

섭식문제가 있는 여대생의 부적응 도식*

최진미†

덕성여자대학교 학생상담센터

김남재

덕성여자대학교 심리학과

본 연구에서는 섭식문제가 있는 피험자들을 대상으로 Young(1990)이 제안했던 초기 부적응 도식을 경험적으로 확인해서 섭식문제를 초래케 하는 기저의 원인에 대한 근원적 수정과 변화를 줄 수 있도록 돕고자 하였다. 먼저 450명의 여대생을 대상으로 신경성 식욕부진성향집단(AN), 신경성 식욕항진성향집단(BN), 식이제한을 하는 신경성 식욕항진성향집단(RBN) 그리고 정상집단을 선발하고 각 집단의 부적응 도식을 측정하였다. 그 결과, 정상집단에 비하여 섭식장애 집단의 도식이 더 부적응적인 것으로 나타났으며, 섭식장애 집단에서는 AN집단이나 BN집단에 비해서 RBN집단에서 도식이 더 높은 점수를 보여서 더 부적응적인 것으로 나타났다. 더 자세히 살펴보면, 섭식장애 세 집단에서 불신/학대 도식이 동일하게 부적응적인 것으로 나타난 반면, 유기, 예속/복종, 이 2개 도식은 BN집단에 비하여 AN집단, AN집단에 비하여 RBN집단에서 더 부적응적인 것으로 나타나서(BN<AN<RBN), 이 도식들이 식욕항진성향 보다는 식욕부진성향과 더 관련이 있을 것으로 시사되며, 특히, 예속/복종 도식은 정상집단과 BN집단 간의 유의한 차이를 보이지 않은 것으로 봐서, 식욕부진성향에서 특징적인 도식임을 알 수 있다. 한편 융화/비분리, 정서적 억제, 부족한 자기 통제, 이 3개 도식은 통계적으로 유의미하진 않았으나, AN집단에 비하여 BN집단, BN집단에 비하여 RBN집단에서 더 부적응적인 것으로 나타나서(AN<BN<RBN), 이 3개 도식이 식욕부진성향 보다는 식욕항진성향과 더 관련이 있음을 시사하고 있다. 끝으로 섭식문제와 부적응 도식, 심리도식에 대처하는 방식간의 관계성과 본 연구가 시사하는 바와 제한점이 논의되었고, 앞으로의 연구방향이 제시되었다.

주요어 : 섭식장애, 부적응 도식, 대처방식

* 본 논문은 2008년 한국심리학회 추계학술대회에서 포스터 발표된 내용을 수정·보완한 것임.

† 교신저자(Corresponding Author) : 최진미 / 덕성여자대학교 학생상담센터 / (132-712) 서울시 도봉구 쌍문동 419
Fax : 02-901-8056 / E-mail : jinmih@lycos.co.kr

섭식장애(Eating Disorders)는 역사적으로 오래 전부터 알려져 왔지만, 발생 빈도가 높아지고 널리 알려지기 시작한 것은 20세기 이후이다. 최근 우리나라에서도 미적 기준이 서구화되면서 마른 체형을 선호하고 그에 따라 다이어트에 대한 여성들의 관심이 고조되고 있다. 마른 체형을 선호하는 경향은 특히 젊은 여성들 사이에서 두드러지게 나타나며 이러한 사회적인 현상은 특히 이상적 체격조건을 왜곡되게 조장하여 섭식장애의 유병율에 간접적으로 기여하기도 한다.

섭식행위의 현저한 장애를 특징으로 하는 섭식장애는 크게 신경성 식욕부진증(Anorexia Nervosa)과 신경성 식욕항진증(Bulimia Nervosa)으로 구별될 수 있다. 정신장애의 진단 및 통계편람 4판(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, 이하 DSM-IV; APA, 1994)에 따르면, 신경성 식욕부진증은 최소한의 정상 체중 유지를 거부하는 것이 특징이며, 신경성 식욕항진증은 반복되는 한판의 과식(폭식) 삽화와 이에 뒤따르는 부적절한 보상적 행동(스스로 유도하는 구토, 하제나 이뇨제, 기타 약물 남용, 단식이나 지나친 운동들을 포함)을 특징으로 한다. 폭식에 뒤따르는 이러한 보상행동은 더 큰 죄책감과 무력감, 우울 등을 유발하며 이로 인해 폭식행동이 반복적으로 악순환 되어, 단지 식사 습관의 문제에 그치지 않고, 체중변화와 전반적인 자아상의 왜곡까지 가져오게 된다(Herman & Polivy, 1993; Johnson, Connor & Tobin, 1987).

섭식, 신체상, 몸무게와 관련하여 인지적 왜곡의 실체는 비임상적 여성에서 보다 섭식장애가 있는 여성에서 훨씬 더 빈번하다. 섭식장애 발병에서 인지적 왜곡의 역할을 조사한 Barnett(1996)은 외양과 관련 있는 인지적 왜곡

의 증가가 이후 섭식장애 증상의 발달과 관련 된다는 사실을 발견했다. Beck은 인지의 오류의 근원을 심리적 부적응을 초래하는 핵심신념(core belief)이라고 주장한다. 그는 개인생활의 거의 모든 영역에 영향을 미치는 가장 근원적인 수준의 핵심신념의 수정이야말로 인지치료의 궁극적인 목적이자 최종 목적지임을 지적하기도 하였다. 섭식장애에 대한 인지행동 이론과 치료는 음식, 체중, 신체상에 대한 왜곡되고 역기능적인 믿음을 강조하며, 현재까지의 많은 연구결과에 의하면 섭식장애의 가장 효과적인 치료방법으로 지지되고 있다(Agras, Walsh, Fairburn, Wilson, & Kraemer, 2002; Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003; Fairburn & Harrison, 2003). 하지만 모든 섭식장애 환자에게 인지행동 치료가 가장 효과적인 방법은 아니다. 폭식증에서 회복된 후에도 가장 변화시키기 힘든 행동들에는 신체상의 문제/날씬해지고 싶은 욕망(80%), 똥똥해질지도 모른다는 두려움(58%), 음식과 관련된 강박적이고 부정적인 생각(55%), 폭식, 토하는 행동 또는 다이어트에 대한 욕구(48%)순으로 많았고, 폭식증에서 회복된 후에도 여전히 변화시키고 싶은 내용은 신체상의 문제/날씬해지고 싶은 욕망(68%), 똥똥해질지도 모른다는 두려움(33%), 폭식, 토하는 행동 또는 다이어트에 대한 욕구(20%)순으로 많았다(Rorty, Yager, & Rossotto, 1993).

섭식장애 증상의 재발은 성공적으로 치료된 환자들에게는 심각한 문제이다. Olmsted 등(1994)은 폭식행동과 토하는 행동을 약 두 달간 자제한 사람들의 30~40%가 회복 후 6개월에서 8개월 사이에 재발될 가능성이 있다고 보고했다. 인지행동 치료에 반응을 보이지 않는 경우도 있다(Fairburn, Cooper, Shafran, 2003).

또한 단기간의 효과만을 검증하고 높은 중도 탈락률 보임으로써, 프로그램에 대한 보완점과 추후연구의 필요성을 가지고 있다(공성숙, 2001; 권호인, 1999; Mitchell, 1990). 한편, 엄격한 식이제한이 폭식의 유발요인임은 이미 잘 알려져 있다. Polivy 등(1985)은 과도한 섭식절제는 혼란된 섭식 문제 행동을 유발할 수 있으며, 신경성 식욕부진증 및 신경성 폭식증 등의 섭식장애로 이어질 수 있다고 했다(Polivy & Herman, 1985). 그러나 다른 연구에서는 폭식행동이 과도한 섭식절제로 인해 유발된다기 보다는 일반적인 충동성으로 인한 통제력의 결여로 인해 나타날 수 있다고 가정하기도 했다(이진희, 1999; Vitousek & Manke, 1994). 이는 섭식절제만으로 폭식행동을 설명하는 데에 있어서 한계를 드러내면서 폭식행동을 야기하는 새로운 변인들에 대한 관심을 기울일 필요성을 야기한다.

신경성 식욕부진증과 신경성 식욕항진증에 관한 논문이 발표된 1997년 이래 섭식장애에 관한 인지이론에 대한 관심과 관련 연구들이 계속되고 있다. 최근 들어 가장 주목할 만한 것이 바로 Young(1990)이 제안한 ‘도식-중심 치료(schema-focused therapy)’이론이다. 현재, 이러한 많은 연구들이 신경성 식욕항진 병리에 초점을 맞추고, Young(1990)과 Young, Klosko 그리고 Weishaar(2003)에 의해 제안된 도식이론을 활용하고 있다. 섭식장애에서의 도식은 부정적이고 외상적인 초기경험들이 강한 정서와 연결되어 있고, 변화에 저항하는 부적응도식을 형성하게 한다고 주장한다(Cooper, 2003). 따라서 여러 경험적 연구들은 섭식장애의 포괄적인 이해가 전개되려면 도식이 고려되어야 할 중요한 인지라고 주장한다(Cooper, 1997; Cooper, 2005, Waller, Kenerley, & Ohanian,

2005). 그럼에도 불구하고, 국내에서 섭식장애 발달과 관련하여 초기부적응도식의 포괄적인 역할을 조사한 연구가 아직까지 없었다는 것은 주목할 만하다. 또한 이전 연구들에서는 신경성 식욕부진증과 신경성 식욕항진증 중 하나의 장애에만 초점을 둔 연구들이 대부분이며, Cooper 등(2006)의 연구와 Turner 등(2005)의 연구에서는 측정도구 EAT만을 사용하고 있어서 신경성 식욕부진증으로부터 식욕항진증을 구분하거나, 신경성 식욕항진증으로부터 식욕부진증을 구분하고 있지 않은데, 대개 식욕부진증을 갖고 있는 사람들이 식욕항진증도 함께 갖고 있다는 사실을 고려했을 때, 보다 정확한 집단구분을 통해 각 집단에서의 부적응도식을 알아볼 필요가 있다.

따라서 본 연구에서는 신경성 식욕부진성향 집단(AN)과 신경성 식욕항진성향집단(BN), 식이제한을 하는 신경성 식욕항진성향집단(RBN) 그리고 정상집단을 명확히 구분하여 초기부적응도식을 알아보고, 섭식문제와 관련된 도식의 집단간 차이를 검토하여 섭식장애 각각의 정신병리에 대한 이해를 높이고, 이를 바탕으로 적절한 치료적 개입을 하는데 기초가 되는 자료를 제공하고자 한다.

방 법

연구대상

본 연구를 위해 서울 수도권 소재 대학 및 대학원 재학생 450명(여 450)을 대상으로 설문을 실시하였다. 다음으로 한국판 섭식태도척도-26(KEAT-26), 폭식증 검사(BULIT-R) 점수를 기준으로 AN성향 집단은 KEAT-26 점수가 20

점 이상이면서 BULIT-R 점수가 88점 미만인 경우, BN성향 집단은 BULIT-R 점수가 88점 이상이면서 KEAT-26 점수가 20점 미만인 경우, 식이제한을 하는 BN성향집단은 KEAT-26 점수가 20점 이상이면서 BULIT-R 점수가 88점 이상인 경우, 정상집단은 KEAT-26 점수가 3점 이하이면서 BULIT-R 점수가 51점 이하인 경우로 하였다. 그 결과 AN성향집단 12명, BN성향집단 35명, 식이제한을 하는 BN성향집단 28명, 정상집단 47명이 선발되었다. 분석에 포함된 대상자 수는 총 122명이었으며, 체중과 체질량지수에서 AN성향, BN성향, 정상집단은 차이를 보이지 않았으나, 식이제한을 하는 BN성향집단은 두 변인의 점수가 세 집단에 비하여 높은 것으로 나타났으며, 네 집단 모두 체질량지수는 정상범위에 속했다.

측정도구

한국판 섭식태도척도-26(Eating Attitude Test-26; Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel, 1982)

섭식태도척도-26을 이민규, 이영호, 박세현, 손창호, 정영조, 홍성국, 이병관, 장필립, 윤애리(1998)가 표준화한 것으로 6점 척도 상에 응답한다. 섭식태도척도-26은 Garner와 Garfinkel (1979)이 제작한 40문항 척도를 26문항으로 개정한 것으로, 신경성 식욕부진증 환자의 여러 행동과 태도 특성을 측정하기 위해 제작되었으나 정상 체중인 사람들 중 심각한 섭식 문제를 지닌 사람들을 확인하는 데에도 유용한 도구로 알려져 있다. 이 척도에서 20점 이상의 점수를 받으면 병리적인 섭식 행동을 보이는 사람으로 판단되므로, 신경성 거식증의 가능성을 시사한다(Garner & Garfinkel, 1979;

Garner et al., 1982). 이민규, 고영택, 이혜경, 황을지, 이영호(2001)의 타당화 연구에서는 21점을 일반여자대학생 가운데 섭식장애 환자를 분류하는 절단점으로 제안하고 있다. 본 연구에서는 국내 타당화 연구에서 제시한 절단점 21점을 집단구분 기준으로 사용하였다. 거식, 폭식증과 음식에 대한 몰두, 섭식통제의 3요인으로 구성되어 있으며, 거식요인 13문항을 살찌는 음식을 피하고 날씬해지고자 하는 것에 대한 몰두와 관련되며, 폭식증과 음식에 대한 몰두 요인 6문항은 음식에 대한 생각과 폭식증을 암시하는 문항으로 구성되어 있고, 섭식통제 요인 7문항은 섭식에 대한 자기 통제와 타인으로부터 받는 체중 증가에 대한 지각된 압력과 관련된다(Garner et al., 1982). 원척도의 신뢰도는 .94이며(Garner & Garfinkel, 1979), 여대생을 대상으로한 이전 국내 연구에서는 내적합치도(Cronbach's alpha)는 .75~.85(이민규 등, 1998; 이민규 등, 2001; 이상선, 오경자, 2003)로 나타났다.

폭식증 검사 개정판(Bulimia Test Revised: BULIT-R)

Smith와 Thelen(1984)에 의해 DSM-III의 진단 준거를 바탕으로 개발되었으며, Thelen, Farmer, Wondelich와 Smith(1991)에 의해 신경성 폭식증을 측정하기 위해 DSM-III-R에 의거하여 개정되었다. 본 연구에서는 윤화영(1996)이 번안한 것을 사용하였다. 총 36문항으로 폭식, 감정, 구토, 음식, 체중 등 5개의 하위 척도로 구성되어 있다. 본 검사는 5점 척도로, 점수가 높을수록 신경성 폭식증 증상이 높은 것을 의미한다. 국내 선행연구에서는 88점 이상을 폭식 행동의 경향이 있는 것으로 121점 이상을 섭식장애의 진단과 치료를 고려할 만한 상태로

보고 있다(윤화영, 1996; 이정애, 1997). 본 연구에서는 폭식행동의 경향을 보이는 집단을 선별하기 위해 88점을 절단점으로 사용하였다. 내적 합치도는 .97, 검사-재검사 신뢰도 .95로 나타났다(Thelen et al., 1991).

Young의 도식질문지

Young의 도식질문지는 16가지 초기 부적응 도식을 측정하기 위해 고안된 205문항의 6점 리커트 스타일 자기보고식 질문지(Young, 1999)이다. 이는 현재 통용되는 18개 초기 부적응도식과 도식 명칭이 다소 다르고, 승인-추구/인정-추구 도식과 처벌도식의 2개 도식이 누락되어 있는 것이다. 이 두 가지 도식은 질문지가 처음 개발되고 개정판이 나온 이후인 1995년에 추가로 정의되었다. 각 초기 부적응도식의 내적 일치도는 .83에서 .96의 범위 내에 있고, 비 임상표본에서 검사-재검사 신뢰도는 .50에서 .82까지로 보고되었다. 다양한 관련변인들과의 수렴타당도 및 자존감과의 변별타당도가 확인되었다. 본 연구에서는 Young (1990, 1991 개정)의 초기부적응 도식 질문지를 조성호(2001a)가 번안한 문항으로 사용하였으며, 섭식장애 특성과 관련이 깊은 것으로 간주되는 12개 요인(정서적 결핍, 유기, 불신/학대, 사회적 소외, 결함/수치심, 실패, 의존/무능감, 융화/미발달된 자기, 복종, 정서적 억제, 특권의식/과대성, 부족한 자기통제/훈련 도식)

을 분석에 사용하였으며, 그 요인 각각의 내적 일치도는 .83에서 .93 범위 내에 있었다.

자료분석

전체자료를 대상으로 한국판 섭식태도척도-26(KEAT-26), 폭식증 검사 개정판(BULIT-R), Young의 도식질문지(YSQ) 점수를 측정하였다. 다음으로 한국판 섭식태도척도-26(KEAT-26), 폭식증 검사(BULIT-R) 점수를 기준으로 신경성 식욕부진성향 집단(AN)과 신경성 식욕항진성향(BN), 식이제한을 하는 신경성 식욕항진성향 집단(식이제한을 하는 BN), 정상집단을 선별하였다. 선별된 네 집단을 대상으로 부적응 도식에서 집단간 차이를 검증하기 위한 변량분석을 실시하고, Duncan을 사용하여 사후검증을 실시하였다.

결 과

KEAT-26, BULIT-R 점수의 집단간 차이 비교

집단 구분이 적절하였는지 확인하기 위해 실시한 KEAT-26, BULIT-R 점수의 변량분석 결과와 각 집단 간 차이에 대한 Duncan 검증 결과를 표 1에 제시하였다. 변량분석 결과

표 1. 집단별 KEAT-26, BULIT-R 평균 점수

	AN성향 (n=12)	BN성향 (n=35)	RBN성향 (n=28)	정상 (n=47)	F	Duncan
KEAT-26	21.2(1.2)	12.4(4.1)	28.4(6.2)	2.1(0.7)	322.560***	4<2<1<3
BULIT-R	74.6(9.4)	97.9(9.4)	108.4(11.7)	46.5(2.8)	422.092***	4<1<2<3

1: AN성향집단, 2: BN성향집단, 3: RBN성향집단, 4: 정상집단, ***p < .001.

KEAT-26 점수에서 네 집단 간에 유의미한 차이가 있었다, $F(3, 118) = 322.560, p < .001$. 식이제한을 하는 BN성향집단의 점수가 가장 높았으며, AN성향, BN성향, 정상집단 순이었다. BULIT-R 점수에서도 네 집단 간에 유의미한 차이가 있었는데, $F(3, 118) = 422.092, p < .001$, 식이제한을 하는 BN성향집단의 점수가 역시 가장 높았으며, BN성향집단, AN성향집단 순이었고, 정상집단의 점수가 가장 낮았다. 결과적으로 정상집단은 세 집단에 비하여 두 점수에서 유의미하게 낮은 점수를 보였으며, AN성향 집단은 BN성향집단과 정상집단에 비하여 KEAT-26에서 점수가 높았고, BN성향집단은 AN성향집단과 정상집단에 비하여 BULIT-R에서 점수가 높았으며, 식이제한을 하는 BN성향 집단은 두 척도에서 점수가 가장 높아 집단

구분은 적절했다고 볼 수 있다.

부적응 도식의 집단 간 차이

부적응 도식에서 집단 간 차이가 있는지 변량분석한 결과와 각 집단 간 차이에 대한 Duncan 검증 결과를 표 2에 제시하였다. 변량분석 결과, 부적응 도식에서 네 집단 간에 유의미한 차이가 있었다, $F(3,118) = 13.75, p = .001$. 다만 예속/복종 도식은 정상집단과 AN성향, 식이제한을 하는 BN성향집단과는 유의미한 차이를 보였으나, BN성향집단과는 유의미한 차이를 보이지 않았고, 정서적 억제 도식은 정상집단과 식이제한을 하는 BN성향집단과는 유의미한 차이를 보였으나 AN성향, BN성향집단과는 유의미한 차이를 보이지 않았다.

표 2. 집단별 부적응 도식

	AN성향 (n=12)	BN성향 (n=35)	RBN성향 (n=28)	정상 (n=47)	F	Duncan
사회적소외	23.7(11.4)	21.1(8.8)	28.0(10.4)	15.9(5.5)	12.703***	4<1=2<3
정서적박탈	19.6(9.5)	17.5(10.0)	22.7(11.8)	12.9(4.6)	7.665***	4<1=2<3
유기	50.41(20.0)	40.0(12.7)	59.8(17.9)	29.8(8.3)	30.458***	4<2<1<3
불신/학대	32.83(10.1)	31.97(10.5)	37.5(10.2)	23.2(8.0)	14.619***	4<1=2=3
결함/수치심	25.6(12.8)	25.1(11.3)	34.1(14.8)	18.5(5.7)	12.467***	4<1=2<3
실패	22.1(8.9)	21.4(8.8)	29.4(11.8)	15.0(4.7)	17.411***	4<1=2<3
의존/무능감	31.3(14.0)	28.4(10.6)	35.0(11.4)	21.7(6.0)	11.743***	4<1=2<3
융화/비분리	19.0(7.4)	20.9(10.0)	24.7(7.9)	15.4(8.3)	9.502***	4<1=2<3
예속/복종	26.0(10.2)	22.7(8.8)	29.7(11.2)	20.6(0.9)	6.619***	4=2<1<3
정서적억제	9.7(3.5)	10.7(4.5)	13.7((4.9)	8.3(4.3)	8.686***	4=1=2<3
자기우월/ 특권의식	26.9(6.5)	25.1(7.4)	30.8(7.4)	20.0(7.1)	13.721***	4<1=2<3
부족한자기통제/훈련	41.2(16.7)	42.5(12.0)	50.7(16.9)	28.3(15.4)	20.097***	4<1=2<3

1: AN성향집단, 2: BN성향집단, 3: RBN성향집단, 4: 정상집단, *** $p < .001$.

나머지 10개 도식은 정상집단에 비하여 섭식장애집단의 점수가 높은 것으로 나타났다.

섭식장애집단에서는 유기, 예속/복종, 이 2개 도식을 제외한 나머지 10개 도식에서 AN성향 및 BN성향집단은 점수에서 유의한 차이를 보이지 않았으나, 식이제한을 하는 BN성향집단은 불신/학대 도식을 제외한 모든 도식에서 점수가 가장 높은 것으로 나타났고, 두 집단과 유의한 차이를 보였다.

섭식장애집단 간 부적응 도식의 차이를 더 구체적으로 살펴보면, 유기, 예속/복종, 이 2개 도식은 BN성향에 비하여 AN성향, AN성향에 비하여 식이제한을 하는 BN성향집단에서 더 부적응적인 것으로 나타나서(BN<AN<식이제한BN), 이 도식들이 식욕항진성향 보다는 식욕부진성향과 더 관련이 있을 것으로 생각되며, 특히, 예속/복종 도식은 정상집단과 BN성향집단 간의 유의한 차이를 보이지 않은 것으로 봤을 때 식욕부진성향에서 특징적인 도식임을 알 수 있다. 융화/비분리, 정서적 억제, 부족한 자기통제, 이 3개 도식은 통계적으로 유의미하진 않았으나, AN성향에 비하여 BN성향, BN성향에 비하여 식이제한을 하는 BN성향집단에서 더 부적응적인 것으로 나타났다(AN<BN<식이제한BN). 이는 이 3개 도식이 식욕부진성향 보다는 식욕항진성향과 더 관련이 있을 것으로 시사된다.

논 의

본 연구는 섭식문제가 있는 피험자들을 대상으로 Young(1990)이 제안했던 초기 부적응 도식을 경험적으로 확인해서 정신병리에 대한 이해를 높이고 치료적 개입을 하는데 있어 결

으로 드러난 표면 증상의 제거 또는 완화에만 국한되지 않고 그러한 섭식문제를 초래케 하는 기저의 원인에 대한 근원적 수정과 변화를 줄 수 있도록 돕고자 하였다. 본 연구의 주요 결과와 그 의미를 정리하여 제시하면 다음과 같다.

먼저, 예속/복종, 정서적 억제 이 2개 도식을 제외한 나머지 10개 도식(사회적소외, 정서적박탈, 유기 불신/학대, 결합/수치심, 실패, 의존/무능감, 융화/비분리, 자기우월/특권의식, 부족한자기통제/훈련)은 정상집단에 비하여 섭식문제가 있는 세 집단에서 더 부적응적인 것으로 나타났다. 이는 섭식행동척도에서 높은 점수를 보이는 집단에서 불신, 의존/무능감, 정서적 억제, 부족한 자기통제, 정서적 박탈 도식이 섭식행동과 밀접하게 관련되어 있다(Cooper, 2006)는 연구와도 일치하는 결과이다. 한편, 섭식장애집단에서는 유기, 예속/복종, 이 2개 도식을 제외한 나머지 10개 도식에서 AN성향 및 BN성향집단은 점수에서 유의한 차이를 보이지 않았으나, 식이제한을 하는 BN성향집단은 불신/학대 도식을 제외한 모든 도식에서 점수가 가장 높은 것으로 나타났고, 두 집단과 유의한 차이를 보였다. 즉, 정상집단에 비하여 섭식장애 집단의 도식이 더 부적응적인 것으로 나타났으며, 섭식장애 집단에서는 AN성향이나 BN성향집단에 비해서 식이제한을 하는 BN성향집단에서 도식이 더 부적응적인 것으로 나타났다. 이는 섭식장애 증상이 심각할수록 도식이 더 부적응적임을 시사한다.

섭식장애집단 간 부적응 도식의 차이를 더 구체적으로 살펴보면, 유기, 예속/복종, 이 2개 도식은 BN성향에 비하여 AN성향, AN성향에 비하여 식이제한을 하는 BN성향집단에서 더 부적응적인 것으로 나타나서(BN<AN<식이제

한BN), 이 도식들이 식욕항진성향 보다는 식욕부진성향과 더 관련이 있을 것으로 생각되며, 특히, 예속/복종 도식은 정상집단과 BN성향집단 간의 유의한 차이를 보이지 않은 것으로 봤을 때 식욕부진성향에서 특징적인 도식임을 알 수 있다. 융화/비분리, 정서적 억제, 부족한 자기통제, 이 3개 도식은 통계적으로 유의미하지 않았으나, AN성향에 비하여 BN성향, BN성향에 비하여 식이제한을 하는 BN성향집단에서 더 부적응적인 것으로 나타났다(AN<BN<식이제한BN). 이는 이 3개 도식이 식욕부진성향 보다는 식욕항진성향과 더 관련이 있을 것으로 시사된다.

신경성 식욕부진성향 집단에서 특징적인 도식들은 주로 단절 및 거절, 타인-중심성 영역에 해당하는데 이 영역에 해당하는 심리도식을 지닌 사람들은 다른 사람들과의 관계에서 안정적이고 만족스러운 애착을 형성하지 못한다. 이들은 안정감, 안전함, 돌봄, 사랑, 소속에 대한 자신들의 욕구가 충족되지 않을 것이라고 믿는다. 이들 가족의 전형적인 모습은 주로 불안정하고, 학대적이며, 차갑고, 거부적이고, 아동의 고유한 욕구나 감정보다는 부모의 욕구나 소망이 더 중시되는 가족인 경우가 많다.

신경성 식욕부진증의 경우, 굶는다는 것은 생존을 위한 가장 기본적인 생리적 욕구의 충족을 거부하는 것이다. 고통을 피하려는 것 역시 인간의 본능인 것을 감안한다면 신체적 생존을 위해 필요로 하는 기본적인 생리적 욕구를 거부하면서 굶는 고통을 감내하는 신경성 식욕부진증 환자들의 심리내적 원인 요인들은 사회문화적 압박감보다 훨씬 더 강력한 위협요인일 것으로 생각된다. 거식행동은 살찌는 것에 대한 강박적 혐오로 식사를 하려하

지 않는 것을 의미하며, 거식행동을 가장 잘 예측하는 주요 변인으로는 완벽주의가 가장 잘 알려져 있다(Tyrka et al, 2002). 임상적 완벽주의(clinical perfectionism)는 개인에게 요구되는 기준들을 지나치게 과대평가하는 것으로 자신에게 높은 목표를 정하고 그 목표를 달성하고자 노력하며, 그 기준을 근거로 판단한다(Shafran et al, 2002). 이들은 체중 증가에 대한 두려움 때문에 자신의 식생활과 관련된 문제에 몰두하게 되는데 이때, 자신이 실행한 행동에 대해 부정적인 평가를 내리며 자기비난을 한다. 이러한 부정적인 자기평가는 자신에 대해 더욱 더 높은 기준치를 적용하도록 하고 이는 살찌는 것에 대한 두려움과 자신의 체중, 체형에 더욱 집착하게 만든다. 부정적 자아평가와 낮은 자아존중감, 그리고 완벽주의적 성향은 식이장애가 있는 사람들이 보이는 일반적인 심리적 특성이다. 자기 부적절감이나 무가치감과 같은 낮은 자아존중감은 마른 체형의 선호와 같은 외부적 압력에 대한 취약성을 높이고 심리내적 자원으로 자신감의 고취를 피하기보다 날씬한 몸매에 대한 동경과 다이어트에 대한 집착등과 같은 외현적, 신체적 수준에서 이를 성취하려는 경향이 높을 수 있다. 신경성 식욕부진증은 한편으로 경쟁적이고 성취지향적 성향도 높아 스스로에게 높은 기준을 세워두고 거기에 맞추려 애쓰는 모습이 강하다(안명희, 2004).

이러한 특성은 이들이 갖고 있는 결함/수치심과 실패도식으로 설명이 가능하다. 결함/수치심 도식이 있는 사람들은 자신의 내면에 본질적인 결함이 있다고 느끼며, 그러기에 전혀 사랑받을 가치가 없다고 느끼고, 종종 자의식적으로 자신과 타인을 비교하는 경향이 상당히 강하다. 부러움과 질투심은 결함/수치심 도

식과 거의 공존한다. 지속적으로 자신을 다른 사람보다 불리하게 비교하고, 자신의 단점을 과장하며, 자신의 긍정적인 면은 반사적으로 평가절하 하면서 자신에게 결함이 있다고 생각되는 영역에서 특히 질투심을 느끼고 경쟁적이 된다. 실패 도식을 지닌 사람들 역시 다양한 영역에서 동료들과 비교하면서 자신을 실패자라고 느낀다. 이들이 이 도식을 극복하기 위한 방법으로 과잉보상 방식을 사용할 경우 끊임없이 자신을 몰아붙이며 쉬지 않고 일을 하거나 과도하게 성취하고자 하는 행동을 보이게 된다. 이와 같이 이들이 갖고 있는 실패에 대한 불안과 결함에 대한 과잉보상행동은 자신의 행동과 수행에 대한 높은 기준을 세우고 완벽하게 보이려고 끊임없이 자신을 몰아붙여 종종 매우 성공적임에도 불구하고, 이들 자신은 벼랑 끝에 서 있는 것처럼 느낀다.

섭식장애 환자들은 심리적 긴장감을 경험할 때 즉, 속상하거나 답답할 때, 굶거나 폭식을 시작하는 것 외에 다른 대처 방식을 알지 못한다고도 볼 수 있다. 자신의 참을 수 없는 자괴감을 잊을 수 있을 만큼 지독한 배고픔의 고통은 오히려 심리적 안정감과 위안을 제공해 준다. 즉, 배고픔을 인내하는 것이 성취감을 얻을 수 있는 방법이 되는 것이다. 이들은 배고픔의 고통을 참는 자기모습에서 평소에 느끼지 못하는 성취감과 자기 통제감을 느끼기 때문에 굶는 것이 오히려 더 긍정적이고 건설적이라는 역설적인 면이 있다(안명희, 2004). 또한 신경성 식욕부진증을 보이는 소녀 혹은 젊은 여성들은 성격적으로 대부분 순종적이고, 극도의 배고픔의 고통을 인내하는 초인적인 모습에서 마치 현실을 초월한 듯한 모습을 보인다고 보고된다(Allen, 2001, 안명희,

2004 재인용).

신경성 식욕부진증 환자들의 이러한 성향은 예속/복종, 유기, 의존/무능감 도식으로 설명된다. 유기도식을 지닌 사람들은 흔히 대상상실에 대한 불안, 슬픔 그리고 상실이 실제로 존재하거나 지각되었을 때 경험하는 우울, 떠나 버린 사람에 대한 분노를 경험한다. 이들은 사랑하는 사람들을 잃고 감정적으로 영원히 고립될 것이라는 기본적인 믿음을 가지고 있다. 이 도식은 일차적으로 친밀한 관계에 의해서 유발되는데 특히 상대에게 감정적으로 의존하고, 그러한 친근한 관계의 상실을 두려워한다. 이러한 유기도식이 의존/무능감 도식과 연합되어 있는 경우, 만약 그 사람이 떠나 버리면 혼자서 세상을 살아갈 수 없을 것이라고 믿는다. 유기, 의존/무능감 도식을 갖고 있는 사람은 의존상태를 유지하기 위해서, 버림 받을지도 모른다는 위협감 때문에 다른 사람이 자신을 지배하도록 내버려 둔다. 이들은 이런 관계가 주는 안전감을 좋아하면서도 이러한 관계를 제공하는 상대에 대해서 굴욕감과 분노를 느낀다. 어떤 사람은 지나친 자기 통제를 통해 종속감을 보상한다. 인생의 많은 부분을 통제하지 못하고 있기 때문에 일부분을 완벽하게 통제하려 한다. 철저히 음식의 양을 통제함으로써 자신의 어머니의 통제에 대해 반격을 가한다. 즉 신경성 식욕부진성향 집단은 자기우월/특권의식 도식에서 정상집단과 신경성 식욕항진성향 집단에 비하여 높은 점수를 나타냈는데 이는 자신의 심리도식에 대처하는 방식으로 과잉보상방식을 선택한 결과로 생각된다.

자기우월/특권의식 도식을 지닌 사람들은 세 가지 유형으로 구분되는데 ‘순수한 특권의식’을 지닌 사람들과 ‘자기애성 특권의식’ 및

‘의존적 특권의식’이라고 전형적으로 묘사되는 사람들이다. ‘순수한 특권의식’을 지닌 사람들은 어린 시절 버릇없고 제멋대로 길러졌으며, 어른이 되어서도 계속해서 그러한 방식으로 행동해왔다. 이들의 특권의식은 기저의 심리도식에 대한 과잉보상이 아니다. 즉, 지각된 위협에 대처하기 위한 방식으로서가 아니므로 치료해야 하는 기저의 심리도식이 없다. 따라서 한계를 설정하는 것이 치료의 핵심이 된다. 반면에 ‘자기애성 특권의식’의 경우 결함과 정서적 박탈에 대한 기저의 감정을 과잉보상하기 위하여 특권이 부여된 것처럼 행동한다. 이때 치료는 기저의 정서적 박탈 도식과 결합/수치심 도식에 초점을 맞춘다. 한계를 설정하는 것이 중요하지만, 그것이 핵심은 아니다. 이들은 친밀감에 대해 양가적이다. 친밀감을 갈망하는 동시에 막상 친밀해지면 불편하게 여기고 피한다. 아마도 이는 정서적 박탈감 때문에 다른 사람들에게 다가가고자 하지만 결함이 있다는 느낌 때문에 어떠한 결점이라도 노출되면 굴욕감을 갖게 되고 결국 거절당할 것이라고 믿고 있으므로 친밀감을 희생하게 된다. 또 다른 경우는 의존도식과 특권의식 도식의 혼합으로 ‘의존적 특권의식’이라고 불리는 사람들이다. 이들은 자신을 돌보기 위해서 다른 사람에게 마땅히 의존할 수 있는 권리가 있는 것처럼 생각한다. 다른 사람들이 자신의 먹는 것, 입는 것, 거처하는 것, 이동하는 것에 대한 일상적인 욕구를 충족시켜야 한다고 생각하며, 그렇게 하지 않았을 때는 화를 낸다. 이러한 사람들은 치료할 때에는 특권의식 도식과 의존 도식을 동시에 다루어야 한다.

다음으로 신경성 식욕항진성향 집단을 살펴보면, 신경성 식욕부진성향 집단과 유기, 예측

/복종, 이 2개 도식을 제외한 나머지 도식에서 유의한 차이를 보이지 않았으나 측정된 평균 점수를 보면, 융화/비분리, 정서적 억제, 부족한 자기통제, 이 3개 도식이 AN성향에 비하여 BN성향, BN성향에 비하여 식이제한을 하는 BN성향집단에서 더 부적응적인 것으로 나타났다($AN < BN < \text{식이제한BN}$).

이 도식들은 주로 손상된 자율성 및 손상된 한계 영역에 해당하는데, 융화/비분리 도식을 지닌 사람들은 중요한 타인(대개 부모)과 지나치게 관여되어 있으며, 이로 인해 충분한 개별화나 사회적 발달을 성취하지 못한다. 이들은 부모상과의 관계를 유지하기 위해서 자신의 정체감을 포기했기 때문에 종종 자기감이 결여되어 있는 듯이 보이며, 타인과 융합되어 있고 이로 인해 성장이 저해되는 느낌 혹은 정체성과 방향이 불분명한 느낌 등을 포함한다. Vitousek와 Manke(1994) 연구에서는 신경성 폭식증 환자들이 충동적이고 정서적으로 불안정하며 절제와 억제하지 못하는 상태가 교차하는 패턴을 보인다고 지적하였다. 성격특질 측면에서 신경성 폭식장애 환자들은 식욕부진 환자에 비해 좀 더 사회적이고, 충동적, 정서적인 불안정 등의 특징을 나타내며, 절제와 억제하지 못하는 상태가 교차하는 패턴을 보였다(이진희, 1999; Vitousek & Manke, 1994). 부족한 자기통제/훈련 도식을 가지고 있는 사람들은 자신의 정서와 충동을 적절히 억제하는데 어려움이 있으며, 좌절을 겪을 때 잘 견뎌내지 못하고, 자신의 감정이나 충동의 표현을 적절하게 조절하지 못한다. 고통, 충동, 직면, 책임, 고된 노력, 불편감을 회피하는데 지나치게 집중한다. 이 도식은 물질남용, 과음, 폭식 등의 중독문제가 있을 수 있는데 이는 심리도식으로 인한 고통을 회피하는 한 가지

방법이다. 폭식과 구토를 반복하는 신경성 식욕항진증의 경우, 부모로부터 인정받기를 원하며, 감정기복이 심하고, 충동적이며, 새로운 자극을 추구하는 성향을 보인다(안명희, 2004, 재인용). 이들이 보이는 폭식행위(binge eating)는 자기인식(self-awareness)을 줄여주는 자기회피의 방편으로도 이해된다.

부족한 자기통제 도식은 너무 오랫동안 지나치게 정서를 억눌러 온 결과 이러한 심리도식이 발달할 수 있으며, 대개 지나치게 허용적이거나 방임하는 집안에서 성장했을 경우, 모든 사람에게 적용되는 어떤 규칙을 따르거나 다른 사람을 배려하라는 가르침을 받지 않았으며, 자기통제를 발달시키지도 못했다. 어른이 되어서 이들은 자신의 충동을 제한하는 능력이나 미래의 이득을 위해 즉각적인 만족을 지연시키는 능력이 부족하게 된다.

엄격한 식이제한이 폭식의 유발요인임은 이미 잘 알려져 있다. Polivy등(1985)은 과도한 섭식절제는 혼란된 섭식 문제 행동을 유발할 수 있으며, 신경성 식욕부진증 및 신경성 폭식증 등의 섭식장애로 이어질 수 있다고 했다. Costanzo, Musante, Friedman, Kern 그리고 Tomlinson(1999)의 연구에서도 다이어트 실패경험과 우울이 비만 여성과 남성 모두의 폭식행동을 예언하는 변인으로 나타나고 있다. 이는 의도적인 섭식절제 뒤에 폭식이 뒤따른다는 섭식절제 모델을 지지하고 있다(이현정, 2001 재인용). 그러나 다른 연구에서는 폭식행동이 과도한 섭식절제로 인해 유발된다기보다는 일반적인 충동성으로 인한 통제력의 결여로 인해 나타날 수 있다고 가정하기도 했다(이진희, 1999; Vitousek & Manke, 1994). 이는 섭식절제만으로 폭식행동을 설명하는 데에 있어서 한계를 드러내면서 폭식행동을 야기하는 새로운

변인들에 대한 관심을 기울일 필요성을 야기한다. Wilson, Nonas 및 Rosenblum(1993)의 연구에서 64%의 환자가 폭식이 섭식절제보다 선행했다고 보고했고, 불과 9%의 환자가 폭식이 일어나는 시점에 엄격한 섭식절제를 보고했다. 이는 섭식행동이 단지 섭식절제의 문제라기보다는 개인의 특정 역동과 관련이 있다고 볼 수 있다.

본 연구에서는 유기, 예속/복종, 이 2개 도식을 제외한 나머지 10개 도식에서 신경성 식욕부진성향 및 식욕항진성향집단은 점수에서 유의한 차이를 보이지 않았으나, 식이제한을 하는 신경성 식욕항진성향집단은 불신/학대 도식을 제외한 모든 도식에서 점수가 가장 높은 것으로 나타났고, 두 집단과 유의한 차이를 보였다. 이는 두 집단에 비하여 식이제한을 하는 신경성 식욕항진성향집단에서 도식들이 더 부적응적이고, 심각한 상태임을 시사한다. Young(2003)은 심리도식의 심각성과 만연된 정도가 각기 다르기 때문에 심리도식에도 차이가 있으며 심리도식의 수준이 높을수록 초기경험과 유사성 정도가 극히 적더라도 도식은 활성화된다고 하였고, 도식이 심각한 정도면 특별한 스트레스 사건이 없더라도 만성적인 부정적 생각과 주관적인 고통으로 정서와 행동에 영향을 줄 수 있다고 하였다. 식이제한을 하는 신경성 식욕항진성향집단은 섭식 문제를 측정할 점수에서도 가장 높은 점수를 나타내서 Young의 주장을 지지하는 결과를 나타냈다. 폭식하는 여성은 자신에 대한 기대치와 자의식이 높은 반면 낮은 자아존중감과 부정적 자기평가를 하는 것으로 보고된다(Allen, 2001; 안명희, 2004 재인용). 기저에 있는 부적응 도식들은 부정적 자기평가와 동반되는 높은 자의식과 자기혐오를 낳고 이는 불안, 우

을 그리고 일반적인 부정적 압박감으로 경험된다. 폭식은 고통스러운 자의식을 피할 수 있도록 음식이라는 좁은 대상 즉, 구체적인 자극으로 관심을 돌릴 수 있게 해주는 방법이 된다. 최근 Fairburn, Cooper와 Shafran(2003)은 섭식장애를 지속시키는 정신병리적인 과정을 설명하고 섭식 장애들에 관한 공통된 메커니즘을 제안하면서, 낮은 자아존중감 요인은 섭식장애 환자의 신념과 관련된 핵심요인으로 주목받았다. 본 연구에서 낮은 자아존중감은 식이제한을 하는 BN성향 집단에서 부적응적인 것으로 나타난 사회적 소외, 결함/수치심, 실패, 의존/무능감, 부족한 자기통제 도식으로 설명할 수 있다. 이 도식들은 아동기 비판적이고 거부적인 부모, 또래로부터 배척경험, 자립심을 손상시키는 부모, 아동의 자기-확신을 해치고, 집 밖에서 무언가를 유능하게 수행하는 아동을 강화해주지 않은 가족기원을 가지고 있다. 이 도식들을 지닌 사람들의 특징을 살펴보면, 사회적 관계에서의 열등감(사회적 소외), 자신의 단점을 과장하며 자신을 다른 사람보다 불리하게 비교하고, 자신의 긍정적인 면을 평가 절하하여 자기혐오와 수치심으로 고통스러워하고(결함/수치심), 뿐만 아니라 다양한 영역에서 동료들과 비교하면서 자신을 실패자라고 느끼는데(실패), 실패도식과 결함도식이 연합되어 나타나면, 자신이 성취하고자 하는 영역에서 실패했다고 생각될 경우, 이를 자신에게 결함이 있다고 느낀다. 또한 무력감과 자신의 성취에 대한 평가절하는 의존/무능감 도식의 고통스럽고 필수 불가결한 일부이다. 이 도식들을 지닌 사람들은 종종 자의식적으로 타인과 비교하는 경향이 상당히 있으며, 특히 이러한 사회적 소외 도식을 지닌 사람들은 외모를 지나치게 의식하여 신체

적으로 매력적이 되기 위해 과도하게 노력하며, 신체적 결함에 민감하고, 자신에게 부족한 것을 가졌다고 생각되는 사람들과 자신을 비교하면서 주변사람에 대해 열등하거나 다르다고 느끼게 되는데, 사회적 소외 도식에 자신에게 결함이 있다고 생각되는 영역에서 특히 질투심을 느끼고 경쟁적이 되는 결함/수치심도식이 연합되면 이러한 특성은 더욱 심해진다. 이러한 자신의 체중과 체형에 대한 과도한 집착은 극단적인 식이제한으로 이어지지만, 식사조절에 있어서 조그만 위반이나 실수가 있을지라도 이들의 실패도식이 활성화되면 자신이 식사조절에 전반적으로 실패했다고 생각하고, 이로 인한 불안, 우울, 심적 고통과 같은 부적감정을 회피하기 위해 폭식행동을 보일 수 있다. 이러한 폭식행동은 실패, 결함/수치심 도식과 연합으로 자아 존중감을 더 낮추고 자신이 지닌 심리도식을 더 강화하는 결과를 가져올 수 있을 것으로 생각된다. 이러한 식이제한에 대한 조절감 상실은 이들의 가지고 있는 부족한 자기통제 도식의 특징인 충동성이 유발요인으로 생각된다. 이러한 충동성으로 인한 만성적인 성취미달이 있을 경우 실패에 대한 결과로 인해 자신이 부적절하다는 느낌을 강화하게 되며, 이는 자신의 체중과 신체상에 대한 역기능적인 믿음을 더욱 강조하게 되는 것으로 생각된다.

마지막으로 섭식장애 세 집단에서 불신/학대 도식이 동일하게 부적응적인 것으로 나타났는데, 이 도식을 지닌 사람들은 친밀한 관계를 회피하는 경향이 있으며, 종종 다른 사람들이 신뢰할 만한지 판단하기 위해서 다소 편협증적인 모습을 보일 수 있다. 따라서 치료자가 자신에게 상처를 주거나 모욕하거나 학대하거나 거짓말하지 않을 것이라고 믿고

치료자를 신뢰하기까지 오랜 시간이 걸릴 수 있다. 치료자는 내담자의 이러한 행동에 가능한 융통성 있게 대처해야 할 뿐 아니라, 그러한 행동과 생각이 심리도식을 지속시킬 수 있음을 알려주어야 할 것으로 생각된다.

Waller(2004)는 어째서 어떤 사람들은 신경성 식욕부진증을 발달시키고, 다른 사람들은 신경성 식욕항진증을 발달시키는지의 도식 수준에서 설명했는데, 신경성 식욕부진증은 섭식을 고통스러운 인지와 정서를 경험하는 것으로부터 막아주는 방법이 아니라, 일차적 회피로 보며, 신경성 식욕항진증은 폭식이 고통스러운 정서와 인지의 경험을 차단하려는 시도인 이차적 회피로 본다. 본 연구 결과를 살펴보면, 신경성 식욕부진성향집단은 자신이 지닌 심리도식의 활성화를 회피하기 위하여 특권의식으로 무장한다. 즉, 과잉보상 대처방식을 사용하여 자신의 심리도식을 방어하는 일차적 회피로 볼 수 있으며, 신경성 식욕항진성향집단은 자신이 지닌 심리도식의 활성화로 인한 고통스럽고 불안정한 감정들을 회피하고 차단하려는 시도인 이차적 회피로 생각된다. 이러한 대처방식은 어린 시절에는 대개 적응적인 것으로, 건강한 생존방식이라고 생각될 수 있으나, 아동이 성장함에 따라 부적응적인 것이 된다. 왜냐하면 상황이 변화하였고 개인에게 보다 나은 선택권이 주어졌음에도 불구하고 동일한 대처방식을 지속함으로써 심리도식이 영속화되고 중국에는 내담자 자신을 심리도식 안에 가두는 역할을 하기 때문이다. 따라서 심리치료 장면에서는 내담자가 자신의 심리도식을 극복하기 위해 부적응적인 대처방식을 보다 적응적인 방식으로 변화시킬 수 있도록 도와야 할 것으로 생각된다. 뿐만 아니라 내담자들은 서로 비슷한 고통스러운 아동

기 환경을 경험했을 수는 있겠지만, 그런 경험의 결과로 서로 다른 심리도식이 만들어지기도 함으로 내담자가 어떤 심리도식을 발달시키게 되는지 그리고 그 심리도식의 강도는 어떠한지에 영향을 미치는 또 다른 요인인 개인의 심리적인 탄력성(resilience)과 심리적인 취약성(vulnerability)을 고려해야 할 것이다.

본연구의 제한점 및 후속 연구를 위한 제언은 다음과 같다. 첫째, 섭식장애 척도의 절단점 이상의 여대생들이 섭식장애를 겪고 있을 확률은 높지만 반드시 섭식장애 환자인 것은 아니며, 연구자들은 집단의 정확성을 기하기 위해 임상적인 면접 등을 실시할 것을 제안하고 있다(이민규 등, 1998). 본 연구에 참여한 섭식장애 성향 집단은 높은 섭식장애 성향을 갖고 있음에도 대부분 학업 및 사회적 상황에서 정상적으로 적응하고 있는 사람들이므로 섭식장애 환자와는 질적인 차이가 있을 수 있다. 따라서 이러한 결과들이 섭식장애 환자집단에서도 관찰되는 것인지 확인하고, 대학생 집단과 환자집단의 차이를 알아볼 필요가 있다.

둘째, 본 연구는 횡단적으로 설계되었으므로 각 변인들이 섭식문제와 관련이 있다는 것을 의미할 뿐, 인과관계를 밝힐 수 있는 것은 아니다. 따라서 본 연구의 결과를 바탕으로 섭식문제에 영향을 미치는 요인을 확정할 수 없으며, 인과관계를 밝히기 위해서는 종단 연구가 병행되어야 할 것으로 보인다.

셋째, 본 연구에서 집단별 사례 수가 적어서 표집의 대표성이나 검증력이 문제가 될 수 있다. 충분한 사례수를 확보하여 구체화와 관련된 연구결과를 반복 검증할 필요가 있을 것이다.

이러한 제한점에도 불구하고 본 연구의 참

가자들은 모두 여대생으로, 청소년기와 초기 성인기의 여성에게서 섭식장애의 유병률이 높다는 것을 감안할 때 20대 초반의 여성을 대상으로 어떠한 특성이 섭식장애를 초래할 가능성이 높은지 밝히는 것은 의미가 있다고 할 수 있으며, 섭식장애 집단 각각의 특징적인 부적응 도식을 파악하여 섭식장애 각각의 정신병리에 대한 이해를 높이고, 이를 바탕으로 적절한 치료적 개입을 하는데 기초가 되는 자료를 제공할 수 있다는 것을 보여주었다는 점에서 의의가 있다.

참고문헌

- 공성숙 (2001). 폭식행동자의 인지행동치료 경험에 관한 연구. *정신간호학회지*, 10, 148-163.
- 권호인 (1999). 폭식행동을 보이는 여대생의 인지행동집단치료 효과. *고려대학교 석사학위논문*
- 김혜은, 박 경 (2003). 여성의 우울과 스트레스 대처방식이 폭식행동에 미치는 영향. *한국심리학회지: 건강*, 8(3), 511-524.
- 안명희 (2004). 여성과 식이장애. *동덕여성연구*, 9, 99-118
- 안소연 (1994). 폭식행동 집단의 신체 불만족과 자아존중감 및 우울 간의 관계. *연세대학교 석사학위논문*.
- 윤화영 (1996). 여대생 폭식 행동과 우울 및 귀인양식간의 관계. *가톨릭대학교 석사학위논문*.
- 이민규, 이영호, 박세현, 손창호, 정영조, 홍성국, 이병관, 장필립, 윤애리 (1998). *한국판 식사태도검사-26(The Korean Version of Eating Attitude Test-26: KEAT-26) 표준화연구 I: 신뢰도 및 요인분석*. *정신신체의학*, 6(2), 155-175.
- 이민규, 고영택, 이해영, 황을지, 이영호 (2001). *한국판 식사태도검사 -26(Eating Attitude Test-26: KEAT-26)의 타당화*. *정신신체의학*, 9(2), 153-163.
- 이상선, 오경자 (2003). *외모관련 사회문화적 태도 설문지의 타당화 연구*. *한국임상심리학회지*, 22(4), 913-926.
- 이정애 (1997). *폭식행동집단의 인지적 특성*. 고려대학교 석사학위 논문.
- 이진희 (1999). *폭식행동집단의 성격특질*. 충북대학교 석사학위 논문.
- 이현정 (2001). *섭식절제, 부정적 정서 및 충동성이 폭식행동에 미치는 영향*. 가톨릭대학교 석사학위 논문.
- 조성호 (2001a). *한국판 도식 질문지의 요인 구조*. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 13(1), 177-192.
- 한진화 (2003). *신경성 폭식증의 인지행동집단치료 효과*. 덕성여자대학교 석사학위 논문.
- Agras, W. S., Walsh, T., Fairburn, C. G., Wilson, G. T., & Kraemer, H. C. (2002). *A multicentre comparison of cognitive behavioural therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa*. *Archives of General Psychiatry*, 57, 459-466.
- Allen, Jon (2001). *Traumatic Relationships and Serious Mental Disorder*, New York: Wiley & Sons, Ltd.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, 4th ed. Washington, D. C: American Psychiatric Association.

- Barnett, T. E. (1996). *Risk factors and bulimia outcomes in adolescent women: A longitudinal and retrospective analysis*. Unpublished doctoral dissertation. Logan: Utah State University.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Bowlby, J. (1988). *Secure base: Parent-child attachment and healthy human development*, New York: Basic Books.
- Cooper, M. J. (1997). Cognitive theory of anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25, 511-531.
- Cooper, M. J. (2003). Cognitive theory. *Bulimia nervosa: A cognitive perspective*(pp. 154-171). Oxford University Press, Chapter 8.
- Cooper, M. J. (2005). Cognitive theory in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Progress, development and future directions. *Clinical Psychology Review*, 25, 511-531.
- Cooper, M. J. (2006). Beliefs and their relationship to eating attitudes and depressive symptoms in men. *Eating Behaviors*, 7, 423-426.
- Cooper, M. J., Rose, K. S., & Turner, H. M. (2006). The specific content of core beliefs and schema in adolescent girls high and low in eating disorder symptoms. *Journal of Eating Behaviors* 7, 27-35
- Costanzo, P. R., Musante, G. J. & Friedman, K. E., Kern, L. S., & Tomlinson, K. (1999). The gender specificity of emotional, situational, and behavioral indicators of binge eating in a diet-seeking obese population. *International Journal of Eating Disorder*, 26, 205-210.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders, *The Lancet*, 361, 407-416.
- Garner, K. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 9, 273-279.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test. Psychometric features and clinic correlates, *Psychological Medicine* 12, 871-878.
- Herman, C. P. & Polivy J. (1993). Etiology of binge eating: Psychological mechanisms, *In binge eating: nature, assessment and treatment*. N.Y.: Guilford Press.
- Johnson, C., Connors, M. E., & Tobin, D. L. (1987). Symptom management of bulimia. *Journal of consulting & Clinical Psychology*, 55, 668-676.
- Mitchell, J. E. (1990). General treatment Considerations. In: *Bulimia Nervosa*. Ed by Mitchell, J. E., Minneapolis, University of Minnesota Press, pp. 99-119.
- Olmsted, M. P., Kaplan, A. S., & Rockert, W. (1994). Rate and prediction of relapse in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 151, 738-749.
- Patton, C. J. (1992). Fear of Abandonment and binge eating a subliminal psychodynamic activation investigation. *Journal of Nervous and*

- Mental Disease, 180, 484-490.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (1985). Dieting and bingeing: A causal analysis. *American Psychologist*, 40, 193-201.
- Pyle, R. L., Mitchell, J. E., & Eckert, E. D. (1981). Bulimia: A report of 34 cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 42, 60-64.
- Rorty, M., Yager, J., & Rossotto, E. (1993). Why and how do woman recovered for a year or more. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 249-260.
- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 773-791.
- Shafran, R., Lee, M., Cooper, Z., Fairburn, C. G., & Christopher, G. (2007). Attentional Bias in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 369-380.
- Smith, M. C., & Thelen, M. H. (1984). Development and Validation of a test for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 863-872.
- Sugarman, D., & Kurash, C. (1982). The body as a transitional object in bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 57-67.
- Thelen, M. H., Farmer, J., Wondelich, J., & Smith, M. C. (1991). A revision of the Bulimia Test: BULIT-R. *Psychological Assessment*, 3, 119-124.
- Turner, H. M., Rose, K. S., & Cooper, M. J., (2005). Parental bonding and eating disorder symptoms in adolescents: The meditating role of core beliefs. *Journal of Eating Behaviors* 6, 113-118
- Tyrka, A. R., Waldron, I., Graber, J. A., & Brooks-Gunn, J. (2002). Prospective predictors of the onset of anorexic and bulimia syndromes. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 282-290.
- Vitousek, K., & Manke, F. (1994). Personality Variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 137-147.
- Waller, G., Kennerley, H., & Ohanian, V. (2004). Schema-Focussed cognitive behaviour therapy with the eating disorder. In P. du Toit (Ed.), *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist practitioner guide*. Washington: American Psychiatric Association.
- Waller, G., Kennerley, H. & Ohanian, V. (2005). Schema-focussed cognitive behaviour therapy with the eating disorders. In L. P. Riso, P. T. du Toit & J. E. Young(Eds.), *Cognitive schemas and core beliefs in psychiatric disorders: A scientist practitioner guide*. New York: American Psychiatric Association.
- Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C., & Osman, S. (2000). Cognitive content among bulimic women: The role of core beliefs. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 235-241.
- Wilson, G. T., Nonas, C. A., & Rosenblum, G. D. (1993). Assessment of binge eating in obese patients. *International Journal of Eating Disorder*, 15, 1472-1479.
- Wolff, G. E., Crosby, R. D., Rpberts, J. A., & Wittrock, D. A. (2000). Differences in daily stress, mood, coping, and eating behavior in binge eating and non binge eating collegewomen. *Addictive Behaviors*, 25(2),

- 205-216.
- Young, J. E. (1990). Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Young, J. E. (1999). Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (3rd ed.). Sarasota, FL: Professional Resources Press.
- Young, J. E. & Klosko, J. S., (1993). *Reinventing your life: How to break free from negative life patterns*. New York: E. P. Dutton.
- Young, J. E., Weinberger, A. D., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- 원고접수일 : 2009. 1. 16.
수정원고접수일 : 2009. 4. 13.
게재결정일 : 2009. 5. 11.

Maladaptive Schema in Female College Students with Eating Problems

Jin-mih Choi

Counseling Center
Duksung Women's University

Nam-Jae Kim

Department of Psychology
Duksung Women's University

In this study, we empirically investigated early maladaptive schemas in subjects with eating problems to help identify the underlying origin of such problems. First, we identified groups of subjects having anorexic tendency(AN), bulimic tendency(BN), restricting bulimic tendency(RBN) and normal group from 450 female college students. The results, derived using the Young Schema Questionnaire(YSQ), indicated that the eating disorder groups had higher scores than the normal group did and, among the eating disorder groups, the RBN group had higher scores than did the AN or BN group on YSQ scores. In detail, among the 3 eating disorder groups, there were no significant differences with regard to mistrust/abuse scores. On the other hand, the AN group showed more maladapted scores than the BN group did with regard to abandonment, subjugation, while the RBN group had the most maladapted scores of all in these areas(i.e., $BN < AN < RBN$). In fact there was no significant difference between the BN group and the normal group with regard to subjugation scores. This suggests such schemas are more closely associated with the AN tendency than with the BN tendency. Though scores pertaining to enmeshment, emotional inhibition and insufficient self-control were more maladapted in BN than AN and most maladapted in RBN($AN < BN < RBN$), these differences were not statistically significant. Nevertheless, this suggests the possibility that these 3 schemas may be more closely associated with the BN tendency than with the AN tendency. We concluded by not only discussing the possible causality between eating disorders and maladaptive schemas, coping style on maladaptive schemas, and limitations of this study but presenting suggestions for future studies.

Key words : eating disorder, early maladaptive schema, coping style