

# 정서 마음챙김 기반 폭식 개선 프로그램이 폭식경향 여대생의 부정정서, 고통 감내력, 정서적 섭식 및 폭식행동에 미치는 영향<sup>†</sup>

한 초 롱  
덕성여자대학교 심리학과

김 정 호<sup>‡</sup> 김미리혜  
덕성여자대학교 심리학과 교수

본 연구는 정서 마음챙김 기반 폭식 개선 프로그램이 폭식경향 여대생의 부정정서, 고통 감내력, 정서적 섭식 및 폭식행동에 미치는 영향을 검증하고자 하였다. 이를 위해 서울·경기권에 거주하는 여대생 중 폭식경향을 보고한 학생 32명을 처치집단(n=16)과 대기통제집단(n=16)에 무선할당 하였다. 처치집단은 주 2회, 50분 내외로 총 6회기의 정서 마음챙김 기반 폭식 개선 프로그램을 실시하였다. 처치집단과 대기통제집단에게 프로그램 전, 후에 사전검사와 사후검사를 실시하였으며, 프로그램 종료 3주 후 추수검사를 실시하였다. 측정도구로는 신경성 폭식증 검사 개정판(BULIT-R), 식사장애 검사(EDI), 식이 행동 질문지(DEBQ), 정신건강 척도(SCL-90-R), 한국판 개정된 인지적 및 정서적 마음챙김 척도(CAMS-R), 고통 감내력 척도(DTS), 거울 보고 별 모양 따라 그리기 검사(MIPT-C)를 사용하였다. 분석결과 처치집단은 대기통제집단에 비해 부정정서, 정서적 섭식 및 폭식행동이 유의하게 감소하였으며, 고통 감내력은 유의하게 증가하였다. 그 효과는 추수검사 시기까지 유지되었다. 그러나 처치집단의 거울 보고 별 모양 따라 그리기 검사(MIPT-C) 지속시간은 대기통제집단에 비해 유의하게 증가되지 않았다. 다음으로 참가자들에게 나타난 처치효과가 신뢰로운 수준인지 검증하기 위해 분석한 결과, 처치집단에서 평균 63.8%, 대기통제집단에서 평균 17.01%의 처치 반응률을 나타냈다. 두 집단 간 신뢰변화 지수의 차이는 유의한 것으로 나타났다. 끝으로 본 연구의 의의와 후속 연구를 위한 제언이 논의되었다.

주요어: 폭식, 부정정서, 정서적 섭식, 고통 감내력, 정서 마음챙김

<sup>†</sup> 이 논문은 제 1저자의 2018년 석사학위 청구논문을 수정, 정리한 것임. 이 연구의 일부 내용은 2018년 한국 건강심리학회 춘계학술대회에서 포스터 발표되었음.

<sup>‡</sup> 교신저자(Corresponding author) : 김정호, (01369) 서울특별시 도봉구 삼양로 144길 33 덕성여자대학교 심리학과 교수, Tel: 02-901-8304, E-mail: jhk@duksung.ac.kr

DSM-5에서는 폭식행동(Binge Eating)을 ‘일정한 시간 동안 대부분의 사람이 유사한 상황에서 동일한 시간 동안 먹는 것보다 분명하게 많은 양의 음식을 먹는 것’으로 정의하고 있다(American Psychiatric Association, 2013). 폭식행동은 비만, 신경성 폭식장애, 신경성 식욕 부진증에서 공통적으로 나타나는 이상행동이다(김미리혜, 2008). DSM-5에서 임상적 타당성이 입증되면서 ‘폭식장애’라는 독립적인 진단명으로 분류되었다. 폭식장애는 남성보다 여성에게서 더 높은 유병률을 보이며, 청소년과 대학생 나이대에서 흔하게 나타난다(American Psychiatric Association, 2013). 폭식행동을 보이는 사람들은 불편한 포만감이 느껴질 때까지 먹으며, 신체적인 배고픔이 느껴지지 않을 때도 많은 양의 음식을 먹는다. 이들은 자신이 얼마나 많이 먹고 있는지를 다른 이들에게 들키는 것이 두려워 혼자 먹는 것을 선호하기도 하며, 폭식 후에는 죄책감이나 우울에 빠지고 자기혐오를 느끼기도 한다(Garner & Garfinkel, 1997). 이처럼 폭식행동을 보이는 사람들은 대인관계 문제, 부정적인 자기평가 및 불쾌감 등을 경험하게 될 가능성이 높다. 또한 이들은 현재 섭식장애를 겪고 있거나 다른 심리적 문제를 함께 보일 가능성이 크며, 앞으로 심각한 장애로 발전될 소지가 크기 때문에 조기 발견하고 개입할 필요가 있다(김미리혜, 2008).

많은 선행 연구들은 우울, 불안, 그리고 분노와 같은 부정정서가 폭식행동을 일으키는 주된 요인이라고 설명한다(Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003; Stein et al., 2007). 실제로 폭식장애는 주요 우울장애, 불안장애와의 높은 공병률을 보고하고 있다(Castonguay & Oltmanns, 2013; Wonderlich,

Gordon, Mitchell, Crosby, & Engel, 2009). 특히, 여성이 남성보다 폭식행동 이전에 부정정서를 더 많이 경험하였다(Phillips, Kelly-Weeder, & Farrell, 2016). 이러한 폭식행동과 부정정서의 관계를 설명하는 모델로 회피이론과 정서조절이론이 있다. Heatherton과 Baumeister(1991)는 폭식행동을 부정정서에 대한 부적응적 처리방법으로 설명하고 있다. 즉, 폭식행동은 외부적 음식 자극에 초점을 맞추고 이를 통해 고통을 회피하려는 시도이다. 이와 유사하게 정서조절이론에서는 폭식행동이 위로와 주의전환을 제공하여 정서를 조절한다고 설명한다(김미리혜, 2008). 이처럼 폭식행동을 보이는 환자들은 부정적인 감정에 대처하기 위한 기제로 음식을 사용한다(Thompson, Berg, & Shatford, 1987). 따라서 폭식행동 치료에서 부정적인 경험에 대한 수용력을 높이는 것은 중요한 목표이다(Corstorphine, Mountford, Tomlinson, Waller, & Meyer, 2007).

고통 감내력은 고통스러운 내적 경험을 견뎌내는 능력을 의미한다(서장원, 권석만, 2015; Brown, Lejuez, Kahler, Strong, & Zvolensky, 2005; Simons & Gaher, 2005). 경험적 연구를 통해 고통 감내력과 다양한 심리 장애와의 관련성이 확인되었으며, 고통 감내력은 심리 장애의 공통적인 요인으로 주목받고 있다(Leyro, Zvolensky, & Bernstein, 2010). 섭식장애 환자들은 적응적인 방법으로 정서를 처리하는 것에 어려움을 겪기 때문에 섭식장애 치료에서 고통 감내력 증진은 중요한 치료적 요인이다(Corstorphine et al., 2007). 실제로 폭식행동을 보이는 사람들은 고통 감내력이 낮았고, 이들의 폭식행동은 부정정서를 해소하기 위해 나타나는 경향이 있었다(Anestis, Selby,

Fink, & Joiner, 2007). 치료과정에서 고통 감내력의 증진은 부적응적 회피행동을 감소시키며, 심리적 고통에도 불구하고 목표를 계속해서 추구하는 능력을 향상시켜준다. 이러한 능력의 향상은 행동적 및 기능적 결과를 증진시킨다(McHugh et al., 2014). 그러나 현재까지 고통 감내력에 대한 많은 연구는 낮은 고통 감내력이 결과적으로 심리적인 문제에 미치는 영향에 초점이 맞춰져 있으며, 일부 연구만이 치료적 개입을 통해 고통 감내력의 변화를 확인하고 있는 실정이다(McHugh et al., 2014).

폭식행동의 또 다른 예측요인으로는 정서적 섭식이 있다(Stice, 2002). 정서적 섭식은 우울, 불안, 분노와 같은 부정정서를 감소시키기 위해 음식을 섭취하는 행위이다(Arnou, Kenardy, & Agras, 1995). 정서적 섭식을 보이는 사람들은 정서적 곤란에 부딪힐 경우 과식이나 폭식을 보이는 경향이 있다(이임순, 1997). 이들은 부정정서를 감소시키고자 과도한 음식을 섭취하지만, 폭식 후 죄책감, 우울, 자기혐오, 체중 증가에 대한 두려움으로 인해 다시 부정정서를 경험하게 된다(Deaver, Miltenberger, Smyth, Meidinger, & Crosby, 2003; Garner & Garfinkel, 1997). 이러한 악순환의 고리를 끊기 위해서는 폭식을 유발하는 정서 상태를 파악하고, 완화시키는 것이 필요하다(전소라, 손정락, 2012).

폭식행동의 치료에는 인지행동치료, 약물치료, 대인관계 치료 등의 다양한 치료법들이 사용되고 있다(송혜정, 손정락, 2011). 이 중 가장 대표적인 치료는 인지행동치료(CBT: Cognitive Behavior Therapy)라고 할 수 있다. 그러나 인지행동치료를 통해 폭식증이 회복된 이후에도 음식에 관련된

강박적 사고, 부정적인 생각과 정서를 경험하게 되며, 높은 재발 위험성을 보고한다(Cooper, Fairburn, & Hawker, 2003). 또한 항우울제, 항경련제 등이 폭식행동의 빈도를 감소시키는 약물치료로 사용될 수 있으나, 약물치료의 부작용에 따른 문제가 있다(김준기, 1997; Fairburn, 1995). 이 외에도 대인관계 치료나 식이요법(diet-based treatment) 등이 이루어지고 있지만, 일부 환자에게서만 효과를 보이거나 음식에 대한 갈망이나 부정적인 사고 같은 내부적인 신호에 대한 수용력을 증진시키지 못한다는 점에서 한계점이 있다(Wilfley et al., 2002; Wood & Neal, 2007).

폭식행동의 유발 및 유지요인인 부정정서를 감소시키고, 고통 감내력을 향상시킬 수 있는 대안적인 방법으로 마음챙김 기반 치료가 있다(서장원, 권선만, 2015). 폭식증 환자들을 대상으로 한 마음챙김 기반 치료의 효과성은 일부 경험적 연구를 통해 입증되고 있다(Dalen et al., 2010; Kristeller, Baer, & Quilian-Wolever, 2006). 마음챙김 기반 폭식증 치료는 약물에 대한 부작용이 없고, 음식에 대한 욕구를 통제하기보다 수용하는 과정을 통해 폭식행동을 감소시킨다(Forman et al., 2007). 마음챙김은 지금-여기에서 일어나는 모든 것들에 대해서 또렷이 깨어있는 것(awareness)을 말하며, 모든 경험에 대해 생각(인지)과 욕구(동기)를 개입시키지 않고 주의를 주는 것이다(김정호, 2001, 2016, 2018). 마음챙김은 정서조절과 고통 감내력의 중요한 근간이 되는 기술이다(Kristeller, Baer, & Quilian-Wolever, 2006). 특히, 정서 마음챙김은 마음챙김의 대상을 정서에 둔 기법이다(김정호, 2001).

정서 마음챙김은 자신이 경험하는 정서를 회피

하지 않고 있는 그대로 바라볼 수 있게 해준다. 동시에 정서에 동요되지 않고 적절한 거리를 유지할 수 있도록 해준다(안정미, 김미리혜, 김정호, 2013). 정서 마음챙김은 명료한 정서 인식과 정서에 대한 신체적 요소, 인지적 요소, 행동적 요소를 체계적으로 관찰하는 것을 기본으로 한다. 정서 마음챙김의 구체적인 방법으로 정서 마음챙김 목록이 있다(김정호, 2001). 정서 마음챙김 목록은 정서 알아차림을 돕기 위해 우리가 경험하는 정서를 세분화하여 명명한 단어들로 이루어져 있다. 정서 마음챙김은 마음챙김의 대상인 정서를 비판 단적이고 있는 그대로 바라보는 과정이다. 정서 마음챙김 목록을 사용하여 마음챙김을 하게 되면, 자신의 정서를 더욱 명확하게 알 수 있다. 정서 마음챙김에서 중요한 점은 정서를 단순히 명명하는 것이 아니라 정서가 지금-여기에서 어떻게 경험되고 있는지를 관찰하는 것이다. 정서가 주관적 경험의 요소와 생리적 요소, 인지적 요소 및 행동적 요소 등을 포함하기 때문에 특정한 정서에서 자신이 주관적으로 무엇을 경험하며, 신체적 반응은 어떠한지, 어떠한 감각과 생각을 경험하는지 관찰하는 과정이 반드시 필요하다(신아영, 김정호, 김미리혜, 2010). 정서를 마음챙김하고 정서가 발생한 상황과 자신이 경험하는 부정정서를 기록하고 확인하는 것은 정서를 체계적으로 관리하고 효과적으로 조절할 수 있게 해준다. 적응적 정서 조절은 긍정적 대처전략 선택과 신체적 및 심리적 건강의 증진에 기여할 수 있으며(신아영 외, 2010), 효과적인 정서조절법을 배우는 것은 환자에게 문제 행동 개선을 위한 동기를 부여할 수 있다(김미리혜, 2008). 따라서 폭식행동 치료에서 기존 마음챙김 치료보다 정서 마음챙김 기반 치

료가 부정정서 및 정서적 섭식 감소와 고통 감내력 증진에 더 효과적인 것으로 기대된다. 정서 마음챙김 기반 폭식 개선 프로그램을 통해 증가된 정서 인식과 부정정서에 대한 수용력은 폭식행동을 유발하는 정서 상태의 파악과 부정정서 감소에 효과적인 것으로 기대된다(Bishop et al., 2004). 또한 정서 마음챙김 기반 폭식 개선 프로그램을 통해 증가된 고통 감내력이 부적응적 회피행동을 감소시켜 폭식행동을 효과적으로 개선할 것으로 예상된다(McHugh et al., 2014).

본 연구에서는 정서 마음챙김 기반 폭식 개선 프로그램이 부정정서, 고통 감내력, 정서적 섭식과 폭식행동에 미치는 효과를 알아보고자 한다. 본 연구에서 치료적 개입을 통한 고통 감내력의 변화를 확인하기 위해 자기보고식 고통 감내력 척도(DTS)뿐만 아니라 행동 반응 과제인 거울 보고 별 모양 따라 그리기 과제(MIPT-C)를 함께 사용하였다. 더불어 선별검사에 사용된 척도를 재사용함으로써 발생할 수 있는 혼입변인을 통제하여 정확한 폭식행동 수준을 평가하기 위해 선별검사에 사용한 신경성 폭식증 검사 개정판(BULIT-R) 외에 식이 장애 검사(EDI) 추가적으로 사용하였다.

## 방법

### 참여자

서울 및 경기권에 거주하는 여자 대학생을 대상으로 실시하였다. 참가자 모집을 위해 서울 소재 여자대학교 2곳의 온라인 및 오프라인 게시판과 섭식장애 온라인 커뮤니티 홍보 게시판에 홍보물과 선별검사를 포함한 온라인 설문지 링크를

게시하였다. 선별기준은 윤화영(1996)의 연구를 바탕으로 폭식증 검사-개정판(Bulimia Test Revised: BULIT-R)의 점수가 88점 이상인 경우, 폭식행동 성향을 가진 사람으로 보고 연구 참여 대상에 포함하였다. 단, 정신과적 병력이 있거나 현재 정신과 및 상담센터에서 약물치료 또는 심리치료를 받고 있는 대상 또는 현재 체중조절 및 식욕조절을 위해 약물을 복용하고 있는 대상은 제외하였다. 또한 현재 서울 및 경기권에 거주하고 있는 대학생이 아닐 경우에도 제외되었다.

### 측정도구

**신경성 폭식증 검사 개정판(Bulimia Test Revised: BULIT-R).** Smith와 Thelen(1984)이 DSM-III의 진단기준에 근거해 개발한 폭식증 검사를 Thelen 등(1991)이 개정한 자기보고식 척도이다. 본 연구에서는 윤화영(1996)이 번안한 것을 사용하였으며, 폭식증만을 측정하기 위해 체중조절 8문항을 제외한 28문항만을 사용하였다. 5점 Likert 척도로 평가된다. 국내 연구에서 윤화영(1996)은 88점 이상을 폭식행동 성향이 있다고 볼 수 있다고 하였으며, 121점이 넘으면 신경성 폭식증 진단 및 치료를 고려해보아야 한다고 하였다. 본 연구에서는 내적 합치도는 .94로 나타났다.

**식사 장애 검사 (Eating Disorder Inventory: EDI).** Garner, Olstead 및 Polivy(1983)에 의해 개발된 식사 장애 검사는 신경성 식욕부진증 및 신경성 폭식증과 관련된 행동 및 태도를 측정하기 위한 검사이다. 이 척도는 섭식과 체중에 관련된 행동과 태도를 평가하는 3개의 하위척도, 식사 행

동을 평가하는 1개의 하위척도 그리고 식사 장애의 원인에 관련된 심리적 특성을 평가하는 4개 하위척도로 구성되어있다. 본 연구에서는 한오수와 유희정(1991)이 EDI-2를 번역 및 수정한 척도 사용하였으며, 그중 EDI와 중복되는 64문항을 김철민(2005) 등이 요인 분석한 결과를 바탕으로 ‘폭식/과식’ 하위요인만을 사용하였다. 본 연구에서는 내적 합치도는 .80으로 나타났다.

**식이 행동 질문지(Dutch Eating Behavior Questionnaire: DEBQ).** 식이 행동 질문지는 정상 체중 및 과체중인 사람들의 섭식유형을 평가하기 위해 개발된 척도로, 5점 Likert 척도로 평가된다. 섭식 제한, 정서적 섭식, 외적 섭식의 세 가지 하위 척도로 구성되었다. 본 연구에서는 김효정, 이임순, 김지혜(1996)이 번역 및 수정한 척도를 사용하였으며, 분노, 두려움, 불안과 같은 부정적 상태가 식이 행동에 미치는 영향을 측정하는 정서적 섭식 하위요인에 해당하는 문항들만을 추출하여 사용하였다. 본 연구에서 내적 합치도는 .90으로 나타났다.

**정신건강 척도(Symptom Check List: SCL-90-R).** Derogatis(1997)에 의해 개발된 정신건강 척도는 간이정신진단 검사이다. 신체화, 불안, 우울, 적대감, 공포, 불안 등의 9개 차원으로 분류되어있으며, 5점 Likert 척도로 평가된다. 본 연구에서는 김광일, 김제환, 원호택(1984)이 한국판으로 표준화한 정신건강 척도를 사용하였다. 그중 우울과 불안 문항을 추출하여 사용하였으며, 점수의 범위는 우울이 0~40점, 불안이 0~52점이다. 본 연구에서 내적 합치도는 불안이 .91, 우울이 .92로

나타났다.

**고통 감내력 척도(Distress Tolerance Scale: DTS).** Simons와 Gaher(2005)가 부정 정서에 대한 감내력을 측정하기 위해 개발하였으며, 5점 Likert 척도로 평가된다. 본 연구에서는 박성아(2010)의 연구에서 번역 및 타당화한 척도를 사용하였으며, 하위요인은 조절, 감내력과 몰두, 평가의 세 가지 하위요인으로 이루어져 있다. 박성아의 연구에서 내적 합치도는 .92였으며, 본 연구에서 내적 합치도는 .92로 나타났다.

**거울 보고 별 모양 따라 그리기 과제(The Computerized Mirror-tracing Persistence Task: MTPT-C).** MTPT-C는 참가자들이 컴퓨터 마우스를 사용하여 별 모양의 선을 따라 그리기 과제이다(Strong et al., 2003; Quinn, Brandon, & Copeland, 1996). MTPT-C의 지속시간이 고통 감내력을 의미하는 지표이다. 본 과제는 모니터의 빨간 점과 실제 마우스의 방향이 반대로 움직이도록 프로그래밍되어 있다. 즉, 마우스를 오른쪽으로 움직이면 화면의 빨간 점이 왼쪽으로 움직이고, 마우스를 아래로 움직이면 화면의 빨간 점이 위쪽으로 움직인다. 더불어 과제의 난이도와 그로 인한 좌절감을 높이기 위해, 빨간 점이 별 모양의 선을 넘어가게 되거나 2초 이상 움직이지 않으면 시끄러운 버저음이 울리고 처음 시작 장소로 돌아가게 된다. 과제는 쉬움, 중간, 어려움의 3가지 난이도로 이루어져 있으며, 각 단계의 난이도를 올리기 위해 별 모양의 선의 두께가 점점 얇아진다. 참가자들은 ‘쉬움’, ‘중간’, ‘어려움’ 단계에서 단계마다 2분씩 의무적으로 과제를 수행하게 되

고 3번째 ‘어려움’ 단계를 마치면 30초 동안의 최종단계에 대한 안내문이 제시된다. 참가자들은 마지막 단계에서 컴퓨터의 ‘space bar’를 누르면 언제든지 과제를 종료할 수 있다는 것을 안내받는다. 안내 후 참가자들은 최종적으로 ‘어려움’ 단계를 다시 수행하게 되며, 마지막 단계의 최대 지속시간은 5분이다. 참가자들은 과제 시작 전에 최대 지속시간에 대한 정보를 받지 않는다. 이 마지막 단계의 지속시간이 정서적 고통 감내력을 의미하는 지표이다.

**한국판 개정된 인지적 및 정서적 마음챙김 척도(Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised: CAMS-R).** 인지적 및 정서적 마음챙김 척도는 Feldman 등(2007)이 마음챙김의 정도를 파악하기 위해 개발하였으며, 4점 Likert 척도로 평가된다. 본 연구에서는 조용래(2009)가 타당화한 척도를 사용하였다. 알아차림, 주의, 수용 세 가지로 하위척도로 구성되어 있다. 본 연구에서 내적 합치도는 .81로 나타났다.

## 절차

참가자 모집을 위해 2017년 8월 28일부터 9월 9일, 2017년 10월 10일부터 10월 20일까지 서울 소재 여자대학교 2곳의 온라인 및 오프라인 게시판을 통해 홍보하였고, 2017년 12월 25일부터 2018년 1월 5일까지 섭식장애 온라인 커뮤니티를 통해 홍보하였다. 총 3차례의 걸쳐 홍보를 진행하였다. 3차례의 걸친 홍보를 통해 총 105명이 선별 검사를 위한 설문지를 실시하였다. 이 중 42명이 참가자격에 맞지 않아 제외되었으며, 8명은 선별

검사 기준에 도달하지 못해 제외되었다. 마지막으로 프로그램 참여 여부를 재확인한 결과, 20명을 제외한 35명이 본 연구의 참가자로 확정되었다. 구체적으로는 D 학교에서 17명, S 학교에서 6명이 참여하였고 온라인 커뮤니티를 통해서 12명이 프로그램에 참가하였다. 최종적으로 선발된 35명의 참가자는 처치집단 17명, 대기통제집단 18명으로 무선할당 하였다. 프로그램 시작 초기 탈락한 1명(처치집단)과 사후검사 전에 탈락한 2명(대기통제집단)의 자료를 제외한 32명의 자료가 분석에 사용되었다. 사전검사 후 사전 면담에서 연구 참가자에게 연구의 필요성과 목적과 연구의 위험성 등에 대해 충분히 설명하였고, 모든 참가자에게 연구 내용과 연구 윤리 내용이 포함된 설명서에 동의하는 서명을 받았다. 처치집단의 프로그램 종료 후에 처치집단과 대기통제집단 모두에게 사후검사를 실시하였고, 3주 후 추수검사를 실시하였다. 추수검사 완료 후 모든 참가자들에게 소정의 상품을 지급하였다. 대기통제집단 참가자들에게는 추수검사 후 처치집단과 동일한 프로그램을 실시하였다.

### 프로그램 구성

본 연구에서는 2명 내외의 소집단 단위로 프로그램을 실시하였다. 주 2회, 총 6회기를 3주에 걸쳐 진행하였으며, 한 회기는 50분 내외로 진행하였다. 모든 프로그램은 D학교에서 진행되었다. 본 프로그램은 마음챙김 명상 매뉴얼(김정호, 2016)과 김정호(2001)의 연구를 기반으로 하였고, 이수진과 김미리혜(2015), 신아영 외(2010)의 연구를 참고하였다. 정서 마음챙김을 통해서 정서 알아차림과

정서조절에 도움이 될 수 있도록 구성하였다. 정서 마음챙김 수행을 돕기 위해 김정호(2016)에서 소개된 정서 마음챙김 목록을 활용하여 정서 마음챙김 일지를 제작하였다. 정서를 마음챙김하고 정서가 발생한 상황과 자신이 어떠한 부정정서를 느끼는지 기록하고 확인하는 것은 정서를 체계적으로 관리하고 조절할 수 있는 효과적인 방법이다(신아영 외, 2010). 따라서 정서 마음챙김 일지는 정서 마음챙김 목록과 함께 그 상황을 기록하는 형식으로 구성하였으며, 정서를 경험할 때마다 정서를 마음챙김하고 정서가 발생한 상황이나 자신이 느끼는 정서들을 기록하여 정서를 체계적으로 관리할 수 있도록 하였다. 정서 마음챙김 일지와 함께 정서 마음챙김 카드를 사용하였다. 휴대가 가능한 정서 마음챙김 카드를 사용하여 일상 생활에서 정서 마음챙김을 반복적으로 훈련할 수 있도록 하였다. 이처럼 적응적 정서조절에 대한 훈련을 통해 참가자가 긍정적 대처전략 선택할 수 있도록 하고, 나아가 신체적 및 심리적 건강의 증진 시킬 수 있도록 하였다(신아영 외, 2010).

프로그램 초반 5분~10분 동안 참가자가 작성해온 정서 마음챙김 일지들을 확인하고, 당시 정서를 어떻게 경험하고 관찰했는지 치료자와 함께 확인하였다. 정서 마음챙김은 정서가 주관적 경험의 요소와 생리적 요소, 인지적 요소 및 행동적 요소 등을 포함하기 때문에 특정한 정서에서 자신이 주관적으로 무엇을 경험하며 신체적 반응은 어떠한지, 어떠한 감각을 경험하는지 관찰하는 과정이 필요하다(신아영 외, 2010). 따라서 매회기 정서 경험 시 느낄 수 있는 신체적 반응과 감각에 관련된 명상을 함께 실시하였고, 이를 통해 정서를 경험할 때 변화하는 신체 감각을 알아차리

고 정서가 어떻게 경험되는지 관찰할 수 있도록 하였다. 마음챙김 명상은 프로그램 시작과 끝에 각 5분씩 총 10분 정도 실시하였으며, 참가자들에게 마음챙김 명상 문구가 녹음된 파일을 제공하여 일상생활 속에서도 훈련을 할 수 있도록 하였다. 프로그램은 본 연구자가 진행하였으며, 프로그램 진행은 마음챙김을 지도하며 마음챙김과 마음챙김 명상의 치료적 효과를 연구하는 건강심리전문가에게 지도감독 받았다. 또한 대학원에서 건강심리학을 전공하고 마음챙김과 마음챙김 명상 교육과정을 이수한 2명의 보조자에게 피드백을 받았다. 본 연구에서 실시한 정서 마음챙김 프로그램의 내용은 표 1과 같다.

### 분석방법

집단 간 동질성 검증을 위해 각 집단의 사전점수에 대한 독립 표본  $t$  검증을 실시하였다. 변인들의 처치 이후의 변화를 확인하기 위해 각 집단의 사전, 사후, 추수 측정치에 대해 혼합변량분석을 실시하였고, 집단과 시기의 상호작용 효과에 대한 효과크기를 제시하였다. 더불어 측정 시기에 따른 처치집단의 효과를 구체적으로 알아보기 위해 Fisher의 LSD 절차를 통해 사후개별비교를 진행하였다. 각 참여자에게 나타난 처치 효과가 신뢰로운 수준인지 검증하기 위해 거울 보고 별 모양 따라 그리기 과제를 제외한 종속 측정치에 대해 사전-사후 값과 사전-추수 값 간의 신뢰변화 지수(Reliable Change Index)를 산출하였고, 처치

표 1. 정서 마음챙김 기반 폭식 개선 프로그램 회기별 구성 및 내용

회기	주제	내용
1	프로그램 소개	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 프로그램 소개: 연구원 소개 및 프로그램 소개</li> <li>• 폭식에 대한 이해</li> <li>• 호흡 마음챙김 명상 실습</li> <li>• 소감 및 피드백 및 정서 마음챙김 기록지 소개</li> </ul>
2	정서 마음챙김의 이해	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 마음챙김 명상의 자세: 호기심의 자세, 꽃잎 그리기</li> <li>• 정서와 정서 마음챙김1: 폭식과 관련된 사고와 정서</li> <li>• 정서 마음챙김 실습</li> <li>• 소감 및 피드백</li> </ul>
3	정서와 몸의 관계 이해 정서조절과 마음챙김의 관계	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 마음챙김 명상의 자세2: 판단하지 않기, Let it be</li> <li>• 정서와 마음챙김2: 수용의 촉진과 비투쟁적인 자세</li> <li>• 정서와 관련된 몸 마음챙김 명상</li> <li>• 소감 및 피드백</li> </ul>
4	정서적 허기와 폭식의 관계 정서적 허기의 이해와 대처	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 정서적 허기와 폭식의 관계</li> <li>• 몸 마음챙김 실습</li> <li>• 소감 및 피드백: 정서목록 카드 사용 되짚어 보기</li> </ul>
5	부정정서 바라보고 수용하기 정서 마음챙김의 생활화	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 정서와 마음챙김3: 정서와 우리 몸의 반응</li> <li>• 고통 바라보기</li> <li>• 소감 및 피드백</li> </ul>
6	프로그램 마무리 정서 마음챙김적 자세 유지와 생활화를 위한 계획	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 프로그램 마무리</li> <li>• 실생활에서의 정서 마음챙김 실천 방법</li> <li>• 개인 목표 세우기</li> <li>• 정서 마음챙김 훈련의 유지 약속 및 종료</li> </ul>



반응률에 대한 집단 간 차이 검증을 위해  $\chi^2$ 검정을 실시했다. 본 연구의 자료는 SPSS 21.0을 이용하여 분석되었다.

## 결 과

### 동질성 검증

프로그램 실시 전, 두 집단의 동질성을 확인하기 위해 각 집단 사전 측정치에 대한  $t$ 검정을 실시하였다. 분석 결과, 모든 변인에서 두 집단 간 차이가 통계적으로 유의하지 않았다. 이에 대한 결과는 표 2에 제시하였다.

### 정서 마음챙김 기반 폭식 개선 프로그램이 부정정서, 고통 감내력, 정서적 섭식 및 폭식행동에 미치는 효과 검증

처치 이후 종속 변인들의 변화를 비교하기 위해, 변인마다 시기별 점수 평균과 표준편차를 산

출한 뒤, 혼합변량분석을 실시하였다. 이에 대한 결과는 표 3에 제시하였다. 이후 사후개별비교를 통하여 처치집단의 측정 시기에 따른 효과를 구체적으로 살펴보았으며, 이에 대한 결과는 표 4에 제시하였다.

혼합변량분석 결과, 마음챙김, 고통 감내력, 정서적 섭식에서는 시기의 주효과만이 통계적으로 유의하였다. 즉, 사전 시기에 비해 사후 및 추수 시기의 마음챙김, 고통 감내력, 정서적 섭식의 수준이 더 낮았다. 또한 부정정서, 폭식행동에서 집단 및 시기의 주 효과가 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 즉 부정정서, 폭식행동에서 처치집단과 대기통제집단 간 차이가 있었으며, 측정치는 검사 시기에 따라 유의한 변화를 보였다. 마음챙김, 부정정서, 고통 감내력, 정서적 섭식, 폭식행동에서 집단과 시기의 상호작용이 유의하였고, 효과 크기 또한 높은 수준으로 나타났다.

그러나 거울 보고 별 모양 따라 그리기 과제(MIPT-C)의 지속시간은 집단 및 시기의 주효과와 집단과 시기의 상호작용 모두 통계적으로 유의하지 않았다. 구체적으로 대기통제집단의 거울

표 2. 처치집단과 대기-통제 집단의 사전 동질성 검증

변인	정서 마음챙김 처치집단 ( $n=16$ )	대기통제집단 ( $n=16$ )	$t$	$p$	
	$M(SD)$	$M(SD)$			
마음챙김	22.37(3.75)	23.00(4.84)	-.408	.686	
부정정서	불안	15.00(8.15)	14.68(6.99)	.116	.908
	우울	26.12(9.50)	26.18(8.33)	-.020	.984
고통 감내력	43.37(9.65)	46.43(10.28)	-.868	.392	
거울 보고 별모양 따라 그리기	181.00(134.00)	164.00(133.00)	.368	.716	
정서적 섭식	47.81(4.16)	46.50(8.16)	.573	.571	
폭식행동	BULIT-R	109.12(12.12)	103.81(15.68)	1.072	.292
	EDI	43.06(4.04)	43.50(4.412)	-.292	.772

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

보고 별 모양 따라 그리기 과제(MIPT-C)의 평균 지속시간은 시기에 따라 점차적으로 감소하는 경향을 보였지만, 처치집단과 통제집단의 차이는 유의하지 않았다.

처치집단의 시기 별 차이에 대한 사후분석을

실시하였으며, 이에 대한 결과는 표 4에 제시하였다. 분산분석 결과 통계적으로 유의하지 않은 것을 보고 별 모양 따라 그리기 과제를 제외하고 사후 분석을 실시하였다. 사후분석 결과, 모든 변인이 사전-사후검사, 사전-추수검사 값 간에 유의

표 3. 각 변인별 집단과 시기의 분산분석 결과

변인		평균(표준편차)			집단(A) <i>F</i>	시기(B) <i>F</i>	A×B <i>F</i>	부분 에타 제곱 <i>pη</i> <sup>2</sup>	
		사전	사후	추수					
마음챙김	처치	22.38 (3.76)	27.69 (4.53)	27.00 (5.39)	2.22	18.02***	12.11***	.288	
	대기	23.00 (4.84)	24.13 (5.64)	22.63 (5.37)					
부정 정서	불안	처치	15.00 (8.16)	5.44 (4.35)	8.06 (13.88)	5.21*	8.46**	6.93**	.188
		대기	14.69 (6.99)	14.38 (7.05)	13.88 (6.49)				
	우울	처치	26.13 (9.51)	12.06 (8.68)	13.50 (12.17)	8.17**	13.45***	12.15***	.288
		대기	26.19 (8.37)	25.19 (11.71)	26.75 (9.33)				
고통 감내력	처치	43.38 (9.65)	56.19 (7.95)	55.63 (11.35)	3.79	12.15***	20.39***	.405	
	대기	46.44 (10.29)	44.94 (9.85)	44.69 (11.49)					
거울 보고 별모양 따라 그리기	처치	181.00 (134.00)	188.00 (115.00)	191.00 (142.00)	3.97	1.05	0.67	.042	
	대기	164.00 (133.00)	122.00 (112.00)	87.00 (103.00)					
정서적 섭식	처치	47.81 (4.17)	37.06 (6.05)	34.63 (10.42)	3.79	11.97***	6.65**	.314	
	대기	46.50 (8.17)	44.94 (12.14)	44.56 (11.22)					
폭식 행동	BULIT-R	처치	109.13 (12.13)	76.69 (16.12)	70.94 (17.66)	13.85**	28.85***	24.61***	.629
		대기	103.81 (15.68)	100.93 (12.46)	102.43 (14.22)				
	EDI	처치	43.06 (4.04)	33.00 (5.88)	31.75 (7.75)	17.76***	30.08***	22.13***	.424
		대기	43.50 (4.41)	42.56 (4.60)	42.75 (5.32)				

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

한 차이가 있는 것으로 나타났다. 신경성 폭식증 검사를 통해 측정된 폭식행동을 제외한 모든 변인에서 사후-추수검사 값 간에 차이가 없었다. 이는 처치집단에서 정서 마음챙김 기반 폭식 개선 프로그램의 효과가 추수검사 시기까지 지속되고 있음을 의미한다. 신경성 폭식증 검사를 통해 측정된 폭식행동의 경우, 사후검사 후 추수검사에서 측정치가 유의하게 더 감소한 것으로 나타났다.

### 신뢰변화지수

각 참가자의 처치 효과가 신뢰로운 수준인지

검증하기 위해, 거울 보고 별 모양 따라 그리기 과제를 제외한 모든 측정치에 대한 사전-사후, 사후-추수 검사 값의 신뢰변화지수를 산출하였다. 신뢰변화지수는 각 참가자의 사후-사전, 추수-사후 검사의 차이를 표준오차로 나누어 산출하였으며, 그 값이  $\pm 1.96$  이상일 경우 참가자들의 변화가 통계적으로 유의한 수준이라고 판단하였다 (Christensen, 1986). 그 결과는 표 5에 제시하였다. 이후 조건별 집단 간 처치 반응률 차이를 검증하기 위해서  $\chi^2$  검증을 실시하였다. 처치집단은 평균 68.78%, 대기통제집단은 평균 17.01%의 처치 반응률을 나타냈다. 조건별 처치 반응률에 대

표 4. 처치집단의 검사 시기에 따른 사후개별비교 결과

변인	시기	사전	사후	추수
마음챙김	사전(22.38)	-	-5.31***	-4.63***
	사후(27.69)		-	.69
	추수(27.00)			
부정 정서	사전(15.00)	-	9.56***	6.94**
	사후(5.44)		-	-2.63
	추수(8.06)			
우울	사전(26.13)	-	14.06**	12.63**
	사후(12.06)		-	-1.44
	추수(13.50)			
고통 감내력	사전(43.38)	-	-12.81***	-12.25***
	사후(56.19)		-	.56
	추수(55.63)			
정서적 섭식	사전(47.81)	-	10.75***	13.19***
	사후(37.06)		-	2.44
	추수(34.63)			
폭식 행동	사전(109.13)	-	32.44***	38.19**
	사후(76.69)		-	5.75*
	추수(70.94)			
EDI	사전(43.06)	-	10.06***	11.31***
	사후(33.00)		-	1.25
	추수(31.75)			

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

표 5. 두 집단의 사전-사후, 사전-추수 간 신뢰변화지수

변인	시기	신뢰변화지수(RCI)		$\chi^2$	
		처치집단 (n=16)	대기통제집단 (n=16)		
마음챙김	사전-사후	37.5% (6/16)	6.2% (1/16)	4.571*	
	사전-추수	37.5% (6/16)	0% (0/16)	7.385*	
부정 정서	불안	사전-사후	68.8% (11/16)	18.8% (3/16)	8.127*
		사전-추수	50.0% (8/16)	18.8% (3/16)	3.463*
	우울	사전-사후	62.5% (10/16)	18.8% (3/16)	6.348*
		사전-추수	69.0% (11/16)	13.0% (2/16)	10.494**
고통 감내력	사전-사후	75.0% (12/16)	6.2% (1/16)	15.676***	
	사전-추수	68.8% (11/16)	12.5% (2/16)	10.494**	
정서적 섭식	사전-사후	75.0% (12/16)	25.0% (4/16)	8.00*	
	사전-추수	75.0% (12/16)	25.0% (4/16)	8.00*	
폭식 행동	BULIT-R	사전-사후	93.8% (15/16)	25.0% (4/16)	15.676***
		사전-추수	100% (16/16)	18.8% (3/16)	21.895***
	EDI	사전-사후	75.0% (12/16)	25.0% (4/16)	8.00*
		사전-추수	75.0% (12/16)	25.0% (4/16)	8.00*

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

한  $\chi^2$  결과, 불안의 사후-추수의 처치 반응률을 제외한 모든 종속측정치에서 처치집단과 대기통제집단 간의 처치 반응률 차이는 유의한 것으로 나타났다. 따라서 임상적으로 신뢰로운 변화를 보인 개인의 비율은 처치집단에서 유의하게 높은 것으로 나타났다.

## 논 의

본 연구는 폭식 경향 여대생들을 대상으로 정서 마음챙김 기반 폭식 개선 프로그램이 부정정서, 고통 감내력, 정서적 섭식 및 폭식 행동에 미치는 영향을 검증하고자 하였다. 본 연구 결과에 대한 요약과 논의는 다음과 같다.

첫째, 처치집단은 대기통제집단에 비해 마음챙

김 능력이 유의하게 증가하였다. 사후분석 결과를 통해 처치 후 처치집단의 마음챙김 능력의 향상을 확인하였으며, 그 효과가 3주 후 실시한 추수검사에서도 유지된 것을 확인할 수 있었다. 이는 정서 마음챙김 기반 폭식 개선 프로그램이 참가자들의 마음챙김 능력을 유의하게 향상시킨 것으로 해석할 수 있다.

둘째, 처치집단은 대기통제집단에 비해 불안과 우울이 유의하게 감소하였다. 사후분석 결과를 통해 처치 후 처치집단의 불안과 우울의 유의한 개선 효과를 확인하였으며, 그 효과가 3주 후 실시한 추수검사에서도 유지된 것을 확인할 수 있었다. 이는 섭식장애 환자들과 폭식경향 여대생에게 마음챙김 명상을 적용한 선행연구와도 일치하는 결과이다(이수진, 김미리혜, 2015).

셋째, 처치집단이 대기통제집단에 비해 자기보고식 척도로 측정된 고통 감내력(DTS)이 유의하게 감소하였다. 더불어 사후분석을 통해 처치 후 처치집단의 고통 감내력(DTS)이 유의하게 개선되었으며, 그 효과가 3주 후 실시한 추수검사에서도 유지된 것을 확인하였다. 이러한 결과는 마음챙김이 정서적 각성을 감소시키며, 고통을 견디는 능력을 증진시킨다는 연구결과를 지지한다고 볼 수 있다(Sauer & Baer, 2012). Bishop 등(2004)은 마음챙김에서 심리적 고통을 수용하고 관찰하는 접근방법이 부정정서를 수용하고 처리하는 능력을 향상시킨다고 설명했다. 따라서 본 연구의 고통 감내력의 증가는 심리치료 프로그램을 통해 정서를 있는 그대로 바라보고 수용하는 능력이 향상된 결과로 해석할 수 있다. 반면에 처치집단은 대기통제집단에 비해 거울 보고 별 모양 따라 그리기 과제를 통해 측정된 고통 감내력이 유의하게

증가하지 않았다. 대기통제집단의 평균 과제 지속 시간이 시기에 따라 점차적으로 감소하는 경향을 보였지만, 혼합변량분석 결과, 처치집단과 통제집단의 차이는 유의하지 않았다.

넷째, 처치집단이 대기통제집단에 비해 정서적 섭식이 유의하게 감소하였다. 더불어 사후분석 결과를 통해 처치 후 처치집단의 정서적 섭식이 유의하게 개선되었으며, 그 효과가 3주 후 실시한 추수검사에서도 유지된 것을 확인할 수 있었다. 이러한 결과는 정서를 알아차리는 훈련과 적응적 정서조절에 대한 학습을 통해 긍정적 대처전략을 선택할 수 있게 된 결과로 보인다. 즉, 부정정서를 회피하기 위해 폭식 행동을 선택하지 않고, 정서를 알아차림하고 긍정적인 대처전략을 선택한 결과로 보인다. 이는 마음챙김 기반의 치료를 통해 향상된 알아차림과 정서조절 능력이 정서적 섭식을 감소시킬 수 있다는 전소라와 손정락(2012)의 연구 결과와도 일치하는 결과이다.

다섯째, 처치집단이 대기통제집단에 비해 폭식 행동이 유의하게 감소하였다. 또한 처치집단의 사후분석 결과, 신경성 폭식증 검사 개정판으로 측정된 폭식행동(BULIT-R)은 사전-사후에 유의하게 감소했으며, 사후-추수에도 유의하게 감소했다. 이는 처치 후 폭식행동(BULIT-R)이 유의하게 감소하였을 뿐만 아니라, 추수검사 이후에도 지속적으로 폭식행동(BULIT-R)이 감소한 것으로 보인다. 더불어, 처치집단의 폭식행동(BULIT-R) 평균 점수 확인 결과, 처치 전 ‘폭식행동 경향성이 높음’ 이상이었던 폭식행동 점수가 ‘폭식행동 경향성이 낮음’ 수준으로 감소한 것으로 나타났다. 식이장애 검사(EDI)를 통해 측정된 폭식행동에서도 처치효과가 추수검사 시기까지 유지된 것을 확인

하였다. 이러한 결과는 참가자들이 부정정서를 회피하거나 부적응적인 대처 방식을 사용하지 않고, 정서를 있는 그대로 알아차림하고 수용하게 된 결과로 보인다. 실제로 처치집단 참가자들은 부정정서 경험으로 인해 폭식 욕구가 올라올 때 그 순간에 자신이 경험하는 정서와 상황에 대해 알아차림하고 떨어져 보게 되어, 폭식 행동 조절에 도움을 받았다고 보고하였다. 이는 마음챙김을 통해 섭식과 관련된 상황과 정서에 대한 알아차림이 섭식문제를 감소시킬 수 있다는 연구결과를 지지한다(Timmerman & Brown, 2012).

마지막으로 신뢰변화지수(Reliable Change Index)를 통해 신뢰로운 처치 반응률을 보인 참가자를 확인한 결과, 처치집단은 대기통제집단에 비해 불안의 사후-추수 시기를 제외한 모든 종속측정치에서 더 신뢰로운 처치 반응률을 보였다. 처치집단은 평균 68.78%, 대기통제집단은 평균 17.01%의 처치 반응률을 보였으며, 처치집단의 신뢰로운 처치 반응률을 보인 참가자가 대기통제집단에 비해 더 높은 것으로 나타났다. 다만, 불안의 사후-추수 시기에서 처치집단과 대기통제집단의 차이가 통계적으로 유의하지 않았다. 이는 처치집단에서 사후에 신뢰로운 처치 반응률을 보였던 일부 참가자가 추수검사에서 신뢰로운 처치 반응률을 잃게 되어 발생한 결과로 해석된다. 그러나 불안의 사후-추수 시기에도 여전히 처치집단의 신뢰로운 처치 반응률을 보인 참가자의 평균이 대기통제집단에 비해 높았으며, 이를 제외한 모든 종속측정치에서 처치집단과 대기통제집단의 처치 반응률은 유의한 차이를 보였다. 따라서, 정서 마음챙김 기반 프로그램이 부정정서, 정서적 섭식 및 폭식행동 감소와 마음챙김, 및 고통 감내력 증

진에 의미 있게 기여한 것으로 여겨진다.

본 연구의 제한점과 후속 연구에서 고려할 사항은 다음과 같다. 첫째, 본 연구의 참가자는 여대생만을 대상으로 했기 때문에 임상군과 폭식행동을 보이는 다른 일반 대상에게 적용하는 것에 한계가 있을 수 있다. 실제로 폭식행동은 청소년기에도 빈번하게 발생하며, 폭식장애는 남성에게도 발생하고 있기 때문에 다른 집단에서도 본 연구의 결과가 적용 가능한지 확인할 필요가 있다. 둘째, 잘 통제된 연구의 수행을 위해 심리치료 위약 통제집단을 둘 필요가 있다. 본 연구에서는 대기통제집단에게 일정한 처치를 투입하지 않았기 때문에 특정한 치료의 효과인지 아니면 일반적인 심리적 위약 효과(psychological placebo effect)인지 구분하기 어렵다. 후속 연구에서는 대기통제집단 외에도 처치가 가해지는 대조집단을 포함하여 정서 마음챙김 기반 폭식 개선 프로그램의 효과가 심리적 위약효과 보다 더 높은 효과를 보이는지 확인해야 한다. 셋째, 본 연구에서는 폭식행동을 측정하기 위해 자기보고식 척도만을 이용하였다. 본 연구에서 고통 감내력을 측정하기 위해 자기보고식 척도와 행동적 과제를 함께 사용하였지만, 중요한 변인 중 하나인 폭식행동을 측정하기 위해 두 가지의 자기보고식 척도만을 사용하여 측정되었다. 신뢰로운 평가를 위해 두 가지 척도를 사용하였지만, 두 척도 모두 자기보고식 검사라는 것에 한계가 있다. 후속 연구에서는 실제로 참가자들의 폭식 빈도가 감소하였는지 확인할 수 있는 추가적인 측정 방식이 필요할 것이다.

이러한 제한점에도 불구하고 본 연구는 다음과 같은 의의를 가진다. 첫째, 폭식행동 경향을 보이는 여대생의 대상으로 정서에 초점을 맞춘 정서

마음챙김 기반 폭식 개선 프로그램을 개발하고 그 효과성을 확인하였다. 본 연구의 프로그램을 통해 폭식행동, 부정정서, 정서적 섭식을 감소시키고 고통 감내력을 증진시켰으며, 추수검사를 통해 정서 마음챙김 기반 폭식 개선 프로그램의 지속성을 확인하였다는 것에 의의가 있다.

둘째, 본 연구는 정서 마음챙김의 효과를 좀 더 신뢰롭게 검증하기 위해 연구 방법론상 추가적인 분석을 수행하였다는 것에 의의가 있다. 본 연구에서는 단순히 처치집단에 적용된 처치의 효과만 제시하지 않고, 추가적으로 처치집단과 대기통제 집단의 신뢰롭게 변화한 참가자들의 비율을 산정하였다. 실제로 효과를 보인 참가자 수를 구체적으로 확인하였고, 처치집단에서 신뢰롭게 변화한 참가자 비율이 대기통제집단의 비해 유의하게 많다는 것을 확인하였다. 또한 검사 시기에 따른 사후분석을 통해 사전-사후, 사후-추수 시기 간 처치집단의 정서 마음챙김 기반 폭식 개선 프로그램의 처치 효과를 구체적으로 탐색하였다. 따라서 본 연구에서는 다양한 분석 방법을 통해 정서 마음챙김 기반 폭식 개선 프로그램의 효과를 검증하였고, 정서 마음챙김 기반 폭식 개선 프로그램의 효과에 대한 구체적인 근거를 제시하였다.

셋째, 본 연구에서는 고통 감내력을 행동적 과제로 측정했다는 것에 의의가 있다. 국내 대부분의 연구에서는 고통 감내력을 측정하기 위해 자기보고식 척도만을 사용하였다는 것에 한계가 있다. Gross(2013)에 따르면, 섭식장애들 환자들의 정서적 반응에 대한 포괄적인 이해를 위해서는 다양한 측정 방법을 사용해야 한다고 설명했다. 따라서 본 연구에서 자기보고식 척도 이외의 행동적 과제를 통해 폭식경향 여대생의 고통 감내

력을 측정하였으며, 이를 통해 폭식경향을 보이는 이들의 정서적 반응을 포괄적으로 이해하고자 하였다는 것에 의의가 있다.

넷째, 치료적 개입을 통해 고통 감내력 수준의 증진을 확인하였다. 고통 감내력의 증진은 부적응적 회피행동을 감소시킨다. 또한 심리적 고통에도 불구하고 목표를 계속해서 추구하는 능력을 향상시켜주며, 이러한 능력의 향상은 행동적 및 기능적 결과를 증진시킨다(McHugh et al., 2014). 그러나 많은 선행연구는 고통 감내력의 수준이 결과적으로 심리적 문제에 미치는 영향에만 초점이 맞춰져 있다. 일부 연구만이 치료적 개입을 통한 고통 감내력의 변화를 확인하고 있는 실정에서, 본 연구는 폭식행동을 보이는 여대생을 대상으로 치료적 개입을 통해 고통 감내력의 변화를 확인했다는 점에서 의의가 있다(Leyro et al., 2010). 다만, 본 연구에서는 자기보고식 척도를 통해 측정된 고통 감내력의 증진만을 확인하였고, 행동적 과제를 통한 고통 감내력의 유의한 변화는 확인하지 못하였다. 그러나 Yiu, Christensen와 Chen(2018)의 연구에서 건강한 통제집단과 비교했을 때 섭식장애 환자들이 보고하는 부정정서가 고통 감내력을 측정하는 과제 중 하나인 PASAT-C 수행에 부정적인 영향을 미치지 않았다. 이러한 결과는, 폭식행동 치료에서 행동적 과제를 통해 측정된 고통 감내력 보다 주관적으로 보고하는 정서적인 고통에 대한 개입이 중요한 영역임을 의미한다. 따라서 본 연구에서 치료적 개입을 통해 섭식장애 치료에 중요한 정서적 고통 감내력의 증진을 확인하였다는 것에 의의가 있다.

## 참 고 문 헌

- 김광일, 김재환, 원호택. (1984). 간이정신진단검사 실시 요강. 서울: 중앙적성출판사, 1-39.
- 김미리혜 (2008). 폭식행동의 이해. 한국심리학회지: 일반, 27(3), 605-619.
- 김정호 (2001). 체계적 마음챙김을 통한 스트레스관리. 한국심리학회지: 건강, 6(1), 23-58.
- 김정호 (2016). 마음챙김 명상 매뉴얼. 서울: 솔과학.
- 김정호 (2018). 명상과 마음챙김의 이해. 한국명상학회지, 8(1), 1-22.
- 김준기 (1997). 폭식증의 인지행동치료. 대한정신약물학회지, 8(1), 23-41.
- 김철민, 박제민, 김성근, 김명정, 강철중, 김지훈 (2005). 한국어판 Eating Disorder Inventory 의 요인구조. 정신병리학, 14(1), 11-20.
- 김효정, 이임순, 김지혜 (1996). 식이 행동 질문지의 신뢰도, 타당도 연구. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 15(1), 141-150.
- 박성아 (2010). 경계선 성격장애 성향자의 정서에 대한 두려움과 고통 감내력. 서울대학교 대학원 박사학위 청구논문.
- 서장원, 권석만 (2015). 고통을 견디는 과정에 대한 이론적 고찰: 정동적 판단 모델의 개발. 한국심리학회지: 일반, 34(3), 641-666.
- 송혜정, 손정락 (2011). 수용전념 집단 프로그램이 폭식장애 경향이 있는 대학생의 분노, 스트레스 및 폭식행동에 미치는 효과. 한국심리학회지: 건강, 16(1), 15-27.
- 신아영, 김정호, 김미리혜 (2010). 정서 마음챙김이 여자 대학생의 정서인식의 명확성, 인지적 정서 조절과 스트레스 및 웰빙에 미치는 효과. 한국심리학회지: 건강, 15(4), 635-652.
- 안정미, 김미리혜, 김정호 (2013). 정서 마음챙김이 정신분열병 외래환자의 정서와 증상 및 삶의 질에 미치는 효과. 인지행동치료, 13, 193-210.
- 윤화영 (1996). 여대생의 폭식행동, 우울 및 귀인양식간의 관계. 가톨릭대학교 대학원 석사학위 청구논문.
- 이수진, 김미리혜 (2015). 마음챙김 명상이 섭식장애환자의 폭식, 신체 불만족, 우울 및 분노에 미치는 효과. 정신보건과 사회사업, 43(3), 58-81.
- 이임순 (1997). 정상인의 섭식유형 및 다이어트 양상. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 16(1), 87-100.
- 전소라, 손정락 (2012). 마음챙김 기반 인지치료 (MBCT) 가 폭식 경향이 있는 대학생의 폭식행동, 정서적 섭식, 정서조절곤란 및 감정표현불능증에 미치는 효과. 한국심리학회지: 건강, 17(4), 841-859.
- 조용래 (2009). 한국판 개정된 인지적 및 정서적 마음챙김 척도의 신뢰도와 타당도. 한국심리학회지: 임상, 28(3), 667-693.
- 한오수, 유희정 (1991). 식이절제 태도에 따른 심리적특성. 정신의학, 16(1), 21-28.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders*(5th ed). Washington, DC: Author.
- Anestis, M. D., Selby, E. A., Fink, E. L., & Joiner, T. E. (2007). The multifaceted role of distress tolerance in dysregulated eating behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 40(8), 718-726.
- Arnow, B., Kenardy, J., & Agras, W. S. (1995). The emotional eating scale: The development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *International Journal of Eating Disorders*, 18(1), 79-90.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241.
- Brown, R. A., Lejuez, C. W., Kahler, C. W., Strong, D. R., & Zvolensky, M. J. (2005). Distress tolerance and early smoking lapse. *Clinical Psychology Review*, 25(6), 713-733.



- Castonguay, L. G., & Oltmanns, T. F. (2013). *Psychopathology: From science to clinical practice*. New York, NY: Guilford Press.
- Christensen, L. (1986). A method of assessing change in a single subject: An alteration of the RC index. *Behavioral Therapy, 17*, 305-308.
- Cooper, Z., Fairburn, C. G., & Hawker, D. M. (2003). *Cognitive-behavioral treatment of obesity: A clinician's guide*. New York, NY: Guilford Press.
- Corstorphine, E., Mountford, V., Tomlinson, S., Waller, G., & Meyer, C. (2007). Distress tolerance in the eating disorders. *Eating Behaviors, 8*(1), 91-97.
- Dalen, J., Smith, B. W., Shelley, B. M., Sloan, A. L., Leahigh, L., & Begay, D. (2010). Pilot study: Mindful Eating and Living (MEAL): weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity. *Complementary Therapies in Medicine, 18*(6), 260-264.
- Deaver, C. M., Miltenberger, R. G., Smyth, J., Meidinger, A. M. Y., & Crosby, R. (2003). An evaluation of affect and binge eating. *Behavior Modification, 27*(4), 578-599.
- Derogatis, L. R. (1997). The SCL-90 scoring manual. Johns Hopkins School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit.
- Fairburn, C. G. (1995). *Overcoming binge eating*. New York, NY: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy, 41*(5), 509-528.
- Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J., & Laurenceau, J. P. (2007). Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 29*(3), 177.
- Forman, E. M., Hoffman, K. L., McGrath, K. B., Herbert, J. D., Brandsma, L. L., & Lowe, M. R. (2007). A comparison of acceptance-and control-based strategies for coping with food cravings: An analog study. *Behaviour Research and Therapy, 45*(10), 2372-2386.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1997). *Handbook of treatment for eating disorders*. New York, NY: Guilford Press.
- Garner, D. M., Olmstead, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders, 2*(2), 15-34.
- Gross, J. J. (2013). *Handbook of emotion regulation*. New York, NY: Guilford Press.
- Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin, 110*(1), 86-108.
- Kristeller, J. L., Baer, R. A., & Quillian-Wolever, R. (2006). Mindfulness-Based approaches to eating disorders. In Baer, R. A.(Ed.), *Mindfulness-Based Treatment Approaches: Clinician's Guide to Evidence Base and Applications*(pp. 75-92). San Diego, CA: Elsevier.
- Leyro, T. M., Zvolensky, M. J., & Bernstein, A. (2010). Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: a review of the empirical literature among adults. *Psychological Bulletin, 136*(4), 576-600.
- McHugh, R. K., Kertz, S. J., Weiss, R. B., Baskin-Sommers, A. R., Hearon, B. A., & Björgvinsson, T. (2014). Changes in distress intolerance and treatment outcome in a partial hospital setting. *Behavior Therapy, 47*(2), 232-240.

- Phillips, K. E., Kelly-Weeder, S., & Farrell, K. (2016). Binge eating behavior in college students: What is a binge?. *Applied Nursing Research, 30*, 7-11.
- Quinn, E. P., Brandon, T. H., & Copeland, A. L. (1996). Is task persistence related to smoking and substance abuse? The application of learned industriousness theory to addictive behaviors. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 4*(2), 186-190.
- Sauer, S. E., & Baer, R. A. (2012). Ruminative and mindful self-focused attention in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 3*(4), 433-441.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion, 29*(2), 83-102.
- Stein, R. I., Kenardy, J., Wiseman, C. V., Douchis, J. Z., Arnow, B. A., & Wilfley, D. E. (2007). What's driving the binge in binge eating disorder?: A prospective examination of precursors and consequences. *International Journal of Eating Disorders, 40*(3), 195-203.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 128*(5), 825-848.
- Strong, D. R., Lejeuz, C. W., Daughters, S., Marinello, M., Kahler, C. W., & Brown, R. A. (2003). *The computerized mirror tracing task, version 1*. Unpublished manual.
- Thompson, D. A., Berg, K. M., & Shatford, L. A. (1987). The heterogeneity of bulimic symptomatology: Cognitive and behavioral dimensions. *International Journal of Eating Disorders, 6*(2), 215-234.
- Timmerman, G. M., & Brown, A. (2012). The effect of a mindful restaurant eating intervention on weight management in women. *Journal of Nutrition Education and Behavior, 44*(1), 22-28.
- 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*(8), 713-721.
- Wonderlich, S. A., Gordon, K. H., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., & Engel, S. G. (2009). The validity and clinical utility of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders, 42*(8), 687-705.
- Wood, W., & Neal, D. T. (2007). A new look at habits and the habit-goal interface. *Psychological Review, 114*(4), 843-863.
- Yiu, A., Christensen, K., Arlt, J. M., & Chen, E. Y. (2018). Distress tolerance across self-report, behavioral and psychophysiological domains in women with eating disorders and healthy controls. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 61*, 24-31.

원고접수일: 2018년 8월 29일

논문심사일: 2018년 9월 4일

게재결정일: 2019년 3월 8일

한국심리학회지: 건강

The Korean Journal of Health Psychology

2019. Vol. 24, No. 2, 393 - 411

---

# The Effects of Emotion-Mindfulness based Binge Improvement Program on Negative Emotion, Distress Tolerance, Emotional Eating and Binge Eating Behavior of Binge Eating-Prone Women University Students

Cholong Han      Jung-Ho Kim      Mirihae Kim  
Duksung Women's University

The purpose of this study was to examine the effects of emotion-mindfulness based binge improvement program on binge eating behavior and its associated psychological factors in female university students. The participants of this study were university students who were prone to binge eating disorders. The students were selected based on scores on the BULIT-R (Bulimia Test Revised). 16 of the students randomly assigned to the emotion-mindfulness group and 16 in the wait-control group. The emotion-mindfulness based binge improvement program were administered for 6 sessions (50 minutes each, twice a week). All participants of the emotion-mindfulness group and wait-control group completed pre-test, post-test, 3 weeks follow-up test. Some of the measurements tools employed by the researcher include Bulimia Test Revised(BULIT-R), Eating Disorder Inventory(EDI), Dutch Eating Behavior Questionnaire(DEBQ), Symptom Check List(SCL-90-R), Distress Tolerance Scale(DTS), The Computerized Mirror-tracing Persistence Task(MIPT-C), and Cognitive and Affective Mindfulness Scale Revised(CAMS-R). The analysis of the results provided that the scores of anxiety, depression, distress tolerance, emotional eating and binge eating behavior in the emotion-mindfulness group significantly decreased compared to the wait-control group and the effects were maintained within a three-week follow-up period. However, on the Computerized Mirror-Tracing Persistence Task (MIPT-C) there was no significant change in the emotion-mindfulness group compared to the control group. In the RCI test, the treatment response rate was approximately 69.78% in the emotion-mindfulness group and 17.01% in the wait-control group. The RCI is appeared to be significant between groups. Finally, this study discusses the implications and suggestions for future research.

*Keywords: Emotion-mindfulness, binge eating, negative emotion, emotional eating, distress tolerance*