

韓國版 食事態度 檢査-26에서 高得點을 보인 韓國 一般 男性群의 食事特性和 一般精神病理*

韓基錫¹⁾ · 李永浩^{2)†} · 李珉圭³⁾ · 朴世鉉⁴⁾ · 孫昌鎬⁵⁾ · 鄭榮照²⁾
洪性國⁶⁾ · 李秉官⁷⁾ · 張必笠⁸⁾ · 尹愛理⁹⁾

Eating Traits and General Psychopathology of Korean Males Who Show High Score on the Korean Version of Eating Attitudes Test-26*

Ki Seok Han, M.D.,¹⁾ Young Ho Lee, M.D.,^{2)†} Min Kyu Rhee, M.A.,³⁾
Se Hyun Park, M.D.,⁴⁾ Chang Ho Sohn, M.D.,⁵⁾ Young Cho Chung, M.D.,²⁾
Sung Kook Hong, M.D.,⁶⁾ Byung Kwan Lee, M.D.,⁷⁾
Philip Chang, M.D.,⁸⁾ A Rhee Yoon, M.D.⁹⁾

국문 초록

연구목적 :

본 연구의 목적은 한국 일반인구에서 식사 장애에 대한 고위험 남성 군(high risk male group for the eating disorders)의 유병율을 알아보고 이들의 인구학적 특징, 식사 행동과 연관된 특징 및 일반 정신 병리에 있어 특징을 알아 보는데 있다.

대상 및 방법 :

한국 일반 인구를 대상으로 한국판 식사 태도 검사(the Korean version of Eating Attitude Test-26 : KEAT-26)상 절단점 이상의 고득점을 보인 남성 군 52명을 최종 대상으로 여성 고득점군 208명과 비교하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

결 과 :

1) KEAT-26상 절단점 21점 이상을 보였던 대상은 총 260/3062(8.5%)로 이중 남성이 52/260(20.0%), 여성이 208/260(80.0%)이었으며(남성 대 여성의 비율 1 : 4) 전체 인구에 대한 비율은 남성이 52/3062(1.7%), 여성이 208/3062(6.8%)이었다. 2) 인구학적 특징으로 평균 연령은 유의한 수준은 아니었으나 남성 군이 29.13±7.87세로 여성 군의 27.00±6.81세 보다 높은 경향을 보였다(p=0.0514). 평균

*본 논문의 요지는 1998년 4월 24일부터 26일까지 뉴욕에서 열린 제 8차 식사장애 국제 회의에서 발표되었음.

¹⁾충무신경정신과의원 Chungmu Neuropsychiatric Clinic, Chungmu, Korea

²⁾인제대의대 서울백병원 신경정신과 Department of Neuropsychiatry, Seoul Paik Hospital, Inje University, Seoul, Korea

³⁾국립서울정신병원 임상심리과 Department of Clinical Psychology, Seoul National Mental Hospital, Seoul, Korea

⁴⁾진주정신병원 Jinju Mental Hospital, Jinju, Korea

⁵⁾인천 길병원 정신과 Department of Psychiatry, Incheon Kil Hospital, Incheon, Korea

⁶⁾홍성국 신경정신과의원 Hong Sung Kook's Neuropsychiatric Clinic, Wonju, Korea

⁷⁾성모 신경과의원 St. Mary Neuropsychiatric Clinic, Chunju, Korea

⁸⁾장필립 신경정신과의원 Chang Philip's Neuropsychiatric Clinic, Daejeon, Korea

⁹⁾윤 신경정신과의원 Yoon's Neuropsychiatric Clinic, Ansan, Korea

†Corresponding author

신체 질량 지수(Body Mass Index : BMI)는 남성 군이 23.05 ± 3.12 로 여성 군의 20.40 ± 2.31 보다 유의하게 높았고($p < 0.01$). 본포 또한 신체 질량 지수가 20이하인 경우도 남성 군은 7/52명(13.5%)인데 반해 여성 군은 103/208명(49.5%)으로 유의한 차이를 보였다($p < 0.01$). 신체 질병의 과거력은 두 군간에 유의한 차이를 보이지 않았으나 흡연율($p < 0.01$), 알코올 사용율($p < 0.01$) 및 한달 평균 알코올 사용량($p < 0.01$) 등은 모두 남성 군에서 여성 군보다 유의하게 높았다. 3) 사회 경제적인 특징 중 직업을 제외하고는 경제 상태, 교육 기간, 가족 수, 결혼 상태, 종교 및 대도시, 중간 크기의 도시, 소도시 및 시골 지역 등으로 나누어 본 거주지역 등이 모두 두 군간에 유의한 차이를 보이지 않았다. 4) 식사 특성으로 식습관 척도 점수는 남성 군이 7.25 ± 3.15 로 여성 군의 8.88 ± 3.91 보다 유의하게 낮았으며($p < 0.01$), KEAT-26상 총 점수는 남성 군이 25.80 ± 4.87 , 여성 군이 26.39 ± 5.78 로 두 군 사이에 유의한 차이를 보이지 않았으나, 이 점사의 하위 척도인 마름에 대한 욕망(desire for thinness) 척도에서는 여성 군이 남성 군보다 유의하게 높았고($p < 0.01$), 음식에 대한 집착 척도(food preoccupation) 남성 군에서 여성 군보다 유의하게 높은 결과를 보여($p < 0.05$) 두 군 모두 식사 태도 검사 상 높은 점수를 보이고 있어도 질적인 내용에는 성에 따라 차이가 있음을 보여 주었다. 이외에 체중에 대한 통제 소재는 두군 사이에 유의한 차이를 보이지 않았으나 음식 선호도에 있어 남성 군이 여성 군에 비해 야채 및 생선을 더 싫어하고 단음식을 더 좋아하는 특징을 보여 주었다($p < 0.01$). 5) Eysenck 성격 척도 상 남성 군이 정신병적 경향성에서 여성 군보다 유의하게 높은 점수를 보였다($p < 0.01$). 이외에 다른 성격 차원 및 Beck우울 척도 및 건강 염려증 척도로 측정된 일반 정신 병리 상의 특징은 두 군간에 유의한 차이를 보이지 않았다.

결 론 :

상기 결과들은 우리 나라에서도 선진 외국과 비슷한 수준의 남성 식사 장애 환자들이 있을 가능성을 보여 주고 있다. 또한 상기 결과들은 식사 태도 검사 상 같은 고득점을 보여도 식사 관련 병리는 성에 따라 차이를 보일 수 있음을 보여 주고 있고, 남성 식사 장애 환자는 여성 식사 장애 환자보다 좀더 깊은 성격 병리를 가지고 있을 가능성을 보여 준다.

중심 단어 : 식사태도검사 · 남성 고득점자 · 인구학적 특징 · 식사특성 · 일반정신병리.

서 론

식사 장애는 전통적으로 서구의 젊은 백인 여성에서 주로 호발하는 대표적인 장애로 알려져 왔다. 따라서 백인을 제외한 다른 인종이나, 나이가 들은 여성층 및 남성에서의 이 장애에 대한 관심은 상대적으로 적었다¹⁾. 이중 특히 남성에 있어 이 장애에 대한 관심의 부족에는 실제적으로 이 장애가 남성에서 유병율이 적다는 사실에 더해 여러 다른 요인들이 복합적으로 관여하고 있다. 식사 장애의 유병율에 있어 성별에 따른 비율은 신경성 식욕부진증의 경우는 남성 대 여성의 비가 1 : 10에서 1 : 20으로 알려져 있고¹⁾, 신경성 대식증의 경우는 남성이 전체 환자의 1/10인 것으로 알려져 있다²⁾. 또한 여성에 있어 식사 장애의 임상적 특징이나 연관 정신 병리, 유발 인자 및 치료 경과 등에 대해서는 그간 많이

연구되어 왔으나 남성에 있어 식사 장애에 대해서는 이러한 임상 특징에 대한 연구들이 적었다.

실제로 이 분야에 종사하는 전문가조차도 신경성 식욕부진증은 본질적으로 여성의 질환으로 생각하고 있는 것으로 나타났다³⁾. 이외에도 전통적으로 남성다움은 강하고 근육이 발달한 체격을 강조하였기 때문에 남성에서는 날씬함이 강조되고 자신의 신체나 신체의 일부가 실제보다 크다고 지각하는 것이 특징인 식사 장애에 대한 사회적인 압력이 적어 남성은 식사 장애에 대한 취약성이 없는 것으로 알려져 왔고 이 요인이 실제 남성에서 여성보다 식사 장애의 유병율이나 발생율이 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%, 신경성 대식증의 경우는 10~15%가 남성이라는 보고들^{4,6)}이 있

으며, 이러한 결과는 간과할 수 없는 수의 남성 식사 장애 환자가 존재하고 있음을 보여 주는 것이라 할 수 있다. 이제까지 남성 식사 장애 환자와 연관되어 있다고 확인된 요인에는 비만의 과거력, 동성연애, 특정 직업 및 운동에 대한 지나친 집착 등이 있다⁷⁾. 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 기인한다는 주장¹⁾이 있고 최근 보고들은 남성 환자들도 치료적인 효과가 여성 환자의 경우와 다름이 없음을 보여 주고 있다⁸⁾.

이제까지의 식사 장애에 대한 역학 연구들의 대부분이 병원을 방문한 환자 군을 대상으로 하거나 학생 등과 같은 특정 집단을 대상으로 한 연구들이 대부분이었기 때문에 일반 인구를 대상으로 한 연구는 적었다⁹⁾. 이러한 경향은 특히 남성 식사 장애에 있어 더욱 두드러져 일반 인구에서의 남성 식사 장애나 이와 연관된 문제에 대한 연구는 저자들이 아는 한 아직 없다. 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 보여주고 있다. 이미 여러 연구¹⁰⁻¹⁵⁾에서 우리 나라도 이미 식사 장애의 발생 위험에서 벗어날 수 없음을 보여 주고 있다.

그러나 아직 치료진의 관심의 부족과 일반인들의 인식 부족으로 인해 이들이 체계적인 평가와 치료를 받지 못하고 있는 실정이고 이에 관련된 연구는 극히 제한적이었다. 이에 본 저자들은 일반 인구에서 식사 장애를 선별하는데 효과적이라고 알려진 한국판 식사 태도 검사(the Korean version of Eating Attitude Test-26: KEAT-26)^{16,17)}를 이용하여 이 검사 상 이민규 등¹⁹⁾이 제시한 절단점 이상의 고득점을 보인 남성 군을 대상으로 일반 인구에서 이들 식사 장애에 대한 고위험 남성군(high risk male group for the eating disorders)의 유병율을 알아보고 이들의 인구학적 특징, 식사 행동과 연관된 특징 및 일반 정신 병리에 있어 특징을 여성 고득점자와 비교하여 이들이 지니는 특징을 알아보고자 본 연구를 시도하였다.

연구대상 및 방법

1. 연구 대상

1) 표집 설계

전국에서 표집된 18세 이상의 한국 정상 성인 4,000명을 표집 대상으로 삼았다. 그러나 조사과정에서의 탈락이나 신뢰롭지 못한 자료의 상실 등을 고려하여 실제 표집 대상의 10%를 조사대상에 더 추가하여 4,400명을 최종 목표 대상으로 삼았다.

2) 연구 대상의 표집 방법

모집단인 한국 정상 성인을 대상으로 지역 표본 추출법(area sampling), 비례층화 표본 추출법(proportionated stratified sampling), 할당 표본 추출법(quota sampling)을 혼합 사용하는 다단계 표본 추출법을 이용하여 표본의 대표성을 높이고 표집에 따른 오차를 최소화하였다. 연구 대상 및 연구 대상의 선정 방법은 다음과 같다(Fig. 1).

(1) 먼저 표본 지역을 거주 분포와 지역 특성을 잘 나타내 주는 행정 단위인 대도시(특별시 1개, 직할시 5개)와 6개의 도로 구분을 하였다.

(2) 행정 단위에 따라 대도시는 구 단위를, 도는 중소도시와 군 단위를 기준으로 다시 세분화하였다. 추출할 구의 수나 중소도시 및 군의 수는 서울을 기준으로 하여(서울의 총 22개 구 중 3개를 추출 : 즉, 비율이 3/22(0.1364)이 되게 추출) 각 대도시는 구성하고 있는 구의 수에 이 비율을 곱하여서 구의 수를 결정하였고 도의 경우에는 그 도에 속하는 중소도시와 군의 수를 따로 나누어 각각에 같은 비율을 곱하여 수를 결정하였다(예 : 부산의 경우 12개의 구로 구성되어 있어 $12 \times 0.1364 = 1.64$, 따라서 2개의 구를 선정).

(3) 이렇게 추출될 각 구와 중소도시 및 군의 수를 결정할 다음 결정된 수만큼을 무작위로 추출하였다(총 9개의 구, 10개의 중소도시 및 17개의 군이 선정됨).

(4) 이렇게 선정된 지역에 대해 1992년 한국 통계 연감의 인구 자료¹⁸⁾를 이용하여 한국 전체 인구에서 각 대도시와 각도가 차지하는 인구 비율에 따라 조사대상자 4,000명을 각각 할당하였고 이 할당된 조사대상자를 수를 결정된 구나 중소도시, 군이 각각의 대도시나 도에서 차지하고 있는 인구 비율에 따라 다시 나누어 할당하였다.

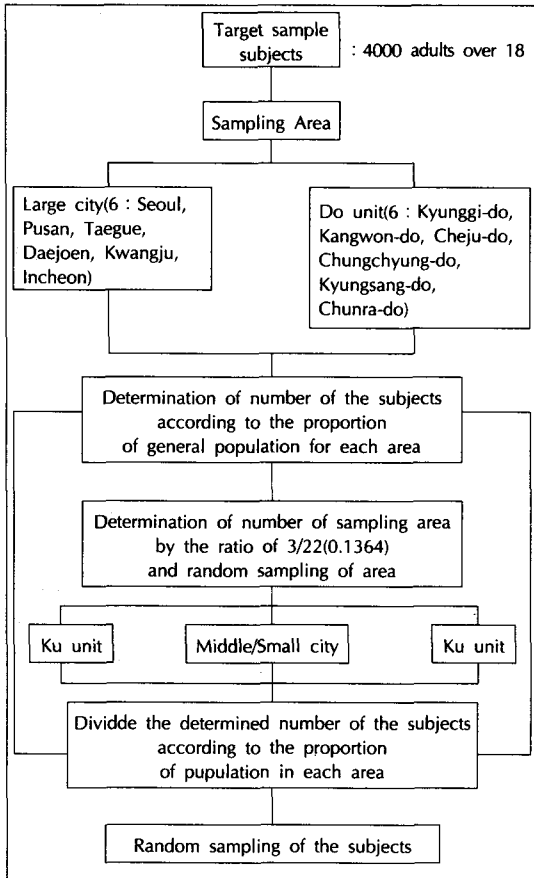


Fig. 1. Sampling procedure.

이렇게 해서 전국 12개도 35개 지역에서 4,316명의 자료가 수집되었다. 이중 일차적으로 무작위로 반응하였거나 반응하지 않은 문항이 많은 자료를 제외하여 3,896명의 자료를 얻었다. 그 중 본 연구를 위하여 연령이 60세 이상인 대상의 자료와 자료중 한 문항이라도 반응하지 않은 문항이 있는 설문지를 제외하여 3,062명(남성 1249명, 여성 1813명)의 자료를 얻었고 이중 이 민규 등¹⁶⁾이 제시한 식사 태도 검사의 절단점 21점 이상을 보인 남성 52명을 최종 대상으로 하였다. 이들에 대한 자료들을 같은 방법으로 추출한 여성 208명의 자료와 비교하였다(전체 추출 대상에 대한 자세한 자료는 한국판 Beck 우울 척도의 표준화 연구 I : 신뢰도 및 요인 분석¹⁹⁾을 참고하기 바람).

2. 연구 방법

1) 설문지의 구성

각 대상자들에게 설문지를 이용하여 조사하였는데

설문지는 1) 흡연과 알코올 사용에 대한 내용을 포함하는 인구학적 자료 및 사회경제적 자료, 2) 식사 습관, 식사 태도, 체중 조절에 대한 통제 소재 등의 식사 특성(the eating traits) 및 3) 성격 특성, 우울증, 건강염려증적 경향과 같은 일반 정신 병리 등으로 구성되어 있다. 식사 습관은 이기열²⁰⁾의 식습관 조사표(성인용)를 이용하였다. 이 조사표는 모두 10개의 식습관과 관련된 문항으로 구성되어 있고, 각 문항을 정도에 따라 0에서 2점으로 답하게 되어 있다. 이 조사표는 총점을 내어 식습관의 좋고 나쁨을 4단계로 구분하도록 되어 있으며 이 검사에서 점수가 높을 수록 식습관이 좋음(규칙적이고 균형있는 음식 섭취)을 의미한다.

식사태도 측정에는 이상 식사태도나 식사 장애, 특히 신경성 식욕부진증을 진단하도록 구성되어진 식사태도 검사(the Eating Attitude Test-26)¹⁷⁾를 이용하였다. 이는 26문항으로 구성된 자기보고형 척도로 점수가 높을 수록 이상 식사태도나 식사 장애의 위험성이 높음을 보여 준다. 우리나라에서는 이민규 등¹⁶⁾에 의해 표준화가 되었고 이 척도의 절단점을 21점으로 제시하였다. 이들은 이 척도가 다이어트와 불쾌(diETING and discomfort), 마름에 대한 욕망(desire for thinness) 및 음식에 대한 집착(food preoccupation)같은 세 요인으로 구성되어 있음을 보여 주었다.

체중 조절 통제 소재에 관한 조사는 체중에 대한 내적 및 외적 조절에 관한 척도(Internal versus External Control of Weight Scale : IECW)²¹⁾를 이용하였는데 이 척도는 몸무게 조절과 관련된 통제 소재를 측정하는 것으로 체중 조절을 결정하는 요인이 자신의 내부에 있는지 아니면 외부적인 요인에 주로 기인하는지를 보는 것으로 모두 5개의 문항으로 구성되어 있다. 이 척도점수는 모두 0점에서 5점까지 채점이 되고 5문항의 합계가 3점 이상이면 통제 소재가 외적인 것으로 간주가 되고 따라서 점수가 높을 수록 상대적 외적 경향성을 나타내어 준다.

음식에 대한 선호도에 대해서는 음식과 맛에 관한 25개의 문항을 아주 좋아한다부터 아주 싫어한다 까지 5단계로 대답을 하게 하였고 이를 요인 분석하여 한국 전통 음식에 대한 선호, 시고, 맵고, 짜고, 자극성 있는 음식에 대한 선호, 간식 및 즉석 음식에 대한 선호 및 채소와 생선에 대한 선호 및 단음식에 대한 혐오의 4가지 요소를 얻어 이를 비교하였다.

성격의 평가는 Eysenck 성격 검사의 표준화된 한국판²²⁾을 이용하였고 우울 성향은 Beck의 우울 척도^{19,23,25)}를, 건강 염려증적 경향성은 Brink²⁶⁾의 건강 염려증 평가 척도를 이용하였다. 건강염려증 척도는 전체 6개의 문항으로 예, 아니오로 답하게 되어 있고 전체 3점 이상이면 건강 염려증적 경향이 있는 것으로 판정하도록 되어 있고 따라서 점수가 높을 수록 상대적으로 건강 염려증적 경향이 있는 것을 보여 준다. 상기 척도 중 체중에 대한 내적 및 외적 조절에 관한 척도(Internal versus External Control of Weight Scale : IECW)²¹⁾와 건강 염려증 평가 척도²⁶⁾는 이미 국내에서 이와 연관된 여러 연구¹⁰⁻¹³⁾에서 사용된 바 있다.

2. 연구 절차

상기 설문지를 서울에서 무작위로 추출된 80명을 대상으로 실시한 예비 조사를 통하여 설문지의 적용성 및 문항의 신뢰성 등을 조사하여 일부 수정한 뒤 각 연구자들이 지역을 분담하여 각 지역에서 무작위로 대상을 설정하여(면사무소나 동사무소와 같은 공공기관 방문자 및 지역 보건소를 이용하려 온 환자의 보호자중 성 과 연령을 고려하여 무작위로 선정하거나 가정 방문을 통한 방법을 병용) 그들에게 연구의 목적을 설명하고 설문지 작성 요령을 설명한 다음 설문지를 작성케 하여 수거하였다. 이 과정에 있어 일부는 연구자들이 직접 설문지를 작성케 하였고 일부는 연구 보조자를 직접 연구자들이 교육을 하여 실시하였다.

3. 통계 처리

두 군간에 인구학적 특징, 사회 문화적 요인, 식사 특성 및 일반 정신 병리의 비교는 일원 변량 분석(one way Analysis of Variance : ANOVA)과 Chi-square를 이용하여 분석하였고, 통계적인 유의 수준은 p value 0.05이상을 기준으로 하였다.

연구 결과

1. KEAT-26상 고득점군의 빈도

KEAT-26상 절단점 21점 이상을 보였던 대상은 총 260/3062(8.5%)로 이중 남성이 52/260(20.0%), 여성이 208/260(80.0%)이었으며(남성 대 여성의 비율 1 : 4) 전체 인구에 대한 비율은 남성이 52/3062(1.7%), 여성이 208/3062(6.8%)이었다.

2. 인구학적 특징

통계적으로 유의한 수준은 아니었으나 평균연령은 남성 군이 29.13±7.87세로 여성 군의 27.00±6.81세보다 높아 남성 군에서 연령이 높은 경향을 보였다(p=0.0514). 평균 신체 질량 지수(Body Mass Index : BMI)는 남성 군이 23.05±3.12로 여성 군의 20.40±2.31보다 유의하게 높았고(p<0.01), 분포 또한 신체 질량 지수가 20이하인 경우도 남성 군은 7/52명(13.5%)인데 반해 여성 군은 103/208명(49.5%)으로 유의한 차이를 보였다(p<0.01). 그 외에 신체 질병의 과거력은 두 군간에 유의한 차이를 보이지 않았으나 흡연율(p<0.01), 알코올 사용율(p<0.01) 및 한달 평균 알코올 사용량(p<0.01) 등은 모두 남성 군에서 여성 군보다 유의하게 높았다(Table 1).

3. 사회경제적 특징

사회 경제적인 특징 중 직업을 제외하고는 경제 상태, 교육 기간, 가족 수, 결혼 상태, 종교 및 대도시, 중간 크기의 도시, 소도시 및 시골 지역 등으로 나누어 본 거주지역 등이 모두 두 군간에 유의한 차이를 보이지 않았다. 직업은 두 군 사이에 유의한 차이를 보였는데(p<0.01) 남성 군은 사무 관리직, 서비스-판매직 및 생산직에 종사하는 사람이 많은 반면 여성 군은 학생, 주부 및 전문 기술직의 비율이 남성 군보다 높은 경향을 보여 주었다(Table 2).

4. 식사 특성

식습관 척도 점수는 남성 군이 7.25±3.15으로 여성 군의 8.88±3.91보다 유의하게 낮았으며(p<0.01), KEAT-26상 총점수는 남성 군이 25.80±4.87, 여성 군이 26.39±5.78으로 두 군사이에 유의한 차이를 보이지 않았으나 이 검사의 하위 척도 점수에는 차이를 보였는데 마름에 대한 욕망(desire for thinness) 척도에서는 여성 군이 남성 군보다 유의하게 높았고(p<0.01) 음식에 대한 집착 척도(food preoccupation)는 남성 군에서 여성 군보다 유의하게 높은 결과를 보여(p<0.05) 두군 모두 식사 태도 검사상 높은 점수를 보이고 있어도 질적인 내용에는 성에 따라 차이가 있음을 보여 주었다. 이외에 체중에 대한 통제 소재는 두 군사이에 유의한 차이를 보이지 않았으나 음식 선호도에 있어 남성 군이 여성 군에 비해 야채 및 생선을 더 싫어하고 단음식을 더 좋아하는 특징을 보여 주었다(p<0.01)(Table 3).

Table 1. Comparisons of demographic correlates between male and female group

Item	Male(N=52)	Female(N=208)	F(ANOVA) or Chi-square	p
Age, mean(s.d.)	29.13(7.87)	27.00(6.81)	3.83	0.0514
Age distribution, no(%)			6.33	0.1761*
20>	6(11.5)	34(16.3)		
20 - 29	27(51.9)	123(59.1)		
30 - 39	14(26.9)	44(21.2)		
40 - 49	5(9.6)	6(2.9)		
50≤		1(0.5)		
BMI, mean(s.d.)	23.05(3.12)	20.40(2.31)	47.20	0.0000
BMI distribution, no(%)			34.02	0.0000**
20>	7(13.5)	103(49.5)		
20 - 24	35(67.3)	99(47.6)		
25 - 29	8(15.4)	5(2.4)		
30≤	2(3.8)	1(0.5)		
History of physical illness, no(%)			0.00	1.0000***
Yes	9(17.3)	36(17.3)		
No	43(82.7)	172(82.7)		
Smoking, no(%)			114.68	0.0000*
Yes	32(61.5)	6(2.9)		
No	20(38.5)	202(97.1)		
Alcohol use, no(%)			28.46	0.0000**
Yes	39(75.0)	71(34.1)		
No	13(25.0)	137(65.9)		
Alcohol consumption [§]	19.35(27.92)	3.46(3.81)	18.06	0.0001

*Chi-square : df=3

**Chi-square : df=3

***Chi-square : df=1

#Chi-square : df=1

Chi-square : df=1

§alcohol consumption=mean frequency/month x mean bottle(soju) per drinking

5. 일반 정신 병리

Eysenck성격 척도 상 정신병적 경향성에서 남성 군이 여성 군보다 유의하게 높은 점수를 보였다($p < 0.01$). 이외에 다른 성격 차원 및 Beck우울 척도 및 건강 염려증 척도로 측정된 일반 정신 병리 상의 특징은 두 군간에 유의한 차이를 보이지 않았다(Table 4).

고 찰

우선 연구 결과에 대한 논의에 앞서, KEAT-26상 고득점을 보인 군이 어떤 군을 대표하고 있는 가를 먼저 논의되어야 할 것으로 생각한다. EAT-26은 정상인에서 신경성 식욕 부진증을 구분하기 위하여 Garner 등¹⁷⁾에 의해 고안된 검사 도구이다. 이 도구는 원래 다이어트 행동(diet behavior), 대식증 및 음식에 대한 집착(bulimia and food preoccupation), 구강 조절(oral con-

trol)의 세 하위 척도로 구성되어 있다. 다이어트 행동은 살찌는 음식에 대한 병적인 회피와 신체형에 대한 집착을 보여 주고, 대식증 및 음식에 대한 집착 하위 척도는 대식증 및 체중 증가와 연관된 척도이며, 구강 조절은 음식에 대한 자기 조절과 체중 증가에 대한 사회적인 압력에 대한 인지를 보여 주는 하위척도이다.

즉, EAT-26은 신경성 식욕부진증과 관련된 병리뿐만 아니라 대식증과 관련된 병리도 검사할 수 있도록 구성되어 있다고 할 수 있다. 이민규 등¹⁶⁾은 이 척도에 대한 한국판 표준화 연구에서 다이어트와 불편감(diet and discomfort), 마름에 대한 욕망(desire for thinness) 및 음식에 대한 집착(food preoccupation)등의 세 가지 요인을 추출하였다. 이중 마름에 대한 욕망, 다이어트와 불편감 같은 하위 척도는 신경성 식욕부진증적 특징을 보여 주는 하위 척도이고 음식에 대한 집착은 신경성 대식증적 특징을 보여 주는 하위 척도라고

Table 2. Comparisons of socioeconomic variables between male and female group

Item	Male(N=52)	Female(N=208)	F(ANOVA)/ χ^2	p
Economical status, No(%)			2.99	0.2239*
Upper	1(1.9)	9(4.3)		
Middle	36(69.2)	160(76.9)		
Low	15(28.8)	39(18.8)		
Education, yrs, mean(s.d.)	14.12(2.50)	13.55(2.27)	2.46	0.1183
Family size, No, mean(s.d.)	4.12(1.74)	4.24(1.66)	0.20	0.6520
Marital status, No(%)			1.65	0.6489**
Single	29(55.8)	126(60.6)		
Married	23(44.2)	78(37.5)		
Separated	0(0.0)	0(0.0)		
Widowed	0(0.0)	3(1.4)		
Divorced	0(0.0)	1(0.5)		
Religion, No(%)			3.78	0.4367***
No religion	28(53.8)	84(40.4)		
Protestantism	12(23.1)	54(26.0)		
Catholic	5(9.6)	24(11.5)		
Buddhism	7(13.5)	44(21.2)		
Others	0(0.0)	2(1.0)		
Area of residence			3.10	0.3758 ^a
Large city	11(21.2)	60(28.8)		
Middle/small city	9(17.3)	48(23.1)		
Suburban	18(34.6)	59(28.4)		
Rural	14(26.9)	41(19.7)		
Occupation			40.20	0.0000**
Expert-technical	7(13.5)	41(19.7)		
Management/official	13(25.0)	38(18.3)		
Service/marketing	9(17.3)	24(11.5)		
Farming/fishery/forestry	2(3.8)	0(0.0)		
Productive labor	6(11.5)	1(0.5)		
Student	7(13.5)	41(19.7)		
House wife	0(0.0)	49(23.6)		
No job/others	8(15.3)	14(6.7)		
*Chi-square ; df=2	**Chi-square ; df=3		***Chi-square ; df=4	
#Chi-square ; df=3	##Chi-square ; df=7			

제시하였다. Whitehouse와 Button²⁷⁾은 EAT-26상 고득점을 보인 환자들을 재 면담하여 이들이 Russell²⁸⁾, Feighner²⁹⁾ 및 DSM-III³⁰⁾의 신경성 식욕 부진증의 진단 기준을 만족시키는 환자와 대식증의 Russell³¹⁾ 및 DSM-III³⁰⁾의 진단 기준을 만족시키는 환자 및 DSM-III³⁰⁾의 비전형성 식사 장애 진단 기준과 Palmer³²⁾의 식사 혼돈 증후군(Dietary Chaos Syndrome)의 진단 기준을 만족시키는 환자들로 구성이 되어 있다는 보고를 한 바 있다.

따라서 EAT-26에서 양성을 보인 군은 신경성 식욕 부진증, 신경성 식욕부진증의 부분 증상을 가지고 있는 군^{33,34)} 혹은 준 임상적(subclinical)인 신경성 식욕부진증³⁵⁾ 및 신경성 대식증 환자³⁶⁾를 포함하는 이질적인 군으로 이루어져 있다고 할 수 있다.

식사 장애에 대한 역학 연구에 있어 식사 태도 검사와 같은 자기보고 질문지에만 의거한 접근은 실제 임상적인 면담을 통한 확인이 필요하고 실제로 자기 보고에 의한 식사 장애의 유병율에 대한 연구들은 결과들이 다

Table 3. Comparisons of eating related factors between male and female groups

Item*	Male(N=52)	Female(N=208)	F(ANOVA) or Chi-square	p
Eating habit scale	7.25(3.15)	8.88(3.91)	7.71	0.0059
Total score of EAT	25.80(4.87)	26.39(5.78)	0.52	0.4733
Factor 1(dieting and discomfort)	11.60(4.46)	10.85(5.56)	0.80	0.3709
Factor 2(desire for thinness)	3.81(2.57)	5.73(2.88)	19.20	0.0000
Factor 3 (food preoccupation)	4.15(2.29)	3.32(2.60)	4.46	0.0357
Locus of weight control	2.21(1.23)	2.04(1.25)	0.76	0.3850
Food palatability**				
Factor 1	-0.26(1.13)	-0.18(1.05)	0.22	0.6435
Factor 2	0.21(1.04)	0.18(0.92)	0.04	0.8410
Factor 3	0.18(1.06)	0.55(0.98)	0.55	0.4611
Factor 4	-0.69(0.84)	-0.18(0.96)	10.78	0.0012

*All values are expressed by mean(standard deviation)

**factor 1 : preference for the Korean traditional food

factor 2 : preference for sour, salty, spicy and stimulating-tasting food

factor 3 : preference for snack and instant food

factor 4 : preference for vegetables and fish, and dislike for sweet-tasting food

Table 4. Comparisons of related general psychopathology between male and female group

Item*	Male(N=52)	Female(N=208)	F(ANOVA) or Chi-square	p
Personality characteristics				
Psychoticism	67.15(7.55)	63.27(9.83)	7.02	0.0086
Extroversion-introversion	52.42(9.36)	52.72(9.47)	0.04	0.8399
Neuroticism	53.22(9.36)	51.63(11.75)	0.80	0.3731
Lie	49.35(4.76)	49.06(7.17)	0.08	0.7841
Total score of BDI	12.70(6.10)	14.06(7.81)	1.36	0.2451
Factor 1(guilty and self-dislike)	4.84(2.44)	5.44(3.23)	1.58	0.2095
Factor 2(negative self image and psychomotor retardation)	2.75(2.23)	3.36(2.60)	2.43	0.1204
Factor 3(somatic aspect)	2.08(1.53)	2.65(1.86)	4.19	0.0417
Factor 4(emotional expression and negative cognition)	3.04(2.11)	2.61(2.16)	1.69	0.1953
Hypochondriasis tendency	2.85(1.71)	2.77(1.86)	0.07	0.7867

*All values are expressed by mean(standard deviation)

양하고 임상 면담에 의한 결과에 비해 높은 경향을 보여왔기 때문에 자기 보고형 척도만을 이용한 역학 결과의 해석에는 문제가 있다는 지적과⁹⁾, EAT-26이 일반 인구에서 선별(screening) 검사로 사용하기에는 타당도가 낮다는 지적이 있었다³⁷⁾. 그러나 임상 면담에 의한 역학 결과들이 자기 보고형 설문지를 이용한 연구들의 결과보다 낮은 유병율을 보이는 하여도 이들의 결과를 확인하여 주고 있고⁹⁾, EAT-26이 기준 다당도(criterion validity)가 높은 검사이며 일반 인구와 같은 대단위군을 대상으로 한 연구에서는 이러한 설문지 조사법이 실제적이고 효과적이고³⁸⁾, 이 검사가 임상 군

에서뿐만 아니라 많은 비 임상군에서 식사 태도에 대한 연구에 많이 사용되어 왔다^{35,39,40)}는 점을 고려한다면 본 연구에서 EAT-26만을 사용한 결과는 일부 제한점을 가져도 여기에서 고득점을 보이는 군은 다양한 식사 장애에 대한 고위험도군을 포함하고 있다고 가정하는 데는 커다란 무리는 없을 것으로 여겨진다.

남성에 있어 신경성 식욕부진증에 대한 역학 연구의 결과는 발생율이나 유병율을 제외하고는 대개 여성 환자에서와 유사한 것으로 보고되고 있다. 즉, 사회경제적으로 높은 군에서 발생율이 높고 환자의 가족력 상 우울증의 빈도가 높으며 환자의 형제에서 신경성 식욕부진

증의 발생률이 높다. 또한 발병이 주로 청소년기에 시작되고 다이어트 후에 일어나는 종종 사회적인 실패, 중요한 생활 변화 혹은 질병으로 인한 체중 감소와 같은 일들이 유발 요인이 될 수 있다는 점에서 여자 환자와 공통점을 지닌다¹⁾. 신경성 대식증에 대해서는 신경성 식욕부진증에서 보다는 연구 결과가 적으나 이 경우도 신경성 식욕부진증과 유사한 결과들을 보이고 있다⁴¹⁾.

본 연구 결과 KEAT-26상 절단점 21점 이상을 보였던 대상은 총 260/3062(8.5%)로 이중 남성이 52/260(20.0%), 여성이 208/260(80.0%)이었으며(남성 대 여성의 비율 1:4) 전체 인구 비율은 남성이 52/3062(1.7%), 여성이 208/3062(6.8%)이었다. 전체 대상의 8.5%가 KEAT-26에 양성 반응(positive response)을 보인 본 연구 결과는 만약 이들을 전부 식사 장애 군으로 본다면 이는 서구 사회에서 일반적으로 알려진 식사 장애 유병율(신경성 식욕부진증 0.5~1.0%, 신경성 대식증 1~3%, 폭식 장애 2.0%)²⁾보다 훨씬 높은 것이 된다. 그러나 설문지만 이용한 역학조사 방법이 면담 조사를 병행한 방법에 비해 높은 유병율을 보인다는 주장⁹⁾을 고려하고, 또한 본 연구 결과에서 KEAT-26에 양성 반응을 보인 군 중 상당수가 소위 준 임상군(subclinical)일 가능성을 고려한다면 우리 나라에서 실제 식사 장애 유병율은 상기 결과보다 훨씬 낮은 가능성이 있다. 이에 대해서는 면담 조사를 병행한 연구를 통해 확인이 필요하다.

본 연구 결과 남성 대 여성의 비율이 1:4를 보였는데 이는 일반적으로 알려진 남녀의 비율인 남성 대 여성의 비가 1:10에서 1:20(신경성 식욕부진증)¹⁾ 및 남성이 전체 환자의 1/10(신경성 대식증)²⁾이라는 결과보다 높은 결과이다. 그러나 실제 남성 환자의 유병율이나 발병율에 대한 조사결과는 연구에 따라 결과가 다양하여 신경성 식욕부진증의 경우 Crips 등⁴²⁾은 전체 환자의 1%를 보고하였고 Sheppard 등⁴³⁾은 전체 환자의 20%가 남자 환자라고 높은 율을 보고하였다. 이러한 차이는 연구 대상을 어떻게 설정하는가에 의해 달라질 수 있고 Eller⁴⁴⁾는 남성에서의 식사 장애의 유병율이 적었던 이유를 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 생각

하여 남들에게 알리는 것을 두려워하여 여성 환자들 보다 의사나 병원을 찾아오는 율이 적었기 때문이라고도 설명하고 있다.

또한 Carlat와 Camargo Jr.⁴⁵⁾는 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 보고하였고 이러한 결과는 본 연구 결과와 비슷한 수준을 보여 주는 결과이다. 최근에는 남성에 대한 사회적인 압력이 증가하고 있어 실제로 직장인의 경우 체중을 조절할 것을 요구받고 있는 경우도 흔히 있다. 여기에 최근 사회적인 경향이 체중 증가를 건강의 적신호로 여기고 체중을 감소하고 운동을 강조하는 경향이 있어 남성들도 체중 감소에 대한 압력을 받고 있고, 이에 따라 체중이나 체형에 대한 관심이 증가되고 있어¹⁾, 이러한 요인이 남성에 있어 식사 장애의 발병율이나 유병율을 올리는 데 기여할 것으로 생각된다.

본 연구 결과 유의한 수준은 아니었으나 평균연령은 남성 군이 29.13±7.87세로 여성 군의 27.00±6.81세보다 높은 경향을 보였다(p=0.0514). 남성 식사 장애 환자에 있어 발병 연령에 대한 몇몇 연구들은 식사 장애가 다양한 연령에서 발병할 수 있으나 대체적으로 남성 신경성 식욕부진증 환자⁴⁵⁾나 신경성 대식증 환자^{46,47)}가 여성 환자에 비해 발병 연령이 몇 년 늦은 편이라는 결과를 보여 주고 있다. 즉, 신경성 대식증의 경우에는 여성들은 발병 연령이 15세에서 18세 사이인데 남자의 경우는 18세에서 26세 사이로 성별에 따라 차이를 보인다⁴⁾. 본 연구 결과 평균 연령이 남성 군과 여성 군 모두에서 외국의 경우 보다 높았던 것은 아직 우리나라가 식사 장애에 대한 개념이 일반인이나 전문가에도 초차 널리 알려 지지 않고 있고, 본 연구의 평균연령은 발병 연령이 아니라는 점을 고려한다면 수긍이 가는 결과라 할 수 있다.

본 연구 결과 평균 신체 질량 지수(Body Mass Index: BMI)는 남성 군이 23.05±3.12로 여성 군의 20.40±2.31보다 유의하게 높았고, 본포 또한 신체 질량 지수가 20이하인 경우도 남성 군은 7/52명(13.5%)인데 반해 여성 군은 103/208명(49.5%)으로 유의한 차이를 보였다. 신체 질량 지수가 일반적인 차이(통상적으로 같은 연령에서 약 0.5)⁴⁸⁾를 넘어 여성 군에서보다 남성 군에

서 더 높았다는 본 연구 결과는 남성 식사 장애 환자는 신경성 식욕부진증^{1,42,45,46,49)}이건 신경성 대식증이건간에 병전에 비해왔었던 병력이 높았고 신경성 대식증의 경우에는 진단 당시 체중이 여성보다 높았다는 보고들^{46,50,51)}을 고려한다면 남성 환자에서의 병전 비판의 경향성을 반영해 주는 결과라는 가정을 가능케 한다.

그러나 이러한 신체 질량 지수 및 분포의 차이가 남성과 여성간에 발병한 식사 장애의 종류가 다름을 보여주는 것인지 즉, 남성에서는 정상 체중을 보여 주고 있는 신경성 대식증이 더 많고 여성에서는 체중의 저하가 특징인 신경성 식욕부진증이 더 많기 때문에 신체 질량 지수가 차이가 나는 것을 보여 주는 것인지에 대해서는 확인이 필요할 것으로 생각된다.

본 연구 결과, 그 외의 인구학적 자료로 신체 질병의 과거력은 두 군간에 유의한 차이를 보이지 않았으나 흡연을, 알코올 사용 및 한달 평균 알코올 사용량 등은 모두 남성 군에서 여성 군보다 유의하게 높았다. 이러한 결과가 이들에 있어 물질 사용 장애의 빈도나 심한 정도를 직접 반영하는 것은 아니나, 약물과 알코올 사용은 여성 식사 장애 환자에서 보다 남성 식사 장애 환자에서 더 흔하다는 다른 보고들^{51,52)}와 같은 결과를 보여 주고 있다. 그러나 이들 결과와 반대되는 결과를 보고한 연구들^{53,54)}도 있어 남성 식사 장애와 물질 사용 장애와의 정확한 상관에 대해서는 앞으로의 연구가 더 요구된다.

본 연구 결과 사회 경제적인 특징 중 직업을 제외하고는 경제 상태, 교육 기간, 가족 수, 결혼 상태, 종교 및 거주지역 등이 모두 두 군간에 유의한 차이를 보이지 않았다. 직업은 남성 군은 서비스-판매직, 생산직 및 사무 관리직에 종사하는 사람이 많은 반면 여성 군은 학생, 주부 및 전문 기술직의 비율이 남성 군보다 높은 경향을 보여 주었다. 남성 중에서 식사 장애가 발생할 위험성이 높은 일단의 군이 존재한다고 알려져 있는데 운동선수^{10,55-58)}, 기수⁵⁹⁾ 및 연예인이나 모델⁶⁰⁾ 등과 같이 직업적인 이유로 날씬함이나 체중에 대한 관심이 큰 군이나, 동성연애자와 같이 미적으로나 성적으로 날씬함에 두는 군⁶¹⁾도 이에 속한다.

실제로 이제까지 남성 식사 장애 환자와 연관되어 있다고 확인된 요인에는 비판의 과거력, 동성연애, 특정 직업 및 운동에 대한 지나친 집착 등이 있다⁷⁾. 동성애 군이나 운동선수 혹은 특정 직업 군에서 식사 장애의 유병율이 높은 이유에 대한 설명이 사회 문화적인 관점

에서 여성이 가지는 높은 위험도에 대한 이유와 같은 설명이 가능한데 즉, 외적인 모양이나 특정한 직업적 이유 때문에 이들 군은 여성에서와 마찬가지로 신체적인 불만족을 느끼게 되고 다이어트를 하는 이유도 일반 남성 군과는 달라지게 되어 식사 장애에 대한 위험이 높아진다는 것이다. 그러나 본 연구 결과는 위와 같은 분류로 직업을 비교한 것이 아니기 때문에 이들 결과와 직접적인 비교는 어려울 것으로 생각된다.

식사 장애 환자들의 식사 행동에 대한 연구에 있어 남성 환자들에게만 특이한 증상이 있을 가능성에 대한 관심도 많아 이에 대한 연구도 진행이 되었다. 그러나 이제까지의 많은 연구 결과들은 신경성 식욕 부진증 환자의 식사 행동상의 문제는 남성 환자와 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 하였다⁶²⁾. 또한 신경성 대식증 환자에 대한 연구에서도 전체적으로 임상적인 양상은 남성 환자와 여성 환자 사이에 커다란 차이가 없다는 것이 대다수의 연구 결과이다.

그러나 본 연구 결과에서는 식습관 척도 점수는 남성 군이 7.25 ± 3.15 로 여성 군의 8.88 ± 3.91 보다 낮아 식습관이 남성 군에서 더 좋지 않은 경향을 보였다. 음식 선호도에 있어서도 남성 군이 여성군에 비해 채소와 생선류를 싫어하고 단음식을 좋아하는 경향이 있음을 보여 주었다. 또한 KEAT-26상 총 점수는 남성 군이 25.80 ± 4.87 , 여성 군이 26.39 ± 5.78 로 두 군 사이에 유의한 차이를 보이지 않았으나 이 검사의 하위 척도 점수에는 차이를 보였는데 마름에 대한 욕망(desire for thinness) 척도에서는 여성 군이 남성 군보다 유의하게 높았고, 음식에 대한 집착 척도(food preoccupation)는 남성 군에서 여성 군보다 유의하게 높은 결과를 보여, 두 군 모두 KEAT-26상 높은 점수를 보이고 있어도 질적인 내용에는 성에 따라 차이가 있음을 보여 주었다. 이러한 결과는 여성 고득점군은 남성 고득점군에 비해 마름에 대한 추구 즉, 신체형에 대한 집착을 특징으로 하는 신경성 식욕부진증적 특징을 더 보여 주고 있고 남성 고득점군은 여성 고득점군에 비해 폭식을 비롯한 음식에 대한 집착 및 생활이 음식을 중심으로 이루어지는 신경성 대식증적 특징을 더 보여 주고 있는

결과라고 해석할 수 있다.

즉, 식사 태도 검사상 같은 고득점을 보여 성별에 따라 그 의미가 차이가 있어 식사 태도 검사의 고득점이 남성에서는 신경성 대식증의 진단을, 여성에서는 신경성 식욕 부진증의 진단을 의미해준다는 가정을 해 볼 수 있다. 더욱이 음식 선호도에 있어 남성 군이 여성 군에 비해 단음식을 선호한다는 본 연구 결과는 신경성 식욕 부진증 환자들은 지방 고함유 음식이나 단음식을 싫어하는 경향이 있는 반면, 신경성 대식증 환자들은 단음식에 대한 높은 선호도를 보인다는 연구보고⁶³⁾를 고려한다면 상기의 가정을 뒷받침해 주는 결과라고 할 수 있다. 그러나 이러한 결과가 실제 성별에 따른 식사 관련 병리의 차이를 반영하는지, 아니면 본 연구의 대상군에서 성별에 따라 식사 장애의 종류에 유병율이 차이가 있었음에 기인하는 것인지는 이들을 면담하여 진단을 확인하는 절차가 없었으므로 추후 확인을 필요로 한다.

Fichter 등⁶⁴⁾은 신경성 식욕부진증 환자에서 성별에 따라 전체적인 심한 정도에는 차이가 없었으나 남성 환자들이 음식과 체중 및 식사 자체에 더 집착하고 있다고 하였다. 또한 Fichter와 Daser⁶⁵⁾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 성별에 따른 증상의 차이를 보고하고 있다. 이외에 신경성 대식증에서도 남성 환자들이 폭식에 대해서 좀더 공개적이고 죄책감이나 관심을 적게 보이는 경향이 있고 체중 조절에 있어서도 여성 환자보다는 지나치게 매달리는 것이 덜한 특징을 가진다는 보고도 있다⁴⁾.

이러한 연구 결과들은 본 연구 결과와 꼭 같은 결과를 나타내는 것들은 아니나 성별에 따라 식사 장애의 내용이 달라 질 수 있음을 보여 주는 결과라는 점에서 같은 의미를 갖는다고 할 수 있다.

본 연구에서 두 군간에 일반 정신 병리를 비교한 결과 Eysenck 성격 척도 중 정신병적 경향성이 남성 군에서 여성 군보다 유의하게 높았고 이외에 성격 차원이나 Beck 우울 척도 및 긴장 염려증 척도로 측정된 일반 정신 병리 상의 특징들은 두 군간에 유의한 차이를 보이지 않았다. 이들 남성 식사 장애 환자에서의 공존 (comorbid) 질환도 여성 환자에서와 같은 관점에서 연구가 이루어졌다. 많은 연구 결과들^{7,45,66)}이 남성 신경

성 식욕부진증 환자들이 우울증을 포함하는 기분 장애, 강박 장애를 포함하는 불안 장애 및 성격 장애에 있어 여성 환자와 차이가 없음을 보여 주고 있다.

이외에 신경성 대식증에 대해서도 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^{47,67)}. 이러한 연구 결과들은 인격 차원을 제외한 다른 병리에 대한 본 연구 결과와 비슷한 경향을 보이는 결과라고 할 수 있다. 그러나 Andersen⁷⁾은 남성 신경성 식욕부진증 환자들은 병전 물질 사용 장애와 강박증의 경향이 높고 여성 환자들은 기분 장애의 경향성이 높다고 보고하여 성별에 따른 차이를 보고하고 있다. 또한 약물과 알코올 사용은 여성 신경성 대식증 환자에서 보다 남성 신경성 대식증 환자에서 더 흔하다는 보고^{51,52)}가 있고, 특히 경계성 인격 장애와 충동 조절 문제를 포함하는 인격 장애가 이들 남성 신경성 대식증 환자 군에서도 높다는 보고들도 있다^{47,60)}. 본 연구 결과 성격 차원 중 정신병적 경향성이 남성 군에서 여성 군에서 보다 유의하게 높은 경향을 보였다. 정신병적 경향성이 물질 사용 장애 환자들에서 높게 보고되고 있다는 사실⁶⁸⁻⁷⁰⁾을 고려한다면 본 연구에서도 남성 군에서의 물질 사용율이 여성 군보다 높은 결과를 보였기 때문에 상기 결과는 남성 군에서 높은 물질 사용 장애의 병발에 기인할 가능성이 보여 준다.

또한 특히 신경성 대식증에서 물질 사용 장애의 병발율이 높다는 사실⁷¹⁾을 고려한다면 이러한 결과는 남성 군은 주로 신경성 대식증적인 특징을 보이는 군으로 구성되었을 가능성을 보여 주었던 앞서의 식사 특성에 관한 본 연구의 다른 결과를 뒷받침 해 주고 있는 것으로 해석할 수도 있다. 그러나 이영호 등⁷²⁾은 성격 차원 중 정신병적인 경향성이 식사 장애를 구성하는 병리 중 식사 특이 병리(eating specific pathology)와 연관이 있다고 보고하면서 이러한 결과는 식사 장애의 문제가 발달 단계의 좀더 초기 문제와 연관이 있다는 것을 시사한다고 주장하였고, 이와 함께 성격상의 문제가 식사 행동상의 문제와 물질 사용상의 문제에 대한 공통적인 취약성이나 선행 요인으로 작용할 수 있는 가능성을 고려한다면, 남성 식사 장애 환자는 여성 식사 장애 환자에 비해 좀더 깊은 성격상의 병리를 가지고 있는 것을

보여 주는 결과라고 할 수 있다. 남성 식사 장애 환자 중에 성적 주체성의 문제가 많다는 보고들^{46,51,65,67)}은 이러한 가정을 뒷받침 해주는 것이라 할 수 있다. 이에 대해서는 실제 임상 환자를 대상으로 한 연구를 통한 확인이 필요할 것으로 생각된다.

본 연구는 앞서도 거론한대로 식사 태도 검사에서 높은 점수를 보인 대상 군에 대한 2차 임상적인 면담을 통한 진단적인 확인이 없었다는 제한점이 있다. 또한 이들 남성 식사 장애 환자들에 있어 위험 요인으로 거론되고 있는 병전 비판의 과거력, 동성애와 같은 성성(sexuality)의 문제와 같은 점들이 조사 대상에서 제외되었다는 점도 부족한 점이다. 그러나 남성 식사 장애에 대한 고위험군, 특히 일반 인구에서 문제 식사 행동을 가진 남성 군에 대한 특징을 알아본 연구라는 점에서 그 의미를 지닌다고 할 수 있다.

결 론

한국 일반 인구를 대상으로 한국판 식사 태도 검사(the Korean version of Eating Attitude Test-26 : KEAT-26)를 이용하여 이 검사 상 절단점 이상의 고득점을 보인 남성군 52명을 대상으로 일반 인구에서 이들 식사 장애에 대한 고위험 남성군(high risk male group for the eating disorders)의 유병율을 알아보고 이들의 인구학적 특징, 식사 행동과 연관된 특징 및 일반 정신 병리에 있어 특징을 여성 고득점 군 208명과 비교하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

1) KEAT-26상 절단점 21점 이상을 보였던 대상은 총 260/3062(8.5%)로 이중 남성이 52/260(20.0%), 여성이 208/260(80.0%)이었으며(남성 대 여성의 비율 1:4) 전체 인구에 대한 비율은 남성이 52/3062(1.7%), 여성이 208/3062(6.8%)이었다.

2) 인구학적 특징으로 평균 연령은 유의한 수준은 아니었으나 남성 군이 29.13±7.87세로 여성 군의 27.00±6.81세 보다 높은 경향을 보였다($p=0.0514$). 평균 신체 질량 지수(Body Mass Index : BMI)는 남성 군이 23.05±3.12로 여성 군의 20.40±2.31보다 유의하게 높았고($p<0.01$). 분포 또한 신체 질량 지수가 20이하인 경우도 남성 군은 7/52명(13.5%)인데 반해 여성 군은 103/208명(49.5%)으로 유의한 차이를 보였다($p<0.01$). 신체 질병의 과거력은 두 군간에 유의한 차이

를 보이지 않았으나 흡연율($p<0.01$), 알코올 사용률($p<0.01$) 및 한달 평균 알코올 사용량($p<0.01$) 등은 모두 남성 군에서 여성 군보다 유의하게 높았다.

3) 사회 경제적인 특징 중 직업을 제외하고는 경제 상태, 교육 기간, 가족 수, 결혼 상태, 종교 및 대도시, 중간 크기의 도시, 소도시 및 시골 지역 등으로 나누어 본 거주지역 등이 모두 두 군간에 유의한 차이를 보이지 않았다.

4) 식사 특성으로 식습관 척도 점수는 남성 군이 7.25±3.15로 여성 군의 8.88±3.91보다 유의하게 낮았으며($p<0.01$). KEAT-26상 총 점수는 남성 군이 25.80±4.87, 여성 군이 26.39±5.78로 두 군 사이에 유의한 차이를 보이지 않았으나, 이 검사의 하위 척도인 마름에 대한 욕망(desire for thinness) 척도에서는 여성 군이 남성 군보다 유의하게 높았고($p<0.01$), 음식에 대한 집착 척도(food preoccupation)는 남성 군에서 여성 군보다 유의하게 높은 결과를 보여($p<0.05$) 두 군 모두 식사 태도 검사 상 높은 점수를 보이고 있어도 질적인 내용에는 성에 따라 차이가 있음을 보여 주었다. 이외에 체중에 대한 통제 소재는 두군 사이에 유의한 차이를 보이지 않았으나 음식 선호도에 있어 남성 군이 여성 군에 비해 야채 및 생선을 더 싫어하고 단음식을 더 좋아하는 특징을 보여 주었다($p<0.01$).

5) Eysenck성격 척도 상 남성 군이 정신병적 경향성에서 여성 군보다 유의하게 높은 점수를 보였다($p<0.01$). 이외에 다른 성격 차원 및 Beck우울 척도 및 건강 염려증 척도로 측정된 일반 정신 병리 상의 특징은 두 군간에 유의한 차이를 보이지 않았다.

상기 결과들은 우리 나라에서도 선진 외국과 비슷한 수준의 남성 식사 장애 환자들이 있을 가능성을 보여 주고 있다. 또한 상기 결과들은 식사 태도 검사 상 같은 고득점을 보여도 식사 관련 병리는 성에 따라 차이를 보일 수 있음을 보여 주고 있고, 남성 식사 장애 환자는 여성 식사 장애 환자보다 좀더 깊은 성격 병리를 가지고 있을 가능성을 보여 준다.

REFERENCES

- 1) Andersen AE(1985) : Anorexia nervosa in males. In : Andersen AE(ed), Practical Comprehensive Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia. Bal-

- timore, The Johns Hopkins University Press, pp 149-159
- 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) Carlat DJ, Camargo Jr CA(1991) : Review of bulimia nervosa in males. *Am J Psychiatry* 148 : 831-843
 - 5) Crisp AH, Toms DA(1972) : Primary Anorexia nervosa or weight phobia in the male : report on 13 cases. *Br Med J* 1 : 334-338
 - 6) Hogan WM, Huerta E, Lucas AR(1974) : Diagnosing anorexia nervosa in males. *Psychosomatics* 15 : 122-126
 - 7) 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
 - 8) 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
 - 9) Fairburn CG, Beglin SJ(1990) : Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 147 : 401-408
 - 10) 박세현, 이영호, 정영조(1995) : 대학 운동선수의 식사특성과 성격특징과의 상관관계에 대한 연구. *신경정신의학* 34 : 1823-1838
 - 11) 이영봉, 이영호, 최 흥, 정영조(1996) : 체형미 교정교실 참여 여성에서의 식사장애 유병율 및 식사특성과 성격특성의 상관관계에 대한 연구. *신경정신의학* 35 : 278-289
 - 12) 이영호, 이민규, 박세현, 손창호, 정영조, 홍성국, 이병관, 장필립, 윤애리(1994) : 한국성인에 있어 식사특성과 인격특징과의 상관관계에 대한 연구. *대한신경정신의학회 제37차 추계학술대회 초록집*, 서울, 대한신경정신의학회, pp24-25
 - 13) 장수용, 이영호, 정영조(1995) : 무용과 대학생에서의 식사장애 유병율 및 식사특성과 성격 특성의 상관관계에 대한 연구. *정신의학* 20 : 107-122
 - 14) 한오수, 유희정, 김창윤, 이 철, 민병근, 박인호(1990) : 한국인의 식이장애의 역학 및 성격 특성. *정신의학* 15 : 270-287
 - 15) Lee YH, Rhee MK, Park SH, Shon CH, Chung YC, Hong SK, Lee BK, Chang Philip, Yoon AR(1999) : Epidemiology of disordered eating problems in the Korean general population using a Korean version of the Eating Attitude Test-26. *Eating and Weight Disorders(In press)*
 - 16) 이민규, 이영호, 박세현, 손창호, 정영조, 홍성국, 이병관, 장필립, 윤애리(1998) : 한국판 식사태도검사-26의 표준화 연구 I : 신뢰도 및 요인 분석. *정신신체의학* 6 : 155-175
 - 17) Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE(1982) : The eating attitudes test : psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med* 12 : 871-878
 - 18) 통계청(1992) : 1992년 한국통계연감. 서울, 통계청
 - 19) 이민규, 이영호, 박세현, 손창호, 정영조, 홍성국, 이병관, 장필립, 윤애리(1995) : 한국판 Beck 우울척도의 표준화 연구 I : 신뢰도 및 요인분석. *정신병리학* 4 : 77-95
 - 20) 이기열(1980) : 식이요법. 서울, 수학사, pp278
 - 21) Tobias LL, MacDonald ML(1977) : Internal locus of control and weight loss : an insufficient condition. *J Consult Clin Psychol* 45 : 647-653
 - 22) 이현수, Eysenck SBG(1985) : 성격차원검사(성인용, 청소년용). 서울, 중앙적성출판사
 - 23) 이민규, 이영호, 정한용, 최종혁, 김승현, 김용구, 이수경(1995) : 한국판 Beck 우울척도의 표준화 연구 II : 타당화 연구. *정신병리학* 4 : 96-104
 - 24) 한홍무, 염태호, 신영우, 김교현, 윤도준, 정근재(1986) : Beck Depression Inventory의 표준화 연구-정상집단을 중심으로(I). *신경정신의학* 25 : 487-502
 - 25) Beck AT(1978) : *The Beck Depression Inventory*. Philadelphia, Center for cognitive therapy
 - 26) Brink JC(1978) : Hypochondriasis in an institutional geriatric population : Construction of a scale(HSIG). *J Am Geriatr Soc* 26 : 552-559
 - 27) Whitehouse AM, Button EJ(1988) : The prevalence of eating disorders in a U.K. college population : a reclassification of an earlier study. *Int J Eating Disorders* 3 : 393-397
 - 28) Russell GFM(1983) : Anorexia nervosa and bulimia nervosa. In : Russell GFM, Hersov L(ed), *Handbook of Psychiatry : The Neuroses and Personality Disorders*. vol 4, Cambridge, Cambridge University Press, pp285-298
 - 29) Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RS, Winokur G, Munoz R(1972) : Diagnostic criteria

- for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry* 26 : 57-63
- 30) American Psychiatric Association(1980) : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 3rd ed, Washington DC, American Psychiatric Association
 - 31) Russell GFM(1979) : Bulimia nervosa : an omnio-us variant of anorexia nervosa. *Psychol Med* 9 : 429-448
 - 32) Palmer RC(1979) : The dietary chaos syndrome : a useful new term ? *Br J Med Psychol* 52 : 187-190
 - 33) Johnson-Sabine E, Wood K, Mann A, Wakeling A (1985) : A study of the association of current social pressures with abnormal eating attitudes. *Int J Eating Disorders* 4 : 101-106
 - 34) Mann AH, Wakeling A, Wood K, Monck E, Dobbs R, Szmukler G(1983) : Screening for abnormal eating attitudes and psychiatric morbidity in an unselected population of 15 year-old school girls. *Psychol Med* 13 : 573-580
 - 35) Button EJ, Whitehouse A(1981) : Subclinical anorexia nervosa. *Psychol Med* 11 : 509-516
 - 36) Meadows SN, Palmer RC, Newball EUM, Kenrick JMT(1986) : Eating attitudes and disorder in young women : a general practice based surgery. *Psychol Med* 16 : 351-357
 - 37) Patton GC, King MB(1991) : Epidemiological study of eating disorders : time for a change of emphasis. *Psychol Med* 21 : 287-291
 - 38) Gross J, Rosen JC(1988) : Bulimia in adolescents : Prevalence and psychosocial correlates. *Int J Eating Disorders* 7 : 51-61
 - 39) Clinton DN, McKinlay WW(1986) : Attitudes to food, eating and weight in acutely ill and recovered anorectics. *Br J Clin Psychol* 25 : 61-67
 - 40) Rosen JC, Silberg NT, Gross J(1988) : Eating Attitudes Test and Eating Disorders Inventory : norms for adolescent girls and boys. *J Consult Clin Psychol* 56 : 305-308
 - 41) 이영호(1999) : 남성에 있어 식사 장애. 정신신체의학(접수중)
 - 42) 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
 - 43) Sheppard NP, Malone JP, Jackson A(1984) : Male anorexia nervosa : a review of nine patients. *Irish Med J* 77 : 4-8
 - 44) Eller B(1993) : Males with eating disorders. In : Giannini AJ, Slaby AE(ed), *The Eating Disorders*. New York, Springer-Verlag, pp133-147
 - 45) Sharp CW, Clark SA, Dunan JR, Blackwood DHR, Shapiro CM(1994) : Clinical presentation of anorexia nervosa in males : 24 new cases. *Int J Eating Disorders* 15 : 125-134
 - 46) Herzog DB, Norman DK, Gordon C, Pepose M (1984) : Sexual conflict and eating disorders in 27 males. *Am J Psychiatry* 141 : 989-990
 - 47) Pope HG, Hudson JI, Jonas JM(1986) : Bulimia in men : a series of fifteen cases. *J Nervous Mental Disease* 174 : 117-119
 - 48) Dwyer JT(1994) : Medical evaluation and classification of obesity. In : Blackburn GL, Kanders BS (ed), *Obesity : Pathophysiology, Psychology and Treatment*. New York, Chapman & Hall, pp9-38
 - 49) Margo JL(1987) : Anorexia nervosa in males : a comparison with female patients. *Br J Psychiatry* 151 : 80-88
 - 50) 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
 - 51) Schneider JA, Agras WS(1987) : Bulimia in males : a matched comparison with females. *Int J Eating Disorders* 6 : 235-242
 - 52) 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
 - 53) 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
 - 54) 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
 - 55) 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
 - 56) Katz JL(1986) : Long-distance running, anorexia nervosa, and bulimia : a report of two cases. *Compr Psychiatry* 27 : 74-78

- 57) Franco KSN, Tamburrino MB, Carroll BT, Bernal GAA(1988) : Eating attitudes in college males. *Int J Eating Disorders* 7 : 285-288
- 58) Enns MP, Drewnowski A, Grinker JA(1987) : Body composition, body size estimation, and attitudes towards eating in male college athletes. *Psychosom Med* 49 : 56-64
- 59) King MB, Mezey G(1987) : Eating behavior of male racing jockeys. *Psychol Med* 17 : 249-253
- 60) Gwirtsman 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
- 61) 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
- 62) Beaumont PJV, Beardwood CJ, Russell GFM(1972) : The occurrence of the syndrome of anorexia nervosa in male subjects. *Psychol Med* 2 : 216-231
- 63) Drewnowski A, Pierce B, Halmi(1988) : Fat aversion in eating disorders. *Appetite* 10 : 119-131
- 64) Fichter MM, Dase C, Postpischil F(1985) : Anorexic syndromes in the male. *J Psychiatric Research* 19 : 305-313
- 65) Fichter MM, Daser C(1987) : Symptomatology, psychosexual development and gender identity in 42 anorexic males. *Psychol Med* 17 : 40-44
- 66) Touyz SW, Kopec-Schrader EM, Beaumont PJV (1993) : Anorexia nervosa in males : a report of 12 cases. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 27 : 512-517
- 67) Robinson PH, Holden NL(1986) : Bulimia nervosa in the male : a report of nine cases. *Psychol Med* 16 : 795-803
- 68) De Silva P, Eysenck SBG(1987) : Personality and addictiveness in anorexic and bulimic patients. *Personality and Individual Differences* 8 : 749-751
- 69) Doherty O, Matthews G(1988) : Personality characteristics of opiate addicts. *Personality and Individual Differences* 9 : 171-172
- 70) Fedman AE, Eysenck SBG(1986) : Addictive personality traits in bulimic patients. *Personality and Individual Differences* 7 : 923-926
- 71) Holderness CC, Brooks-Gunn J, Warren MP(1994) : Co-morbidity of eating disorders and substance abuse : review of the literature. *Int J Eating Disorders* 16 : 1-34
- 72) 이영호, 이민규, 박세현, 손창호, 정영조, 홍성국, 이병관, 장필립, 윤애리(1999) : 한국 성인에 있어 식사특성, 성격특징 및 기타 정신병리의 상관관계에 대한 연구. *신경정신의학* 38 : 77-93

— ABSTRACT — *Korean J Psychosomatic Medicine* 7(1) : 87-102, 1999 —

Eating Traits and General Psychopathology of Korean Males Who Show High Score on the Korean Version of Eating Attitudes Test-26

Ki Seok Han, M.D., Young Ho Lee, M.D., Min Kyu Rhee, M.A.,
Se Hyun Park, M.D., Chang Ho Sohn, M.D., Young Cho Chung, M.D.,
Sung Kook Hong, M.D., Byung Kwan Lee, M.D.,
Philip Chang, M.D., A Rhee Yoon, M.D.

Chungmu Neuropsychiatric Clinic, Chungmu, Korea

Objectives : The purposes of this study were to estimate the prevalence rate of eating disorders in Korean males and to clarify their characteristics in sociodemographic data, the eating traits, and general psychopathology through the comparison with those of female high scored group on the Korean version of Eating Attitudes Test-26(KEAT-26).

Methods : Using a multi-stage questionnaire sampling method including area sampling, proportionated stratified sampling, and quota sampling, we surveyed a total of 4,400 Korean adults over 18 in a nationwide area(9 kus, 10 middle or small cities, and 17 kuns), obtaining

usable responses on 3,896. Of the 3,062 subjects(1249 males and 1813 females) who were available for analysis, we ascertained 52 males and 208 females who had high score(\geq cutoff point 21) on the KEAT-26.

Results : 1) The proportion of this high score group was 1.7% in male and 6.8% in female with a sex ratio(male versus female) of 1 : 4. 2) The mean age was higher in the male group than in the female group, although it was not statistically significant($p=0.0514$). Mean Body Mass Index(BMI) of the male group was significantly higher than that of female group, and the number of male subjects with below 20 of BMI was also significantly lower than in the female group. 3) There were no significant difference in past history of physical illness between two groups. However, frequency of smoking and alcohol use, and mean amount of alcohol consumption per month were significantly higher in the male group than in the female group. There were no significant differences between the two groups on various socio-demographic correlates such as economic status, total duration of education, number of family, marital status, religious status, and area of residence, but the exception of being occupational status. 4) The 'Eating Habits Scale' score and score of 'preference for vegetables and fish, and dislike for sweet-tasting food' of the male group were significantly lower than those of the female group. Although there was no significant difference between the two groups in total scores of the KEAT-26, the mean score on 'pursuit of thinness' subscale was higher in the female group than in the male group, while scores of 'food preoccupation' and 'self-control' subscales were higher in the male group than in the female group. 5) Scores on 'psychoticism' was significantly higher in the male group than in the female group, although there were no significant differences between the two groups on 'locus of control for weight', 'depression' and 'hypochondriasis'.

Conclusion : These results support a possibility of a high prevalence of eating disorders in Korean males. These results suggest that eating related characteristics of high scorer on the EAT are different by sex in spite of the same high score on the EAT, and also suggest that male patients with eating disorders have more serious personality pathology than female patients with eating disorders.

KEY WORDS : The Eating Attitudes Test · Male high scorer · Demographic characteristics · Eating traits · General psychopathology.
