폭식하거나 제거행동(예: 자기유발구토 또는 하제, 이뇨제, 관장약의 오용)을 함</p>
--

은 자존감과 용납받고 싶어하는 욕구는 강박적인 다이어트 또는 단식으로 이어진다. 이것은 단지 체중을 조절하기 위한 수단이 아니라 자신의 감정을 조절하고 마음을 안정시키는 수단이기도 한 것이다.

신경성 식욕부진증 환자들은 대개 자신의 삶에서 누리거나 소유하고 있는 것들을 받을 만한 가치가 없다고 생각하여 자신의 삶에서 즐거운 상황을 스스로 박탈시키기도 한다. 이들에게서 나타나는 행동적인 특징으로는 식이의 억제 혹은 단식, 강박적인 운동, 음식의 칼로리 계산하기, 음식과 건강문제에 대한 강박적인 관심, 자기유발구토, 하제, 이뇨제, 다이어트 식품의 복용, 자신의 신체상에 대한 집착 등이 있으며, 극단적인 식이억제의 과정 중에 충동적인 폭식 증상이 나타나기도 한다²⁵⁻³⁰⁾.

3) 신체적 증상 및 합병증

(1) 외관상 특징

신경성 식욕부진증 환자의 외관상 가장 큰 특징은 저체중을 비롯하여 피부가 거칠고 건조하다는 것이다. 머릿결 또한 거칠고 윤기가 없으며 탈모로 인하여 술이 적은 것이 특징이다. 그 외에 조갑의 변화, 구순염, 여드름, 치은염, 수족 말단의 청색증, 얼굴과 체간의 솜털(lanugo hair), 황피증(carotenodermia), 진신적인 소양증, 피부염, 흑피증, Russell's sign(폭식/제거형의 경우 입에 손가락을 넣으며 구토를 하다가 손등이나 손가락에 생긴 상처) 등이 나타날 수 있다³¹⁾.

(2) 심혈관계 증상

서맥(심박동수 < 60회/min), 저혈압(수축기혈압 < 90mmHg), 기립성 저혈압이 생긴다^{4,5,32)}. 심전도 상에서 QT interval이 연장되고 좌심실의 용적이 적어져 심부전을 초래하기도 하며 돌연사를 유발할 수도 있다^{33,34)}.

(3) 위장관계 증상

지속적인 굶기로 인하여 위장관의 평활근이 위축되

고 운동성이 저하되어 환자들은 소화장애와 변비 증세를 호소하는데, "음식을 먹으면 내려가지 않는다", "위장이 멈춘 것 같다", "아랫배가 답답하다"는 표현을 자주 사용한다^{35,37)}. 이러한 증상으로 인하여 구토 또는 하체 사용이 촉발되는 경향이 많다.

(4) 뇌신경계 증상

Brain CT와 MRI에서 CSF space와 뇌실이 넓어지고 대뇌 피질의 위축이 나타날 수 있다. 이런 이상은 대개 체중이 다시 증가함에 따라 가역적으로 회복되는 경향이 많다^{38,39)}.

(5) 내분비계 증상

무월경은 신경성 식욕부진증의 기본적인 증상이다. 무월경은 시상하부의 기능이상, 체중감소, 체지방의 감소, 스트레스 그리고 과도한 운동과 관련되어 나타난다. 시상하부에서 분비되는 성선자극호르몬 방출 호르몬 조절에 변화가 생김에 따라 뇌하수체에서의 성선자극호르몬 분비가 사춘기 이전의 수준으로 되돌아가게 된다^{40,41)}.

(6) 근골격계 증상

전반적인 근력의 약화가 있는데 이는 만성적인 단식 상태에서 신체가 필요로 하는 최소한의 칼로리를 근육 조직으로부터 빼앗아가게 되고, 영양불균형과 탈수에 의한 전해질이상에 의해서 생긴다. 청소년기에 식욕부진증이 생긴 환자는 단식에 의해서 성장과 뼈의 형성이 지연되며, 골밀도가 저하되어 골조송증 혹은 골다공증과 병적 골절이 생길 수 있다⁴²⁻⁴⁵⁾.

4. 신경성 폭식증

신경성 폭식증(Bulimia Nervosa)은 습관적인 폭식과 보상적인 제거행동을 특징으로 하는 질환이다. 신경성

폭식증은 신경성 식욕부진증에 비해 비교적 근래에 주목받기 시작하였는데, 1979년 영국의 Gerald Russell에 의해 처음으로 명명된 후 1980년 DSM-III³⁶⁾에 공식적인 진단적 용어로 채택되었다. 폭식이라는 뜻의 bulimia는 히브리어로 심한 배고픔을 뜻하는 "boalmot"(그리스어로는 bulimy)에서 유래되었다⁴⁶⁾. 과거 로마제국 말기에 귀족들이 잔치를 벌이면서 지나치게 먹은 후 먹을 것이 많은데도 불구하고 배가 부르기 때문에 먹을 수가 없으면, 또한 후 위를 비우고 나서 다시 먹는 Roman vomitorium현상 등이 있었지만, 신경성 폭식증에서 나타나는 폭식은 이와 같은 탐식이나 대식과는 그 정신병리가 다르다. 신경성 폭식증은 현대의 사회문화적인 배경하에서 미의 기준 및 가치관의 변화에 따른 체중 증가에 대한 두려움으로 나타나게 된 정신병리적 현상이라고 할 수 있다.

신경성 폭식증은 청소년기 중반에서부터 20대 후반까지 그 사회경제적인 상태에 따라 다양하게 나타난다. 신경성 폭식증의 원인에 대해서는 많은 가설들이 존재해 왔지만 biopsychosocial 모델이 폭식증의 원인을 설명하기 가장 좋은 것으로 사료된다⁴⁵⁾. 즉 신경성 폭식증에 이환될 가능성이 있는 사람은 우울증에 빠질 생물학적인 취약성이 있을 수 있으며, 혼돈스럽고 충돌이 잦은 가정이나 사회적인 역할이 기대되는 환경에 의해 우울증이 더욱 악화될 수 있는 조건을 가지고 있다. 날씬함이 강조되는 사회적 환경 속에서 신경성 폭식증 환자들은 체중을 줄이는 것이 모든 문제의 해법이라는 인식을 갖게 되어 급속적인 다이어트를 감행하게 되고 이어서 폭식을 한 뒤 체중증가에 대한 두려움으로 제거행동을 하게 되는 주기적인 패턴이 나타나게 된다⁴⁶⁻⁴⁷⁾.

1) 분류

DSM-IV-TR⁷⁾에서는 신경성 폭식증을 제거행동의 방

<Table II> Diagnostic Criteria for Bulimia Nervosa(DSM-IV-TR)

<p>307.51 신경성 폭식증(Bulimia Nervosa)</p> <p>신경성 폭식증의 진단기준</p> <p>A. 반복적인 폭식 삽화가 있으며, 폭식 삽화는 다음과 같은 두가지 특징이 있다.</p> <p>1) 일정한 시간 동안(예; 2시간 이내) 대부분의 사람들이 유사한 상황에서 동일한 시간 동안 먹는 것보다 확실히 더 많은 양의 음식을 먹는다.</p> <p>2) 폭식 삽화 동안 먹는 것에 대한 통제력을 상실하는 느낌이 있다(예: 먹는 것을 멈출 수 없거나, 무엇을 혹은 얼마나 먹어야 하는지에 대한 조절을 할 수 없다).</p> <p>B. 자기유발구토 또는 하제, 이뇨제, 관장약, 기타 약물의 사용 또는 단식이나 과도한 운동과 같은 체중증가를 막기 위한 반복적인 부적절한 보상행동이 있다</p> <p>C. 폭식과 부적절한 보상행동 모두가 평균적으로 적어도 1주 2회씩 3개월간 일어난다.</p> <p>D. 체형과 체중이 자아평가에 과도한 영향을 미친다.</p> <p>E. 이 장애가 신경성 식욕부진증의 삽화 동안에 배타적으로 발생하는 것은 아니다.</p> <p>Specify type</p> <p>제거형(Purging Type): 현재 신경성 폭식증 삽화 동안에 정기적으로 자기유발구토나 하제, 이뇨제 또는 관장약을 남용하는 경우</p> <p>비제거형(Nonpurging Type): 현재 신경성 폭식증 삽화 동안에 굶기나 과도한 운동과 같은 부적절한 보상행동을 하고 있기는 하지만 정기적으로 자기유발구토나 하제, 이뇨제 또는 관장약을 사용하지는 않는 경우</p>
--

식에 따라 두 가지 subtype으로 나누었다(Table II). 제거형(Purging Type)은 제거행동으로서 자기유발구토, 하제, 이뇨제, 관장약 등을 사용하고, 비제거형(Nonpurging Type)은 굶기 또는 과도한 운동을 사용하는 유형을 말한다.

2) 일반적 특징

신경성 폭식증은 신경성 식욕부진증에서 이행되는 경우도 많으며, 과거에 식이를 억제하는 다이어트를 한 이후 발생하는 경향이 높다⁴⁸⁾. 신경성 식욕부진증 환자가 어떤 성취감과 자기고양감에 도취되어 자신이 병적인 상태라는 것을 부인하는 것과는 달리, 신경성 폭식증 환자들은 대부분은 자신이 식이장애를 갖고 있음을 인식하고 있으며 죄책감, 후회, 부끄러움, 절망감,

우울 등으로 고통스러워하며 치료적인 도움을 원한다.

신경성 폭식증에서 나타나는 폭식의 양상은 두 가지 면에서 일반적인 과식과 다르다.

첫째, 많은 양의 음식을 빠른 속도로 먹는 것이다. DSM-IV-TR⁴⁹⁾에서는 폭식을 "일정한 시간 동안 대부분의 사람들이 유사한 상황에서 동일한 시간 동안 먹는 것보다 확실히 더 많은 양의 음식을 먹는 것"으로 정의하고 있다. 환자들은 "목구멍까지 차올라 정도로 먹는다", "너무 많이 먹어 위가 찢어지는 느낌이다"는 표현을 종종 사용한다. 그러나 임상적으로 볼 때 신경성 폭식증 환자들은 실제로 객관적으로 많은 양의 음식을 섭취하지 않고서도 주관적으로 많은 음식을 섭취하였다고 생각하는 경우도 많으며, 특히 살이 찌기 쉽다고 생각하는 음식을 먹은 뒤에 그렇게 느끼는 경우가 많다. 그래서 Garner 등⁵⁰⁾은 폭식에 대한 정의에서 "많은

양의 음식 섭취"라는 개념을 아예 내리지 말자고 주장하기도 한다.

둘째, 먹는 것에 대한 통제력의 상실이다. 어떤 음식을 얼마나 먹어야 할지 스스로 조절할 수 없고, 배부름과 배고픔을 구별하기 힘들며, 일단 먹기 시작하면 멈출 수 없다는 것이 신경성 폭식증에서 나타나는 병적인 폭식 증상이다. 임상적으로 환자들은 "일단 먹기 시작하면 정신을 잃는다", "먹기 시작하면 아무 생각이 없어진다"는 표현을 종종 사용한다.

신경성 폭식증 환자들은 대개 하루종일 먹는 것에 대한 생각에 사로잡혀 있다. 그들은 체중을 감량하기 위해 먹으면 좋은 음식, 나쁜 음식을 알고 있으며, 먹을 때마다 음식의 칼로리를 계산하고, 얼마만큼의 양을 먹어야 하는지에 대한 엄격한 규칙도 가지고 자신의 식이를 제한한다. 그러나 신체적 혹은 정신적 배고픔이 촉발 요인이 되어 자신이 세운 다이어트 규칙이 일단 깨지면 폭식으로 반전되며 그동안 자신이 통제했던 음식, 즉 달고 기름진 음식을 폭식하게 되는 경향이 많다. 이때 환자들은 다른 사람의 눈을 피하여 혼자 있을 때 폭식하는 경향이 많다. 주관적이건 객관적이건 많은 양의 음식을 먹게 되면 위장에 포만감을 느끼게 되며 이것은 제거행동을 일으키는 촉발요인이 된다. 환자들이 가장 일반적으로 사용하는 제거행동은 자기유발구토이다. 환자들이 구토를 하는 이유는 폭식에 대한 죄책감, 부끄러움과 체중증가에 대한 두려움 같은 정신적인 원인도 있지만 실제로 통증에 가까운 포만감이라는 신체적 고통을 해소하기 위함도 있다. 그것에 대한 가장 쉬운 해결책이 구토 행위이기 때문이다. 그 외에 환자들은 하제(변비약), 이뇨제 혹은 과도한 운동을 통해 체중증가에 대한 두려움을 해결하려고 한다⁵⁰⁾.

신경성 식욕부진증에서와 마찬가지로 환자들은 자신의 체중과 신체상에 대하여 과도한 집착을 나타내며 그것은 자기 평가에 과도한 영향을 미치게 된다. 이들은 체중을 감량하고자 하는 바램 속에서도 습관적으로

폭식을 하고 있는 자신에 대하여 혐오감, 죄책감을 느끼며, 심한 우울로 인하여 자살을 시도하는 경우도 있다.

3) 신체적 증상 및 합병증

신경성 폭식증 환자들은 대개 정상 체중 혹은 과체중인 경우가 많으므로 외관만으로는 인지하기 어렵다. 자기유발구토를 반복하면서 생긴 징후로서 손가락과 손등의 상처(Russell's sign), 상처의 설측 및 교합측 치관 경질붕괴(perimyolysis) 및 구순염을 볼 수 있다. 또한 양측 이하선의 비대로 인하여 얼굴 모양이 사각으로 나타나는 경우도 흔하며, 흉쇄유돌근의 비후로 턱 아래의 목이 굽어지기도 하며 안면의 부종이 생긴다. 환자가 심한 자기 혐오감과 죄책감으로 팔, 배, 다리, 엉덩이 등에 자해를 한 흔적이나 손목의 자살 시도 흔적을 볼 수도 있다.

불규칙하게 많은 양의 음식을 반복적으로 섭취함에 따라 위장을 확장시키고 위장의 연동운동 능력이 저하되어 소화불량 및 복통이 생기며, 체장에 부담을 주어서 급성 체장염을 일으키기도 한다. 제거행동으로서 반복적인 자기유발구토를 하게 되면 위액이 역류되어 역류성 식도염으로 인해 상흉부 및 목의 통증이 생긴다. 하제 혹은 이뇨제를 과도하게 사용하는 경우 저칼륨혈증으로 인하여 근력의 약화, 피로가 유발되며, 심하면 심장 부정맥으로 인하여 돌연사를 일으킬 수도 있다. 하제의 남용은 피가 섞인 설사를 일으키고 일부의 환자는 하제에 중독이 되어 하제를 쓰지 않고는 변을 볼 수 없는 장마비 상태를 일으킬 수도 있다⁵¹⁾.

5. 달리 분류되지 않은 식이장애 및 폭식장애

DSM-IV-TR⁵²⁾에서는 신경성 식욕부진증과 신경성 폭

(Table III) Diagnostic Criteria for EDNOS(DSM-IV-TR)

<p>307.50 달리 분류되지 않은 식이장애(Eating Disorder Not Otherwise Specified) EDNOS의 범주는 어떤 특정 식이장애의 진단기준을 만족시키지 않는 식이장애에 해당하며, 다음과 같은 경우를 말한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 여성의 경우, 신경성 식욕부진증의 다른 모든 진단기준을 만족시키지만 규칙적인 월경을 하고 있는 경우 2. 신경성 식욕부진증의 다른 모든 진단기준을 만족시키고 의미있는 체중저하도 있지만 현재 체중이 정상범위 내에 있는 경우 3. 신경성 폭식증의 다른 모든 진단기준을 만족시키나 폭식이나 부적절한 보상행동의 빈도가 일주일에 2회 미만이거나 전체 기간이 3개월 이하인 경우 4. 정상체중인 사람이 적은 양의 음식을 먹고 난 뒤 부적절한 제거행동을 정기적으로 하고 있는 경우(예를 들어, 쿠키 두 개를 먹은 뒤 자기유발구토를 함) 5. 반복적으로 많은 양의 음식을 씹은 뒤 뱉어내고 삼키지는 않는 경우 6. 폭식장애(Binge eating disorder); 신경성 폭식증에서 나타나는 특징적인 행동을 하면서 부적절한 보상행동을 정기적으로 하지 않는 경우

식증의 진단기준을 완전히 충족시키지는 않으나 비정상적인 식사행동을 보이는 식이장애를 불특정 식이장애(EDNOS; Eating Disorder Not Otherwise Specified)로 분류하였다(Table III). EDNOS는 몇 가지 이유에서 매우 중요한 진단적 범주라 할 수 있다. 첫째, 많은 사람들이 EDNOS의 범주에 속하나 그 증상과 징후가 보다 덜 심각하므로 간과되기 쉽다는 점이고, 둘째로 EDNOS의 경우 조기에 치료하면 신경성 식욕부진증이나 신경성 폭식증 같은 전형적인 식이장애로 이환될 가능성을 줄일 수 있고 치료율도 비교적 높다는 점이다.

폭식장애(BED, Binge-Eating Disorder)는 신경성 폭식증과 같은 형태의 습관적인 폭식 증세를 나타내나 극단적인 체중조절 행동이나 제거행동은 하지 않는 것이 특징이다²⁰. 폭식장애는 1994년 DSM-IV²⁰⁾에서 새롭게 언급된 것으로 보다 깊은 연구를 요하는 진단적 범주로서 제시되고 있다. 폭식장애는 현재 달리 분류되지 않은 식이장애(EDNOS)의 한 범주에 속하나 다른 식이장애와는 구별되는 특정 임상적 양상을 보이기 때문에 식이장애의 독립된 공식적인 유형으로 구분되어야 한다고 주장되기도 한다 (Table IV).

폭식장애 환자들은 일반적으로 과체중 혹은 비만인 경우가 많으며, 자기유발구토나 하제 사용 같은 제거행동을 하지는 않으나 신경성 폭식증에서와 마찬가지로 자신의 체중과 체형에 불만족스러워하며 다이어트에 대한 강박적인 사고를 가지고 있으면서도 습관적, 충동적으로 폭식을 한다. 그들은 스트레스 혹은 우울, 불안, 외로움, 지루함, 절망감 등과 같은 부정적인 감정이 있을 때 폭식이 유발되는 경향이 많으며, 신체적으로 배고픔을 느끼지 않을 때에도 계속해서 음식을 섭취하고 불편함을 느낄 정도로 많은 양의 음식을 먹으며, 혼자서 몰래 음식을 먹는 경우가 많고, 먹고 난 뒤에는 죄책감, 부끄러움, 자기비하감, 우울 등의 감정을 느끼게 된다.

요 약

식이장애란 체형과 체중에 대해 과도한 집착과 왜곡된 인지를 가지면서 비정상적인 식사행동을 반복하고 그에 따른 신체적, 심리적 부작용을 나타내는 장애를

<Table N> Research Criteria for Binge Eating Disorder(DSM-IV-TR)

<p>폭식장애(Binge-Eating Disorder) 폭식장애의 연구기준</p> <p>A. 반복적인 폭식 삽화가 있으며, 폭식 삽화는 다음과 같은 두가지 특징이 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 특정한 시간 동안(예: 2시간 이내) 대부분의 사람들이 유사한 상황에서 유사한 시간 동안 먹는 양보다 확실히 더 많은 양의 음식을 먹는다 2. 폭식 삽화 동안 먹는데 대한 통제력을 상실하는 느낌(예. 먹는 것을 멈출 수 없다는 느낌) <p>B. 폭식 삽화에 다음 중 세가지(또는 그 이상)가 동반된다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 보통사람보다 훨씬 빨리 먹는다. 2. 불편할 정도로 배불리 먹는다. 3. 신체적으로 배고픔을 느끼지 않을 때에도 많은 양의 음식을 먹는다. 4. 자신이 많이 먹는 것이 부끄러워 혼자 먹는다. 5. 과식한 후에 자신에 대한 혐오감, 우울감 또는 심한 죄책감을 느낀다. <p>C. 폭식에 대하여 마음의 괴로움이 심하다.</p> <p>D. 폭식은 평균적으로 6개월 동안 1주에 적어도 2일간 있다.</p> <p>E. 폭식이 정기적으로 부적절한 보상행동(예를 들어 자기유발구토, 굶기, 과도한 운동 등)을 하는 것과 연관되어 있지 않아야 하며, 신경성 식욕부진증이나 신경성 폭식증의 과정 동안에 배타적으로 일어날 수 있는 것은 아니다.</p>
--

말하며, 대표적으로 신경성 식욕부진증 및 신경성 폭식증이 있으며, 그 외 폭식장애를 비롯한 달리 분류되지 않은 식이장애가 있다. 서구문화의 급속한 유입으로 인하여 1990년대 이후 우리나라에서도 식이장애의 발병율이 점차 증가하는 추세에 있으며 특히 청소년과 조기성년기 여성에게서 문제가 되고 있다. 비만 클리닉에 체중감량을 위해 내원하는 환자들은 식이장애에 대한 고위험군일 가능성이 있으며, 체중감량을 위한 과도한 식사제한은 자칫 식이장애를 유발할 수 있으므로 비만 클리닉 임상 의들이 식이장애에 대한 이해를 갖고 적절한 식이요법을 지도하는 것이 필요하다고 생각된다.

參 考 文 獻

1. 홍은경, 박영선, 신영선, 박혜순. 일부 도시 여중고

생들의 신체상에 대한 인지와 체중조절 행태. 가정의학회지. 1995;16(별책):201.

2. 이영봉, 이영호, 최홍, 정영조. 체형미 교정교실 참여 여성에서의 식사장애 유병률 및 식사특성과 성격특성의 상관관계에 대한 연구. 신경정신의학. 1996;35(2):278.

3. Kreipe RE, Uphoff M. Treatment and outcome of adolescents with anorexia nervosa. Adolesc Med. 1992;16:519-540.

4. Kreipe RE, Brindorf DO. Eating disorders in adolescents and young adults. Medical Clinics of North America. 2000;84(4):1027-1049.

5. Becker AE, Grinspoon SK, Klibanski A, Herzog DB. Eating Disorders. New England J Med. 1999;340(14):1092-1098.

6. Kreipe RE, Churchill BH, Strauss J. Longer-term

- outcome of adolescent with anorexia nervosa. *Am J Dis Child*. 1989;43:1233-1327.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual for mental disorders(fourth edition, text revision). Washington DC:APA Press. 2000.
 8. Theander S. Anorexia nervosa: A psychiatric investigation of 94 female patients. *Acta Psychiat Scand(suppl)*. 1970:214.
 9. Kendell RE, Hall DJ, Hailey A, Babigian H. The epidemiology of anorexia nervosa. *Psychol Med*. 1973;3:200-203.
 10. Jones DJ, Fox MM, Babigian HM, Hutton HE. Epidemiology of anorexia nervosa in Monroe County, New York:1960-1976. *Psychosom Med*. 1973;42:551-558.
 11. Suematsu H, Ishikawa H, Kuboki T, Ito T. Statistical studies on anorexia nervosa in Japan: Detailed clinical data on 1,011 patients. *Psychother Psychosom* 1985;43:96-103.
 12. Nadaoka T, Oiji A, Takahashi S, Morioka Y, Kashiwakura M, Totsuka S. An epidemiological study of eating disorders in a northern area of Japan. *Acta Psychiatr Scand*. 1996;93:305-310.
 13. Nasser M. Culture and weight consciousness. *J Psychosom Res*. 1988;32:573-577
 14. Rothenberg A. Eating disorder as a modern obsessive-compulsive syndrome. *Psychiatry*. 1986;49:45-53.
 15. Wilfley D, Rodin J. Cultural influence of eating disorder. In: K. Brownell & C. Fairburn(Ed). *Eating Disorders and Obesity: A comprehensive Handbook*. Guilford Press. 1995:78-82.
 16. Leichner P, Gertler A. Prevalence and incidence studies of anorexia nervosa. In: *The Eating Disorders: Medical and Psychological Bases of Diagnosis and Treatment* Ed by BJ Blinder, BF Chaitin, RS Goldstein. New York:PMA Publishing Corporation. 131-149.
 17. Fairburn CG, Beglin S. Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *Am J of Psychiatry*. 1990;147:401-408.
 18. Cooper PJ. Eating disorders. In: FN Watts(Ed). *New Developments in Clinical Psychology*. The British Psychological Society. 1985.
 19. 한오수, 유희정, 김창윤, 이철, 민병근, 박인오. 한국인의 식이장애의 역학 및 성격특성. *정신의학*. 1990;15:270-287.
 20. 유희정, 조성민, 김성윤, 김창윤, 홍택유, 한오수. 한국 청소년 섭식장애의 역학. *정신병리학*. 1996;5(1):130-137.
 21. Lee YH, Rhee MK, Park SE, Sohn CH, Chung YC, Hong SK, Lee BK, Chang P, Yoon AR. Epidemiology of eating disordered symptom in a Korean general population using a Korean version of the Eating Attitude Test. *Eat Weight Disord*. 1998;3(4):153-161.
 22. 장수용, 이영호, 정영조. 무용과 대학생에서의 식사장애 유병률 및 식사 특성과 성격특성의 상관관계에 대한 연구. *정신의학*. 1995;20(2):107-122.
 23. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual for mental disorders, 3rd edition. Washington DC:American Psychiatric Association. 1980.
 24. 안동현. 청소년기의 섭식장애-비만과 거식증. *대한의학협회지*. 1996;1506-1513.
 25. George L. The psychological characteristics of patients suffering from anorexia nervosa and the nurse's role in creating a therapeutic relationship. *J Adv Nurs*. 1997;26(5):899-908.
 26. Hobbs WL, Johnson CA. Anorexia nervosa: an overview. *Am Fam Physician*. 1996;54(4):1273-1279.

- 1284-1286.
27. Bergh C, Sodersten P. Anorexia nervosa, self-starvation and the reward of stress. *Nat Med.* 1996;2(1):21-22.
 28. Woodside DB. A review of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Probl Pediatr.* 1995;25(2):67-89.
 29. Mizes JS, Christiano BA. Assessment of cognitive variable relevant to cognitive behavioral perspectives on anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Behav Res Ther.* 1995;33(1):95-105.
 30. Grigoriou-Serbanescu M. An overview of clinical and psychological research findings in anorexia nervosa. *Rom J Neurol Psychiatry.* 1994;32(4):219-230.
 31. Strumia R, Varotti E, Manzato E, Gualandi M. Skin signs in anorexia nervosa. *Dermatology.* 2001;203(4):314-317.
 32. Rock CL. Nutritional and medical assessment and management of eating disorders. *Nutr Clin Care.* 1999;2:332-343.
 33. Cooke RA, Chambers JB. Anorexia nervosa and the heart. *Br J Hosp Med.* 1995;54(7):313-317.
 34. Swenne I. Heart risk associated with weight loss in anorexia nervosa and eating disorders: electrocardiographic changes during the early phase of refeeding. *Acta Paediatr.* 2000;89(4):447-452.
 35. De Caprio C, Pisanisi F, Contaldo F. Gastrointestinal complications in a patient with eating disorders. *Eat Weight Disord.* 2000;5(4):228-230.
 36. Karnal N, Chami T, Andersen A, Rosell FA, Schuster MM, Whitehead WE. Delayed gastrointestinal transit times in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Gastroenterology.* 1991;101(5):1320-1324.
 37. Hutson WR, Wald A. Gastric emptying in patients with bulimia nervosa and anorexia nervosa. *Am J Gastroenterol.* 1990;85(1):41-46.
 38. Dolan RJ, Mitchell J, Wakeling A. Structural brain changes in patients with anorexia nervosa. *Psychol Med.* 1988;18(2):349-353.
 39. Drevlengas A, Chourmouzi D, Pitsavae G, Charitandi A, Boulogianni G. Reversible brain atrophy and subcortical high signal on MRI in a patient with anorexia nervosa. *Neuroradiology.* 2001;43(10):838-840.
 40. Gralen SJ, Levin MP, Smolak L et al. Dieting and disordered eating during early and middle adolescents: Do the influence remain the same? *Int J Eating Disorder.* 1990;9:501-502.
 41. Fisher M. Medical complications of anorexia and bulimia nervosa. *Adol Med Stat of the Art Reviews.* 1992;3:481-502.
 42. Bachrach LK, Guido D, Katzman D, Litt IF, Marcus R. Decreased bone density in adolescent girls with anorexia nervosa. *Pediatrics.* 1990;86(3):440-447.
 43. Biller BM, Saxe V, Herzog DB, Rosenthal DI, Holzman S, Klibanski A. Mechanisms of osteoporosis in adult and adolescent women with anorexia nervosa. *J Clin Endocrinol Metab.* 1989;68(3):548-554.
 44. Yager J. Eating disorders introduction. In: Annual review. Vol 4, edited by Hales RE, Frances AI. Washington DC:APP. 1985;401-405.
 45. Hudson JL, Pope HG. *The Psychobiology of Bulimia.* Washington DC:American Psychiatric Press. 1987.
 46. Kirkley BG. Bulimia: Clinical characteristics, development and etiology. *J Am Diet Assoc.* 1986;86:468-475.
 47. Heatherington MM, Altemus M, Nelson ML. Eating behavior in bulimia nervosa: multiple meal analyses. *Amer J Clin Nutr.* 1994;60:864-873.
 48. Brewerton TD, Dansky BS, Kilpatrick DG, O'Neil PM.

- Which comes first in the pathogenesis of bulimia nervosa: dieting or bingeing? *Int J Eat Disord.* 2000;28(3):259-264.
49. Garne DM, Shafer CL, Rosen LW. Critical appraisal of the DSM-III-R diagnostic criteria for eating disorders. In: Hooper SR, Hynd GW, Mattison RE, eds. *Child psychopathology: Diagnostic criteria and clinical assessment.* Hillsdale, NJ, Erlbaum.
50. Mitchell JE, Hatsukami D, Eckert ED, Pyle RL. Characteristics of 275 patients with bulimia. *Am J Psychiatry.* 1985;142(4):482-485.
51. Comerici GD. Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Med Clin North Am.* 1990;74(5):1293-1310.
52. De Zwaan M. Binge eating disorder and obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2001;25(1):51-55.
53. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual for mental disorders.* Fourth edition. Washington DC:American Psychiatric Association. 1994.
54. Spitzer RL, Yanovski S, Wadden T, Wing R, Marcus MD, Stunkard A, Devlin M, Mitchell J, Hasin D, Home RL. Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *Int J Eat Disord.* 1993;13(2):137-153.