

한국심리학회지: 건강  
 The Korean Journal of Health Psychology  
 2008. Vol. 13, No. 4, 853 - 865

## 폭식행동의 치료<sup>†</sup>

김 미 리 혜<sup>‡</sup>  
 덕성여자대학교 심리학과

폭식은 비만과 섭식장애에서 쉽게 볼 수 있는 이상행동으로, 병원장면 뿐 아니라 일반지역사회나 학교 표본에서도 가끔 찾아볼 수 있다. 특별호의 취지에 따른 본 연구의 목적은 보건소, 클리닉, 학교 등 건강심리 현장에서 일하는 심리학자들에게 진단명과 체중을 초월한 폭식행동의 치료지침을 제공하는 것이다. 이를 위해 우선 기존연구에서 제시한 위험요인과 촉발원인 등 관련요인을 설명하고 폭식에 대한 치료연구를 간략히 개관함으로써 본 지침의 이론적 및 경험적 근거를 보여 줄 것이다. 본 치료지침의 정수는 폭식에 대한 인지행동적 접근을 토대로 건강한 섭식을 추구하고 보다 풍요로운 삶을 영위하도록 돕는 것이다. 치료자로서 염두에 두어야 할 점은, 본 치료지침은 단지 지침일 뿐이며 개인의 상황과 이해수준, 그리고 단계와 태도 등에 맞추어 융통성 있게 치료가 진행되어야 한다는 점이다.

주요어: 폭식, 폭식증, 폭식장애, 섭식장애, 비만

‘폭식(binge eating)’<sup>1)</sup> 행동은 비만, ‘신경성 폭식장애’와 ‘달리 분류되지 않는 섭식장애(Eating Disorder Not Otherwise Specified)’의 ‘폭식장애(Binge Eating Disorder)’는 물론 ‘신경성 식욕부진’에서도 나타나는 이상행동으로 다양한 연령층과 표본에서 쉽게 찾아 볼 수 있다. 그리고 비만이나 섭식장애를 관리하고자 공식적 치료프로그램에 참여하고 있는 사람이 아니더라도 가끔 폭

<sup>†</sup> 본 연구는 2008학년도 덕성여자대학교 연구비 지원으로 이루어 졌음.

<sup>‡</sup> 교신저자(Corresponding author) : 김미리혜, (132-714) 서울시 도봉구 쌍문동 419 덕성여자대학교 심리학과.  
 Tel: 02-901-8478, E-mail: medehae@duksung.ac.kr

1) 우리나라에서는 지금까지 섭식장애 용어인 ‘binge eating’과 ‘bulimic (behavior)’ 혹은 ‘bulimia’를 다같이 ‘폭식’이라고 번역했다. 영문제목에서 보듯, 본 연구의 제목과 주제에서의 ‘폭식’은 ‘binge eating’을 뜻하며 혼동을 우려해서 필요시 괄호에 영어를 표기했다.

식행동을 보일 수 있다.

그러나 그 어떠한 진단명이나 상황이든지 폭식삽화의 정의는 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(4th ed., DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994)상에서 동일하다.

DSM-IV에서 폭식(binge), 혹은 폭식삽화(binge episode)는, (1) 한정된 시간동안(예; 2시간 동안), 비슷한 상황에서 비슷한 시간 동안 대부분의 사람들이 먹는 양보다 확실히 많은 음식을 먹고, (2) 먹는 동안 통제 상실감(예; 먹는 것을 중단할 수 없거나, 무엇을 얼마나 먹을 지 조절할 수 없다는 느낌)을 경험하는 것으로 정의된다.

본 연구에서는 상이한 진단, 또한 하위 유형 간을 오가는 경우가 많은 섭식장애에서, 공통적으로 보이는 핵심 병리를 다루고 비교적 환자들의 치료동기가 높은 폭식을 변화의 목표행동으로 삼고자 한다.

현 시점에서 폭식의 배후 생리적 병리는 확실하게 파악되지 못한 상태지만 심리사회적 위험요인과 촉발요인 등의 관련 요인들에 관한 연구는 많이 이루어져 있어 치료 프로그램의 개발에 기여하고 있다.

특별호의 취지에 따라 본 연구에서는 보건소, 클리닉, 학교 등 건강심리 현장에서 일하는 심리학자들에게 폭식행동의 치료지침을 제시할 것이다. 이를 위해 우선 폭식행동의 관련요인을 설명함으로써 구체적 치료지침의 근거를 제시할 것이며 치료연구를 개관할 것이다. 그런 뒤 경험적 효과가 검증된 인지행동 접근법을 토대로 본 저자를 포함한 일부 연구자들이 주장하는 바, '건강한 섭식', '건강한 체중조절 (비만인 경우)'을 치료목표로 두

고 섭식문제로 극히 제한된 삶을 살았을 환자를 돕기 위한 지침을 하나씩 짚어 가고자 한다.

## 관련 요인

신경성 폭식증 연구에서 폭식의 병인론이나 위험요인이론의 핵심은 절식, 다이어트다. 절식이론(Restraint theory)에 의하면 취약한 개인이 다이어트가 깨어졌다고 지각하면 절제가 무너지면서 폭식하게 된다(Heatherton, Polivy, & Herman, 1990). 또한 정서적 고통이 절제를 무너뜨릴 수 있으며 특히 자공심이 낮은 개인은 더 위험하다고 결론 내렸다.

그러나 신경성 폭식증 환자들과는 달리, 폭식장애 환자들은 다이어트를 해 본 적도 없는 상태에서 폭식이 처음 나타나는 비율이 과반수다(Mitchell, Devlin, de Zwaan, Crow, & Peterson, 2008). 그래서 Fairburn(2008)은 폭식장애 환자들의 주된 폭식 선행사건으로 '부정적 사건 및 정서', 다시 말해 위에서든 든 정서적 고통을 들었다. 그러나 폭식하는 비만인을 대상으로 한 연구 결과를 보면 체중조절에 계속 실패해서 무망감이 들며, 또 그래서 다이어트를 아예 포기하기는 했지만 엄격한 다이어트 규칙을 설정한 경우가 많았다(Marcus, Smith, Santelli, & Kaye, 1992). 다시 말해 처음에는 다이어트가 폭식을 촉발하지 않았을지 모르나 체중이 증가하면서 다이어트에 관심을 보이게 되고 엄격한 다이어트 기준을 설정하게 될 수 있다. 그러다가 만성적으로 다이어트 규칙을 위반하고 폭식하는 경우가 많다는 것이다. 그렇다면 포괄적 의미의 '절식이론'을 비만 폭식인들이나 폭식장애 환자들에게도 적용할 수

있다고 본다. 다시 말해 신경증 폭식증 환자는 물론 폭식장애 환자들도 경직되고 엄격한, 그래서 폭식을 초래할 수 밖에 없는 다이어트의 규칙을 설정하는 경우가 많으며 따라서 치료에서 이를 다룰 필요가 있다.

위에서 폭식의 주요촉발요인의 하나로 꼽은 정서적 고통 혹은 부정적 정서는 우울, 불안, 분노, 수치감 등이 포함되며 부정적 정서의 근원은 개인마다, 또 상황마다 다르다. 가령 대인관계 스트레스나 낮은 대인관계 자기효능감(Cain, Bardone-Cone, Abramson, Vohs, & Joiner, in press), 비만의 편협(Ashmore, Friedman, Reichmann, & Musante, 2008) 등이 부정적 정서와 관련된다. 이러한 정서적 고통에 대한 대응책으로서, 다시 말해 자신을 달래려고 혹은 정서적 고통으로부터 벗어나기 위해 폭식하게 된다는 것이다(Heatherton & Baumeister, 1991). 그러나 역설적이게도 폭식 후 정서는 더 부정적이 된다는 연구결과들이 있다(Hilbert & Tuschen-Caffier, 2007). 이는 효과적으로 정서를 조절하는 방법을 배운다면 부적절하게 폭식에 의존할 가능성을 줄일 수 있다는 것을 시사한다.

한편 폭식증(bulimia)의 이론모형을 검증한 연구(Stice, 2001)에 의하면 날씬해야한다는 압력과 마른 모델의 내면화<sup>2)</sup>는 신체에 대한 불만족을 심화시켰고 이는 다이어트와 부정적 정서를 초래하며 이들이 폭식증을 예언했다. 사실 이와 관련된 체형/체중 과도평가는 진단이나 체중과 무관하게 대부분의 섭식장애 환자들이 가진 핵심 병리이며 인지행동 기법으로 정상화해야 한다(Fairburn, 2008).

이외에도 충동성과 완벽주의가 폭식증상과 관련된다는 연구결과들이 있다(Stice, 2002). 자신의 신체에 대한 높은 기준이 충족되지 않으면, 즉 신체불만족의 정도가 크면 완벽주의와 낮은 자기효능감에서 비롯된 부정적 정서, 자기혐오를 줄이고 자포자기의 심정으로 폭식에 의존하게 된다는 것이다. 심한 완벽주의나 낮은 자존심을 가진 개인에 대해서는 치료접근법을 달리해야 한다(Fairburn, 2008). 지침에서 보겠지만 보다 직접적으로, 많은 시간을 할애해서 다루어야 한다.

우리나라에서 수행된 폭식의 모형검증연구에서도 낮은 자긍심, 마른 모델의 내면화, 엄격한 다이어트(김교현, 1999), 체형/체중 과도평가, 자신의 신체에 대한 불만족(이상선, 오경자, 2005)을 폭식행동의 위험요인으로 꼽는다.

한편 실험 연구에 의하면 마른 몸매가 이상시되는 미디어에의 노출이나 사회적 압박은 적어도 단기적으로 체형에 신경 쓰게 만들며(Bell, Lawton, & Dittmar, 2007), 페미니즘은 미디어로부터 개인을 보호해주는 효과가 있는 것 같다(Harper & Tiggemann, 2008). 이는 치료에의 시사점을 던져 준다.

## 치료연구의 개관

### 신경성 폭식증

신경성 폭식증의 치료로 여러 심리사회적 개입이 사용되고 있는데, 폭식증에 맞게 재단된 인지행동치료, 대인관계치료, 영양상담, 변증법적 행동치료(Dialectical-behavioral therapy) 등을 들 수 있

2) 마른 모델의 내면화(thin-ideal internalization): 마른 몸매를 이상화함. 그것의 내면화.

다. 현재까지는 인지행동치료가 가장 임상적 효용성이 크다. 치료효과연구에 의하면 인지행동치료 후 폭식, 인위적 배설, 섭식절제 및 다른 섭식태도 관련 변인들에 긍정적인 변화가 온다(Agras et al., 2000; Bailer et al., 2004). Fairburn(2008)은 섭식장애의 유형과 하위유형에 공통되는 핵심 병리를 공략하고 각 관련요인들이 폭식에 이르는 고리를 끊는 데 주력하는 치료접근법인 ‘개정판 인지행동치료(enhanced cognitive behavior therapy)’를 설명한 단행본을 최근에 출판했다.

폭식증을 치료하기 위한 약물로는 제1, 2 세대 항우울제, 항구토제, 항경련제가 쓰인다. 선택적 세로토닌 재흡수 억제제인 fluoxetine은 지금까지 가장 많이 연구되었다. 이 약물이 폭식과 구토의 빈도를 줄이고 단기적이기는 하지만 재발율을 줄이며 섭식관련 태도(예: 섭식절제, 음식에의 집착, 체중염려근심)를 개선해 준다는 연구결과들이 있다(Romano, Halmi, Sarkar, Koke, & Lee, 2002).

인지행동치료와 약물(fluoxetine 등)을 함께 사용한 연구를 보면 약물요법만 사용한 경우보다 부가적 효과를 보인다(Agras et al., 1992; Walsh, Fairburn, Mickley, Sysko, & Parides, 2004). 따라서 현재로서는 인지행동치료 단독 혹은 약물치료를 더한 인지행동치료가 가장 효과적인 치료법인 것 같다.

그러나 문제는 어떤 치료이든 반응하지 않는 개인이 많다는 점이다. 따라서 보다 새로운 치료 기법의 개발과 효과적인 운영이 필요하다.

데 폭식삽화를 줄이고 심리적 증상(섭식절제, 탈억제, 부정적 신체상 등), 및 우울증을 개선하는데 적어도 단기적 효과를 보인다(Agras et al., 1995; Wilfley & Cohen, 1997). 그러나 폭식장애 환자들의 체중감소나 과체중환자/비만들의 체중증가예방에 효과적인 것 같지는 않다(Hilbert & Tuschen-Caffier, 2004; Wilfley et al., 2002).

한편 인지행동치료에 운동을 병행한 결과 인지행동치료만 적용한 집단보다 폭식과 체중도 줄이는 효과를 볼 수 있다(Pendleton, Goodrick, Poston, Reeves, & Foreyt, 2002). 또한 체중조절에 초점을 맞추면 체중감소와 함께 폭식경감의 효과를 볼 수 있었다(Cooper, Fairburn, & Hawker, 2003).

폭식장애를 보이는 비만인을 위한 인지행동치료와 대인관계치료를 비교한 연구를 보면 두 치료 모두 폭식, 우울, 폭식장애관련 심리적 증상을 줄이는데 효과적인 반면 체중감소에는 모두 실패했다(Wilfley et al., 2002). 단기적으로 시행된 변증법적 행동치료 또한 폭식, 우울 및 폭식의 심리적 증상을 줄였지만 체중변화에는 실패한 바 있다(Telch, Agras, & Linehan, 2001).

약물로는 항우울제, 식욕억제제, 항경련제 등이 폭식장애 환자에게 처방되고 있지만 그 효과에 대해 신뢰로운 결론을 내리기에는 아직 이르다. 폭식장애의 약물치료 효과를 평가하는 통제된 연구가 거의 없고 대부분의 연구는 장기효과에 관한 자료가 없기 때문이다.

## 폭식장애

인지행동치료는 개인이나 집단으로 시행되는

## 치료지침

폭식행동은 섭식문제를 보이는 사람들이 ‘문

제'로 비교적 쉽게 받아들이고 적극적으로 치료에 임하고자 하는 동기를 불러일으키는 목표행동이 될 수 있다. 폭식을 중지하면 자연히 부적절한 보상행동(강제구토 등)도 감소되고 수치감, 죄책감 등 부정적 정서가 개선되며 자긍심이 향상된다.

본 연구에서는 Fairburn(2008)의 개정판 인지행동치료와 Mitchell, Devlin, Zwaan, Crow, & Peterson(2008)의 폭식장애용 지침을 참고해서 위에서 꼽은 요인들을 다루어 주고 그 연결고리들을 끊어주는, 그리고 심신건강을 추구하는 치료지침을 제공하려 한다. 진단을 초월하여 폭식행동을 보이는 경우라면 대부분의 지침이 해당되지만 신경성 폭식증, 비만, 폭식장애 등 특정 장애에만 해당되는 경우는 장애명이나 증상을 언급할 것이다.

환자의 자율성과 선택권을 최대한 보장하면서 장기적이고 전제적인 시각에서 건강한 섭식습관을 확립하고 음식 외에 삶의 다양한 측면을 즐기게 시작하게 돕는 것이 치료의 핵심이다.

치료가 효과를 보기 위해서는 치료자가 섭식장애의 병리, 인지행동치료의 기법 및 영양지식을 충분히 숙지하고 있어야 한다. 특히 섭식장애 환자들은 영양정보에 밝은 경우가 많기 때문에 영양사의 자문이나 협조를 구하는 것도 하나의 방법이다.

### 프로그램 구조

개인이나 집단(4-10명)형태. 처음부터 10회 이상이라고 말해주고 수시로 정상섭식습관이 확립되었는지, 핵심 인지에 변화가 있는지 평가하고 종결을 계획한다. 섭식문제의 뿌리가 깊으면 이미 생활전반에 영향을 끼치고 개인의 삶에서 중요한

부분이 되어 있기 때문에 그만큼 치료가 장기화된다. 정상섭식을 회복하고 건강한 식습관을 확립하기 위해 섭식계획과 실행, 사례개념화, 인지재구조화 등의 인지행동적 기법들이 동원된다.

섭식장애 증상을 보이는 사람들의 많은 수가 치료를 거부하는지 치료 도중에 그만 둔다(예; McKisack & Waller, 1997). 따라서 치료를 받고자 하며 변화를 피하려는 동기를 북돋는 것에 치료의 많은 부분이 할애될 수 있다. 본 프로그램이 '강제로 살찌게 만드는 것'이 목적이 아니며 장기적으로 '폭식 없는 건강한 다이어트'가 최종 안착 지점이라는 것을 밝히는 것으로 시작한다.

### 평가

1. 신체계측, 전반적 섭식문제의 점검과 함께 금지된 음식에 대한 반응을 측정하는 행동평가, 섭식의 자기감찰(다음의 폭식일지 참조), 신체상태 평가, 공병여부의 평가가 필요하다. 물론 신체건강 상태를 사전에 세밀히 검사하여 의학적 처치가 필요하다면 조처해야 할 것이다. 또한 환자에게 다른 개입을 필요로 하는 심한 정신병리(자살생각, 정신병증세)가 있는 지 평가하고 있다면 먼저 다루어야 한다. 또한 완벽주의와 자존감을 평가함으로써 완벽주의나 자존감을 보다 적극적으로, 많은 시간을 할애해서 다루어야 할 필요가 있는 지 판단한다.

### 2. 폭식일지

-폭식상황이나 단서, 폭식양상, 그 결과(정서) 등을 감찰하면 개인의 촉발요인을 파악할 수 있으며 폭식 후 부정적 정서가 악화되는 것을 보게 하는 효과가 있다.

-사례개념화가 끝나고 정상적 섭식습관이 정착되면 일지쓰기를 중지할 수 있다.

-폭식일지에서 특히 검토할 사항으로는 폭식 촉발요인(대인관계 요인의 예; 말다툼, 상황요인의 예; 금기음식 섭취, 생리적 요인의 예; 배고픔), 및 결과(긍정적 결과의 예; 주의 전환, 감정이 무디어짐, 배고픔 해소, 부정적 결과의 예; 떨어진 자긍심, 죄책감으로 가득한 생각들, 일이 해결되지 않고 미루어짐, 체중증가)이다.

### 3. 사례 개념화

일지와 인터뷰에 근거해서 사례개념화를 시행한다. 체중과 체형이 자기평가에 과도하게 중요하다는 신념(예; '마른 체형을 유지하는 것이 가장 중요해'), 그것에서 비롯된, 극단적으로 엄격한 섭식규칙(예; '저녁 7시 이후에는 절대로 먹으면 안 돼')이 폭식을 초래한다는 점, 그 즉각적 폐해는 무엇이고 개인의 삶이 어떻게 제한되고 있는지 설명한다.

### 4. 교육

평가기간동안 함께 일지를 검토하면서, 혹은 환자 개인에 전형적인 폭식의 예를 들면서 폭식에 대한 교육을 실시할 수 있다. 가령 폭식이 지속되는 것은 긍정적 결과가 부정적 결과보다 즉각적이기 때문이라는 것을 설명하면서 폭식에 대한 이해를 돕고 섭식에 대한 통제감을 되찾게 하는 기초를 다질 수 있다.

### 5. 평가 시 장애물

자기보고에 기초한 평가법들은 자신에게 문제가 있다는 것을 인식하고 있고 치료에 협조하려고 노력하는 환자에게 유용하다. 그러나 자신의 문제를 인정하지 않고 치료를 거부하는 환자들이나 자의로 치료프로그램에 참여하는 경우라도 수

치심에서 사실을 왜곡하려는 경우가 많다. 가령 폭식행동은 물론이고 "정상적"으로 먹는 것, 그리고 그와 관련된 부정적 정서를 부인하거나 심각하지 않은 것으로 보고한다. 학업문제(성적, 대인관계 등), 가족문제, 공병의 존재도 없거나 별로 없는 것으로 보고한다. 일지를 "잃어버렸다"거나 기록하는 것을 "잊어버렸다"고도 한다. 또한 자기 보고 설문지에 방어적으로 답하기도 한다.

이런 경우 비밀유지를 강조하거나 솔직하게 문제를 드러내는 것이 치료효과에 크게 도움이 된다는 점을 들어 설득할 수도 있겠고 다른 사람들(가족, 교사, 친구)의 이야기를 들어볼 수도 있겠다. 특히 섭식제한행동은 다른 사람들이 알고 있는 경우가 많다.

또한 개인이 자신이 경험한 폭식의 예를 자세히 말하는 것을 꺼려하는 경우가 많은 데 다시 부정적 정서를 겪을까봐 우려하기 때문일 수 있다. 이유를 묻고 공감을 표현하는 등의 테크닉이 필요하다.

## 초기 단계

### 1. 목표 설정

섭식에 대한 통제감을 되찾는 것이 첫 번째 목표일 것이다. Fairburn(2008)은 신경성 폭식증 환자들의 경우 체중조절에 초점을 맞추면 섭식절제를 강화할 수 있기 때문에 권하지 않는다고 하였으나 본 연구자는 섭식절제를 강화하지 않으면서 '건강한 체중조절' 혹은 '건강한 식생활' 확립을 목표로 할 수 있다고 본다. 물론 그가 권한대로 폭식장애 비만인 경우 섭식장애를 먼저 치료할 수도 있다. 다시 말해 우선 섭식을 통제할 수 있

도록 돕고 그 다음에 체중조절을 목표로 두는 것이다. 본 연구자는 이 경우에도 ‘섭식통제’의 동기를 북돋우기 위해 환자와의 합의를 통해 그 장기적인(대부분의 폭식장애 환자들은 폭식삽화 때문이라기보다 평소에도 많이 먹기 때문에 체중이 많이 나가는 경우가 많으므로 단기적일 수는 없는) ‘부산물’인 체중감소를 목표로 설정할 수 있다고 본다. 물론 신경성 폭식증 환자의 경우는 폭식 조절시 거의 즉각적으로 체중이 감소될 수 있기는 하겠지만 그것이 치료의 목표는 아니다. 본 연구자는 그것이 목표는 아니더라도 환자의 치료동기 증진에 도움이 된다고 믿는다.

또한 최종치료목표에 대한 논의도 필요하다. 치료자로서 폭식행동의 중지 및 건강한 식습관 함양을 최종치료목표로 두겠지만, 환자들은 통찰이 있는 경우 ‘폭식행동의 중지’를 목표로 삼더라도 그 목적은 체중감소일 수 있으며 과체중이나 비만을 동반한 신경성 폭식증이나 폭식장애 환자들의 경우 더욱 그러하다.

## 2. 동기진작

-동기진작을 위해 또한 집단구성에 충분한 인원을 확보하기 위해 ‘폭식행동의 중지’와 ‘건강다이어트’를 전면에 내세울 수 있겠다.

-환자가 변화단계에서 어디 속하는 지 평가하여 필요한 중재계획을 세운다.

-동기진작인터뷰(motivational interviewing)를 활용한다. 가령 건강하지 않은 섭식습관을 바꾸는 것을 찬성/반대하는 이유의 목록을 만들게 한다. 환자에게 폭식의 위험을 계속적으로 경고하고 압력을 가하는 등의 행동은 환자의 자율성을 침해하게 되며 동기를 저하하므로 자제한다.

-엄격한 다이어트나 폭식이 순간적으로 혹은

단기적으로 ‘도움이 된다’고 느낄 수 있지만 장기적으로, 인생의 모든 측면을 고려할 때 소모적이고 비생산적이라는 것을 깨닫는 것이 중요하다.

## 3. 섭식행동의 정상화

-다이어트/섭식제한의 폐해에 대한 교육(정보 전달 수준)

다음 내용을 환자의 지적 수준에 맞추어 전달함으로써 섭식계획을 시작하도록 이끈다.

‘과식은 굶주림에 대한 자연적 반응이다’, ‘다이어트가 신진대사율을 낮춰서 나중에 살이 더 쉽게 찌는 결과(비록 일시적이지만)를 빚는다’, ‘특정음식을 “금기음식”으로 이름붙이면 이런 음식에 노출되었을 때 더 과식할 우려가 크다.’

### -섭식계획

폭식-굶기 사이클을 깨기 위해 우선 지나친 허기를 방지한다. 이를 위해 하루 세끼 그리고 두세 번의 간식을 먹게 한다. 4 시간이상 간격이 벌어지지 않게 하는 것이 목적이다. 처음에는 내용물에 신경 쓰지 않고 ‘정기적’으로 먹는 것에만 집중하고 다음 단계에서 건강식을 권장한다. 특별히 집착하는 ‘금기음식’이 있다면 섭식을 계획할 때 포함할 수 있다. 먹고 싶은 심한 충동이 생겨 폭식에 이르게 되는 것을 막기 위함이다.

환자의 개인상황에 맞추어 ‘즐겁게’ 이리저리 계획을 짜보게 한다. 계획 없이 충동적으로 먹을 때, 또 언제 먹게 될지 모를 때 폭식이 일어나기 쉽다는 것을 강조한다. 무엇을 언제 먹을지, 아침이나 전날 밤, 혹은 1주일치를 미리 짜게 할 수 있다.

또한 환자의 선택권과 자율성을 도모하기 위해 ‘부패에 가지 않는다’ 등의 ‘회피적’ 계획보다는 ‘부패에 가기 전 간식을 먹는다’ 하는 식으로 ‘전

향적' 계획을 권장한다. 이러한 치료접근은 환자가 적극적으로, 또 자율적으로 현 단계의 치료목표인 '정상적 섭식 회복'을 위해 자신이 구체적으로 무엇을 어떻게 할 수 있을 지 생각하고 궁리하게 돕고 궁극적으로 목표달성을 앞당긴다.

또한 열량계산을 삼간다. 우선 우리나라 음식은 열량 계산이 어렵고 부정확하며 많은 시간과 노력을 요하므로 환자의 풍요로운 삶을 되찾아 주고자 하는 치료목표에 어긋난다.

혹시 계획한 섭식 아닌 섭식충동이 일어나면 대체행동을 실시하게 한다.

4. 행동치료의 원칙대로 작은 성공에 즉각적으로 보상하기

섭식을 계획한 데 대해 보상하고, 가령 오늘 하루 실행한 데 대해 보상한다. 보상을 다양하게 구사하도록 평소에 보상 목록을 마련해 두고 생각이 날 때마다 항목 수를 늘여서 강화가가 높은 보상이 항상 기다리고 있게끔 한다.

## 중기 단계

### 1. 정서촉발 섭식, 사건촉발 섭식 다루기

폭식은 위의 섭식계획과 그 실행에 의해 어느 정도 경감되기 마련이다. 그러나 어떤 환자들은 폭식빈도에 큰 변화를 보이지 않는다. 보통 이러한 폭식은 외부사건이나 부정적 정서에 의해 촉발되므로 그 고리를 끊어 주는 중재법을 필요로 한다.

-폭식의 분석; 사례개념화의 활용

우선 폭식을 객관화해서 관찰, 분석하게 하면 인지치료에서의 '거리두기'를 실행하는 것이 되며 감정에 휩싸여 추가적으로 폭식하게 되는 것도

방지할 수 있다.

폭식 후 어느 정도 기분이 가라앉으면 어떤 경로로 폭식한 건지-다이어트 규칙을 어겨서인지, 그동안 못 먹어서인지, 특정 사건이나 정서때문인지 생각해보고 일지에 적도록 한다. 폭식일지를 함께 검토하거나 환자 자신이 분석하게 할 수 있다. 첫 번째가 이유라면 규칙이 너무 엄격하고 그 적용이 경직되어 있으면 어길 수 밖에 없음을 강조한다. 절식이라면 섭식계획과 그 실행을 다시 점검하고, 부정적 사건이나 정서 때문이라면 아래의 정서조절법을 훈련시킨다.

- 정서조절법 훈련

우선 기분장애가 아닌 이상 정상적 인간이라면 누구나, 오래지 않아 감정이 가라앉게 마련이라는 것을 깨닫게 한다. 또한 정서에 꼭 반응할 필요는 없으며 그냥 정서를 받아들이고 인정하는 것으로 끝날 수도 있다는 것을 배운다.

또한 기분을 고양하기 위해 수시로 즐거운 활동을 계획하고 실행한다. 물론 즐거운 활동을 상으로 사용하기도 하지만 무조건적으로 활동을 계획하고 실행하도록 한다.

환자가 체중, 체형의 과대평가와 관련된 신념을 부인하거나 전에는 그러한 신념을 가졌으나 현재는 그렇지 않다고 한다면 특히 정서조절에 주안점을 둔다.

### 2. 폭식 충동조절(반응방지, 대처행동)

-자기대화 활용. '자, 침착하게' '상황에 대처하자' '결과를 생각해보자— 다른 걸 선택할 수도 있다는 것을 명심하자'

-잠시 중지기간 두기, 반응 미루기. 충동이 생겨도 폭식을 미루기. 점차 중지기간 늘리기. 시간이 흐르면 폭식충동이 약해지는 것 경험하기.

-적응적인 건강행동으로 대처하기. 가령 스트레스원이 폭식충동을 야기하면 폭식대신 친구에게 전화하든지 산책을 나가게 한다. 폭식충동이 생기면 대체행동 목록이 생각나지 않으므로 미리 목록을 만들어 휴대한다.

### 3. 자극통제

행동기법 중 하나인 자극통제법을 사용해서 폭식의 기회를 없앤다. 한 예로, 새우깡이 폭식의 유발한다면 아예 새우깡을 사다 놓지 않는다. 보다 전향적인 방법으로는, 가령 다른 사람들과 먹을 때는 폭식하지 않는다면, 다른 사람들과 식사할 기회를 많이 만드는 것이다.

### 4. 섭식내용의 변화: 건강한 다이어트 추구

-비만인 경우 체중조절을 목적으로 하는 다이어트, 비만이 아닌 경우 건강 다이어트

-Fairburn(2008)은 섭식장애 행동이 경감된 뒤 금방 체중조절에 돌입하는 것에 반대한다. 재발우려 때문이다. 그러나 어쨌든 대부분의 환자는 어떠한 형태든 다이어트를 시작할 것이다. 그렇다면 폭식을 야기하지 않는 건강한 다이어트, 경직되지 않은 융통성 있는 다이어트 지침을 도입해주는 것이 나올 수 있다.

-고지방음식을 줄이며 건강음식이 항상 주위에 있도록 하는 등의 자극통제를 활용한다.

-운동으로 신진대사율을 높이고 기분을 고양하며 스트레스를 관리하게 한다..

### 5. 체형/체중에의 집착 다루기.

환자와 함께 일지를 검토하면서 체형/체중이 자신의 가치를 평가하는 데 과중한 비율을 차지하고 있다는 것을 보여주는 인지들을 뽑아 본다. 또한 섭식장애와 관련된 자동적 사고나 가설을 나열한 설문지(예; Hindrichsen, Garry, & Waller,

2006)를 사용할 수도 있다. “체중은 가장 중요하다,” “내가 제대로 하는 것이라고는 이 날씬한 몸매를 유지하는 것 밖에 없다,” “살이 찌면 내 남자친구가 날 버릴 거야”가 신념의 예가 될 것이다. 이런 경우 가령 체중이나 체형 말고 또 중요한 것이 무엇이 있는지, 잘하고 있는 것은 또 무엇인지(가령 다른 사람들에게 잘해 준다든지), 남자 친구가 나를 좋아하는 이유가 어떤 것이 있는지 파이그림을 그리면서 각 항목들의 비중을 생각해 보는 등의 인지 테크닉을 사용한다.

-체형, 체중, 섭식의 과대평가가 경직된 다이어트로 이끌고 삶의 에너지와 시간이 소모되는 구조를 개인의 인지에 맞게 개념화해서 설명해 주고 그러한 과대평가와 관련된 인지를 재구조화 하는 것이 필요하다.

### 6. 인지재구조화

-폭식에 연결되는 생각들을 파악한다.

예; “이렇게 힘든 날에는 질리도록 잘 먹어야 해”, “폭식 외엔 날 달래줄 게 없어”, “밤새워 일하려면 폭식을 해줘야 해”

-환자에게 인지오류, 부적응적 인지 스타일을 교육한다. 예를 들자면 다음과 같다.

(과잉일반화) “항상 폭식하고 싶다.”

(재앙화) “60킬로가 넘으면 인생 끝장난 거야”

“오늘 난 폭식했어. 지금까지 치료한 게 말짱 헛것이야. 지금까지의 노력이 수포로 돌아 갔어”

“0.5킬로라도 찌면 견잡을 수 없이 계속 찌게 되는 거야”

(이분화) “초콜렛 하나만 먹는 것은 있을 수 없는 일이야. 한 번 먹기 시작하면 끝장을 보는 거지.”

“모아니면 도. 완전조절이든지 완전영망이든지.”

(정당화) “오늘 진짜 힘든 하루였어. 그러니 폭식할 자격이 있어”

-다음과 같은 질문으로 생각을 평가한다.

‘내 생각이 맞다는 증거는?’ ‘내 생각이 틀렸다는 증거는?’ ‘내 생각의 결과는?’ ‘쿠키 하나 먹은 것이 폭식으로 이어지지 않은 적이 있었나?’ ‘내 친구도 내 생각에 동의할 것인가?’ 등 일반적인 인지 테크닉에서 사용되는 질문을 던지게 한다.

-대안 인지 생각해 내기

‘초콜릿 하나 먹었다고 당장 살이 찌지 않는다. 폭식은 내 감정을 더 악화시킬 거다.’ ‘살 찌었다고 놀린다면 그건 친구가 아니다.’ ‘쿠키하나 먹긴 했지만 폭식하지 않는 게 좋겠다. 왜냐하면 폭식하면 우울해지고 그러면 또 폭식하게 된다.’ ‘섭식 계획이야 수정하면 된다.’

-생각을 바꾼 효과를 보기

덜 불안하고 덜 우울하며 폭식행동을 안하게 된다. 그 결과 성취감, 통제감 등을 만끽하도록 한다.

#### 7. 신체상 다루기

-신체상에 영향을 미치는 것은 가족, 동료, 여러 경험, 문화와 사회라는 것을 설명한다.

-체형에 대한 심한 불만족이 폭식패턴에 일익을 담당한다는 것을 인정하게 한다.

-만족스런 신체부위에 주의를 집중하고 싫어하는 부위는 ‘그저 그런’ 혹은 그냥 받아들이도록 노력한다.

-외모가 다른 부분에 비해 얼마나 중요한가, 파이차트 등을 그려 보면서 생각해 보게 한다.

-한발 뒤로 물러서서 신체에 대한 생각의 폭을 넓히기. 가령 사회가 체형에 어떤 영향을 주는 지 기사들을 읽어 본다.

-기분 좋고 자신 있게 느껴지는 옷과 액세서리를 사용할 것을 권하는 한편 외모에 너무 에너지가 집중되는 것은 아닌지 점검하게 한다.

#### 8. 자긍심 함양

-폭식하는 사람들은 대부분 자신의 약점을 과장하고 강점은 보지 않는다는 것을 깨닫게 한다. 자긍심이 낮아 기분이 저조하면 자위삼아 먹거나 ‘자기처벌’의 형태로 폭식한다. 그러나 보통 폭식 후에는 자신에 대해 더 나쁘게 느낀다는 것을 깨닫게 한다.

#### 9. 스트레스 관리

스트레스에 대해 이해하고, 문제풀이(problem solving) 등 스트레스 관리법들을 익혀서 스트레스에 대해 보다 건강하게 대응하도록 준비한다.

#### 종결단계

-종결전 평가

치료프로그램을 잘 따르고 그 효과를 보고하긴 하지만 아직도 ‘말랐거나, 심하게 운동하거나, 극단적 다이어트와 건강한 다이어트 사이에서 섭식을 과잉 통제’하면서도 외현적인 섭식문제는 보이지 않는 경우들이 있다. 소위 ‘가짜회복’ 단계(Keski-Rahkonen & Tozzi, 2005)에 있는 사람들이다. 이들의 실질적 회복을 확인하여 조기종결하지 않도록 주의한다.

-실수와 재발을 예상해보고 구체적으로 어떻게 할 것인지 상상해보고 써본다.

-가치관의 확립과 풍성한 삶의 영위

사회적 네트워크를 강화하고 확장하며 다양한 활동을 찾아 즐기게 한다. 외모가 현대의 우리나라 사회를 살아가는 데 중요하다는 것을 인정하지

만 다른 중요한 것들도 많다는 것을 염두에 두게 하고 그러한 것들을 소중히 여기기 시작한다.

-삶의 계획 짜기

섭식 및 섭식과 관련된 활동은 우리 삶의 큰 부분이기 때문에 섭식에 문제가 있으면 시간과 에너지가 많이 소모되기 마련이다. 하루하루 넘기기가 힘들고 코앞의 일들만 신경 쓰고 처리하느라 장기적인 결과나 관점을 의식하지 못한다.

1년 후, 5년 후, 10년 후 가족, 연애, 친구, 직업, 건강 등 삶의 여러 측면에서 어떻게 되고 싶은지 생각해보고 써보게 한다.

**맺는말**

본 연구에서 제시한 폭식행동의 치료지침은 폭식의 촉발요인과 위험요인들을 찾아내고 그 관계성을 검증한 연구결과에 근거한 것이다. 그러나 본 치료지침이 단지 일반지침일 뿐이라는 점을 강조해야겠다. 개인의 진단, 상황과 지적 수준 그리고 태도 등에 맞추어 융통성 있게 치료가 진행되어야 함은 물론이요, 한 개인이라도 변화단계나 외부 환경의 변화를 항상 감찰하고 그에 맞추는 노력이 따라야 한다.

또한 다른 이상섭식행동보다 폭식행동이 더 다루기 편한 이점이 있다는 것을 다시금 지적해야겠다. 폭식행동이 단식이나 구토/설사제 사용 등의 부적절한 보상행동보다 대부분의 내담자의 입장에서 비교적 드러내기 편한 주제라는 점을 이용해서 섭식장애자가 치료에 한발 들여놓는 효과를 가져올 수 있다. 또한 폭식을 통제하면 내담자가 원하는 체중조절을 건강한 방식으로 도우면서 내담자의 적극적 참여를 유도할 수 있다. 물론 본 치료지

침에서도 강조했듯이 절제와 융통성이 균형을 이루는 ‘건강한 섭식습관’을 확립하고 외모에 병적으로 집착하지 않고 다양한 현장에서, 다양한 측면에서, 다양한 활동을 즐기면서 삶을 영위하는 것이 최종목표라는 점을 염두에 두어야 할 것이다.

**참 고 문 헌**

김교현 (1999). 청소년기 소녀들의 자긍심과 날씬함에 대한 집착 및 다이어트가 폭식에 미치는 영향. *한국 심리학회지: 건강*, 4, 155-165.

이상선, 오경자 (2005). 구조 방정식 모형을 이용한 거식 행동과 폭식 행동의 관계에 대한 이해. *한국 심리학회지: 임상*, 24, 791-813.

Agras, W. S., Rossiter, E. M., Arnow, B., Schneider, J. A., Telch, S. D., Raeburn, B. B., Perl, M., & Koran, L. M. (1992). Pharmacologic and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: A controlled comparison. *American Journal of Psychiatry*, 149, 82-87.

Agras, W. S., Walsh, B. T., Fairburn, C. G., Wilson, G. T., & Kraemer, H. D. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57, 459-466.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

Ashmore, J. A., Friedman, K. E., Reichmann, S. K., & Musante, G. J. (2008). Weight-based stigmatization, psychological distress, & binge eating behavior among obese treatment-seeking adults. *Eating Behaviors*, 9, 203-209.

- Bailer, U., de Zwaan, M., Leisch, F., Strnad, A., Lennkh-Wolfsberg, C., El-Giamal, N., Hornik, K., & Kasper, S. (2004). Guided self-help versus cognitive-behavioral group therapy in the treatment of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 35*, 522-537.
- Bell, B. T., Lawton, R., & Dittmar, H. (2007). The impact of thin models in music videos on adolescent girls' body dissatisfaction. *Body Image, 4*, 137-145.
- Cain, A. S., Bardone-Cone, A. M., Abramson, L. Y., Vohs, K. D. & Joiner Jr., T. E. (in press). Refining the relationships of perfectionism, self-efficacy, and stress to dieting and binge eating: Examining the appearance, interpersonal, and academic domains.
- Cooper, Z., Fairburn, C. G., & Hawker, D. M. (2003). Cognitive-behavioral treatment of obesity: A clinician's guide. New York: Guilford Press.
- Devlin, M. J. (2001). Binge-eating disorder and obesity: A combined treatment approach. *Psychiatric Clinics of North America, 24*, 325-335.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Harper, B., & Tiggemann, M. (2008). The effect of thin ideal media images on women's self-objectification, mood, and body image. *Sex Roles, 58*, 649-657.
- Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin, 110*, 86 - 108.
- Heatherton, T. F., Polivy, J., & Herman, C. P. (1990). Dietary restraint: Some current findings and speculations. *Psychology of Addictive Behaviors, 4*, 100-106.
- Hilbert, A., & Tuschen-Caffier, B. (2007). Maintenance of binge eating through negative mood: A naturalistic comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 40*, 521-530.
- Hindrichsen, H., Garry, J., & Waller, G. (2006). Development of preliminary validation of the Testable Assumptions Questionnaire - Eating Disorders (TAQ-ED). *Eating Behaviors, 7*, 275-281.
- Keski-Rahkonen, A., & Tozzi, F. (2005). The process of recovery in eating disorder sufferers' own words: an internet-based study. *International Journal of Eating Disorders, 37*, S80-S86.
- Marcus, M. D. (1997). Adapting treatment for patients with binge-eating disorder. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed., pp. 484-493). New York: Guilford Press.
- Marcus, M. D., Smith, D. S., Santelli, R., & Kaye, W. (1992). Characterization of eating disordered behavior in obese binge eaters. *International Journal of Eating Disorders, 12*, 249-255.
- McKisack, C. & Waller, G. (1997). Factors influencing the outcome of group psychotherapy for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 22*, 1-13.
- Mitchell, J. E., Devlin, M. J., Zwaan, M., Crow, S. J., & Peterson, C. C. (2008). *Binge eating disorder: Clinical foundation and treatment*. New York: Guilford Press.
- Pendleton, V. R., Goodrick, G. K., Poston, W. S. C., Reeves, R. S., & Foreyt, J. P. (2002). Exercise augments the effects of cognitive-behavioral therapy in the treatment of binge eating. *International Journal of Eating Disorders, 31*, 172-184.

- Pike, K. M., Devlin, M. J., & Loeb, K. L. (2004). Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. In J. K. Thompson (Ed.), *Handbook of eating disorders and obesity* (pp. 130-162). Hoboken, NJ: Wiley.
- Romano, S. J., Halmi, K. A., Sarkar, N. P., Koke, S., & Lee, J. S. (2002). A placebo-controlled study of fluoxetine in continued treatment of bulimia nervosa after successful acute fluoxetine treatment. *American Journal of Psychiatry, 159*, 96-102.
- Stice, E. (2001). A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 124-135.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 128*, 825-848.
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 1061-1065.
- Walsh, B. T., Fairburn, C. G., Mickley, D., Sysko, R., & Parides, M. K. (2004). Treatment of Bulimia Nervosa in a Primary Care Setting. *American Journal of Psychiatry, 161*, 556-561.
- Wilfley, D. E., & Cohen, L. R. (1997). Psychological treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder. *Psychopharmacology Bulletin, 33*, 437-454.
- Wilfley, D. E., Welch, R. R., Stein, R. I., Spurrell, E. B., Cohen, L. R., Saelens, B. E., Douchis, J. Z., Frank, M. A., Wiseman, C. V., & Matt, G. E. (2002). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge eating disorder. *Archives of General Psychiatry, 59*, 713-721.
- 원고접수일: 2008년 11월 10일  
게재결정일: 2008년 11월 29일

# Treatment of Binge Eating Behavior

Mirihae Kim

Department of Psychology  
Duksung Women's University

Binge eating is a component common to obesity, bulimia nervosa, binge eating disorder, anorexia nervosa, as well as subclinical eating issues and reported by not only patients in the eating disorders clinic or hospitals but also by individuals in general population in communities and schools. The purpose of this paper is to provide guidance to health psychologists in the field of clinics, schools, etc. in helping patients overcome binge eating regardless of their diagnosis or weight. Literature of treatments of binge eating was reviewed and contributing factors of the behavior were listed in order to provide underlying thesis and evidence of this guideline. The guideline is based on cognitive behavioral approach and focused on the pursuit of healthy eating and engaging in various activities in life. It was emphasized that specific treatment program and its protocol should be flexible and tailored to administer to different individuals and change stages.

*Keywords: binge eating, bulimia, eating disorder*