

청소년의 섭식장애와 가족기능과의 관계연구

정 영 선[†]

한국외국어대학교

본 연구는 청소년의 섭식장애와 가족기능과의 상관관계를 알아보고자 하였다. 내담자의 가족기능에 대한 내담자 및, 상담자의 관점 그리고 외부관찰자의 상호작용 관찰을 조사 비교하여 섭식장애와의 연관성에 대해 검토해 보았다. 연구 결과, 가족의 기능에 대한 내담자의 주관적인 평가와 상담자의 평가가 전반적으로 유의미한 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 내담자 가족 기능에 대한 상담자의 평가는 외부 관찰자의 상호작용분석을 통한 평가와는 다소 적은 연관성을 나타내 보였다. 반면에 내담자 자신이 평가한 가족의 기능정도와 외부관찰자의 평가는 가장 적은 상관관계를 가지는 것으로 나타났다. 내담자의 전반적인 심리적 부적응 정도와 가족의 역기능 정도는 상담자와 외부평가자 관점 모두에서 정적인 상관관계를 가짐을 보여 주었다. 그러나 내담자의 신체에 대한 부정적인 태도와 가족의 역기능 사이의 상관관계는 분명하게 드러나지 않았다. 폭식증의 경우, 가족기능에 대한 내담자의 주관적인 평가와 상담자의 평가는 내담자의 폭식증 증상의 정도와 상관관계를 보이지 않았다. 그러나 외부관찰자에 의한 상호작용에서는 둘 사이의 상관관계가 나타났다. 즉, 폭식증 내담자 가족의 상호작용이 대인 경계가 부적절하고 감정표현이 격렬하며 가족의 밀착이 약할수록, 내담자는 체중을 줄이고 칼로리를 적게 섭취하려고 하는 반 조정 행동의 경향을 심하게 보였다. 거식증에 있어서는 가족기능에 대한 내담자 평가와 상담자의 평가가 모두 거식증 정도와 정적인 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 또 외부관찰자에 의한 상호작용 관찰에서 가족의 밀착이 강하고 갈등회피 경향이 강하며 부정적 감정의 표현이 적을수록 거식증 내담자의 증상은 심하게 나타났다. 본 연구의 결과는 섭식 장애 내담자의 가족 관계가 다양한 관점과 접근 방법을 통해 통합적으로 측정되어야 함을 시사하며 나아가 섭식장애의 유형에 따른 가족 역동적 관계변인이 상담 및 치료에 고려되어야 함을 제안하고 있다.

주요어 : 가족기능, 섭식장애의 유형과 장애정도, 내담자 관점, 상담자 평정, 상호작용분석

[†] 교신저자 : 정 영 선, 한국외국어대학교 교육대학원 상담심리학과 강사
E-mail : estherjeong@hanmail.net

섭식장애는 서구 사회에 있어서 젊은 여성들 사이에서 가장 자주 발생하는 심인성 질병 중의 하나이다. 때문에 섭식장애를 다루는 상담과 심리치료의 필요성은 지난 10년간 급격히 증가하였고(Appel, 1998) 학문적인 연구와 방송매체들의 특별한 관심의 대상이 되었다.

섭식장애의 원인으로서는 여러 가지 요소들을 들 수 있는데, 지금까지 유전적, 사회문화적 영향들, 발달과정, 성격변인 그리고 가족이 변인으로 조사되고 연구되어져 왔다. 섭식장애의 심리적, 또는 심리 문화적 변인에서 관계역동적인 측면이 가장 고려되어지는데 이 관계 역동적 변인들은 청소년들이나 성인초기의 내담자들이 경험하는 원 가족에서의 경험과 밀접하게 관련이 있다. 섭식장애는 표면적으로는 개인적 장애의 성격이 강한 것 같지만 가족이라는 범위 안에서 발생하고 유지된다는 측면에서 가족이 중요한 의미를 갖는다. 특히 거식증의 생성발달과 유지에 관한 가족의 영향력에 대해서는 일찍부터 관찰, 서술되었는데(Bruch, 1973, 1985; Sperling, 1965) 이는 가족치료의 발달과 방향에 밑거름이 되었다. 나아가 가족 변인들은 자주 섭식장애 내담자를 위한 상담과 치료 그리고 섭식장애의 진행에 지대한 영향을 끼치며 긍정적인 변화는 물론 때로는 부정적인 방향으로의 변화 내지는 상담과 치료의 단절까지 가져오기도 한다(Dare & Eisler, 1995; Selvini-Palazzoli & Cirillo, 1999; Vanderlinden & Norre, 1992). 또한 가족을 상담 및 치료에 포함시킴으로 더 나은 결과를 가져왔다는 연구들도 있다(Jantschek & Jantschen, 1989; Vanderlinden & Vandereycken, 1989).

거식증의 가족관계 역동에 관한 연구에서 Massing, Reich와 Sperling(1994)은 거식증 내담자의 가족은 가족의 연대에 높은 가치를 두며

가족의 발달과 생활주기에 따르는 적절한 분리를 회피하는 경향이 있다고 주장한다. 이같이 강한 가족연대로 인해 가족으로부터의 분리는 가족 성원들에게 죄의식을 느끼게 한다고 보았다. Cierpka와 Reich(2001)에 따르면 거식증 가족은 강한 조화 내지 일치와 가족규칙을 가지고 있기 때문에 분노, 화, 질투, 시기 그리고 경쟁심과 같은 감정들을 나타내도록 허락하지 않으며 따라서 가족 내의 갈등수위도 낮다고 한다. 겉으로 드러나지 않는 이런 갈등들은 해결되지 않은 채 외부 세계에는 가족의 일치된 모습만을 보인다고 한다. Minuchin, Rosman과 Baker(1978)도 거식증 내담자의 가족이 지나칠 정도로 밀착된 관계를 가지며 영겨 불거나 녹는다고 표현될 정도의 강도 높은 상호작용을 한다고 보았다.

Diebel-Braun(1991)에 의하면 폭식증 내담자의 가족관계에서는 부모와 자녀간, 부부간 그리고 부모와 조부모간의 심한 갈등이 표면적으로 드러난다고 한다. 이 가족은 공격적 감정 표현도 심하고 격렬한 싸움과 불화, 관계단절, 별거 그리고 이혼 등이 잦다고 하였다. 반면 연대감과 밀착에 대한 욕구는 거식증 내담자의 가족처럼 강하지 않은 것으로 보았다. Reich(1992, 1994, 2001)와 Schmidt(1989)는 폭식증 내담자의 가족은 상호작용에서 흔히 부모와 자녀 그리고 형제간의 따뜻함과 서로간의 호의적인 반응이 부족하다고 말했다. 그들은 내담자의 관심과 신뢰 그리고 인정에 대한 욕구가 가족 내에서 대개 부모에 의해서 무시되거나 연약함의 한 표현으로서 받아 들여 진다고 하였다. Reich(2001)는 폭식증 내담자 가족의 주된 특징으로 격렬한 공격적 성격의 감정표현, 충동적인 행동, 신체적인 폭력과 약물복용의 경향을 꼽았다. 그는 섭식발작과 구토로 표현

되는 내담자의 폭식증 증상을 충동행동의 개념으로 이해했다. 또 부모에 의해 내담자의 사생활이나 정서가 무례하게 침해되는 등 대인 경계의 부적응과 규범과 가치의 모순도 흔히 볼 수 있다고 하였다(Schwartz, Barrett, & Saba, 1985).

Lundholm과 Waters(1991)는 그들의 임상연구에서 섭식장애와 가족관계 사이의 전반적인 상관관계를 밝히고 있는데 피험자들이 가족 관계를 부정적으로 평가할수록 그들의 섭식행동과 음식에 대한 관점이 왜곡된 것으로 나타났다. Larson(1991)에 의하면 가족의 역기능적인 의사소통양식은 내담자의 섭식행동과 신체에 대한 왜곡된 인지와 높은 상관성이 있었다. 다른 임상연구들에서는(Leung & Schwarzmann, 1996) 가족의 낮은 기능이 섭식장애 내담자의 자존감에 직접적으로 부정적인 영향력을 끼치고 섭식장애의 생성 및 발달, 그리고 다른 정신과적인 증상들을 촉진시키는 것으로 나타났다. 나아가 섭식장애를 가진 내담자가족은 감정표현에서도 역기능적인 면이 관찰되었는데 주로 약한 밀착, 약한 감정표현 경향 등이 발견되었다(Felker & Stivers, 1994). 이 연구는 또한 역기능적인 가족 구조가 섭식장애의 위험성과 상관성이 있음을 보여 주었다. 이 밖에도 섭식장애 내담자 가족은 자녀의 독립성이 장려되어야 할 때 통제하고 밀착관계가 필요할 때는 약한 밀착 내지 약한 연대를 제공 하는 경향을 보였다(Kog & Vandereycken, 1989).

한편 가족의 진단을 목적으로 하는 연구에서와 가족 관계를 연구하는 임상적 혹은 다른 집단들의 연구에서 어떤 자료를 연구의 대상으로 하느냐 하는 것은 상당히 중요하다. Olson(1981)에 따르면 실제 현상에 대한 어떤 정의 즉, 가족관계라는 실제현상을 연구함에

있어서는 가족을 보는 누구의 관점이 가장 중요한가 하는 것이 대단히 중요한 의미를 지닌다. 다시 말해 가족 관계에 직접 관여한 가족 구성원인가 아니면 외부에서 가족을 관찰하는 외부관찰자인가에 따라서 연구 자료는 크게 달라 질 수 있다. 나아가 자료의 성격이 가족 관계를 관찰하는 개인의 입장, 확신 그리고 인지 등에 바탕을 둔 주관적 자료인가 혹은 가족의 상호작용 등과 같은 행동양식을 코드체계를 가지고 관찰하는 객관적인 자료인가 하는 것도 연구 결과의 차이를 가져올 수 있다(Kog & Vandereycken, 1989a). 따라서 여러 임상가나 연구자들은 가족 관계의 다양한 측면과 가족 기능의 실재를 보다 정확하게 측정하기 위해 이런 다면적, 다방법적인 연구가 행해져야 할 것을 주장하고 있다. 그러나 지금까지는 가족 관계 연구에서 경제적, 시간적 한계로 인해 주로 한 가지나 혹은 최대 두 가지의 서로 다른 방법만이 사용되어 왔다. 또 가족 성원 중 어느 한 사람의 관점이나 혹은 조사자의 관점만이 자주 고려되었다. 이는 가족 관계 양상의 서로 다른 어떤 측면들이 간과되거나 혹은 가족 관계의 실체가 왜곡되어 진단되어질 수 있는 가능성을 내포하며 동시에 가족을 위한 치료적 개입에 있어서의 문제가 될 수 있음을 의미하기도 한다. 본 연구에서는 섭식 장애 청소년을 가진 가족의 기능 연구에서 지금까지 거의 행해지지 않은 세 가지 서로 다른 방법론, 즉 가족 성원 한사람(내담자)을 대상으로 한 설문지 조사방법과 가족병력을 기초로 한 가족의 발달을 상담자가 평정한 것 그리고 외부 관찰자가 가족의 상호작용 양식을 평가한 이 세 가지 방법들을 비교 연구하여 이들 상호간의 상관성여부를 살펴보고자 한다. 더 나아가 각 연구방법들을 통해 얻은 가족의 기

능 정도와 섭식장애의 유형 및 장애정도와의 상관성을 살펴보고 연구 결과가 상담 및 치료에 있어서 시사하는 바를 고찰코자 한다.

본 연구의 연구문제는 다음과 같다.

연구문제 1. 가족기능에 대한 내담자, 상담자 그리고 외부관찰자의 평가는 서로 상관관계가 있는가?

연구문제 1-1. 가족기능에 대한 내담자의 평가와 상담자의 평가 사이에는 상관관계가 있는가?

연구문제 1-2. 가족기능에 대한 상담자와 외부관찰자의 평가 사이에는 상관관계가 있는가?

연구문제 1-3. 가족 기능에 대한 내담자와 외부관찰자의 평가 사이에는 상관관계가 있는가?

연구문제 2. 내담자와 상담자 그리고 외부관찰자에 의해 평가된 가족기능과 내담자의 섭식장애 유형 및 장애정도와는 서로 상관관계가 있는가?

연구문제 2-1. 내담자와 상담자 그리고 외부관찰자에 의해 평가된 가족기능과 내담자의 심리적 장애정도와는 상관관계가 있는가?

연구문제 2-2. 내담자와 상담자 그리고 외부관찰자에 의해 평가된 가족기능과 내담자의 신체 상(像)의 왜곡과는 상관관계가 있는가?

연구문제 2-3. 폭식증 내담자와 상담자 그리고 외부관찰자에 의해 평가된 가족기능과 폭식증 내담자의 장애정도는 상관관계가 있는가?

연구문제 2-4. 거식증 내담자와 상담자 그리고 외부관찰자에 의해 평가된 가족기능과 거식증 내담자의 장애정도는 상관관계가 있는가?

방 법

연구대상

독일 괴팅엔대학 의과대학소속 가족치료 연구소의 섭식장애를 가진 내담자 60명(거식증 내담자 30명, 폭식증 내담자 30명)이 연구의 대상이 되었다. 연구집단은 1995년부터 2000년에 걸쳐 위 연구소에서 섭식장애로 개인 및 가족 상담 및 심리치료를 받은 내담자들로 연구자가 본 연구를 위해 위 연구소의 동의 하에 data base에서 무선으로 추출하였다.

내담자집단의 나이, 가족관계, 거주양식, 직업 등의 내담자 특성이 표 1에 나타나 있다.

측정도구

일반 가족검사지

Cierpka와 Frevort(1994)에 의해 표준화된 일반 가족검사지(Die Familien Boegen: FB-A)는 Epstein, Sigal과 Rackoff(1962)의 "Family Categories Schema"와 Steinhauer, Santa-Barbara와 Skinner(1984)의 "Process Modell of Family Functioning"을 기초로 가족의 기능을 측정하기 위해 개발된 자기 보고 형식의 검사지다. 이 검사지는 일곱 개의 서로 관련된 하위 척도들로 즉, "과제수행", "역할행동", "의사소통", "통제", "정서", "정서적 관계맺음", "가치와 규범"으로 이루어져 있다. 그리고 사회적 기대에 호응하려고 대답하려는 경향과 저항을 측정하기 위한 두 개의 열린 척도를 별도로 가지고 있다. 이 하위척도들은 각각 4개의 항목들을 가지고 있고 부가 척도들은 각각 6개의 항목들로 되어있다. 평가는 4단계의 평정척도로 이루어진다. 낮은 T-값(40이하)은 가족의 인지된 높은 기능정도 즉,

표 1. 내담자의 특성

내담자특성	집단	전체집단 (n=60)	폭식증집단 (n=30)	거식증집단 (n=30)
나이(SD)		20.4 (4.26)	21.7 (4.97)	19.4 (3.79)
가족관계				
미혼		58 (96.7%)	29 (96.7%)	29 (96.7%)
기혼		1 (1.7%)	-	1 (3.3%)
이혼		1 (1.7%)	1 (3.3%)	-
거주양식				
부모와 함께		31 (51.7%)	13 (43.3%)	18 (60%)
부모와 따로		29 (48.3%)	17 (56.6%)	12 (40%)
직업				
학생		27 (45%)	11 (36.7%)	16 (53.3%)
직업교육 중		6 (10%)	3 (10.0%)	3 (10.0%)
대학생		13 (21.7%)	9 (30.0%)	4 (13.3%)
직업교육마침		8 (13.3%)	4 (13.3%)	4 (13.3%)
실업상태		4 (6.7%)	2 (6.7%)	2 (6.7%)
자영업		1 (1.7%)	-	1 (3.3%)
답하지 않음		1 (1.7%)	1 (3.3%)	-

주. 외부관찰자 평가에는 전체 28명(거식증 17명, 폭식증 11명)의 내담자만이 포함됨

장점을 나타내고, 높은 T-값(60이상)은 가족의 인지된 약점 혹은 낮은 기능정도를 나타낸다. 7개의 척도들은 내용적으로 서로 관련이 있고 따라서 높은 상관관계를 나타낸다. 개개의 척도 값 외에 가족 기능정도의 전체 값도 구할 수 있다. 지금까지의 연구들은 이 가족 검사지를 가지고 임상적 집단과 비 임상집단을 분류할 수 있다고 보고하고 있다. 신뢰도(Cornbach's α)는 .51과 .75사이이고 척도 중 “가치와 규범” 척도는 .45로 비교적 낮은 신뢰도를 보이고 있다. Klann, Hahlweg과 Hank(1992)에 의해서 타당도 검사가 이루어 졌는데 비교적 만족할 만하다. 본 연구에서는 신뢰도를 따로 구하지 않았다.

간이정신진단검사

Derogatis(1977)에 의해 개발되고 Franke(1995)에 의해 표준화된 간이정신진단검사(Symptom Checklists-90- Revision: 이하 SCL-90-R)는 심리적인 고통과 증상에 기인한 심리적 통증의 넓은 스펙트럼을 측정하는 완전 표준화된 검사이다. 증상을 표시하는 90개의 짧은 문항으로 구성되어 있으며 그 90개의 문항에서 지난 7일 동안 느낀 증상의 정도를 5점 척도 상에서 표시하게 되어있다. 9개의 하위 척도는 신체화, 강박증, 대인예민성, 우울, 불안, 적대감, 공포불안, 편집증, 정신증이다. 현재 장애의 수준 또는 심리적 고통의 정도는 각 문항에서 1점 이상에 평정한 점수의 합계를 총 문항수로 나눈

점수인 전체 심도지수(GSI-Global Severity Index)로 표시된다. 하위척도의 내적 합치도 계수는 원 저자의 경우 .77과 .90사이의 높은 α 계수를 나타내 보였고 Franke(1995)가 보고한 것에 따르면 실험집단에 따라 조금씩 다르지만 .51과 .89사이였다.

섭식장애 증상진단 검사지

섭식장애 증상진단 검사지(Der Fragebogen zur Symptomdiagnose von Essstoerungen: 이하 FSE)는 부적응적인 섭식행동의 여러 가지 측면들을 측정하기 위한 자기 보고식 검사지로 Hettinger, Munz와 Jaeger(1990)에 의해 개발되었다. 50가지의 항목으로 되어 있으며 이 항목들은 7가지의 지침으로 나뉘어져 있다. 제 1지침은 체중과 몸매의 집중도, 제 2지침은 섭식통제시도, 제 3지침은 식습관의 폭식증 경향, 제 4지침은 체중감소 조치, 제 5지침은 남용도(향유품, 알콜, 약물과 의약품) 그리고 제 6지침은 장애정도, 제 7지침은 신체수용정도이다. 대부분의 항목들은 Likert 5점상에서 답하게 되어있고 그 외의 어떤 항목들은 양분적 응답의 가능성이 있고 어떤 항목들은 빈도, 체중, 키에 대한 응답, 그리고 내담자의 자유 응답 항목 등이다. 이 검사는 새로 개발된 검사로 아직 표준화가 되지 않았고 신뢰도, 타당도가 따로 조사되지 않았다. 그럼에도 불구하고 Froer(1994)는 일곱 개의 지침을 요인 분석하여 이론적 요소들이 각각의 지침들에 잘 반영된 것으로 보고하였다. 또 Froer(1994)는 지침 1,2,3 그리고 7의 항목들이 이미 타당도 검사가 된 Eating Attitudes Test(Garner & Garfinkel, 1979), Eating Disorder Inventory(Garner, Olmstead & Polivy, 1983) 그리고 Anorexia nervosa Inventar zur Selbstbeurteilung(Fichter & Keeser, 1980)과 .47과 .86사이의 상관

관계를 가지고 있음을 보고하였다. Hettinger와 Froer(1996)는 또한 FSE 검사를 토대로 섭식장애 증상의 심도를 측정할 수 있는 지수를 개발하였다.

섭식장애검사 - 섭식태도검사 - 자기보고식 거식증검사

Hettinger, Munz와 Jaeger(1991)에 의해 개발된 이 검사는 세 가지 각기 다른 검사들로 이루어져 있으며 섭식장애의 인지적, 정서적 측면을 측정함으로 앞의 FSE 검사를 보완하는 성격을 띄고 있다. 검사의 주를 이루는 것은 Meerman, Napierski와 Schultenkorff(1987)가 독일어로 번안한 섭식장애검사(Eating Disorder Inventory: 이하 EDI)인데 거식증과 폭식증의 심리적 그리고 행동적 특징을 측정한다. 64개의 항목으로 8개의 척도들로 구성되어 있다. 첫 3개의 척도는 날씬해지고자 하는 강박증, 폭식증 행동 그리고 내담자가 자신의 신체에 대해 갖는 불만족 등의 섭식장애의 증상들을 다루고, 나머지 5척도들은 비효율성, 완벽성, 대인 불신, 내향적 인식 그리고 성인이 되는 것에 대한 불안 등의 일반적인 심리병리학과 섭식장애의 병리적인 면들을 측정한다. 응답은 6단계로 구성되어 있고 0점부터 3점까지 점수가 주어진다(3=거의 항상, 2=자주, 1=자주, 0=때때로, 가끔 혹은 전혀). 원저자에 의해 개발된 검사는 알파계수가 .82와 .90사이를 보였고, 독일어로 번안된 검사는 .67과 .90사이였다. 섭식태도검사(Eating Attitude Test: 이하 EAT)는 내담자가 섭식에 대해 나타내는 경직성과 자기통제 그리고 내담자가 인지하는 다른 사람으로부터의 체중감소에 대한 압력정도를 측정한다. 이 검사는 하위척도의 내적 합치도가 .90을 보였고 여러 가지 형태의 섭식장애를 구분하는데 있

어서 높은 타당도를 나타냈다. 자기보고식 거식증 검사(Anorexia Nervosa Inventar zur Selbstbeurteilung: 이하 ANIS)는 거식증의 중요특성인 강박증과 완벽주의성향을 측정하고 내적 합치도 계수는 .66을 보였다.

사회환경조사서

Reich(1991)에 의해서 개발된 사회환경조사서(Sozialer Erhebungsbogen)는 내담자 가족의 3대에 걸친 중요한 자료, 예를 들면 가족 구성원의 출생과 사망연도, 결혼, 별거, 이혼, 교육정도, 직업 등의 자료를 얻는 것을 그 목적으로 한다. 이 검사는 또한 임상적 상담 기록을 통해 얻은 가족 병력사(Anamnese)를 보완하는 데 사용되어진다.

전반적 관계 기능 평가 척도

전반적 관계 기능 평가 척도(Global Assessment of Relational Functioning Scale: 이하 GARF)는 DSM-IV(APA, 1994)의 V축 GAF(Global Assessment of Functioning)의 아날로그에 제시된 척도로서 상담자가 내담자의 전반적인 관계의 기능 수준을 평가한다. 본 연구에서는 상담자가 내담자와의 면접을 통해 얻은 가족의 병력 기록(Anamnese)을 토대로 가족의 관계기능 수준을 평가하였다. 단일 문항 측정치로서 가족의 전반적 기능을 가족 관계가 이상적으로 잘 기능할 경우부터(높은 점수) 가족 관계가 파괴되고 비 기능적인 경우(낮은 점수)까지 1-100점 사이에서 평정한다. 가족관계의 일반적인 기능 수준은 상담자에 의해서 “문제해결”, “조직” 그리고 “정서적 분위기”의 세 가지 영역에서 평가된다. 점수는 1점부터 100점 사이에서 5 단계의 기능 수준으로 분류되는데 1점부터 20점까지는 가족 관계가 심하게 파괴되어 상호간

의 접촉과 연대가 더 이상 성립하지 않는 경우, 21점부터 40까지는 가족 관계가 매우 파괴되어 만족스러운 관계의 기간이 아주 드문 경우, 41점부터 60점까지는 만족스러운 가족생활이 간혹 있기는 하지만 불만족스럽고 기능이 저조한 관계가 주를 이루는 경우, 61점부터 80점까지는 가족관계가 완전히 만족스러운 정도로 기능하지는 않지만 종종 얼마동안의 기간 내에 많은 문제들이 해결될 수 있는 경우, 81점부터 100점까지는 가족관계가 내담자의 시각으로나 상담자의 시각으로 만족스럽게 잘 기능하는 경우이다. 이 도구는 현재 발달 과정 중에 있는 도구로서 만족할만한 내적 합치도를 보이고(GAP, 1996) 타당도에 대한 긍정적인 면을 보이는 연구결과(Dausch, Miklowitz & Richards, 1996)가 발표되었다. 본 연구에서는 신뢰도를 따로 조사하지 않았다.

괴팅엔 가족상호작용척도

괴팅엔 가족상호작용척도(Die Goettinger Familieninteraktions-Skalen: 이하 GIS)는 Riskin과 Faunce(1970, 1972, 1990)의 가족상호작용척도(Family Interaction Scales-FIS)를 Reich(1994)가 여러 번에 걸쳐 수정하고 확장한 것으로 가족의 상호작용양식을 조사하는 객관적, 비 반응적 그리고 미량 분석적 평정방법이다. 가족 성원 중 두 사람, 세 사람 혹은 전 가족의 상호작용 양식이 연구대상이 될 수 있다. 조사단위는 각 개인의 스피치(Speech)로 이를 적절하게 미량 분석적으로 코드화하기 위해 가족이 상담 장면에서 문제 상황을 놓고 어떻게 의사소통을 하는지 비디오로 녹음한 것을 분석한다. 가족은 치료자에 의해 그들의 실제의 삶에서 가진 문제 내지 갈등(real life event)에 대해서 의사소통을 하도록 요구되어진다. 코드체계는 먼저

양극성 주 범주로서 누가 누구에게 말함, 말을 끊음, 두 사람이 동시에 말을 함, 남의 말에 끼어듦, 행동을 하도록 요구함, 빈정댐 등에서 있다 혹은 없다 로 대답되어 질 수 있다. 그리고 4-5단계까지 나누어 평정할 수 있는 7개의 변인들 즉, 명백성, 주제, 입장표명, 합치, 정서적 강도, 관계, 정서적 반응이 코드체계에 반영된다. Reich(1994)는 여기에 갈등변인들을 부가시켰는데 과실과 수치심에 해당하는 내용들의 변인들로 아래와 같다. 책임을 부과함, 자책함, 변명함, 스스로 변명함, 수치감, 자기비하, 가치를 깎아 내림, 스스로가 자신의 가치를 깎아 내림, 위협 등이 있다. Riskin과 Faunce(1970)는 각 척도의 평정자간의 합치도가 89%-94%의 일치도를 보이는 것으로 보고했다. 본 연구에서는 Reich(1994)가 거식증과 폭식증 가족의 상호작용 연구를 위해서 개발한 가족의 “밀착”, “표현”, “대인경계”와 “갈등”의 네 가지 지수(Index)를 가설 검증에 위해 이용하였다. “밀착지수”는 가족 중 두 사람이 상호작용 중 서로 친절하고 존중하며 호의를 가지고 하는 speech의 횟수에서 부정적이고 양가감정을 표현하는 speech의 횟수를 뺀 값을 두 사람의 상호작용 빈도수로 나눈 값이다. “표현지수”는 강한 감정을 동반하여 표현하는 speech와 분명한 정서적 참여를 표현하는 speech의 횟수를 더한 값에서 감정의 동요가 거의 없이 표현되는 speech를 뺀 값을 상호작용 횟수로 나눈 값이다. “경계지수”는 말을 끊고 끼어들고 동시에 말하는 speech의 횟수를 상호작용 빈도수로 나눈 값이다. “갈등지수”는 위에서 언급된 밀착, 경계, 표현지수의 부정적인 speech에 비난, 모욕, 위협 등의 speech를 추가한 값을 상호작용의 빈도로 나눈 값이다. 그러므로 갈등지수는 가족의 의사소통이 어떤지를 가늠하는 대

표적인 성격을 띠는 지수이다. Stasch (1998)는 Reich(1994)의 수정된 척도로 조사한 상호작용 분석 비교연구에서 74%에서 83%의 일치도를 보고했다.

연구절차

먼저 연구자는 위 연구소에서 개발한 가족 병력사를 토대로 연구자와 다른 2인의 상담자(상담경력 15년 이상의 상담전문가 1명, 석사 과정 후 인턴십 과정의 상담자 1명)와 함께 60명의 내담자에게 전반적 관계기능평가의 평정 척도를 실시하였다. 상담자들은 먼저 전반적 관계기능평가척도의 설명지를 잘 읽고 채점 기준을 숙지하였다. 그 후 내담자의 가족병력 기록을 먼저 세 명의 상담자가 각자 읽고 가족의 기능을 평가하였다. 그 후에 세 명의 치료자가 토의를 거친 후 합의하여 각 각의 가족기능을 다섯 단계로 평정하고 점수를 부과하였다. 이를 위해 한 내담자에게 대략 90분씩 소요되어 총 90시간 정도가 소요되었다.

선별된 내담자의 가족기능 평가를 위해서 위 연구소에 이미 검사 처리되어 있는 내담자 60명의 일반가족검사지를 사용하였다. 이 내담자들은 상담 첫 회기 후 가족검사지를 받고 다음 상담 회기 때까지 가져오도록 과제로 받았다. 검사자들은 석사과정 학생들로 검사요강을 숙지한 후 검사를 채점하고 이렇게 채점된 검사는 상담전공 박사과정의 연구원들과 상담전문가의 감독을 받았다. 본 연구자는 검사의 정확성을 위해 채점의 정확여부를 다시 확인하였다.

외부관찰자 평가를 위해서는 60명의 내담자 중 가족상담을 한 17명의 거식증 내담자, 11명의 폭식증 내담자와 그 가족의 상호작용분석

자료를 본 연구자가 위 연구소의 동의를 얻어 사용하였다. 이 자료는 3명의 상담 및 심리치료 박사과정 학생들에 의해 위 연구소의 프로젝트 사업의 하나로 분석 처리되었다. 외부관찰자들은 먼저 기록된 상호작용분석 시의 기준사항을 숙지하고 상호작용분석에 대한 교육을 전문상담가로부터 받았다. 그리고 이 기준에 따라 가족들이 보여주는 실생활에서의 갈등상황을 묘사하는 상담 장면의 비디오 테잎 자료를 어록으로 작성하고 220 소절(speech) 이상 분석하였다. 이 자료를 상호작용 특징의 범주에 따라 코드화하여 이를 기초로 가족의 상호작용 측정치를 집계하였다. 평정과정에서 평정자간의 일치율을 위해 각 각의 내담자가족 사례마다 서로 토의하는 과정을 갖고 전문상담가로부터 감독을 받게 했다. 이 자료는 컴퓨터 프로그램에 의해 체계적으로 처리 분석되었다. 본 연구자는 자료의 입력과 분석에 있어서의 정확성 여부를 다시 검토하고 확인하였다.

그 외에도 간이정신진단검사와 사회환경조사서 그리고 섭식장애와 관련된 검사들이 본 연구를 위해 사용되었는데 이 검사들은 내담자들이 상담 첫 회기 후 과제로 받아 다음 회기 때까지 가져온 것을 상담자의 지도, 감독하에 석사과정의 학생들이 채점한 것이다. 이 검사들 역시 연구자가 연구소의 동의를 얻어 정확성 여부를 확인한 후 사용하였다.

자료처리

내담자의 심리적 부적응 및 나이가 가족기능평가와 섭식장애에 미치는 영향력을 조사하기 위해 선행연구를 실시하였다. 선행연구 실시 결과 폭식증 내담자에게 있어서는 나이가, 거식증 내담자에게는 심리적 부적응이 가족의

기능 평가와 섭식장애의 정도에 높은 영향력을 가짐이 확인되었다. 따라서 본 연구에서는 연구문제 2를 살펴보기 위하여 내담자의 나이와 심리적 부적응 정도(SCL-90-R의 GSI값)를 제 2와 제 3변인으로 놓고 이 두 변인의 영향력을 통제된 후의 가족기능과 섭식장애의 부분상관계수를 구하였다. 자료분석을 위해서 SPSS 11.0이 사용되었다.

결 과

내담자, 상담자 그리고 외부관찰자의 가족기능평가 상관관계

FB-A와 GARF의 상관관계(내담자와 상담자의 가족기능평가 상관관계)

표 2와 같이 전체 내담자 집단에서 가족 관계체계의 전체적인 기능을 나타내는 값인 GARF의 전체값과 FB-A의 전체값은 매우 유의미한 부적 상관관계를 보였다($r = -.58, p < .001$, 상관계수 r 이 -인 것은 FB-A의 점수가 높을수록 가족기능이 저하, 그와는 반대로 GARF는 점수가 낮을수록 가족기능의 저하를 의미하기 때문이다). 즉, 내담자의 관점과 상담자 관점은 전반적으로 매우 높은 수준에서 일치한다. 이는 두 도구의 하위변인들에서도 마찬가지인데 FB-A의 7개의 하위변인과 GARF의 3개의 하위척도들 간에도 유의미한 부적 상관관계가 보여 졌다. 특히 FB-A의 7개 변인들과 GARF의 “문제해결”척도와 “정서적 분위기”척도는 매우 유의미한 상관관계를 나타냈다. 그 중에서도 FB-A의 “의사소통”변인과 “정서적 관계수용”변인이 “GARF의 ”정서적 분위기“척도와 가장 유의미한 부적 상관관계를 보였다

표 2. FB-A와 GARF의 상관

FB-A GARF	전체값	과제수행	역할행동	의사소통	정서	정서적 관계수용	통제	가치와 규범
전체값	-.58**	-.40**	-.46**	-.53**	-.43**	-.48**	-.43**	-.46**
문제해결	-.51**	-.39**	-.44**	-.45**	-.37**	-.37**	-.35**	-.41**
조직	-.47**	-.28*	-.38**	-.44**	-.34**	-.40**	-.33**	-.39**
정서적 분위기	-.62**	-.42**	-.45**	-.56**	-.48**	-.55**	-.46**	-.46**

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

($r = -.56$, $r = -.55$, $p < .01$).

내담자 집단을 거식증과 폭식증으로 나누어 두 도구들의 상관관계를 살펴보았을 때 거식증 집단에서 FB-A와 GARF의 상관관계($r = -.64$, $p < .01$)가 폭식증 집단에서의 FB-A와 GARF의 상관관계($r = -.45$, $p < .01$)보다 훨씬 높았다. 두 도구의 관련 있는 하위변인에서의 상관관계에서도 같은 결과가 나왔다.

GIS와 GARF의 상관관계(외부관찰자와 상담자의 가족기능평가 상관관계)

표 3에서와 같이 전체 내담자집단에서 GARF는 GIS와 전반적으로 유의미한 상관관계가 있는 것으로 나타났다(GARF의 전체값과 GIS의 대푯값인 “갈등”지수의 상관계수 $r = -.40$, $p < .05$,

표 3. GIS와 GARF의 상관

GARF	GIS		대인 경계지수	밀착지수
	갈등지수	대인 경계지수		
전체값	-.40*	-.11	.38*	
문제해결	-.48**	-.14	.40*	
조직	-.34*	-.06	.44**	
정서적분위기	-.36*	-.07	.30	

* $p < .05$ ** $p < .01$

여기서 상관관계 계수 r 이 -인 것은 가족이 잘 기능하지 못할수록 GARF값이 낮기 때문이다. 그리고 GARF의 하위척도들 즉, “문제해결”, “조직”, “정서적 분위기”도 상호작용분석의 “갈등”지수와 “밀착”지수와는 대부분 유의미한 부적 상관관계를 가진 것으로 나타났다($-.30 < r < -.48$). 특히 GARF의 문제해결력과 GIS의 갈등지수는 유의미한 부적 상관관계, 다시 말해서 가족이 문제해결에 있어서 역기능을 나타낼수록(GARF의 “문제해결” 점수가 낮을수록) 상호작용에서 갈등이 심한 것으로 나타났다($r = -.48$, $p < .01$) 그리고 가족의 “조직” 기능과 상호작용에 있어서의 “밀착”은 유의미한 정적 상관관계를 보였는데 상담자가 내담자 가족을 잘 기능한다고 평가할수록 내담자 가족은 외부관찰자에 의해 밀착된 상호작용을 하는 것으로 나타났다($r = .44$, $p < .01$). 그러나 GARF의 하위척도들과 GIS의 하위지수 “대인경계”와는 어떤 상관관계도 보이지 않았다.

내담자 집단을 거식증과 폭식증으로 나누어 살펴보았을 때 GARF와 GIS의 상관관계에 있어 집단간에 차이가 있음이 나타났다. 폭식증 집단에서 GARF 전체값과 “문제해결” 척도가 GIS의 대푯값인 “갈등”지수와 각각 $r = -.52$ ($p < .05$), $r = -.58$ ($p < .05$)로 유의미한 상관관계를 보인데

비해 거식증 집단에서는 단지 약한 상관의 경향만을 보였다. 이는 상담자가 내담자 가족의 기능을 부정적으로 평가할수록 외부관찰자도 내담자 가족의 상호작용이 부적절하다고 평가하는 경향이 거식증 집단에서 보다도 폭식증 집단에서 더 강함을 의미한다.

FB-A와 GIS의 상관관계(내담자와 외부관찰자의 가족기능평가 상관관계)

표 4에서 보는 것과 같이 전체 내담자 집단에서 FB-A의 전체값은 GIS의 대푯값인 “갈등” 지수와 유의미한 정적 상관관계($r=.35, p<.05$)를 보이고 있다. 즉, 내담자가 전반적으로 가족기능을 낮게 평가할수록 상호작용분석에서 가족의 상호작용은 갈등이 심한 것으로 관찰되었다. 또한 FB-A의 하위척도인 “과제수행”, “역할행동” 그리고 “의사소통”과 GIS의 “갈등” 지수는 유의미한 상관관계($.33 < r < .43$)를 나타내 보였는데 이 중 “과제수행”과 “갈등”지수가 가장 유의미한 상관관계($r=.43, p<.05$)를 보였다.

내담자 집단을 거식증집단과 폭식증 집단으로 나누어 살펴보았을 때, 폭식증 집단에서 GIS의 “갈등”지수와 FB-A의 “과제수행”과 “역할행동”만이 각각 유의미한 정적 상관을 나타

내었다($r=.57, p<.05, r=.55, p<.05$). 이에 반해 거식증 집단에서는 두 도구간의 상관관계를 거의 짐작하기 어려웠다.

내담자 가족의 기능과 섭식장애정도의 상관관계

내담자, 상담자 그리고 외부관찰자의 세 가지 관점에서 측정된 내담자 가족의 기능은 내담자의 섭식장애정도와 어떤 상관관계가 있는지 살펴보고자 하였다. 섭식장애의 정도는 심리적 부적응 정도와 신체 상(像)의 왜곡정도 그리고 각 각의 섭식장애의 유형에 따른 장애의 정도를 통해 알아보았다. 심리적 부적응은 SCL-90-R의 전체심도지수(Global Severity Index), 신체상의 왜곡정도는 EDI-EAT-ANIS의 하위척도 “날씬해지려고 하는 강박(Drang duenn zu sein)”과 “신체에 대한 불만족(Koerperliche Unzufriedenheit)”을 두 집단에 동일하게 적용하여 알아보았다. 그리고 Hettinger와 Froer(1996)에 의해 개발된 장애정도지수(Schweregrad-Index)를 두 내담자 집단에 공통적으로 적용하여 섭식장애의 정도를 측정하였다. 그러나 거식증과 폭식증이 가지는 각기 다른 독특한 증상에 대해서는 그 장애정도를 알아보기 위해 거식증 집단에는 BMI(Body-Mass-Index)를, 폭식증 집단

표 4. FB-A와 GIS의 상관

FB-A \ GIS	전체값	과제수행	역할행동	의사소통	정서	정서적 관계수용	통제	가치와 규범
갈등지수	.35*	.43*	.33*	.37*	.13	.17	.29	.04
대인경계지수	.11	.18	.02	.21	-.05	-.02	.05	.15
밀착지수	-.17	-.22	-.25	-.16	-.09	-.05	-.19	.08
표현지수	.17	.22	.10	.12	.22	-.02	.10	.13

* $p<.05$

에는 FSE의 하위척도인 “폭식증 행동”과 “반(反) 조정 행동” 그리고 “침해도(侵害度)”를 가지고 알아보았다. 지금까지의 가족의 기능과 섭식장애의 상관성연구에서 종종 내담자의 나이와 심리적 부적응이 가족의 기능보다 섭식장애의 직접적인 원인으로 밝혀졌다(Thienemann & Steiner, 1993; Blouin, Zuro, & Blouin 1990). 때문에 본 연구에서는 내담자의 나이와 심리적 부적응의 영향력을 통제한 상태에서 가족기능과 섭식장애정도의 상관관계를 살펴보았다.

가족기능과 내담자의 심리적 부적응간의 상관관계

FB-A, GARF 및 GIS와 SCL-90-R의 상관을 구한 결과는 표 5와 같다.

먼저 전체 내담자 집단에서 FB-A의 전체값과 SCL-90-R의 GSI(Global Severity Index)는 내담자의 나이를 통제했을 때 $r=.33(p<.05)$ 의 유의미한 정적상관을 보임으로써 내담자가 가족의 기능을 부정적으로 평가할수록 내담자 자신의 심리적 부적응 양상이 심함을 나타내었다. 폭식증 집단($r=.32, p<.05$)보다 거식증 집단($r=.37, p<.05$)에서 그 상관관계가 다소 높은 것으로

표 5. FB-A, GARF 및 GIS와 SCL-90-R의 상관

	내담자집단	GSI
FB-A 전체값	전체집단	.33*
	거식증	.37*
	폭식증	.32*
GARF 전체값	전체집단	-.18
	거식증	-.16
	폭식증	-.19
GIS 갈등지수	전체집단	.34*
	거식증	.33
	폭식증	.13

로 나타났다. 전체 내담자 집단에서 GARF의 전체값과 GSI는 나이를 통제했을 때 유의미한 상관관계를 보이지 않았다. 이는 집단을 나누어 살펴보았을 때도 마찬가지였다. 상호작용분석(GIS)의 대푯값인 “갈등”지수와 GSI는 전체집단에서 유의미한 정적 상관관계를 보였다($r=.34, p<.05$). 집단을 나누어 살펴보았을 때, 폭식증 집단에서 “대인경계”지수만이 GSI와 유의미한 정적 상관관계($r=.59, p<.05$)를 보였다.

가족기능과 신체 상(像)의 왜곡정도와의 상관관계

FB-A, GARF 및 GIS의 EDI-EAT-ANIS의 하위척도 “날씬해지고자 하는 강박”과 “신체에 대한 불만족”과의 상관은 표 6과 같다.

GARF의 전체값은 하위척도 “날씬해지고자 하는 강박”과 유의미한 정적 상관관계를 보였다. 이는 상담자가 내담자의 가족을 기능적으로 평가할수록 내담자들은 신체에 대한 상(像)이 왜곡되어 있음을 나타내준다. 거식증과 폭식증으로 집단을 나누어 살펴보았을 때, 폭식증 집단에서는 GARF 전체값이 내담자의 신체에 대한 불만족($r=.33, p<.05$)과 정적으로 유의미하게 상관이 있는 것으로 나타났다. FB-A의 전체값 및 GIS의 갈등지수와 위의 두 척도와의 상관관계는 전체집단과 각 각의 하위 집단에서 거의 추측할 수 없었다.

가족기능과 섭식장애정도와의 상관관계

표 7은 폭식증 집단의 FB-A, GARF 및 GIS와 FSE 하위척도 “폭식행동”, “반(反) 조정 행동”, “침해도(侵害度)” 및 장애심도지수(Severity-Index)와의 상관 결과이다. 여기서 내담자의 나이와 심리적 장애정도의 영향력은 위에서 언급된 바와 같이 통제되었다. 폭식증 내담자의 FB-A

표 6. FB-A, GARF 및 GIS의 “날씬해지고자 하는 압박”과 “신체에 대한 불만족”척도와와의 상관

	내담자집단	날씬해지고자 하는 압박	신체에 대한 불만족
FB-A 전체값	전체집단	-.17	-.02
	거식증	.02	.16
	폭식증	-.20	.17
GARF 전체값	전체집단	.22*	.19
	거식증	.30	.03
	폭식증	.30	.33*
GIS 갈등지수	전체집단	-.04	.06
	거식증	-.14	.25
	폭식증	-.55	-.43

* $p < .05$

표 7. 폭식증 집단의 FB-A, GARF 및 GIS와 FSE 하위척도 및 장애심도지수와의 상관

FSE	반조정행동	폭식행동	침해도	장애심도지수
FB-A 전체값	-.25	.06	-.09	-.07
GARF 전체값	.12	.09	-.18	-.13
GIS				
갈등지수	.18	-.28	.18	.06
대인경계지수	.64*	-.41	-.00	-.32
밀착지수	.13	-.01	-.17	-.47
표현지수	.67*	-.32	.07	-.34

* $p < .05$

의 전체 값과 GARF 전체값은 위의 세 하위척도들 및 심도지수와 거의 어떤 관련성을 나타내 보이지 않았다.

그러나 상호작용분석(GIS)에서 “대인경계”지수와 “표현”지수가 FSE의 “반(反) 조정행동”과 각각 유의미한 정적 상관($r=.64$, $p<.05$ 와 $r=.67$, $p<.05$)을, 그리고 “밀착”지수와 섭식장애 심도지수와는 높은 부적 상관($r=-.47$)을 나타내 보였다. 즉, 외부관찰자에 의해 관찰된 가족의 의사소통양식에 있어서 대인경계가 부

적절 할수록 또 가족이 부정적인 감정을 강하게 표현할수록 폭식증 내담자의 반(反) 조정행동이 강하고, 가족의 밀착정도가 낮을수록 폭식증의 증상이 심하게 나타났다.

표 8에서와 같이 거식증 내담자의 FB-A의 전체 값 및 GARF의 전체 값은 섭식장애 심도지수와의 상관에서 근소한 차이로 유의미한 수준에 미치지 못한 반면($r=.28$, $p=.07$, $r=-.31$, $p=.06$), BMI 값과의 상관관계는 적은 것으로 나타났다. 이는 내담자와 상담자가 가족 기능

표 8. FB-A, GARF 및 GIS와 섭식장애 심도지수 및 BMI간의 상관

	BMI	섭식장애 심도지수
FB-A 전체값	-.13	.28
GARF 전체값	.18	-.31
GIS		
갈등지수	.33	-.36
대인경제지수	-.06	.02
밀착지수	-.40	.41
표현지수	.38	-.43

을 부정적으로 평가할수록 거식증 장애의 정도가 심하나 가족의 기능과 내담자의 체중사이에는 어떤 직접적인 연관성을 찾을 수 없음을 의미한다. GIS에 나타난 결과로는 “밀착지수” 및 “표현지수”가 거식증 심도지수와 근소한 차이로 유의미하지는 않았지만 높은 상관을 보여 주었고($r=.41, p=.07, r=-.43, p=.06$) 체중과도 높은 상관을 보였다($r=-.40, p=.07, r=.38, p=.08$). 갈등지수와 거식증 심도지수 및 체중과는 각각 상관의 경향만을 나타냈다($r=-.36, p=.10, r=.33, p=.11$). 즉, 가족이 밀착되고 부정적인 감정을 잘 표현하지 않으며 갈등을 회피할수록 거식증 내담자의 증상은 심하고 체중은 낮아짐을 보였다.

논 의

본 연구에서는 먼저 방법적인 면에서 볼 때 지금까지 섭식장애 가족관계 연구에 있어 거의 현실화 시키지 못했던 다 방법적, 다면적 연구를 적용했다는 점에서 그 의의를 찾을 수 있겠다. 지금까지는 주로 섭식장애 가족의 관

계를 어느 한 관점에서만 보는 경우가 많았고 많아야 두 관점에서 보는 것이 일반적이었다. 자기 보고식 검사지 형식의 내담자의 관점은 시행상의 이점과 비교적 경제성이 높다는 등의 이유로 연구 자료의 가장 많은 부분을 차지해 왔다. 그런데 내담자의 자기 보고식 검사는 사회적으로 바람직한 방향으로의 응답 가능성과 가장하여 대답할 수 있는 가능성 때문에 신뢰할 만하고 개별화된 검사를 하기가 어렵다고 보았다(Jacob & Tennenbaum, 1988). 또한 연구 자료의 성격 즉, 경험에 기초한 주관적인 자료를 취할 것인지 아니면 행동을 관찰한 객관적인 자료를 택할 것인지에 따라서 연구 결과가 많이 달라졌다. 따라서 학자들 사이에서는 가족 관계를 여러 가지 방법과 측면을 고려하여 측정하는 것의 필요성과 중요성이 계속 강조되어 왔다(Reich, 2003a). 본 연구는 이런 문제점을 보완하고자 가족의 기능을 평가하는 내담자와 상담자 그리고 외부관찰자의 세 관점을 고려하였고 또 자기보고형식의 검사지와 상담자의 주관적 평가를 토대로 한 평정척도 그리고 가족의 상호작용행동을 기초로 외부관찰자가 측정한 객관적 성격의 평정척도의 세 가지 도구를 이용하여 가족의 기능을 측정하였다. 이로써 가족 관계의 다양한 측면을 다양한 방법으로 조사, 비교함으로써 가족 관계를 실제에 좀 더 가깝게 측정하였다고 본다.

우선 본 연구에서 내담자와 상담자의 가족 기능평가는 높은 상관을 보였다. 다시 말해 내담자가 자신의 가족의 기능을 부정적으로 측정할수록 상담자 또한 가족의 기능을 낮게 평가하였다. 이는 가족 구성원의 주관적 관점(Insider-Perspective)과 외부 관찰자의 관점(Outsider-Perspective)사이에는 약한 연관성 혹은

거의 연관성이 없다는 지금까지의 대부분의 연구결과들과는 상반되는 것이다. 따라서 본 연구의 대상 집단은 사회적으로 바람직한 방향으로의 응답가능성과 가장해서 대답했을 가능성이 비교적 적은 집단으로 볼 수 있는데 특히 FB-A와 GARF의 이론적 모델이 서로 다르다는 것을 생각할 때 더욱 그렇다. 그러나 본 연구의 대상 집단이 내담자가 이미 섭식장애로 진단된 임상 집단이기 때문에 자기를 열고 문제를 시인하는 자세가 높았을 것이라고 짐작된다. 또한 Graw(1995)가 지적한대로 가족의 역기능을 인식하는 것이 가족치료를 받기 전 심리치료적인 처치로 인한 것인가 하는 의문이 제기될 수 있는데 본 연구 집단에서 치료경험이 있는 내담자가 치료경험이 없는 내담자보다 가족기능을 더 부정적으로 평가하지 않는다는 것이 확인되었다. 따라서 섭식장애 내담자들을 대상으로 자기보고식검사와 임상면접 자료가 높은 상관을 보여 주었다고 보고한 Steiger, Leung, Ross와 Gulko(1992)의 연구결과와는 본 연구를 뒷받침한다.

상담자의 가족기능평가와 외부관찰자의 상호작용분석은 전체적으로 그리고 하위변인에서도 서로 간에 유의미한 높은 상관을 보였다. GARF의 하위척도들 즉, “문제해결”, “조직”, “정서적 분위기”가 상호작용분석의 “갈등”지수와 “밀착”지수와는 대부분 유의미한 상관관계를 가진 것으로 나타났다. 그러나 하위변인에서 GARF의 “조직”과 GIS의 “대인경계”는 상관을 보이지 않았는데 이는 두 변인들이 각각 다른 측면의 가족관계를 측정하는 것으로 추측된다.

내담자 평가와 외부관찰자의 평가는 관점간의 상관관계가 가장 희박함을 나타냈다. FB-A의 전체값과 갈등지수는 유의미한 상관관계를

보였지만 하위변인들에서는 FB-A의 “과제수행”, “역할행동” 그리고 “의사소통”만이 GIS의 “갈등”지수와 유의미한 상관관계를 나타내 보였다. 이것은 추측컨대 두 도구가 서로 다른 이론적인 모델을 그 배경으로 하고 있기 때문으로 추정된다. 다시 말해 내담자의 주관적인 가족기능평가인 FB-A는 내담자 가족의 전반적인 기능을 측정했다면 GIS는 내담자 가족의 세분화된 행동 특징들을 측정하는데 더 적합한 것으로 보인다. 내담자를 대상으로 한 설문지 검사지와 외부관찰자에 의한 상호작용분석으로 가족 관계를 조사하여 비교 분석한 Kog과 Vandereycken의 연구에서도 위와 유사한 결과를 보였다.(1989a, 1989). 그러나 다른 한편으로는 가족 기능에 대한 내담자와 외부관찰자의 관점이 서로 다름을 시사한다고 볼 수 있다. Reich(2003a), Mattejat 와 Scholz(1994), 그리고 Koetter와 Nordmann(1996)도 내담자와 외부관찰자의 관점이 서로 큰 차이가 있다는 연구결과를 발표했는데 이는 본 연구 결과를 뒷받침한다고 할 수 있겠다.

내담자 집단을 거식증과 폭식증으로 각 나누어 살펴본 결과 아래와 같은 흥미로운 사실이 발견되었다. 즉, 폭식증 집단에서 내담자 관점과 상담자 관점을 외부관찰자의 관점과 상관시켰을 때 거식증 집단에서 보다는 더 높은 상관이 나타났다. 반면에 거식증 집단에서는 내담자 관점과 상담자 관점이 폭식증 집단에서 보다는 더 높은 상관을 보였다. 여기서 추측할 수 있는 것은 폭식증 내담자와 그 가족은 기능의 부적절함을 상호작용에서 즉, 행동적으로 나타내 보이는 반면, 거식증 내담자와 그 가족은 행동적인 면에서 보다 오히려 주관적인 인지와 경험의 측면에서 나타낸다는 것이다. 이것은 각 집단의 가족의 기능정도를

섭식장애의 심도와 연결시켰을 때도 동일하게 나타났다.

내담자 나이의 영향력을 통제했을 때 내담자가 평가한 가족의 역기능과 내담자의 심리적인 부적응은 전반적으로 높은 정적 상관관계를 보였다. 특히 거식증 내담자의 가족 기능 평가와 내담자의 심리적 부적응이 가장 높은 상관관계를 보였다. 여기에서 가족의 기능과 섭식장애 정도의 관계를 알아보기 위해서는 내담자의 심리적 부적응의 영향력을 통제해야 할 필요성을 보게 된다. 가족의 기능에 대한 상담자의 관점과 외부 관찰자의 관점은 내담자의 심리적 부적응과 약한 상관관계를 보이거나 혹은 전혀 상관관계를 추측하기가 어려웠다. 특히 외부 관찰자의 관점에서는 “갈등” 지수 보다 오히려 “대인경계” 지수에서 내담자의 심리적 부적응과의 상관을 볼 수 있었다. 이는 각 각의 도구가 주관적인 인지측면을 측정함으로써 인한 논리적인 결과로 보여진다. 또 외부관찰자 관점의 “대인경계”가 GSI와 상관을 보인 것은 위에서 언급한 대로 내담자의 심리적 부적응에 대응하는 GIS의 변인은 상호작용 양식에서 “대인경계”인 것으로 짐작할 수 있다. 즉, 내담자가 심리적 부적응을 호소할수록 가족은 상호작용에서 강한 대인경계의 부적절함을 보인다고 할 수 있겠다.

가족기능에 대한 내담자, 상담자 그리고 외부관찰자의 평가와 내담자의 신체 상(象)의 왜곡과는 상관관계를 전혀 보이지 않거나 부분적으로 오히려 부적 상관관계를 보였다. 즉, 가족이 잘 기능할수록 내담자는 날씬해지고자 하는 강박과 신체에 대한 불만족이 심했다. 이 결과는 지금까지의 가족의 역기능과 청소년의 부정적 신체 상(象)의 연관성을 보고한 다른 연구 결과들과 상반되는 것처럼 보인다(Schloen,

1997). 그러나 Ogden과 Tomas (1999)의 연구결과에 따르면 극단적일 정도의 날씬한 몸매를 소유하고자 하는 성향과 몸매에 대한 강한 불만족은 사회적 계층과 가치체계와 밀접한 관련을 가지고 있다고 한다. 즉, 사회적으로 고위층일수록 이런 성향이 더 많이 나타난다는 것이다. 본 연구에서도 폭식증 내담자의 FB-A의 전체값과 부모의 학력 및 직업은 유의미한 부적 상관관계를 가지는 것으로 나타났다. 다시 말해 내담자가 가족의 기능을 긍정적으로 평가할수록 부모가 사회의 고위층에 속하는 경향이 강했다. 즉, 내담자의 부모가 학력이 높고 상위 층의 직업교육을 받았을수록 내담자의 날씬한 몸매에 대한 강박과 신체에 대한 불만족이 강하게 나타났다. 또 다른 가능성은 신체와 관련된 내담자의 관점은 섭식장애라는 맥락 속에서 이해되어야 한다는 것이다. 즉, 내담자가 이미 섭식장애를 갖고 있는 경우 섭식장애라는 질병은 그 자체의 고유한 역동을 갖기 때문에 역기능적인 가족관계와 내담자 신체왜곡과의 관련은 더 이상 찾기가 어렵다. 위에서 언급한 Schloen(1997)의 연구 집단도 섭식장애 내담자가 아닌 일반 여대생이었다는 점을 감안할 때 임상집단과 다른 집단간에 차이가 고려되어야 할 것 같다. 이 점에 있어서 앞으로 통제집단을 통한 가족기능과 내담자의 신체 상(象)의 왜곡간의 상관관계에 대해 계속적인 연구가 필요하다고 본다.

본 연구에서 폭식증 내담자 가족이 구성원간의 경계에 있어서 부적절함을 보이고 부정적인 감정표현이 강하며 가족의 밀착이 약할수록 내담자는 FSE에서 반 조정행동의 경향을 강하게 나타낸 사실은 Reich와 Cierpka (2001)가 주장한 폭식증 내담자 가족의 특징들과 일치하고 있다. 그러나 가족의 역기능적인 상호작

용이 폭식증의 행동특징을 측정하는 다른 FSE의 변인들과 심도지수와는 상관을 나타내지 않는지에 대해서는 의문점으로 이에 관해 앞으로 더 연구해야 할 과제로 남는다.

거식증 집단에서는 내담자와 상담자가 평가한 가족기능이 섭식장애의 심도지수와 높은 상관관계를 보여주었다. 다시 말해 내담자와 상담자가 내담자가족을 역기능적으로 평가할수록 거식증 내담자들은 높은 섭식장애지수를 기록했다. 특히 본 연구에서 내담자의 평가가 섭식장애정도와 높은 상관관계를 보인 것은 내담자 자신이 가족 관계에 대한 가장 정확한 정보를 줄 수 있다는 Waller, Calam과 Slade (1990)의 주장을 뒷받침하는 것으로서 내담자의 주관적인 관점을 가족관계의 통합적인 이해를 위한 하나의 중요한 자원으로서 평가해야 함을 시사하고 있다. 한편 흥미로운 것은 거식증 내담자가족의 사회적으로 바람직한 방향으로의 반응경향이 상호작용관찰에서 나타났다는 점이다. 즉, 거식증 내담자의 가족이 갈등을 회피하고 가족간의 밀착이 심하며 부정적 감정표현이 적을수록 내담자의 섭식장애 정도는 심하고 체중은 낮았다. 이것은 지금까지 알려진 거식증의 전제, 즉 사춘기의 여자 아동에게 있어서 거식증은 밀착된 가족으로부터의 자율성을 보호하기 위한 수단의 하나라고 하는 전제와 일치한다고 볼 수 있겠다.

요약해 볼 때 본 연구의 결과는 내담자의 나이와 심리적 부적응의 영향력을 통제한 후에도 가족의 역기능과 섭식장애 사이에 긍정적인 상관관계가 있다는 지금까지의 선행 연구 결과들을 부분적으로 지지한다. 이 상관관계를 밝히는데 있어서 폭식증 내담자의 경우가 관련성이 외부관찰자에 의한 상호작용관찰에서 나타났다면 거식증 내담자의 경우는 내

담자 자신과 상담자의 평가를 통해 밝혀지게 되었다. 이로써 섭식장애 청소년의 가족관계의 측정을 위해서는 섭식장애의 유형에 따른 다양한 방법과 관점의 접근이 필요함을 보여주고 있다. 나아가 본 연구의 결과는 섭식장애 내담자들을 위한 상담 및 심리치료에 있어서 가족관계가 중요한 변인으로 다루어져야 하며 섭식장애 유형별로 각 각의 가족 역동에 따른 상담의 주안점과 목표가 설정되어야 함을 시사해준다.

본 연구의 제한점으로써 적은 수의 내담자 집단으로 인해 특히 외부관찰자의 상호작용분석과 섭식장애 정도와의 상관 결과들은 일반화하는데 제한점을 가지고 있다고 본다. 후속 연구에서는 다른 임상집단 및 비 임상집단에서 본 연구의 결과들을 계속적으로 비교 검토하는 작업이 필요할 것으로 여겨진다.

참고문헌

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Appel, Ch. (1998). *Essstoerungen*. Projektstudie zur Qualifizierung und Optimierung ambulanter Behandlung und Nachsorge fuer essgestoerte Menschen mit und ohne Suchtkombination. Freiburg im Breisga: Lambertus.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders*. Obesity, anorexia nervosa and the person within. New York: Basic Books Inc., Publishers.
- Bruch, H. (1985). Four decades of eating disorders. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel(Ed.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa*

- and bulimia (pp.7-18). New York, London: Guilford Press.
- Cierpka, M., & Frevert, G. (1995). Die Familienboegen. Ein Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen. Goettingen: Hogrefe.
- Cierpka, M., & Reich, G. (2001). Die familientherapeutische Behandlung von Anorexie und Bulimie. In G. Reich & M. Cierpka (Ed.), *Psychotherapie der Essstörungen* (pp.128-154). Stuttgart: Thieme.
- Dare, D., & Eisler, I. (1995). Familytherapy. In G. Szmukler & C. Dare (Ed.), *Handbook of eating disorders. Theory, treatment and research* (pp.334-349). New York: Wiley Chichester.
- Dausch, B. M., Miklowitz, D. J., & Richards, J. A. (1996). Global assessment of relational functioning scale (GARF) II. Reliability and validity in a sample of families of bipolar patients. *Family Process*, 35, 175-189.
- Derogatis, C. R. (1977). *SCL-90-R. Administration, scoring & procedures. Manual-I for the R (-evised) version*. Baltimore: John Hopkins University School of Medicine.
- Diebel-Braune, E. (1991). Einige kritische Ueberlegungen zum Stand der psychoanalytischen Bulimie-Diskussion. *Zeitschrift fuer psychosomatische Medizin*, 37, 292-304.
- Epstein, N. B., Sigal, J. J., & Rackoff, V. (1962). *Family categories schema*. Unveroeffentliches Manuskript. Montreal: Jewisch General Hospital.
- Felker, K. R., & Stivers, C. (1994). The relationship of gender and family environment to eating disorder risk in adolescents. *Adolescence*, 29, 821-834.
- Franke, G. (1995). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis Deutsche Version - Manual*. Goettingen: Beltz-Test.
- Grawe, K. (1995). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-14.
- Group for the Advancement of Psychiatry (GAP) Committee on the Family (1996). A scale for the global assessment of relational functioning (GARF). *Family Process*, 35, 155-17.
- Hettinger, R., & Froer, U. (1996). *Der Schweregradindex SHIX*. Beurteilung der Schwere einer Essstoerung ueber Symptomanangaben von Patientinnen. Unveroeffentliches Arbeitspapier. Stuttgart.
- Hettinger, R., Munz, D., & Jaeger, B. (1990). *Fragebogen zur Symptomdiagnose von Essstoerungen (FSE)*. Unveroeffentliches Arbeitspapier. Stuttgart.
- Jacob, T., & Tennenbaum, D. L. (1988): *Family assessment*. Rational methods and future directions. New York: Plenum.
- Jantschek, G., & Jantschek, I. (1989). Familientherapie. Essgestoerte und ihre Familien. Veraenderungspotentiale und therapeutische Systeme. In H. Friereis (Ed.), *Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie* (pp.229-244). Muenchen: Marseille Verlag.
- Klann, N., Hahlweg, K., & Hank, G. (1992). Deutsche Validierung des Marital Satisfaction Inventory (MSI) von Snyder (1981). *System Familie*, 5, 10-21.
- Koetter, S., & Nordmann, E. (1996). Die Analyse der familiaeren Interaktion-Familiendiagnostische Beobachtungsmethoden. In M. Cierpka (Ed.), *Handbuch der Familiendiagnostik* (pp.381-41).

- Berlin, Heidelberg: Springer.
- Kog, E., & Vandereycken, W. (1989). Family interaction in eating disorder patients and normal controls. *International Journal of Eating Disorder*, 8, 11-23.
- Kog, E., & Vandereycken, W. (1989a). The speculations. An Overview of theories about eating disorder families. In W. Vandereycken, E. Kog & J. Vanderlinden (Ed.), *The family approach to eating disorders: Assessment and treatment of anorexia nervosa and bulimia* (pp.7-24). New York, Casta Mesa (CA): PMA Publishing Corp.
- Lundholm, J. K., & Waters, J. E. (1991). Dysfunctional family systems. Relationship to disordered eating behaviors among university women. *Journal of Substance Abuse*, 3, 97-106.
- Larson, B. J. (1991) Relationship of family communication patterns to Eating Disorder Inventory scores in adolescent girls. *Journal of American Diet Association*, 91, 1065-1040.
- Leung, F., & Schwarzmann, A. (1996). Testing a dual-process family modell in understanding the development of eating psychopathology: A structural equation modelling analysis. *International Journal of Eating Disorder*, 20, 367-375.
- Massing, A., Reich, G., & Sperling, E. (1994). *Die Mehrgenerationen Familientherapie*. 3. Aufl. Goettingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mattejat, F., & Scholz, M. (1994). *Das subjektive Familienbild (SFB)*. Leipzig-Marburger Familientest. Goettingen, Bern: Hogrefe.
- Meermann, R., Napierski, C., & Schulenkorf, E. M. (1987). EDI-Muenster. Selbstbeurteilungsbogen fuer Essstoerungen. In R. Meermann & W. Vandereycken (Ed.), *Therapie der Magersucht und Bulimia nervosa: Ein Klinischer Leitfaden fuer den Praktiker* (pp.32-34). Berlin, New York: De Gruyter.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1981). *Psychosomatische Krankheiten in der Familie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ogden, J., & Tomas, D. (1999). The role of familiar values in understanding the impact of social class on weight concern. *International Journal of Eating Disorder*, 25, 273-279.
- Olson, D. H. (1981). Family typologies. Bridging family research and family therapy. In E. E. Filsinger & R. A. Lewis (Ed.), *Assessing marriage*(pp.74-89). New behavioral approaches. Beverly Hills, CA: Sage.
- Reich, G. (1991). *Sozialer Erhebungsbogen*. Unveroeffentlichte Arbeitspapier. Ambulanz fuer Familientherapie und fuer Essstoerungen der Klinik und Poliklinik fuer Psychosomatik und Psychotherapie der Georg-August-Universitaet Goettingen. In G. Reich,: Familienbeziehungen bulimischer Patientinnen. Heidelberg, Kroening: Asanger Verlag. 2003.
- Reich, G. (1992). Identitaetkonflikte bulimischer Patientinnen. Klinische Beobachtungen zur inter- und intrapersonellen Dynamik. *Forum Psychoanalyse*, 8, 121-133.
- Reich, G. (1994). *Die Goettinger Familien-Interaktionskalen*. Unveroeffentlichtes Manuskript. Ambulanz fuer Familientherapie und fuer Essstoerungen der Klinik und Poliklinik fuer Psychosomatik und Psychotherapie der Georg-August-Universitaet Goettingen.

- Reich, G. (2001): Psychodynamische Aspekte der Bulimie und Anorexie. In G. Reich, *Familienberatung der Essstörungen*. Goettingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Reich, G. (2003a). *Familienbeziehungen von Patientinnen mit Bulimia nervosa*. Heidelberg, Kroening: Asanger.
- Reich, G., & Cierpka, M. (2001). *Psychotherapie der Essstörungen*. New York, Stuttgart: Thieme.
- Riskin, J., & Faunce, E. E. (1970). Family Interaction Scales. *Archives of General Psychiatry*, 22, 504-537.
- Riskin, J., & Faunce, E. E. (1972). An evaluative review of family interaction research. *Family Process*, 11, 365-455.
- Riskin, J., & Faunce, E. E. (1990). Familieninteraktions-Skalen. In P. Watzlawick & J. Weakland (Ed.), *Interaktion. Menschliche Probleme und Familienberatung*(pp.155-184). Muenchen: Huber. (dt. Erstausgabe), Bern 1980.
- Schloen, A. A. (1997). *Familienfunktionalitaet und ihr Beitrag zur Entstehung eines gestoerten Essverhaltens bei Jugendlichen*. Unveroeffentliche Dissertation. Universitaet Goettingen.
- Schmidt, G. (1989). Bulimie aus der Perspektive der systemischen Familientherapie. In A. Kaemmerer & B. Klingenspor (Ed.), *Bulimie: Zum Verstaendnis einer geschlechtsspezifischen Essstoerung*(pp.49-70). Stuttgart, Berlin, Koeln: Kohlhammer.
- Schwartz, R. C., Barrett, M. J., & Saba, G. (1985). Family therapy for bulimia. In M. Garner & P. E. Garfinkel (Ed.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa & bulimia* (pp.280-31). New York, London: Guilford Press.
- Selvini-Parazzoli, M., & Cirillo, S. (1999). *Anorexia und Bulimie*. Neue familientherapeutische Perspektiven. Stuttgart: Klett-Cotta
- Sperling, E. (1965). Die Magersuchtsfamilie und ihre Behandlung. In J. E. Meyer & H. Feldmann (Ed.), *anorexia nervosa* (pp.156-160). Stuttgart: Thieme
- Stasch, M. (1998). *Die Interaktion in Familien mit einem bulimischen Mitglied*. Anwendung und erster Validierungsversuch der modifizierten Familien-Interaktions-Skalen. Unveroeffentliche Diplomarbeit, Psychologisches Institut der Universitaet Goettingen.
- Steiger, H., Leung, F. Y. K., Ross, D. J., & Gulko, J. (1992). Signs of anorexia and bulimia nervosa in high school girls reporting combinations of eating and mood symptoms. relevance of self-report to interview-based findings. *International Journal of Eating Disorder*, 12, 143-149.
- Steinhauer, P. D., Santa-Barbara, J., & Skinner, H. A. (1984). The process model of family functioning. *Canadian Journal of Psychiatry*, 29, 77-88.
- Thienemann, M., & Steiner, H. (1993). Family environment of eating disordered and depressed adolescents. *International Journal of Eating Disorder*, 14(1), 43-48.
- Vanderlinden, J., & Norre, J. (1992). *Therapie der Bulimia nervosa*. Behandlungskonzepte mit Fallbeispielen. Stuttgart. New York: Schattauer
- Vanderlinden J., & Vandereycken, W. (1989). The influence of a family-oriented inpatient treatment on individual and family factors in eating disorders: An outcome study. In W.

Vandereycken, E. Kog (Ed.), *The family approach to eating disorders. Assessment and treatment of anorexia nervosa and bulimia* (pp. 161-172). New York, Casta Mesa: PMA Publishing Corp.

Waller, G., Calam, R., & Slade, P. (1990). Who knows best? Family interaction and eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 156, 546-550.

원 고 접 수 일 : 2005. 5. 30

수정원고접수일 : 2005. 7. 20

게 재 결 정 일 : 2005. 8. 5

K C I

Relationship Between Family Functioning and Eating Disorders

Young-Seon Jeong

Hankuk University of Foreign Studies

In this survey, the relationship between eating disorders and family functioning were examined. At first the views of family functioning are examined how they differ between patients, clinical raters and observers. These different perspectives were related to each other and to the extent of eating disorders. The subjective view of patients agreed with the outsider view of the clinical rater to a high degree. The outside estimate of the clinical rater matched only moderately the estimate of the family interaction by observers. The subjective view of patients towards their families also agreed with the view of the observers of the interaction to a small extent. The assumed connection between the psychological impairment of patients and negative family relationships showed up in all perspectives. The expected connection between the disturbed attitudes of patients to their body and the negative family relationship and/or family interactions is not shown clearly. Neither the bulimic patients nor the family relationships estimated negatively by the clinical rater indicated connections of the bulimic symptoms. During the interaction observation, however, connections could be determined. The following three dimensions of family interaction correlate with the severity of bulimic symptoms: The greater family members exceed interpersonal boundaries, the more violent the emotional expression and the lower the family cohesion, the stronger the tendency for counter measures to be used by the bulimic patients. In the anorectic group the expected connections between the family estimates showed up in evaluations by the patients as well as by the clinical raters and the symptom severity for the anorexia. In the interaction observation the anorectic group showed that the stronger the family cohesion, where conflict is avoided and little negative emotion is expressed, the more severe are the anorexic symptoms shown by the patients.

Key Words : Family Functioning, The Type and Severity of Eating Disorders, Subjective View of Patient, Clinical Rating, Interaction Analysis