

수용 전념 치료(ACT)가 폭식장애 경향이 있는 대학생의 폭식행동, 경험회피, 심리적 안녕감에 미치는 효과[†]

김 아 름 손 정 략[‡]
전북대학교 심리학과

수용 전념 치료 프로그램이 폭식장애 경향이 있는 대학생의 폭식행동, 경험회피 및 심리적 안녕감에 미치는 효과를 알아보았다. J지역 내 대학생을 250명 남녀 학생들에게 폭식척도(BES), 수용 행동질문지(AAQ-16), 심리적 안녕감 척도(PWBS)를 실시하였다. 이를 토대로 폭식장애 경향이 있는 대학생 14명을 참가자로 선정하여 치료 집단에 7명, 통제집단에 7명씩 무선 할당하였다. 수용 전념 치료 프로그램은 주 2회씩 총 8회기에 걸쳐 진행되었다. 프로그램 종료 후 사후 조사가 실시되었고 8주 후 추적 조사가 이루어졌다. 그 결과, 수용 전념 치료 프로그램에 참여한 집단이 통제집단보다 폭식행동과 경험회피가 유의하게 더 감소되었고, 심리적 안녕감은 유의하게 더 증가되었다. 마지막으로, 본 연구의 의의와 제한점 및 추후 연구에 대한 제언이 논의되었다.

주요어: 폭식행동, 경험회피, 심리적 안녕감, 수용 전념 치료(ACT)

[†] 이 논문은 김아름의 석사학위 청구논문을 수정, 보완한 것임.

[‡] 교신저자(Corresponding author) : 손정락, (561-756) 전북 전주시 덕진구 백제대로 567, 전북대학교 심리학과, Tel: 063-270-2927. Fax: 063-270-2933. E-mail: jrson@jbnu.ac.kr

급식 및 섭식 장애(feeding and eating disorder)는 개인의 건강과 심리사회적 기능을 현저하게 방해하는 부적응적인 섭식행동과 섭식-관련 행동을 의미한다(APA, 2012). 이러한 섭식장애는 여성에게서 흔하고 청소년기에 주로 발병하여 성인기까지 영향을 미치는데 주로 만성적이고 재발하기가 쉽다(Steinhausen, 2002). 최근 5년간(2008년~2012년)의 섭식장애 진료통계에 따르면, 진료인원은 2008년 10,940명에서 2012년 13,002명으로 5년 새 2,062명이 증가(18.8%)하였고, 연평균 증가율이 4.5%로 나타났다. 섭식장애 성별 점유율을 보면 남성이 약 18.9%~23%, 여성이 약 77%~81.1%로 여성이 남성보다 약 4배 더 많은 것으로 나타났다. 2012년을 기준으로 연령별 점유율을 볼 때 섭식 장애 진료인원 2명 중 1명은 10대~30대(49.2%)의 젊은 연령층으로 특히 20대가 23.9%로 가장 높았다(건강보험심사평가원, 2013). 더욱이 최근 2013년도에 DSM-IV(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-4th edition)에서 DSM-5(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th edition)로 개정되면서 섭식 장애 부분이 대폭 개정되었다. 제일 눈에 띄는 큰 변화는 기존 폭식장애(binge eating disorder; BED)가 '달리 분류되지 않는 섭식 장애'로 추가적인 진단에 속했다면 DSM-5에서는 정식 진단으로 추가되었다는 점이다.

폭식장애는 1959년 Stunkard에 의해 비만인 사람 중에 폭식문제로 고통 받고 있는 사람이 있다는 보고가 있는 후에 1980년대 중반까지는 거의 주목받지 못하였다. 이 후 비만인 사람 중에 심각한 폭식문제가 있는 집단에 대한 연구 결과가 나오면서 DSM-IV에 폭식장애를 '달리 분류 되지

않는 섭식 장애'로 포함시켰다. 그리고 최근 DSM-5에서 공식 진단으로 추가된 점을 고려해 볼 때 폭식장애로 고통 받고 있는 사람들이 많아지고 있음을 예상해볼 수 있다.

폭식장애는 통제감 상실의 느낌과 함께 대부분의 사람들이 비슷한 상황에서 먹는 것 보다 짧은 시간 동안 반복적으로 많은 음식을 먹는 것으로 정의한다. 이들은 폭식 후 죄책감, 당혹스러움 또는 자기혐오 등의 감정을 가지며, 폭식행동을 숨기기 위해 혼자서 폭식을 하는 경우가 많다.

폭식장애 원인이 되는 섭식 행동으로는 억제된 섭식, 정서적 섭식, 외부섭식유발요인 있다(van Strien, Frijters, Bergers, & Defares, 1986).

억제된 섭식은 대부분의 경우 체중에 대한 깊은 불만족감에서 시작되고, 음식 섭취 제한을 포함한다. 억제된 섭식은 자신의 체형과 체중에 대한 평가를 내리는 과정에서 발생하며(Spangler, 2002), 음식 섭취 제한이 폭식장애로 발전하는 역할을 하게 된다(Stice, 1998).

정서적 섭식은 부정적인 감정 반응으로 인한 섭식으로 정의되며(van Strien et al., 1986), 허기로부터 비롯된 것이 아니라, 우울, 불안, 분노, 외로움과 같은 부정적인 정서에 대처하기 위하여 음식을 섭취하는 행동을 말한다. 이러한 정서적 섭식은 부정적 정서나 정서적 고통을 감소시키는 역할로써 기분을 조절한다(Heatherton & Baumeister, 1991; Polivy & Herman, 1993). 주로 폭식을 하는 사람들은 정서에 적절히 대처하는 능력이 부족하다. 정서 변화를 수용하고 적절히 다루기보다는 폭식과 같은 '역기능적인 정서조절 방식'을 사용(Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003)하여 부정적인 감정의 경험으로부터의 탈출을 시

도하게 된다(회피적 대처; Cochrane, Brewerton, Wilson, & Hodges, 1992). 그러나 이러한 대처 방식은 폭식 후 죄책감이나 혐오감 등의 부정적 정서를 또 다시 경험하는 악순환을 겪게 된다.

외부요인유발섭식은 부정적 정서에 대한 회피적인 방법으로 폭식행동을 선택하는 것이다. 이는 외부적 단서에 반응하고, 배고픔이나 만족감의 내부적인 상태를 생각하지 않는다. 흔히 폭식을 하는 사람들은 스트레스 상황에서 음식을 더 많이 먹기 때문에(Conner, Fitter, & Fletcher, 1999) 낮은 자기 가치 감정을 가진다(Braet & Van Strien, 1997). 이들은 일상생활에서 부정적인 사건이나 실패 경험을 하게 되면 인지적 초점이 자신에게 집중된다. 그러나 자기에 대한 부정적인 인식에 직면하는 것은 심리적 고통을 야기 시킨다. 따라서 심리적 고통의 회피의 수단으로 음식이라는 구체적인 단서에 맞추어지면 평소 섭식 행동의 억제가 풀리면서 폭식을 하게 된다(김미리혜, 2008).

폭식행동은 정서적 회피와 신체적 회피의 한 행동 양식이다. 폭식을 하는 사람들은 완벽주의, 낮은 자아 존중감, 부정적 정서, 대인관계의 어려움, 제한된 식사, 체중, 체형, 음식과 관련된 부정적인 감정 등을 가진다(Fairburn, Cooperl, & Shafran, 2003). 이처럼 폭식행동은 심리적 요인이 주요한 역할을 한다(Polivy & Herman, 1993). 이연희(2010)는 생물학적인 요인보다는 심리적 및 개인적 요인과 사회 환경적 요인들이 폭식행동 결정에 크게 기여한다고 주장하였다. 특히 정서적 요인이 폭식행동을 결정하는 가장 중요한 요인임을 확인하였다. 또한 폭식을 설명하는 세 가지의 섭식 행동 중 두 가지(정서적 섭식, 외부요인유발 섭식)가 정서적 섭식 모델을 기반으로 한 이론임

을 감안해 보면 정서적 요인이 폭식행동에 많은 영향을 주고 있음을 알 수 있다.

폭식을 하는 사람들은 주로 체형, 체중, 섭식에 관한 관심이 높고 부정적인 자기 평가를 한다(Fairburn, Welch, Davies, & O' Conner, 1997). 신체 불만족은 날씬함에 대한 사회문화적인 압력, 현재 자신이 가지고 있는 날씬함에 대한 이상형과 실제 신체와의 차이로부터 발생한다(Stice & Shaw, 2002). 자기의 신체적인 외모에 의한 부정적인 인식은 폭식행동 장애의 유지와 취약성에 기여하는 중요한 요인으로 이상적인 외모를 포함하여 신체 불만족의 유지 및 발전시킨다(Cooley & Toray, 2001). 이는 신체에 대한 경험을 회피하는데 기여하게 된다(Shafran, Fairburn, Robinson, & Lask, 2004). 즉 폭식행동은 정서 및 신체 등과 같이 부정적인 경험을 하지 않으려는 경험회피(experiential avoidance)의 한 방식인 것이다.

경험회피란 인지 행동 치료 내에서 최근 개발된 수용 전념 치료의 핵심개념이다. 변화 대상으로는 정서를 억제시키는 정서적 회피를 목표로 한다. 회피 전략으로서의 폭식은 단기적으로 효과를 볼 수 있지만 장기적으로는 기분을 개선시키지 못하기 때문에 오히려 우울감, 죄책감을 일으킨다(Heatherton & Baumeister, 1991). 이러한 회피적 대처는 현재 경험들과 접촉이 감소하거나 삶의 기능이 손상되기 쉽고(조용래, 채숙희, 최연숙, 2009), 장시간 내 삶의 질 감소로 이끌 수 있다(Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006).

Hayes 등(2004)연구에서 불안, 두려움, 우울 및 고통과 같은 심리적 증상들이 삶의 질을 나타내는 지표들과 상관이 있다고 보고하였으며, 경험회피

가 심리적 안녕감 및 부정적 정서에 영향을 미친다고 하였다. 이정화와 손정락(2010)은 경험회피를 감소시키는 전략이 심리적 안녕감(psychological well-being) 증가에도 영향을 미칠 수 있음을 제안하였다.

경험회피의 반대되는 개념으로는 수용이 있다. 수용은 원하지 않는 생각, 감정, 기억 및 통증과 같은 부정적 신체감각을 기꺼이 경험하여 자신의 감정, 생각, 감각을 완전히 수용하도록 돕는다(Hayes et al., 1999). 수용은 문제라고 판단되는 정서나 인지를 바꾸려고 시도하기 보다는 그것들과 싸우거나 회피하려는 것을 변화시킴으로써 그 영향을 바꾸고자 시도한다(문현미, 2005). 따라서 경험회피의 한 방법으로 폭식행동을 하는 사람들에게 부정적인 경험을 있는 그대로 경험하게 함으로써 심리적 안녕감을 증가시키고자 한다.

폭식행동의 치료를 위해 사용되고 있는 치료 형태로는 약물치료, 인지행동치료(cognitive behavioral therapy; CBT), 가족치료, 대인관계 치료 및 단서 노출 치료(송혜정, 손정락, 2011), 동기부여치료 등이 있다. 그 중 가장 대표적인 치료로는 인지행동치료가 있다. CBT는 이미 많은 연구에서 폭식에 대해 효과적이라는 것이 입증되었고(Brownley, Berkman, Sedway, Lohr, & Bulik, 2007; Wilson, Grilo, & Vitousek, 2007), 국내 연구에서도 폭식행동이 CBT에서 유의하게 감소되었다(권호인, 권정혜, 2003; 박누리, 손정락, 2005).

그러나 이러한 CBT에 대한 효과적인 연구 결과에도 불구하고 CBT는 문제 사고를 제거 또는 대체를 통하여 행동변화를 추구하고 이해하려는 인식을 가졌기(Hayes, Follette, & Linehan, 2004)

때문에 인지의 변화 없이는 행동의 변화를 기대할 수 없다. 폭식장애가 있는 비만인을 대상으로 한 연구에서 CBT효과가 1년 후 추적조사에서 폭식장애에 대한 감소는 유지되었지만 체중은 유지되지 못했다(Agras, Telch, Arnow, Eldredge, & Marnell, 1997). 이처럼 CBT에서 인지는 쉽게 변하지 않기 때문에 에너지 소비, 식습관 및 폭식이 감소되더라도 비만과 관련된 오래된 습관 때문에 높은 재발률을 가질 수 있다(Jeffery et al., 2000). 또한 섭식에 문제가 있는 사람들은 다른 정신과적 공병을 가질 수 있고(Johnson, Tobin, & Dennis, 1990), 충동적이고 대인관계 부족, 정서적 조절 곤란(Bruce & Steiger, 2005; Fichter, Quadflieg, & Hedlund, 2006) 등의 심리적 문제를 가지고 있기 때문에 전통적인 인지 행동 치료 효과에 한계를 가지고 있다(Becker-Stoll & Gerlingoff, 2004; Zeeck, Herzog, & Hartmann, 2004). 이러한 인지 행동 치료가 갖는 한계를 보완하고, 정신병리의 핵심에 있는 경험회피에 대한 해결방안으로 심리적 수용을 대안으로 제시하는 새로운 흐름이 인지행동치료의 전통 내에서 형성되었다.

수용 기반 전략에는 마음 챙김에 기반한 인지 치료(mindfulness-base cognitive therapy; MBCT), 변증법적 행동치료(dialectical behaviour therapy; DBT) 및 수용전념치료(acceptance-commitment therapy; ACT) 등이 있다. 이 세 접근은 개인적 가치와 삶의 목표로 구성된 행동을 증진시키기 위해서 사고와 감정을 수용하기 위해 내부적 사고와 감정을 변화시키는 것으로 초점을 바꾸고 있다(Orsillo & Batten, 2005; Vowles & McCracken, 2008; Woods, Wetterneck, &

Flessner, 2006). 폭식장애를 위한 마음챙김 기반 섭식 자각 훈련(MB-EAT), 변증법적 행동 치료(DBT), 당뇨 관리를 위한 ACT를 포함하여(Gregg, Callaghan, Hayes, & Glenn-Lawson, 2007) 이러한 치료들이 섭식과 체중 관련된 장애에서 성공적으로 적용되어졌다. 특히 세 가지 접근 중에서 과체중 및 비만 관리를 위해 ACT 기반 접근이 적용되고 있다(Forman, Butryn, Hoffman, & Herbert, 2009; Lillis, Hayes, Bunting, & Masuda, 2009; Tapper et al., 2009). 따라서 본 연구에서는 선행연구에 따라 폭식행동과 수용 전념 치료의 효과성을 보고자 한다.

수용 전념 치료는 인지 행동적 접근 내에서 15년간의 경험적 연구를 통해 발전시켜온 치료 모델로서, 심리적 수용의 촉진을 위해 수용, 마음 챙김, 전념 행동을 변화 과정에 결합시키고 있는 치료 모델이다(Hayes et al., 1999). ACT는 의학적 접근에서의 정상성 가정에 대해 문제를 제기하였다. ACT 모델에서는 '인간에게 있어서 고통은 보편적이며 정상적이다'라는 가정을 한다. 인간의 심리적 고통을 만들어 내는 근원으로 인간의 언어적 과정에 있다고 보았다. 언어는 주로 인지적 융합과 경험회피라는 과정을 통해서 심리적 경직성을 초래한다. 폭식행동을 보이는 사람들은 대부분 부정적인 자기 평가, 이상적인 체중과 체형에 대한 규칙들과 (인지적)융합(예를 들면, '나는 살을 빼야한다, 혹은 48kg 가장 날씬한거다', '나는 똥똥하고 못생겼어', '1200kcal 이상 먹으면 안돼', '살을 빼기 전까지 나는 인기가 없을꺼야') 되어 있다. 이러한 융합은 부정적 정서를 야기시키며, 부정적인 정서를 회피하려고 폭식을 하거나 체중과 관련된 생각의 반작용으로 섭식 억제를 하는 것

으로 경험을 회피하게 된다. 따라서 ACT의 방법들을 통해 심리적 경직성을 약화시켜 가치 있는 삶의 질을 의식적으로 높여 심리적 유연성을 기르고자 한다(Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig, & Wilson, 2004).

Hayes(1999)도 인지적 탈융합과 마음챙김을 통해 심리적 건강과 삶의 질을 향상시킬 수 있다고 보았으며, 이정화와 손정락(2010)는 알코올중독 환자를 대상으로 ACT가 경험회피, 인지적 융합을 낮추고 심리적 안녕감 증가에 유의한 효과가 있었고, 문현미(2006)는 대학생을 대상으로 한 연구에서 인지적 탈융합과 수용을 통해 현재 삶에 더 잘 접촉하게 되면, 가치를 추구하는 전념 행동이 가능해져서 삶의 질이 향상된다고 제안하였다. 폭식행동과 수용 전념 치료를 적용한 연구를 보면, 송혜정과 손정락(2011)에서 폭식장애 경향을 지닌 대학생의 분노, 스트레스 및 폭식행동에서 효과가 보고되었다. 그러나 폭식행동과 수용전념치료의 효과를 입증한 연구가 미비한 실정이다.

따라서 본 연구의 목적은 수용전념치료(ACT)가 폭식장애 경향이 있는 대학생의 폭식행동, 경험회피 및 심리적 안녕감에 어떤 영향을 미치는지 보고자 한다.

이를 위해 본 연구에서는 다음과 같은 연구문제를 설정하였다:

1. 수용전념치료 집단의 폭식행동이 치료 후 통제집단 보다 더 감소될 것이다.
2. 수용전념치료 집단의 경험회피가 치료 후 통제집단 보다 더 감소될 것이다.

3. 수용전념치료 집단의 심리적 안녕감이 치료 후 통제집단 보다 더 증가될 것이다.

연구에 참여한 참가자는 치료집단 7명, 통제집단 7명으로 총 14명이다.

방 법

측정도구

참가자

본 연구는 2014년 5월 말부터 6월 초 J지역 내 대학생을 250명 남녀 학생들에게 질문지와 온라인 및 오프라인 광고 모집을 통해 참가자를 모집하였다. 참가자에게 폭식 척도, 수용행동 질문지, 심리적 안녕감 척도, 인구 통계학적 질문지를 실시 후, 폭식 척도 18점 이상이며 부적절한 보상행동(예, 구토, 하제나 이뇨제 사용 등)이 함께 나타나지 않는 사람을 연구에 포함시켰다(Cooper & Fairburn, 2003). 수용전념치료 참여에 동의한 참가자 18명 중 9명(남자 1명, 여자 8명)은 수용전념치료 집단에, 나머지 9명(남자 1명, 여자 8명)은 통제 집단에 무선할당 되었다. 치료집단에 배정된 9명 중 1명(여자 1명)은 개인사정으로 인해 1회기까지만 참여하였으며, 1명(남자 1명)은 치료 프로그램 직전 탈락하였다. 또한, 통제 집단에 배정된 9명 중 2명(남자 1명, 여자 1명)은 사후 검사에 응하지 않아 분석에서 제외되었다. 최종적으로 본

폭식행동. 비만인들의 폭식행동 심도를 평가하기 위해 Gormally, Black, Daston 및 Rardin (1982)이 개발한 폭식 척도(Binge Eating Scale, BES)를 사용하였다. 이 척도는 총 16문항으로, 과제중 폭식자들에게 과식의 심각성, 통제력을 상실한 많은 양의 음식 소비를 측정하기 위해 개발되었다. 그 내용은 폭식행동의 표현(예; 많은 양의 음식을 먹는 것) 8문항과 폭식에 대한 정서 및 인지(예; 죄책감, 먹는 것을 멈출 수 없는 두려움) 8문항을 기술하도록 되어 있다. 각 항목은 4개의 진술들로 구성되어 있으며, 항목 당 점수는 0점에서 3점으로 점수가 높을수록 폭식행동을 많이 보이는 것을 의미한다. 총점은 46점이며, 합당한 점수가 17점 이하는 폭식하지 않음, 18~26점은 중간 정도 수준의 폭식, 27점 이상인 경우 심각 수준의 폭식으로 나누어 볼 수 있다 (Gormally et al., 1982; 이윤정, 손정락, 2010에서 재인용). 본 연구의 내적 합치도 계수(Cronbach's α)는 .81이다.

표 1. 수용 전념 치료(ACT)집단과 통제집단 간의 인구학적 특성

변인	ACT 집단 (<i>n</i> =7)	통제집단 (<i>n</i> =7)	전체 (<i>N</i> =14)
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	
연령	26세(3.786)	23.57세(1.718)	24.79세(3.093)
현재 키(cm)	160.71(4.855)	159.71(5.376)	160.21(4.949)
현재 체중(kg)	58.57(5.653)	62.00(8.226)	60.28(7.010)
이상적 체중(kg)	49.43(3.645)	49.43(4.315)	49.43(3.837)
BMI(kg/m ²)	22.72(2.11)	24.27(2.767)	23.50(2.496)

경험회피. Hayes, Strosahl과 Wilson(2004)은 경험회피의 모든 차원에 대한 측정을 용이하게 하기 위한 일반적인 접근이 필요했기 때문에 ‘수용 행동 질문지(Acceptance & Action Questionnaire)’를 개발하였다. 따라서 수용 행동 질문지는 경험회피의 다양한 면들을 포함하고 있어 경험회피를 측정하기 위한 도구로 사용되어진다. 문항들을 경험회피의 통제, 내적 경험의 부정적 평가, 정서적 고통에도 적절한 행동을 취하려는 경향성을 측정하고 있다. 따라서 본 연구에서는 Hayes(2004)에 의해 구성된 수용 행동 질문지(Acceptance & Action Questionnaire-16, AAQ-16)를 사용하였다. 문현미(2005)가 변안한 것을 사용한 것으로 7점 척도로 평정하도록 되어 있으나 주혜명(2012)이 5점 척도로 변경한 것을 사용하였다. 이 도구는 16문항으로 구성되어 있으며, 총 점수 범위는 16-80이다. 1,4,5,7,10,13,15,16번 문항에 대해 역채점을 실시하여 경험의 회피를 측정하는 도구로 사용하였다. 즉 문항의 합산 점수가 높을수록 내적 경험을 회피하고 통제하려는 경험회피의 경향성을 크다는 것을 의미한다. 본 연구의 내적 합치도 계수(Cronbach's α)는 .90이다.

심리적 안녕감. 개인의 삶의 질을 측정하기 위한 척도로써 Ryff(1989)에 의해 개발된 심리적 안녕감 척도(Psychological Well-Being Scale: PWBS)을 사용하였다. 총 6개 차원으로 구성되어 있고 총 문항은 54문항이다. 국내에서는 김명소, 김혜원 및 차경호(2001)가 요인 분석하여 46문항을 선별하였다. 6개 차원은 자아수용, 환경 지배력, 긍정적 대인관계, 자율성, 삶의 목표 및 개인

적 성장이다. 최저 46점에서 최고 278점으로 척도의 점수가 높을수록 심리적 안녕감이 높다. 본 연구의 내적 합치도 계수(Cronbach's α)는 .93이다.

절차

본 연구는 2014년 5월 말부터 6월 초 J지역 내 대학생을 250명 남녀 학생들에게 폭식 척도, 수용 행동 질문지, 심리적 안녕감 척도, 인구 통계학적 질문지를 실시하여 폭식척도 절단점 18점 이상이고, 부적절한 보상행동(예, 구토, 하제나 이뇨제 사용 등)을 보이지 않는 대상자를 선발하여 면담을 실시하였다. 최종적으로 프로그램을 참여한 참가자들은 총 14명이었다. 프로그램 진행자는 초·중학교에서 다수의 집단프로그램을 진행한 경험이 있고, 수용 전념 치료 워크샵을 수료한 석사과정 연구자이다. 수용 전념 집단 프로그램은 7월 둘째 주부터 시작하여 8월 첫째 주까지 총 8회기로 주 2회씩, 매 회기 약 90-120분간 진행하였다. 프로그램에 부득이한 사정으로 참여하지 못한 경우 개별회기를 실시하여 다음 회기에 어려움이 없도록 하였다. 프로그램 실시 후 사후검사를 실시하였으며, 8주 후 추적 조사를 실시하였다. 회기 별로 주어진 과제는 다음 회기에 확인하며 회기 별로 참가자들 간의 피드백을 통해 프로그램 참여 동기와 효과를 높여주었다.

자료 분석

수용 전념 치료(ACT) 프로그램 집단과 통제집단의 동질성 검증을 하기 위해 사전 점수로 Mann-Whitney검증을 실시하였다. ACT 집단과

통계집단의 사전-사후-추적 조사들에 대한 Wilcoxon의 부호 순위 검증을 하였다. 유의 수준은 $p = .05$ 로 정하였다. 모든 자료는 SPSS 18.0으로 분석하였다.

수용전념프로그램 구성과 내용

본 연구에서의 수용 전념 치료는 Steven C.

Hayes가 만들고 문헌미(2006)가 국내의 연구에서 사용하였던 매뉴얼을 참고로 하되, Greco와 Hayes (2012)의 ‘아동과 청소년을 위한 수용과 마음챙김 치료의 건강용 ACT 프로그램의 매뉴얼’과 문헌미와 민병배(2010)의 ‘마음에서 빠져나와 삶 속으로 들어가라’를 참고하여 재구성하였다(표2 참조).

표 2. 수용전념치료(ACT) 프로그램 구성표

회기	주제	내용
1회기	소개 및 심리적 안녕의 장애물로서 폭식 논하기	집단프로그램 구조화 및 계약, 자기소개 및 프로그램에 대한 참여동기, 기대 및 목표 설정, ACT 개관 및 심리적 고통에 대한 ACT모델 소강의, 마음의 고통에 대한 ACT 모델 소강의, 창조적 무 회망: 헛된 투쟁을 내려놓기, 유인물: 고통은 회피할수록 커진다??, 늪지대 지나기 비유, 폭식과 관련된 경험나누기, 매일 경험 일지 I 과제
2회기	변화 의제와 창조적 절망감	1회 모임에 대한 복습 및 경험 일지에 대해 나누기, 사적 경험 법칙 소강의, 생각 안하기 게임, 폭식과 관련된 통제(고통스러운 생각감정) 경험 나누기, 구멍에 빠진 사람 비유, 단지 알아차리기 명상 연습, 마음챙김 먹기-건포도 연습, 유인물: 마음챙김 먹기, 매일 경험 일지 II 과제
3회기	통제 의제에 대안으로 기꺼이 경험하기	2회 모임에 대한 복습 및 경험 일지에 대해 나누기, 마음챙김 먹기-차 마시기 연습, 마음 챙김 먹기 경험 나누기, 유인물: 수용과 기꺼이 경험하기, 무엇을 수용할 필요가 있는가? 경험 나누기, 머릿속의 고통 확인하기, 거지 환영하기 비유, 순수한 감정, 맑은 감정 구별하기, 두 계기판 비유, 유인물: 기꺼이 경험하기는 무엇이며, 무엇이 아닌가?, 기꺼이 경험하기 일지 I & 프로그래밍 확인하기 과제
4회기	인지적 탈융합	3회 모임에 대한 복습 및 기꺼이 경험하기 일지 나누기, 생각 지니기 대 생각 받아들이기 소강의, 프로그래밍 확인하기 및 경험 나누기, 탐지기 비유, 쥬스, 쥬스, 쥬스 게임, (생각의 조건화된 속성) 단어 게임, 생각에 이름 붙이기 연습, 퍼레이드(생각이 오고 가는 것을) 관찰하기 연습, 기꺼이 경험하기 일지II
5회기	수용과 현재 경험에 접촉하기	4회 모임에 대한 복습 및 기꺼이 경험하기 일지 나누기, 경험에 라벨링 하기 (=생각에 이름 붙이기) 연습, 나쁜 컵 비유, 현재 (지금-여기) 경험 자각 연습, 그리고/그러나 문장 차이 경험하기 연습, 경험을 물대화하기 연습, 괴물과의 줄다리기 비유, 깡통피물 관찰하기 연습
6회기	경험의 장으로서의 자기	5회 모임에 대한 복습, 내 생각이 내가 아니라면 나는 누구인가?, 관찰하는 자기 연습, 자기 개념의 평가성 알아차리기 연습, 정체성 취하기 게임장기말과 장기판 비유, 내 삶의 꿈 이야기 과제
7회기	가치 및 전념행동 확립하기	6회 모임에 대한 복습 및 과제 확인하기, 버스 운전사와 승객 비유, 추도사나 비문 상상하기 연습, 가치를 평정하기, 목표, 행동, 장애물 기록지를 보며, 장애물 확인하기, 뒷받기꾸기 비유, 물방울 여행 비유, 유인물: 가치-선택한 삶의 방향
8회기	프로그램 정리 및 설문지 작성	프로그램 회기 별 핵심 내용 정리, 수용전념 공식 강의, 심리적 장애물을 적용하여 수용전념 공식을 활용하기, 프로그램을 통한 변화와 소감나누기, 설문지 작성

결 과

수용 전념 치료(ACT) 프로그램의 효과

표 3에서 보는 바와 같이, 폭식행동, 경험회피 수준, 심리적 안녕감 수준이 집단 간 유의한 차이가 없으므로 두 집단이 동질적인 집단이라고 할 수 있다.

폭식행동. 표 4에서 보는 바와 같이, 수용 전념 치료 집단에서는 사전 점수에 비해 사후 점수에서 유의하게 더 감소되었으며($z = -2.366, p < .05$), 사전 점수와 비교해서 추적 점수에서도 유의하게 더 감소되었다($z = -2.201, p < .05$). 그러나

표 3. 수용 전념 치료(ACT)집단과 통제집단 간의 동질성 비교

	ACT 집단 (n=7)	통제집단 (n=7)	U	p
	M(SD)	M(SD)		
폭식행동	30.43 (7.743)	24.43 (3.599)	14.000	.175
경험회피	46.86 (15.486)	54.14 (5.429)	19.000	.482
심리적 안녕감	161.29 (28.4)	160.79 (27.532)	51.500	.898

주. ()안은 표준편차.

표 4. 치료집단과 통제집단의 처치조건과 검사 시기에 따른 폭식행동, 경험회피, 심리적 안녕감 수준 대한 점수변화

		사전 M(SD)	사후 M(SD)		추적 M(SD)
		차이값 ^a	Z값	차이값 ^b	Z값
폭식행동	치료집단	30.43(7.743)		16.57(6.803)	16.71(11.456)
		-13.86*	-2.366*	-13.72*	-2.201*
	통제집단	24.43(3.599)		22.29(8.460)	22.71(8.616)
		-2.14	-4.24	-1.72	-5.08
경험회피	치료집단	46.86(15.486)		33.57(6.779)	35.00(5.416)
		-13.29*	-2.366*	-11.86	-1.778
	통제집단	54.14(5.429)		53.57(5.224)	55.57(6.754)
		-.57	-.816	-1.43	-.946
심리적 안녕감	치료집단	161.29(28.400)		181.14(23.878)	189.43(27.946)
		-19.85*	-2.366*	-28.14*	-2.028*
	통제집단	160.29(28.900)		160.00(33.541)	158.14(30.662)
		-.29	-.896	-2.15	-.553

주. ()안은 표준편차.

a: 사전-사후, b: 사전-추적.

*p < .05

통제집단에서는 사전 점수와 사후 점수에서 유의한 차이가 없었고, 추적 점수에서도 유의한 차이가 없었다.

경험회피. 표 4에서 보는 바와 같이, 수용 전념 ACT 집단에서는 사전 점수에 비해 사후 점수에서 유의하게 더 감소되었으나($z = -2.366, p < .05$), 사전 점수와 비교해서 추적 점수에서 감소를 보였으나 유의한 차이는 없었다($z = -1.778, p > .05$). 통제집단에서는 사전 점수와 사후 점수에서 유의한 차이가 없었고, 추적 점수에서도 유의한 차이가 없었다.

심리적 안녕감. 표 4에서 보는 바와 같이, 수용 전념 ACT 집단에서는 사전 점수에 비해 사후 점수에서 유의하게 더 증가되었으며($z = -2.366, p < .05$), 사전 점수와 비교해서 추적 점수에서도 유의하게 더 증가된 것으로 나타났다($z = -2.028, p < .05$). 그러나 통제집단에서는 사전 점수와 사후 점수에서 유의한 차이가 없었고, 추적 점수에서도 유의한 차이가 없었다.

논 의

본 연구는 수용 전념 집단 치료 프로그램을 활용하여 폭식장애 경향이 있는 대학생의 폭식행동, 경험회피, 심리적 안녕감에 미치는 효과를 알아보았다. 연구 결과를 가설별로 논의 하면 다음과 같다.

첫째, 수용 전념 치료 집단의 폭식행동이 통제 집단에 비해 치료 후 더 감소될 것이라는 가설 1이 지지되었다. 이러한 결과는 송혜정과 손정락

(2010)의 연구에서 수용전념치료가 폭식행동 감소에 효과가 있다는 연구 결과와 일치한다. 또한 Kristeller와 Hallett(1999) 연구에서 마음챙김 훈련이 수용능력을 증진시키고 이는 폭식행동이 감소한 연구 결과와도 일치한다. 이러한 결과는 수용 전념 치료 프로그램 첫 회기에 ACT 모형에서 주장하는 고통의 정상성에 대한 소강의를 하면서 현재 자신이 겪고 있는 고통을 새로운 관점으로 바라볼 수 있도록 하였다. 또한 폭식행동의 원인을 재탐색하게 하는 활동으로 창조적 무희망 원과 대처 전략 작업지, 은유를 활용하였다. 이러한 활동이 자신이 선택하고 있는 폭식행동이 얼마나 비효율적인 행동인지를 깨닫게 함으로써 헛된 투쟁을 내려놓고 다른 태도를 가질 수 있도록 하였다. 고통스럽게 하는 신체적 감각, 부정적 생각이나 감정은 투쟁의 대상이 아닌 기꺼이 경험해야 하는 대상임을 인식하게 한 것이 유의한 감소를 나타낼 수 있었던 것으로 보인다. 뿐만 아니라 지금까지 자신의 살아오면서 음식, 체형, 체중 등에 대한 프로그래밍을 확인하는 활동을 통해 폭식과 관련된 자신의 규칙, 법칙을 알아보았다. 이는 의식하지 못했던 인지적 융합을 확인하고, 자신이 주로 회피하려는 대상이 무엇인지 확인할 수 있도록 하였다. 또한 개인의 역사는 통제의 대상이 아닌 수용의 대상임을 알게 하였다. 지금까지 고통에 대한 자신의 태도를 변화시키게 함으로써 현재에 존재하고 있는 자신에게 초점을 맞추게 하였다. 이는 자신에 대한 이해를 돕고 변화의 동기를 불러일으킨 것으로 생각되어 진다. 평소 참가자들은 자신이 남들과는 다른 행동을 한다는 생각 때문에 괴로웠다고 보고하였다. 매번 프로그램 활동 후 경험 나누기를 통해 ‘나뿐만이 아니구

나', '내가 이상한게 아니었구나' 라는 공감과 위로를 받을 수 있어서 좋았다고 보고하였다. 전체적으로 참가자들 간의 신뢰감 형성, 공감과 지지, 변화에 대한 동기, 부정적인 정서에 대한 새로운 인식과 수용에 대한 이해가 폭식행동이 유의한 감소를 나타낼 수 있었던 것으로 보인다.

둘째, 수용 전념 치료 집단의 경험회피 수준이 통제 집단에 비해 치료 후 더 감소 될 것 이라는 가설 2는 부분적으로 지지되었다. 이러한 결과는 알코올 중독 입원환자를 대상으로 한 이정화와 손정락(2010)의 수용 전념 집단 치료가 경험회피 감소에 유의한 효과가 있다는 연구 결과와 일치한다. 또 다른 연구로는 인지적 융합과 경험회피가 여자 청소년들 사이의 신체상 관심사와 건강하지 못한 섭식 유형들 간의 연결을 중재한다는 연구 결과와 일치한다(Greco & Blomquist, 2006). 수용전념치료는 정서의 회피를 목적으로 기꺼이 경험할 수 있도록 한다. Aldao, Nolen-Hoeksema 및 Schweizer(2010)은 섭식 환자들은 불안, 우울, 고통인내저하 등 정서적 어려움을 겪고 이를 회피나 억압 같은 비효율적인 정서조절 방법을 사용한다고 하였다. 이러한 선행 연구 결과에 따라, 마음 챙김을 통한 수용을 증진시켜 효율적인 정서조절 방식을 택할 수 있도록 프로그램을 구성하였다. 본 프로그램에서는 참가자들에게 매주 매일 경험 일지와 기꺼이 경험하기를 과제로 내주어 자신을 고통스럽게 하는 생각, 정서, 기억, 신체감각에 대해 기꺼이 경험하게 함으로써 사적 경험에 대해 집중하여 알아차릴 수 있도록 하였고, 알아차리기 명상을 통해 폭식을 하기 전, 폭식을 하는 동안, 폭식을 하고 나서의 자신의 신체적 감각과 마음을 평가 없이 살펴볼 수 있도록 하였

다. 이러한 활동이 현재 상태를 경험하도록 하여 사적 경험을 기꺼이 경험하는 마음을 향상시켜 경험회피 수준이 유의하게 감소를 나타낸 것으로 보인다.

특히 본 프로그램에 참여한 참가자들에게 건포도 먹기와 차 마시기와 같은 마음챙김으로 먹기 명상을 프로그램 내 실시하였다. 이를 통해 프로그램 시작 전 매 회기 간식을 준비하여 마음챙김으로 먹는 것과 마음 놓음으로 먹는 것을 알아차릴 수 있도록 하였다. 참가자들의 피드백에서 마음챙김 먹기 명상을 하였을 때 가장 효과가 좋았다고 보고하였으며, 음식에 대한 부담감이 줄어들었고 그 것처럼 음식에 대한 스트레스를 덜 받는다고 보고하였다. 이런 점을 볼 때 마음챙김 훈련이 배고픔, 포만감, 갈망과 스트레스와 같이 신체적인 감각의 자각을 증진시킨다는 연구 결과와 일치하는 것으로 보여진다(Alberts, 2012). 평소 참가자들은 음식을 먹는 것에 대한 규칙, 부정적 정서, 평가를 가지고 있었다. 그러나 마음챙김 먹기 명상을 통해 평소 음식에 대한 부정적인 생각이나 감정, 신체적 감각을 보다 잘 수용 할 수 있도록 한 것이 효과를 보인 것 같다. 음식을 사용하는 마음챙김 먹기 명상의 장점은 한 번의 음식 조절에 대한 성공적인 경험은 이후 폭식행동을 하더라도 이전처럼 크게 죄책감이나 부정적인 정서를 느끼지 않는다는 것이다. 또한 폭식행동 이후 부정적인 정서가 올라오더라도 이전 보다 그 감정을 잘 수용할 수 있을 것이다. 이처럼 음식을 새롭게 바라보고 경험함으로써 거부감을 줄이고 음식을 통해 효율적인 정서 조절 방식을 학습함으로써 경험회피 수준이 사후 조사에 유의한 효과가 있었고, 추적 조사에서도 경험회피 수준이

감소된 것으로 보인다.

그렇지만 추적 조사에서 경험회피 수준 감소되었으나 여전히 낮은 수준이었다. 국내 원현준(2013)의 연구 결과를 보면, 수용 전념 치료의 효과가 치료기간에만 유지되었고, 추적 기간에서는 다시 감소된 연구 결과와 유사하다. 이러한 연구 결과는 수용전념치료의 장기적인 효과를 기대하려면 심리적 고통을 통제하려는 노력을 줄이고 수용을 증진시키기 위한 반복적인 훈련이 필요하다는 것을 시사한다. 본 연구 역시 마음챙김 먹기 명상만을 심도 있게 다루기에는 프로그램 구성이 짧았기 때문에 추적 조사까지 그 효과가 지속 되지 못한 것으로 생각된다. 그러나 추적 조사 이후 참가자들과 개별적인 면담을 가져 추적 효과를 지속적으로 살펴본 결과 다음과 같았다. 프로그램 이후 참가자들 중 대부분이 마음챙김 먹기를 통해 객관적으로 음식 맛이나 느낌들을 알 수 있게 되었다고 보고하였으며, 프로그램 이후 전혀 폭식행동이 나타나지 않았고 가끔 폭식을 하더라도 이전처럼 죄책감을 느끼지 않는다고 보고하였다. 이런 점들을 감안해 보면, 마음챙김 먹기 명상을 심도 있게 프로그램을 구성한다면 경험회피 수준이 추적 조사 기간까지 그 효과가 지속될 수 있을 것이라 예상해 본다.

셋째, 수용 전념 치료 집단의 심리적 안녕감이 통제 집단에 비해 치료 후 더 증가될 것이라는 가설 3이 지지되었다. 이러한 결과는 이정화와 손정락(2010) 연구의 경험회피를 감소시키는 전략이 심리적 안녕감 증가에 영향을 미칠 수 있다는 연구 결과와 일치하고, 문현미(2006)의 인지적 탈융합과 수용을 통해 현재 삶에 더 잘 접촉하게 되면, 가치를 추구하는 전념 행동이 가능해져서 삶의 질

이 향상된다는 연구 결과와 일치한다. 그 외에 임상간호사의 업무스트레스와 심리적 안녕감과 삶의 질 향상(문임숙, 2010), 저소득층 아동의 심리적 안녕감과 수용행동 증진으로 인한 삶의 질 향상(조현아, 2011)의 연구 결과와 일치한다.

ACT관점에서 보면, 신체에 대한 관심과 부정적인 자기 평가, 부정적인 정서 등을 경험하는 것은 지극히 정상적인 일이다. 단지 자신에게 가장 해로운 것은 경험회피로 인해 현재에 접촉하여 가치 있는 삶을 살아가지 못하는 것이다. 본 프로그램은 신체상 향상, 정서적인 고통을 감소시키거나 체중 감소를 목표로 두고 있지 않다. 인간에게 있어서 고통은 자연스러운 일이고 이를 회피하지 않고 기꺼이 경험하며 자신의 개인적인 목표와 가치 있는 삶으로써의 전진이다. 참가자들은 자신이 폭식을 하는 이유를 통해 내 삶에서 가치를 두고 있는 것이 무엇인지 확인하고 우선순위를 정하는 활동을 통해 삶에 대한 태도가 변화될 수 있었던 것 같다. Forman 등(2009)의 연구는 수용 전념치료가 개인의 삶의 목표에 전념할 수 있도록 고통을 증가시키는 행동에 대한 처리를 구체적으로 인식하게 하는데, 이것은 삶의 목표와 함께 일치하는 행동 쪽으로 가치와 삶의 목표 및 지속적인 전념의 동일시와 내재화에 초점을 맞춘다는 시사점과 일치한다. 구체적으로 목표, 행동, 장애물을 기록하는 활동은 또 다시 폭식행동을 하더라도 그 행동에 머무르지 않고 자신의 개인적인 가치와 목표에 도달할 수 있도록 하는데 도움이 된 것 같다. 이러한 심리적 수용증진이 심리적 안녕감이 증가에 영향을 미친 것으로 보인다.

본 연구가 지니는 의의 및 시사점을 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 4주간의 짧은 기간 동안에 진

행되었음에도 불구하고 폭식행동이 유의하게 더 감소되었으며 이는 8주 후의 추적 조사에서도 유지되고 있었다는 것이다. 둘째, 현대에 들어서 섭식장애에 대한 관심이 높아지고 있고 발병 연령이 점차 낮아지고 있으며 대학생 때 절정에 이르는데, 대학생의 폭식장애 경향이 있는 대학생을 선발하여 이들을 대상으로 수용 전념 치료 프로그램을 실시했다는 점에서 의의가 있다. 셋째, 국내에 폭식행동을 다룬 수용전념치료 연구가 미비한 실정인데 수용전념치료의 핵심적인 변인을 연구했다는 점에서 의의가 있다. 넷째, 기존의 인지행동치료의 경우 문제 행동의 경우 인지가 바뀌지 않으면 행동의 변화가 어려워 탈락률이나 재발률이 높다. 반면 수용전념치료는 변화와 통제보다는 수용을 기반으로 한 마음챙김과 전념 행동을 통해 장기적인 효과를 기대해 볼 수 있다는 점에서 의의가 있다.

본 연구의 제한점과 후속 연구에서 고려되어야 할 점은 다음과 같다. 첫째, 다른 치료 비교집단이 없다는 것이다. 이는 기존에 효과성이 검증된 다른 치료 프로그램보다 수용 전념 치료 프로그램이 더 효과적이라고 말할 수 있는 비교 집단이 존재하지 않는다. 이는 폭식행동 때문에 힘들어하는 사람들은 심리적인 부분이라고 생각하기 보다는 주로 다이어트를 통한 체중 감량이 목적이기 때문에 치료에 대한 동기가 낮다. 많은 선발 대상자 중에서 참가자가 소수에 불과하기 때문에 비교 집단을 만들 수 없었다. 추후 연구에서는 비교집단을 설계하여 수용전념치료와 기존 치료와의 효과성의 차이를 보는 것이 필요할 것으로 생각된다. 둘째, 폭식장애가 있는 사람들은 과체중이거나 비만일 가능성이 높다. 과체중과 비만의 경

우 신체적인 문제도 동반하고 있기 때문에 체중 조절이 시급하다. 국외에서는 체중 조절 감량 프로그램에 ACT를 적용한 연구들이 활발히 진행되고 있지만, 아직 국내에서는 진행되고 있는 연구가 없다. 따라서 심리적인 문제뿐 만 아니라 신체적인 문제도 함께 다루어진다면 치료적 효과가 더 좋을 것으로 예상 된다. 셋째, 폭식장애는 다른 섭식 장애와 달리 남성과 여성의 차이가 크지 않음에도 불구하고, 남성 참가자의 모집이 제한되었다. 따라서 추후연구에서는 남성참가자를 포함한 연구가 진행되었으면 좋을 것 같다.

참 고 문 헌

- 건강보험심사평가원 (2013, 5, 24). “살 찌는 것이 두렵다”, 20대 섭식장애 여성 남성의 9배. 보도자료. 1-5.
- 권호인, 권정혜 (2003). 폭식행동을 보이는 여대생의 인지행동 집단치료 효과. 한국인지행동치료학회, 3(1), 27-42.
- 김미리혜 (2008). 폭식행동의 이해. 한국 심리학회지: 일반, 27, 605-618.
- 문현미 (2006). 심리적 수용 촉진 프로그램의 개발과 효과: 수용-전념 치료 모델을 중심으로. 가톨릭대학교 대학원 박사학위 청구논문.
- 박누리, 손정락 (2012). 폭식장애의 특성과 인지행동치료가 폭식장애 경향이 있는 대학생들에게 미치는 효과. 한국심리학회지: 건강, 17(3), 609-642.
- 송혜정, 손정락 (2011). 수용-전념 집단 프로그램이 폭식장애 경향이 있는 대학생의 분노, 스트레스 및 폭식행동에 미치는 효과. 한국심리학회지: 건강, 16(1), 15-27.
- 원현준(2013). 고등학교 여자 양궁선수들의 만성통증과 스트레스 감소를 위한 수용 전념 치료(ACT)의 적용. 중앙대학교 대학원 박사학위 청구논문.

- 이연희(2010). 폭식행동 결정 요인에 관한 연구. 중앙대학교 대학원 박사학위 청구논문.
- 이정화, 손정락(2013). 수용-전념 집단치료가 알코올중독 입원 환자들이 심리적 안녕감과 경험회피 및 인지적 융합에 미치는 효과. *대한스트레스학회*, 21(1), 41-50.
- 조용래, 채숙희, 최연숙 (2009). 우울과 불안증상 및 안녕감에서 경험회피와 마음챙김 주의 자각의 역할. *한국심리학회지: 임상*, 28(4), 1135-1154.
- Agras, W. S., Telch, C. F., Arnow, B., Eldredge, K., & Marnell, M. (1997). One-year follow-up of cognitive-behavioral therapy for obese individuals with binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(2), 343-347.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4th ed). Washington, DC : Auther.
- American Psychiatric Association. (2012). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Becker-Stoll, F. & Gerlinghoff, M. (2004). The impact of a fourmonth day treatment programme on alexithymia in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 12, 159 - 163.
- Braet, C. & Van Strien, T. (1997). Assessment of emotional externally induced and restrained eating behaviour in nine to twelve-year-old obese and non-obese children. *Behaviour Research*, 35, 863 - 873.
- Brownley, K. A., Berkman, N. D., Sedway, J. A., Lohr, K. N., & Bulik. .C. M. (2007). Anorexia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 40(4), 310 - 320.
- Bruce, K. R. & Steiger, H. (2005). Treatment implications of Axis-II comorbidity in eating disorders. *Eating Disorders*, 13, 93 - 108.
- Cochrane, C. E., Brewerton, T. D., Wilson, D. B., & Hodges, E. L. (1992). Alexithymia in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 219 - 222.
- Cooley, E. & Toray, T. (2001). Body image and personality predictors of eating disorder symptoms during the college years. *International Journal Eating Disorder*, 30, 28 - 36.
- Conner, M., Fitter, M., & Fletcher, W. (1999). Stress and snacking. A diary study of daily hassles and between-meal snacking. *Psychology and Health*, 14, 51 - 63.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders. A 'transdiagnostic' theory and treatment. *Behavior Research and Therapy*, 41, 509 - 528.
- Fichter, M. M., Quadflieg, N., & Hedlund, S. (2006). Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 87 - 100.
- Forman, E. M., Butryn, M., Hoffman, K. L., & Herbert, J. D. (2009). An open trial of an acceptance-based behavioral treatment for weight loss. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 223-235.
- Greco, L. A. & Biomquist, K. K.(2006). Body image, eating behavior, and quality of life among adolescents girls: Role of anxiety and acceptance processes in a school sample. In K. S. Berlin & A. R. Murrell (Coauthors), *Extending acceptance and mindfulness research to parents, families, and adolescents: Process, empirical findings, clinical implication, and future directions*. Paper presented at the Association for Behavior and Cognitive Therapies, Chicago, IL.
- Greco, L. A. & Hayes, S. C. (2012). 아동과 청소년을 위한 수용과 마음챙김 치료. (손정락, 이금단, 이정화 역). 서울: 시그마프레스.
- Greeno, C. G., Wing, R. R., & Shiffman, S. (2000).

- Binge antecedents in obese women with and without binge eating disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(1), 95-102.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M.(Eds.). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition*. New York: Guilford.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1 - 25.
- Hayes, S. C. & Smith, S.(2010). 마음에서 빠져나와 삶 속으로 들어가라. (문현미, 민병배 역). 서울: 학지사.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2004). In S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.). *What is acceptance and commitment therapy?. A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 1-30). New York: Springer.
- Heatherton, T. G. & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86-108.
- Jeffery, R., Drewnowski, A., Epstein, L., Stunkard, A., Wilson, T. G., & Wing, R. (2000). Long-term maintenance of weight loss: Current status. *Health Psychol*, 19(1) 5-16.
- Lillis, J., Hayes, S. C., Bunting, K., & Masuda, A. (2009). Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: A preliminary test of a theoretical model. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(1), 58-69.
- Orsillo, S. M. & Batten, S. V. (2005). Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Behavior Modification*, 29(1), 95-129.
- Polivy, J. & Herman, P. C. (1993). Etiology of binge eating: Psychological mechanisms. in C. G. Fairburn & G. T. Wilson. (Eds.). *Binge eating: nature, assessment and treatment*. New York: Guilford Press.
- Shafran, R., Fairburn, C. G., Robinson, P., & Lask, B. (2004). Body checking and its avoidance in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 33(1), 93 - 101.
- Spangler, D. L. (2002). Testing the cognitive model of eating disorders. The role of dysfunctional beliefs about appearance. *Behavior Therapy*, 33, 87 - 05.
- Stice, E. (1998). Relations of restraint and negative affect to bulimic pathology. A longitudinal test of three competing models. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 243 - 260.
- Stice, E. & Shaw, H. E.(2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(5), 985-93.
- Tapper, K., Shaw, C., Ilsley, J., Hill, A. J., Bond, F. W., & Moore, L. (2009). Exploratory randomised controlled trial of a mindfulness-based weight loss intervention for women. *Appetite*, 52(2), 396 - 404.
- van Strien, T., Frijters, J. E. R., Bergers, G. P. A., & Defares, P. B. (1986). The dutch eating behavior questionnaire for assessment of restrained, emotional and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 295 - 315.
- Vowles, K. E. & McCracken, L. M. (2008). Acceptance and values-based action in chronic pain: A study of treatment effectiveness and process. *Journal of Consulting and Clinical*

Psychology, 76, 397-407.

Wilson, G. T., Grilo, C. M., & Vitousek, K. M. (2007).

“Psychological treatment of eating disorders.”

American Psychologist, 62(3), 199.

Woods, D. W., Wetterneck, C. T., & Flessner, C. A.

(2006). A controlled evaluation of acceptance and commitment therapy plus habit reversal for trichotillomania. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 639-656.

Zeeck, A., Herzog, T., & Hartmann, A. (2004). Day

clinic or inpatient care for severe bulimia nervosa? *European Eating Disorders Review*, 12(2), 79-86.

원고접수일: 2015년 2월 13일

논문심사일: 2015년 2월 25일

게재결정일: 2015년 4월 28일

한국심리학회지: 건강

The Korean Journal of Health Psychology

2015. Vol. 20, No. 2, 407 - 423

Effects of Acceptance - Commitment Therapy(ACT) on Binge Eating Behavior, Experiential Avoidance, and Psychological Well-Being of College Students Prone to Binge Eating Disorder

Ah-Rum Kim

ChongNak Son

Department of Psychology

Chonbuk National University

The purpose of this study is to explore the effects of Acceptance - Commitment Therapy(ACT) on binge eating behavior, experiential avoidance, and psychological well -being of college students prone to binge eating disorders. Two hundred and fifty college students in Chonbuk province completed a Binge Eating Scale(BES), a Acceptance & Action Questionnaire-16 (AAQ-16), and a Psychological Well-Being Scale(PWBS). Fourteen patients selected by those scales were randomly assigned, seven of them to the ACT group and seven to the control group. The ACT program was administered for eight sessions. All participants completed BES, AAQ-16, and PWBS at pre-test, post-test, and at eight week follow-up periods. The results of this study were as follows: Binge eating behavior and experiential avoidance of the therapy group decreased more than for the control group. Psychological well-being of the therapy group increased more than for the control group. Finally, the implications and the limitations of this study, and the suggestions for future study were also discussed.

Keywords: binge eating behavior, experiential avoidance, psychological well-being, acceptance - commitment therapy(ACT)