

신경성 식욕부진증과 신경성 탐식증

최 근 20년간 발생빈도가 급증하고 있는 식사장애(eating disorder)는 마른 것에 대한 지나친 욕망이 특징인 신경성 식욕부진증(anorexia nervosa)과 다량의 음식을 마구 먹은 후 살찌는 것에 대한 두려움으로 토하기, 하제 복용 등을 반복하는 것이 특징인 신경성 탐식증(bulimia nervosa)으로 나뉘어진다.

이들 식사장애의 요인으로서는 마른 몸매에 대한 미적 가치, 완벽주의(즉, 체형과 외모에 대한 완벽 추구), 대중매체, 직업과 같은 사회 또는 문화의 가치, 규범, 기준 등이 영향을 미친다는 사회문화적 가설외에 가족병리가설, 개인정신역동가설, 인지행동가설 및 정동행동장애가설 등이 제시되고 있다.

1. 신경성 식욕부진증

1) 증상과 발병률

신경성 식욕부진은 마르고 싶은 강한 욕망에 의해 스스로 강행하는 살빼기와 식사거부, 과행동을 통한 지나친 체중감소(15% 이상)가 특징이며 이에 따라 기초대사율의 저하, 무월경, 생식호르

몬과 성장호르몬 등의 감소를 가져오게 된다.

또한 체온조절이 잘 안되어 추위를 잘 타고 빈혈·창백함·변비·복통·서맥·저혈압·수면장애 등의 대사적인 문제를 초래하며 사망률은 5~18%에 이른다.

신경성 식욕부진증은 대부분 25세 이전에 발생하며 소년보다는 소녀들에게서 10배 이상 발생된다. 그 중에서도 약 85%가 13~20세 사이에 발병되며, 사회·경제적으로 중상류 계층에서 가장 흔하게 나타난다.

심리적인 특징으로는 자신의 몸매에 대한 잘못된 인식을 들 수 있는데, 실제 체격보다 뚱뚱하다고 생각하며 뚱뚱해지는 것을 두려워하고 자신이 피로하다는 것을 받아들이지 않고 있다.

살을 빼려는 행동은 비만에 대한 반작용으로 시작되기도 하고, 때로 비전형적인 유형으로 우울증과 정신분열증과 같은 정신병과도 관련이 있다.

2) 극도 악화 시의 생리적 변화

신경성 식욕부진증이 심각하게 진행되면, 기아로 인한

육체적 변화와 내분비 이상 등으로 인해 신체적 상태가 악화되게 된다. 기아로 인한 육체적 변화에는 지방 저장분의 고갈·근육소모·무월경·구순구각염·피부건조증·탈모증·말단청색증 등이 있다.

이러한 임상적인 증상 외에 부가적인 영양문제로, 아연 영양상태 불량·뼈의 무기질 소실·성장장애·뇌의 구조적 변화 등이 있는데, 이는 식욕부진증 환자들의 장기적인 영양불량으로 인한 것이다.

또 시상하부의 변화로 인해 식욕부진의 성인은 무월경이 될 수도 있고, 추위나 더위에 적응할 수 없게 되며, 수면장애를 경험하게 된다.

3) 치료요법

신경성 식욕부진증 증상이 심각해지면, 병원에 입원하여 집중적인 치료를 받아야 한다. 치료는 영양 전문가·내과 의사·정신과 의사가 공동으로 한 팀이 되어 실시하는데, 치료의 일관성을 유지하기 위해서는 팀원간의 협조가 무엇보다 중요하다.

치료의 일차적인 목표는 먼저 환자에게 지속적인 식

사거부와 체중감소가 자신에게 미치는 생리적 변화를 이해시키도록 하고, 정상적인 체중에 도달할 수 있는 식사 계획을 스스로 해 나갈 수 있도록 도와주는 것이다.

장기적인 치료 목표는 정상적인 식습관을 회복하는 것 외에 환자 스스로가 자신의 능력을 발휘하고 자율적인 사람이 되도록 하는 것이다.

협조적인 환자의 경우에는 1~8개월 사이에 이상적 체중에 도달할 수 있다. 그러나 식사요법 치료 중에도 체중증가에 따른 여러 가지 심리적 문제가 발생할 수 있으므로 정신과의사의 지속적인 상담과 영양교육을 꾸준히 실시하도록 한다.

4) 식사 및 영양관리

신경성 식욕부진증 환자의 식사관리 목표는 환자가 정상적인 식사 형태를 회복할 수 있도록 도와주는 것이다.

(1) 초기 식사관리

초기 식사관리의 목표는 식사 유형을 정상으로 회복하는 동안 체중감소가 일어나지 않도록 하는 것이다.

초기식사의 필요에너지 결정은, 계산에 의한 기초대사량과 식사력 조사를 통해 얻은 실제 섭취 열량을 비교한다. 만약 기초대사량이 현재의 섭취량보다 250~300칼로리 정도 높으면 기초대사량 만큼을 필요열량으로 정하고, 만약 이 차이가 적으면 기초대사량에 250~300

칼로리를 증가시키는 것이 바람직하다.

처음 식사에 에너지가 너무 많은 경우, 환자가 시도해 보기도 전에 포기할 수 있으므로 환자와 협의해서 초기 목표 체중을 정하고 환자에게 동기의 부여와 식사교육을 받아들일 수 있는 준비를 하는 것이 필수적이다.

계속되는 체중의 증가는 물과 전해질이 균형을 이루고 간과 근육의 글리코겐이 증가된 결과이다. 적은 양의 식사와 장 운동의 저하로 변비가 일어날 수도 있고 영양섭취의 증가로 설사를 할 수도 있다.

식사 에너지의 증가는 매우 개별적으로 진행되어야 하고 증가량의 정도는 실제적이어야 한다. 치료의 초기 단계에는 일주일에 200칼로리 정도를 증가시키는 것이 바람직하지만 정신요법의 변화와 맞추어야 한다.

(2) 장기 식사관리

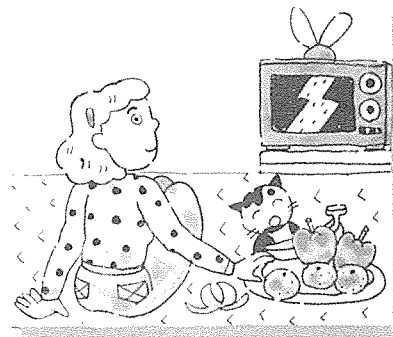
환자가 자신의 목표체중에 도달할 때까지 체중유지에 대한 식사지침을 마련하도록 하고, 목표 체중에 도달했을 때도 알맞은 식사를 유지하도록 계획하여야 한다.

식사와 환자의 체중을 규칙적으로 관찰하는 것이 좋고, 치료가 여러 해 지속되는 경우 환자가 안정된 체중을 유지하고 월경이 규칙적이며 나이에 맞는 적절한 대인관계를 가질 때 완전히 회복되었다고 판단한다.

2. 신경성 탐식증

1) 증상과 발병률

신경성 탐식증은 다량의 음식을 마구 먹는 것, 구토, 설사제나 이뇨제 등과 같은 약물에 의한 배설과 같은 행위를 일컫는다. 탐식증이 있는 환자는 과체중 또는 정상 체중이거나 저체중일 수도 있다.



신경성 식욕부진증과 신경성 탐식증은 함께 발생할 수도 있고, 신경성 식욕부진증으로 인해 신경성 탐식증이 발생할 수도 있다.

신경성 탐식증은 대체로 15~30세 사이에 발생하며, 여자가 남자에 비해 5~9배 정도 많다. 미국의 경우 유병률은 여자가 4%, 남자가 0.5% 이하이지만 증상의 특징으로 보아 빈번할 것으로 추정하고 있다.

신경성 탐식증의 경우는 특징적으로, 대개 남이 모르 게 달고 칼로리가 높으며 삼키기 쉬운 다량의 음식을 1~2 시간에 걸쳐 게걸스럽게 먹고 난 후 구토를 하거나 잠을 잔다.

흔히 구토는 목구멍에 손

가락을 넣어서 야기시키는 데, 심한 경우는 이로 인해 충치나 찰과상이 생기기도 하고 손등에 흉터가 생기기도 한다. 이와 더불어 환자는 심리적으로 우울해 하고 죄책감으로 괴로워하기도 하지만, 환자는 구토에 대한 충동을 자제하지 못하며 체중증가가 무서워 설사제나 이노제를 남용하는가 하면 때때로 격렬한 운동을 시도하기도 한다.

신경성 탐식증은 만성질환으로 여러 가지 합병증을 나타내는데, 계속적인 구토로 인한 저칼륨혈증 등의 전해질 불균형, 급성 위 확장, 치과질환, 이하선 확대, 식도 외상, 생리불순 등을 나타내기도 한다.

신경성 탐식증의 치료는 신경성 식욕부진증에 대한 치료만큼 잘 정립되어 있지 않다. 개인이나 집단 심리치료와 정신약물 치료 등을 포함해서 여러 가지 치료방법들이 제시되고는 있으나 아직까지 그 효과가 입증되지 못했다. 따라서 마구먹기와 약물에 의한 배설행위를 치료하기 위해서 기본적으로 단식과 재 식사로 인한 생리적 변화와, 탐식행위가 영양상태와 건강에 미치는 악영향에 대해 교육하는 것이 바람직하다.

개인마다 필요한 에너지의 산정과 올바른 식품 선택을 하기 위한 안내서를 제공하는 것이 도움을 줄 수 있고 식습관의 조절과 매일의 활

동 계획을 세움으로써 바람직하지 못한 식행동을 최소화할 수 있다.

2) 식사 및 영양관리

환자의 식사력 조사를 통해서 어떤 요인이 마구먹기를 유발하는지를 규명하고 마구먹기의 시기와 빈도를 조사한다. 또한 마구먹기와 같은 행동이 유발될 때 어떤 음식을 어떻게 마구먹기 하는지도 알아보는 것이 좋다.

치료의 초기단계에서 섭취에너지 결정은 환자가 수용할 수 있으면서 현재의 체중을 유지하는 정도의 수준으로 결정하도록 한다. 초기단계의 에너지가 너무 높으면 환자가 체중증가를 두려워하여 단식이나 약을 이용한 배설을 유도할 수 있으므로 주의해야 한다.

섭취에너지 처방은 환자의 기초대사량을 기준으로 결정된다. 만약에 환자가 매우 활동적이라면 활동에 필요한 에너지로서 기초대사량의 10~15% 정도를 추가하도록 한다. 또한 이 섭취에너지를 환자가 수용할 수 있도록 교육하는 것도 필요하다.

일반적으로 환자에게 처방된 식사에너지는 치료기간 동안 변경시키지 않는다. 체중이 안정수준으로 유지되고 환자 자신이 자신감을 느낄 때, 초기 식사 계획을 평가하고 장기적으로 체중유지를 위한 식사계획을 세운다.

장기 체중유지를 위한 식사량 결정은 과거의 체중변

화를 지표로 삼아 키·성별·연령·목표체중·활동량을 고려하여 식사량을 결정하도록 한다. 목표 체중을 너무 낮게 정할 경우 체중유지를 위해 약제를 이용한 배설과 마구먹기, 단식의 악순환을 유도할 수 있으므로 지속적인 영양상담이 이루어지도록 해야 한다.

지금까지 신경성 식욕부진증과 신경성 탐식증의 정의와 특징, 진단기준, 치료방법 등에 대해 전반적으로 알아보았다. 과거에는 이러한 식행동장애가 미국의 성취 중심적인 일부 중상층 가정의 젊은 여성에서 주로 발생했으나, 현재는 모든 사회계층과 인종에서 발생할 뿐 아니라 다양한 문화를 가진 수많은 나라에서 식행동 장애의 발병이 증가하고 있다.

우리나라의 경우도 생활양식, 특히 젊은 층의 사고방식이나 문화가 점차 서구화되어가는 추세로 보아 앞으로 식행동장애가 계속적으로 증가할 것으로 보인다.

따라서 사회 전반에 걸쳐 건강과 외모 및 체중에 대해 바람직하고 현실적 가치관 형성을 도모할 수 있는 대중교육이 필요하고 가족 구성원 간의 건강한 의사소통 및 역할 설정에 관해 전문가의 적극적인 지도와 예방교육이 요구된다고 판단된다. [2]

〈편집자주:본 원고는 1997.4.25 일자 보건주보의 내용을 게재한 것임. 필자 : 신촌세브란스병원 영양과장 임현숙〉