

## 폭식행동 경향이 있는 미혼 여성의 사회향성과 사회적 불안\*

임 소 영

강남성모병원 신경정신과

오 수 성†

전남대학교 심리학과

본 연구의 목적은 사회향성 및 사회적 불안과 미혼 여성의 폭식행동과의 관계를 밝히고 이와 관련한 인지 왜곡의 연관성을 규명하는 것이다. 총 484명(여대생 361명과 직장여성 123명 등)의 미혼 여성을 대상으로 자기보고식 설문방법으로 연구를 실시하였다. 연구도구는 신경성폭식증검사 개정판, 사회적 회피 및 불안 척도, 사회향성-자율성척도, Mizes의 인지왜곡척도를 사용하였다. 먼저, 신경성폭식증검사 점수로 폭식경향 집단과 정상집단을 구분한 후 두 집단 신체 특성을 알아보았는데 두 집단 간에 연령과 키는 유의미한 차이가 없었지만 체중은 폭식경향집단이 정상집단보다 유의미하게 더 무거웠고 신체질량지수도 폭식경향집단에서 유의하게 더 높았다. 또한 사회향성과 사회적 불안이 높을수록 폭식행동 경향이 높을 것으로 예상 하여 단계적 중다회귀분석을 해 본 결과 두 변인 모두 유의한 설명력을 보여주었다. 사회향성과 사회적 불안이 인지왜곡의 매개를 통해 폭식경향을 심화시키는지 알아보기 위해 매개효과를 검증하였는데 인지왜곡의 매개효과가 검증되었다. 본 연구에 따르면 다이어트에 집착하고 대인관계에 지나치게 의존하고 타인의 거부나 평가에 민감한 사람일수록 폭식행동의 경향이 높은 것으로 나타났다. 그리고 이런 특성들은 섭식·체형·체중에 대한 인지왜곡을 통해 폭식행동을 더욱 악화시켰다. 따라서 이들의 폭식행동을 줄이기 위해 서는 사회향성과 사회적 불안을 줄이기 위한 정서적 접근뿐만이 아니라 대인관계훈련 프로그램, 인지행동 프로그램, 사회성향상 프로그램 등 다각적 접근이 필요할 것이다.

주요어 : 신경성폭식증, 사회향성, 사회적 불안, 인지왜곡

\* 귀중한 조언과 격려를 해주신 심사위원 선생님들께 감사드립니다.

† 교신저자 : 오수성, 전남대학교 사회과학대학 심리학과, (500-070) 광주광역시 북구 용봉동 333

Tel: 062-512-0039, E-mail: ssoh@chonnam.ac.kr

‘마른 여성이 현대 여성의 이상형’이라는 신념은 동서양을 막론하고 21세기를 살아가는 여성들의 고정불변의 통념으로 여겨지고 있다. 국제건강행동연구(IHBS)에서 1991-2001년 사이에 실시한 연구를 보면 한국을 비롯한 미국, 일본, 영국, 프랑스 등 총 22개국 18,512명의 남녀 대학생(그 중 여대생은 10,397명)을 대상으로 이뤄진 BMI, 지각된 과체중(Perceived overweight), 그리고 체중감량 시도(Trying to lose weight)에 대해 조사한 결과 여성의 경우 75.8%가 정상범위의 BMI에 속하였음에도 불구하고 45% 이상이 스스로 과체중이라고 지각하였으며 51% 이상이 체중감량 시도를 하고 있음이 밝혀졌다(Wardle, Hasse & Steptoe, 2006). 이런 연구 결과로 볼 때 ‘마른 몸매를 추구하는 경향’은 전 세계 여성들에게 일반화된 현상으로 여겨지고 있음을 알 수 있다. 그러나 이 같은 ‘뚱뚱함’에 대한 비이성적인 공포는 만성적이고 강박적인 다이어트를 유발하고 이는 불규칙적인 섭식행동을 시작으로 결국 섭식행동에 대해 조절력을 상실하는 상태까지 이르게 한다. 즉, 다이어트를 계속 하면서도 습관적으로 폭식을 하는 비정상적인 섭식양상을 드러내는 것이다(김준기, 1997)

이러한 현상을 잘 설명해주고 있는 정신 병리 중 대표적인 것이 신경성 폭식증이다. 신경성 폭식증의 어원을 살펴보면, 그리스어 *bous*는 황소를 *limos*는 배고픔을 각각 의미하며 폭식증이란 황소처럼 많이 먹는 식욕을 가리킨다고 할 수 있다(김정욱, 2000). 미국정신의학회는 DSM-IV에서 신경성 폭식증은 일반적으로 높은 열량의 음식과 인스턴트 음식을 과다하게 섭취(binge eating)하고 그런 다음 음식물을 없애기 위해서 구토·절식·과도한 운동·하제나 이뇨제 복용의 정기적인 애피소드

로 간주하고 있다. 또한 신경성 폭식증이라고 진단되기 위해서는 폭식과 이에 대한 부적절한 보상 행동이 평균적으로 주 2회씩 3개월 동안 일어나야 한다. 아울러 자신에 대한 평가가 체형과 체중에 의해 지나치게 영향을 받는다는 준거가 만족되어야 한다. 이들은 폭식을 하는 동안 ‘먹는 것에 대한 조절력의 상실’을 경험하는데 일단 음식을 먹기 시작하면 멈출 수 없을 것 같은 광적인 상태에 빠져들어 폭식과 관련된 해리상태를 보이기도 한다(APA, 1994).

신경성 폭식증은 일반적으로 후기 청소년기 또는 초기 성인기에 시작되는데 DSM-IV에 의하면 청소년과 젊은 성인 여성들 사이에서 유병율은 대략 1-3%이며 남성의 비율은 여성의 1/10 정도이다. Shisslak, Crago, 그리고 Estes (1995)는 섭식장애에 대한 종단적 연구들을 종합하면서 정상적인 다이어트를 하는 사람들 중 약 35%가 1-2년 후에는 점차 병리적으로 다이어트에 매달리게 되며 이들이 섭식장애로 발전할 가능성은 약 20-30%라고 결론 내렸다. Minntz, O'Halloran, Mulholland와 Schneider(1997)의 연구에서도 미국 여자 대학생들 가운데 식사장애 진단 준거에 해당하는 응답자들의 비율은 약 6.6%이지만 준 임상적 수준의 식사문제를 가진 응답자들의 비율은 20%로 보고하였다. 우리나라의 경우, 한오수, 유희정, 김창윤, 이철, 민병근, 박인호(1990)가 전국 남녀 대학생 2874명을 대상으로 한 연구에서 신경성 폭식증으로 분류된 사람은 모두 22명으로 0.8%에 이르는 것으로 나타났다. 그러나 다이어트를 하고 있는 고위험군을 대상으로 하면 10.4%-18.6%로 비율이 증가하며 병리적인 폭식은 전체 응답자의 약 62.4%가 경험한 것으로 나타났다. 김혜은(2003)의 연구에서도 여대

생의 10.3%가 폭식행동 집단으로 분류되었다. 특히 Wardle 등(2006)의 연구에서 한국 여대생의 경우 조사 대상국 여대생 중 BMI 평균이 19.3으로 가장 낮았음에도 불구하고 체중감량 시도 비율은 77%가 체중감량을 위해서 노력한다고 하여 조사 대상국 중 1위를 차지했다는 것은 현재 한국 사회에서 여성들이 겪고 있는 섭식문제의 심각성을 잘 나타내 준다고 할 수 있다. 이러한 신경성 폭식증의 원인으로는 생물학적 · 심리적 · 사회문화적 요인 등을 생각해 볼 수 있다.

첫째, 생물학적 요인은 폭식증의 발병에 여러가지 신경전달 물질이 관여한다고 추정하는 관점으로 세로토닌이나 혈청 엔도르핀의 상승과 관련이 있다고 본다(민성길, 2006). 두번째 심리적 요인은 정신분석적 관점 · 인지 행동적 관점 등으로 다시 나누어 볼 수 있는데 먼저, 정신분석적 관점에서는 폭식증이 부모에 대한 무의식적인 공격성의 표출과 관련되어 있다고 가정한다(김주화, 2007). 인지 행동적 관점은 체형과 체중에 대한 염려가 폭식증의 핵심 특징이며 완벽주의와 이분법적인 사고방식이 폭식증을 심화시킨다고 본다. 예컨대 Herman과

Polivy(1980)는 섭식을 조절하려는 인위적인 시도가 어떤 이유로 해서 일단 무너지게 되면 다이어트를 하는 사람에게 내재되어 있던 배고픔의 보상욕구가 행동으로 드러나 결국 폭식에 이르게 된다고 제안하였다. Fairburn, Cooper와 Shafran(2003)도 폭식증을 지속시키는 인지 행동적 과정을 설명하면서 완벽주의 · 낮은 자아존중감 · 부정적 정서(우울 · 불안 · 분노) 등을 공통된 메커니즘으로 제안했다. 즉, 폭식행동 경향이 있는 사람은 완벽주의적 성향이 강하여 자신의 식사 행동 · 신체상 · 체중과 관련된 영역에 완벽한 기준을 세워 놓고 그 기준에 이르지 못하면 지나치게 부정적 평가를 내리고 자기 비난을 한다는 것이다. Heatherton과 Polivy(1992)는 낮은 자아존중감이 다이어트를 하도록 이끌지만 대부분은 실패로 끝나고 이러한 다이어트의 실패가 또 다시 자아존중감을 악화시키고 부정적 정서를 이끌어 다이어트와 폭식에 이르게 한다고 하였다. 이 외에도 폭식행동을 유발하는 인지 행동적 요인으로 부정적 정서를 꿈을 수 있는데 폭식행동 경향이 있는 사람들은 부정적 정서와 정보에 더 민감하게 되고 중성적인 자극도 부정적

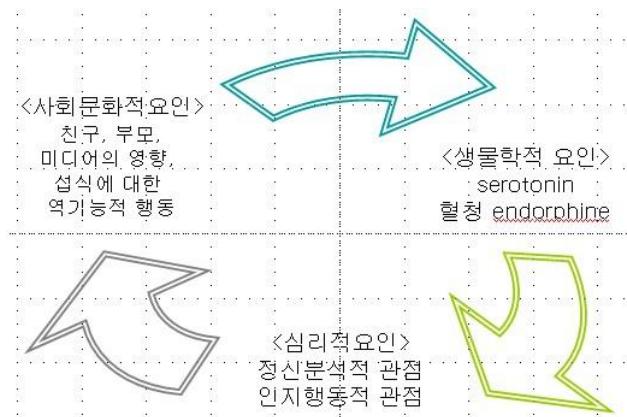


그림 1. 신경성 폭식증의 원인

으로 재인지하며, 부정적인 측면을 더욱 두드러지게 지각하여 자신을 더욱 낮게 평가하는 경향이 있다(한진화, 2003). Castonguay 등(1995)은 우울과 불안 같은 부정적 정서가 폭식을 시작하도록 하는 직접적인 유발요인이라고 하였으며 Williamson 등(2001)도 폭식증 환자들에겐 폭식 전 부정적 정서(우울·불안·분노 등) 가 폭식 후 경험하는 부정적 정서(죄책감)보다 더 혐오적인 것으로 인식되기 때문에 폭식을 통해서라도 부정적인 정서를 벗어나고자 한다고 주장하였다. 마지막으로 사회문화적 관점을 살펴보면 Stice(2001)는 섭식장애에 대한 5 가지 위험요인으로 친구·부모·미디어의 영향·신체 이미지·섭식에 대한 역기능적 행동을 제안하고 있다. Pelletier(2004)는 신경성 폭식증에 대한 Stice의 ‘사회문화적 설명모형’을 보완하여 설명하면서 ‘날씬함’에 대한 사회문화적 압력이 광고나 대중매체 같은 매스미디어·부모(특히 엄마)·또래집단 등을 통해 여성들에게 ‘내적인 이상형’으로 받아들여지고 있으며 이러한 비교 과정에 빈번하게 노출될 수록 우울이나 불안과 같은 부정적인 정서 상태가 야기되며 이로 인해 폭식행동이 유발된다고 설명하였다. Kreipe와 Birndorf(2000) 역시 폭식행동 위험요인으로 타인을 기쁘게 하려는 특성, 부정적 정서를 의사소통하는 것의 어려움 등을 꼽았다.

이렇듯 다양한 유발요인에 따라 드러나는 폭식 증상도 조금씩 틀린데 이상선(2005)의 연구에서는 완벽주의 수준이 높을수록 거식행동이 증가하고 충동성이 높을수록 폭식행동이 증가한다고 보고하고 있으며 Grissette와 Norvell(1992)은 폭식 행동자들이 절식 행동자들보다 대인관계에서 부정적이고 갈등적인 등 낮은 적응수준과 소극적인 모습을 보인다

고 보고하였다. 또한 Fairburn, Cooper, Doll과 Welch(1999)는 거식행동의 위험요인과 폭식행동의 위험요인을 비교하는 연구에서 거식행동 집단은 부정적인 자기 평가·완벽주의를 더 많이 보였고 폭식행동 집단에서는 가족들로부터 섭식·외모·체중에 대한 부정적인 언급을 좀 더 많이 받았다고 제안하였다. 이처럼 비슷한 섭식문제를 가지고 있는 사람이라고 할지라도 심리 상태와 사회적 상호작용 패턴들이 각각 어떤 조합으로 형성되느냐에 따라 이들이 보이는 주요 증상 또한 달라질 수 있다.

따라서 본 연구에서는 Kreipe와 Birndorf(2000) 등을 비롯한 선행 연구에서 폭식행동의 위험요인으로 언급되어 왔던 ‘타인을 기쁘게 하려는 특성’ 및 ‘부정적 정서를 의사소통하는 것의 어려움’을 사회향성과 사회적 불안이라는 개념을 빌어 설명하면서 미혼 여성의 폭식행동과의 관계를 밝히고 이와 관련한 인지왜곡의 연관성을 규명하고자 한다. 그동안 국내 선행연구는 주로 우울·불안·완벽주의·충동성·낮은 자존감 등과 같은 개인내적 심리상태 요인들의 조합으로 가설을 세워 폭식 문제 와의 연관성을 검증해 왔다. 하지만 이에 비해 정서의 사회적 측면인 사회향성 및 사회적 불안과 폭식문제의 상관관계를 검증한 연구는 없었다.

본 연구의 주제에 초점을 둔 국외 선행연구를 살펴보면 Striegel-Moore(1986)은 사회향성과 폭식행동의 연결고리에 대해 폭식문제를 가지고 있는 사람들이 지나치게 의존적이고 비주장적이며 타인을 기쁘게 하고 타인에게 인정받으려고 하는 등의 전형적인 여성 특징을 많이 보이고 있으며 이러한 여성상을 추구하는 결과로 폭식증을 보이게 된다고 설명하고 있다. 그리고 이러한 성향을 사회적 의존성을

핵심개념으로 하는 사회향성(sociotropy)으로 설명하였다. 사회향성이란 타인과의 원만한 관계에 투자하며 타인으로부터 피드백을 받음으로써 자신의 신념과 행동을 타당화시키는 것이다(Beck, 1983). 사회향성은 대인관계의 집착을 반영하며 지나친 사회적 의존성·동조성·타인의 의견에 대한 관심·중요한 타인에게 버려지는 것에 대한 지나친 공포가 특징이다(Blatt, D'Affitti, & Quinlan, 1976). 사회향성 성격을 지닌 사람은 다른 사람과의 관계를 소중히 여기고 그들에게 자신이 받는 수용과 애정의 정도에 따라 자신의 가치를 평가한다. 이 때문에 사회향성이 높은 사람은 다른 사람에 대해서 사랑받고 싶어 하는 강한 욕구를 경험한다. 그리고 사회향성이 높은 사람은 그들이 사회적 관계에서 상실이나 거부(사랑하는 사람의 죽음·이혼·별거·실연)를 지각했을 때 우울증이 발생할 가능성이 더 많다(Allen, Horne & Trinder, 1996). Bornstein과 Greenberg(1991)은 신경성 폭식증 집단 환자들에게 Rorschach 검사를 사용하였더니 폭식집단의 의존이미지 수준이 통제집단의 수준보다 두 배나 높은 것으로 나타났다. Johnson과 Robins(1989)은 사회향성과 신경성 폭식증의 관계에서 폭식행동이 높은 집단의 여성이 폭식행동이 없는 여성보다 유의미하게 사회향성이 높다고 보고했으며 Patton(1992)의 연구에서도 사회향성이 폭식행동의 발달에 중요한 상관관계를 가진다고 보고하였다. Hayaki(2003)는 폭식증이 있는 사람들은 사회적 의존성·인정 욕구·거절의 두려움 등의 대인관계 문제를 보였고, 사회향성이 높은 개인은 타인의 인정을 얻는데 집중하며 유난히 사회적 거절을 회피하려하는 것으로 나타났다. Friedman(1996)은 105명의 여대생을 대상으로 한 연구에서 폭식

증 증상과 사회향성 간에 유의미한 상관이 있다는 것을 보고하였는데 우울증(BDI)을 공변인으로 통제한 후에도 결과가 같았다. 따라서 본 연구에서는 이 같은 선행 연구들에서 나온 논의를 바탕으로 사회향성이 폭식행동의 유발과 밀접한 관계가 있다고 생각하여 그 영향을 살펴보기로 하였다.

본 연구에서는 폭식행동과의 관계를 밝히고자 하는 두 번째 변인으로 사회적 불안(social anxiety)을 가정하였는데 Schlenker와 Leary(1982)는 이 개념을 실제 또는 가상의 사회적 상황에서 대인적 평가를 예견함으로써 생기는 정서적 경험의 총체라고 정의하였다. 사회적 불안은 1970년에 Markes에 의해 처음으로 사회공포증이라는 이름으로 제시되었으며 DSM-III에 공식적으로 진단범주가 만들어졌다. 사회적 불안과 폭식증에 관련된 선행연구를 살펴보면 Strieger, Gauvin, Jabalpurwala, Seguin 그리고 Stotland(1999)는 섭식문제가 있는 사람들은 사회적 상호작용에 유난히 민감하여 대인관계에서 일어난 부정적인 사건이 폭식 에피소드를 촉진한다고 하였다. 즉, 이들은 다른 사람에게 자기가 부족하거나 부적절하게 보여 결국 자신이 거절되는 것에 대한 불안으로 인해 부정적 정서를 경험하게 되고 또 다시 폭식 행동을 보이는 등의 악순환을 되풀이한다는 것이다. 또한 역으로 대인관계 문제가 있는 사람은 섭식장애 치료과정에서 좋지 않은 예후를 보이는 것으로 보고하였다. Hinrichsen(2003)도 DSM-IV에 의해 섭식장애라고 진단받은 140명의 여성과 50명의 비임상 여성들을 비교하였는데 임상집단이 비임상 집단보다 사회적 불안 점수가 높게 나타났다. 이는 섭식 문제와 행동이 사회적 불안과 깊은 관련이 있음을 의미한다. Olfson 등(2000)은 정신건강센

터 이용실태 조사연구에서 사회적 불안이 섭식장애 치료를 시작하는데 장벽임을 보고했다. Herzog, Keller, Lavori 그리고 Ott(1987)의 연구에서는 폭식증 환자와 폭식경향이 있는 학생들의 빈약한 사회적 적응과 동료관계가 보고되었는데 폭식증이 있는 여성은 부정적이고 적대적인 상호작용을 가질 확률이 높은 것으로 나타났다. Striegel-Moore, Silberstein, 그리고 Rodin(1986)은 폭식증이 있는 사람이 통제집단에 비해 사회적 불안이 더 크며 다른 사람이 자신을 어떻게 보는가 하는 자기의식을 많이 한다고 하였으며 일상생활에서 부정적 사회적 상호작용을 더 많이 경험하는 것으로 나타났다.

본 연구에서는 사회향성(sociotropy) 및 사회적 불안(social anxiety)과 미혼 여성의 폭식행동과의 관계를 밝히고자 하였고 더 나이가 인지왜곡의 연관성을 규명하고자 하였다. 왜냐하면 신경성 폭식증의 이해에서 역기능적 사고는 매우 중요한 역할을 하기 때문이다(Fairburn, 1985; Mizes, 1985). Mizes(1985)의 연구에 의하면 체중과 체형, 외모에 대한 왜곡된 신념 같은 인지적 왜곡은 폭식행동을 유지시키고 발달시키는 것으로 나타났다. 이 외의 많은 연구에서 신경성 폭식증 환자가 정상인 통제집단보다 더 비합리적 인지 도식을 갖는 경향이 관찰되었는데 White와 Boskind-White(1984)의 연구에 의하면 신경성폭식증 환자는 타인을 즐겁게 해주려는 욕구, 주변 사람들에게 착한 여자로 보이려는 욕구, 완벽해지려는 욕구 등이 있다고 했으며 Cooper 등은(1993) 폭식증 증상은 체중과 섭식에 대한 특징적인 신념체계에 의해서 유지된다고 보며 이러한 신념이 일단 형성되면 이것이 전형적인 섭식장애 행동에 영향을 주고 다른 부수적인 비합리적인

신념을 갖게 하는 것으로 나타났다. Polivy와 Herman(1985)은 폭식행동을 촉발하는 강력한 예언요인으로 이분법적 사고를 강조하였다. 즉, 폭식증 환자는 이분법적 생각(좋은 음식vs나쁜 음식)과 흑백 논리(과식vs절식)에 지배되어 지속적인 체중감소 압박에 시달리게 되며 다이어트에 성공하기 위해서 ‘날씬해야한다’는 인지적 통제가 ‘배고프다’는 생리적 통제를 대체한다고 설명하고 있다. 하지만 이러한 생리적 박탈은 음식에 대한 몰두와 음식단서에 대한 반응을 고양시켜 결국엔 음식이 자신의 사고를 지배하여 결국 폭식에 이르게 된다는 것이다.

따라서 본 연구에서는 사회향성과 사회적 불안이 높을수록 폭식행동 경향이 클 것이라는 가설을 세우고 이때 인지왜곡이 사회향성과 사회적 불안의 영향을 받아 폭식행동에 영향을 미칠 것이라고 예상하여 폭식증에 대한 인지왜곡의 매개효과를 검증하고자 한다. 첫 번째 가설은 ‘사회향성과 사회적 불안이 높을수록 폭식행동 경향이 높을 것이다’이고 두 번째 가설은 ‘사회향성과 사회적 불안은 인지왜곡의 매개를 통해 폭식행동에 영향을 미칠 것이다’이다.

## 방 법

### 연구대상

본 연구에서는 여대생 361명과 직장여성 123명 등 총 484명의 미혼여성을 대상으로 자기 보고식 설문을 실시하였다.

### 측정도구

#### 신경성 폭식증 검사 개정판(Bulimia Test Revised; BULIT-R)

이 척도는 폭식행동(28문항) 및 체중조절 행동(8문항)을 측정하는 자기보고식 측정도구로 Smith와 Thelen(1984)이 DSM-III의 진단기준에 근거해 개발한 신경성폭식증 검사(Bulimia Test; BULIT)를 Thelen, Farmer, Wonderlich 그리고 Smith(1991)가 DSM-III-R의 진단기준에 맞추어 개정하였다. 국내에서는 윤화영(1996)이 번안 하였으며 신뢰도는 .90이며 각 문항에 5점 척도로 평정한다. 본 연구에서는 체중조절이 아니라 폭식증을 측정하기 때문에 체중조절을 내용으로 하는 8문항은 채점에서 제외하였다 (김혜은, 2003; 윤화영, 1996). 또한 개정판을 사용할 때 환자집단의 폭식행동 경향성을 나타내는 분할점으로 98점을 사용하기도 하고 88점을 사용하기도 하는데 안소현(1994)의 연구에서 완화된 기준인 88점을 사용하였고 .99의 동시타당도를 나타냈다. 따라서 본 연구도 분할점으로 88점을 사용하였다(문항의 예: 먹기 시작하면 멈출 수 없을 거라는 두려움 때문에 어떤 것도 먹기가 겁이 난다/ 폭식을 한 직후 살이 찌지 않기 위해서 과도한 운동을하거나 단기의 다이어트, 단식, 이뇨제, 설사약이나 변비약을 먹는 등의 방법을 쓴다).

#### 사회적 회피 및 불안 척도(Korea-Social Avoidance and Distress Scale; K-SADS)

사회적 회피 및 불안척도는 사회적 상황에서의 불안을 측정하며 사회적 상호작용과 관련한 불편함 및 회피에 관한 28문항으로 구성되어 있다. 본 연구에서는 Watson & Friend (1969)가 제작한 척도를 최정훈과 이정윤(1997)

이 번안한 것을 사용하였다. 이 척도는 하위 요인으로는 첫째, 사회적 상황에 대한 회피, 사람들과 어울리는 상황에서의 심리적 불편감, 둘째, 낯선 사람들과 처음 어울리는 상황에서의 불안감 등 2요인이 확인되었다. 자기보고식이며 각 문항에 5점 척도로 평정한다. 본 연구에 사용된 설문지의 신뢰도는 .91이고 하위요인에서 제 1요인은 .86, 제2요인은 .82로 각각 분석되었다(문항 예: 사교적이어야 하는 자리는 피한다/ 잘 모르는 사람들과 함께 있을 때 대체로 신경이 예민해진다).

#### 사회 향성-자율성 척도(Sociotropy-Autonomy Scale; SAS)

사회향성-자율성척도는 Beck(1983)이 우울취약성으로 제안한 사회향성과 자율성을 측정하는 도구로 자기보고식이며 각 문항에 5점 척도로 평정한다. Beck, Einstein, Herrison 그리고 Emery(1983)에 의해 개발된 60문항으로 이중 사회향성은 30문항이다. 이 척도는 조옥귀(1993)가 번안하였으며 Cronbach  $\alpha$ 계수는 사회향성이 .87, 자율성이 .83이었다. 본 연구에서는 사회향성 척도 30문항만을 선택하여 사용하였다. 1요인은 비난이나 거부에 대한 두려움 요인이고 2요인은 결속, 다른 사람과 같이 있으려 하는 요인이다. 본 연구에 사용된 사회향성 신뢰도는 .89이고 하위요인으로 1요인은 .87, 2요인은 .69로 각각 분석되었다(문항 예: 사람들에게 ‘아니오’라고 말하기 어렵다/ 누군가 내 외모를 비난한다면 나는 내가 매력적인 사람이 아니라고 느껴진다).

#### Mizes의 인지왜곡척도(The Mizes Anorectic Cognition Scale; MACS)

Mizes의 인지왜곡척도는 신경성 식욕부진증

과 신경성 폭식증과 관련된 인지를 측정하기 위해 Mizes & Klesges(1989)에 의해 고안되었다. 이정애(1997)가 처음으로 번안하여 사용하였고 총 33문항으로 구성되었다. 5점 척도로 측정하며 신뢰도는 .93이었다. 1요인은 체중증가에 대한 엄격한 통제, 2요인은 외모와 체중이 타인으로부터의 인정에 미치는 영향, 3요인은 섭식에 대한 자기통제와 자기 존중, 4요인은 음식에 대한 이분법적 사고, 5요인은 섭식, 체중, 음식의 주제에서의 개인화, 과장, 미신적 사고의 경향이다. 본 연구에서는 전체 신뢰도는 .93이고 하위요인으로 1요인은 .84, 2요인은 .77, 3요인은 .69, 4요인은 .76, 5요인은 .71로 각각 분석되었다(문항 예: 단 것을 먹으면 곧바로 배에 살이 찔 것이다/내가 식생활을 통제할 수 있다면 나의 삶도 통제할 수 있다).

### 절차

첫째, 본 연구에 참여한 응답자에 대한 기초분석으로 연령·체중·키·BMI 등 신체변인 및 사회향성·사회적 불안·인지왜곡 변인에서 폭식경향집단과 정상집단 간 차이가 있는지 검증하였다. 둘째, 폭식증·사회향성·사회적 불안·인지왜곡의 상관관계를 분석하였다. 셋째, 사회향성과 사회적 불안이 높을수록 폭식경향 행동이 높아지는지 단계적 중다회귀분석을 하였다. 넷째, 사회향성과 사회적 불안이 인지왜곡을 매개하여 폭식행동에 영향을 미치는지 매개효과를 검증하였다.

### 결과

### 전체 응답자에 대한 각 변인 기초분석

먼저 본 연구에 사용된 각 변인의 전체 평균과 표준편차를 알아보았다. 표 1에 의하면 전체 응답자의 연령은 21.29세, 키는 162.62cm, 체중은 53.12kg, 신체질량지수(BMI)는 20.10로 각각 나타났다. BMI(Body Mass Index)는 의학적으로 저체중, 정상체중, 과다체중, 비만으로 나누는 중요한 지표로 개인이 보고한 체중을 신장의 제곱으로 나눈 값이다. 이 값이 20미만이면 체중미달, 20~25사이이면 정상체중, 25~30 사이이면 체중초과, 30이상이면 비만이다. 또한 신경성폭식증 척도 61.52점, 인지왜곡 척도 77.02점, 사회향성 척도 86.79점, 사회적 불안 척도 74.17로 각각 나타났다. 또한 본 연구에서 신경성폭식증 점수를 기준으로 하여 폭식 경향자가 얼마나 되는지 알아보았다. 총 484명의 응답자 중 폭식경향자로 판단되는 점수인 88점 이상은 59명(12.1%)이었고 88점 이하는 425명(87.8%)이었다.

또한 신경성폭식증 검사를 기준으로 한 폭식경향 집단과 정상 집단의 신체적 특징을 나

표 1. 각 변인의 평균(표준편차)

변인	M(SD) (N=484)
연령	21.29(2.41)
키	162.62(5.06)
체중	53.12(6.19)
BMI	20.10(2.05)
폭식증	61.52(18.48)
인지왜곡	77.02(22.19)
사회향성	86.79(15.67)
사회적불안	74.17(14.64)

표 2. 폭식경향집단과 정상집단의 신체특징차이비교

변인	폭식 (N=59)	정상 (N=425)	t	검정
연령	20.92(1.99)	21.34(2.45)	-1.26	.74
키	163.51(4.80)	162.51(5.08)	1.44	1.42
체중	55.50(5.20)	52.76(6.27)	3.18**	2.08***
BMI	20.74(1.83)	20.00(2.07)	2.56*	1.45**

\*\*\* $P<.001$  \*\* $P<.01$  \* $P<.05$ 

타낸 것이 표 2이다. 표 2에 의하면 연령에서 폭식경향집단은 20.92세, 정상집단은 21.34세로 유의한 차이는 없었다. 신장은 폭식경향 집단이 163.51cm, 정상 집단이 162.49cm로 두 집단 간 차이는 없었다. 이에 비해 몸무게는 폭식경향 집단은 55.50kg, 정상 집단은 52.76kg으로 폭식경향 집단이 정상 집단에 비해 유의하게 ( $P<.01$ ) 더 무거웠다. 마지막으로 신체질량지수(BMI)에서는 폭식경향 집단과 정상 집단 모두 각각 20.74과 20.00로  $P<.05$ 수준에서 유의한 차이를 나타냈다. 또한 양 집단간 표본 수의 차이가 커서 연령은 모집단 정상성이 가정되지 않아 네 변인 모두 다시 비모수 검정을

하였다. 비모수 검증방법으로는 집단 간의 차이를 알 수 있는 2표본 Kolmogorov-Smirnov검정을 했는데 그 결과 역시 체중 변인에서 두 집단에서 유의한 차이( $P<.001$ )를 나타내었고 BMI에서도 두 집단 간 유의한 차이( $P<.01$ )를 나타냈다. 설문지 응답자들의 BMI 분포를 살펴본 것이 그림 2이다. 폭식경향집단은 체중미달 22명(37.2%), 정상체중 36명(61%), 체중초과 1명(1.6%) 이었다. 정상집단은 체중미달 222명(52.2%), 정상체중 197명(46.3%), 체중초과 2명(0.7%), 비만 4명(0.9%) 이었다. 설문지 응답자 중 대부분이 정상체중 범위 안에 속해 있었고 폭식경향집단도 마찬가지다. 따라서 폭식경향집단 사람들은 자신이 정상체중임에도 불구하고 스스로 뚱뚱하다고 생각하는 경향이 있으며 이것이 무리한 다이어트로 이어져 결국 폭식에 이르게 된다고 예상할 수 있다.

또한 폭식경향집단과 정상집단 간에 사회향성, 사회적불안, 인지왜곡의 집단차이를 비교해 보면 표 3과 같다. 표 3에 의하면 세 변인 모두가 폭식경향집단과 정상집단 간에 유의미한 차이를 보였다. 이 중 인지왜곡 변인에서 모집단의 정상성이 가정되지 않아 비모수 검정을 해 보았는데 마찬가지로 유의미한 결과 ( $P<.001$ )를 나타냈다.

표 3. 사회향성, 사회적 불안, 인지왜곡 집단차이

변인	폭식 (N=59)	정상 (N=425)	t
인지왜곡	115.1(12.4)	71.6(17.8)	18.0***
사회향성	109.1(12.0)	83.7(13.4)	13.84***
사회적불안	95.4(9.96)	71.2(12.6)	14.01***

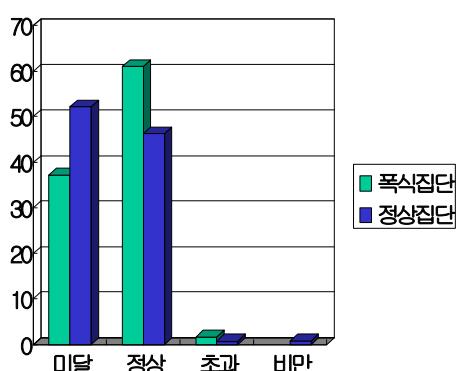
\*\*\* $P<.001$ 

그림 2. 응답자들의 BMI 분포도

## 변인들의 상관관계

본 연구에 사용된 변인들이 서로 어느 정도의 상관을 가지고 있는지 알기 위해 상관관계를 분석해 보았는데 이때 상기한 것처럼 인지왜곡 척도가 모집단의 정상성이 가정되지 않았으므로 비모수 검정을 위해 스페어만 순위상관 분석을 하였다.

표 4에 의하면 인지왜곡은 폭식증과 높은 정적 상관( $r=.74$ )을 보였고 사회향성은  $r=.42$ , 사회적 불안  $r=.36$ 의 상관을 보였다. 인지왜곡이 폭식증과 높은 상관을 보이는 까닭은 인지왜곡 척도가 재는 영역이 섭식, 체중, 체형에 관한 특수한 주제에 한정되기 때문으로 판단되었다.

표 4. 전체집단에서 각 변인들의 스페어만 상관

	1	2	3	4	5
폭식증	-				
인지왜곡	.74***	-			
사회향성	.42***	.46***	-		
사회적불안	.36**	.40***	.53***	-	

\*\*\* $p<.001$ 

## 사회향성과 사회적 불안이 폭식에 미치는 영향

사회향성과 사회적 불안이 폭식행동을 얼마나 예측하는지 설명량을 알아보기 위해 단계적 중다회귀분석을 하였다. 그 결과가 표 5이다. 표 5에 의하면 단계적 중다회귀분석 결과 사회향성과 사회적 불안은 폭식행동을  $P<.001$  수준에서 유의미하게 설명하는 것으로 나타났다. 사회향성은 25%를 설명해 주고 여기에 사회적 불안까지 포함시켰을 때는 29%를 설

표 5. 폭식증에 대한 사회향성, 사회적불안 중다회귀분석표

예언변인	$\beta$	$t$	adjusted $R^2$	$\Delta R^2$	F
사회향성	.37	8.21***	.25	.25	167.37***
사회적불안	.24	5.32***	.29	.04	102.61***

\*\*\* $p<.001$ 

명해주었다. 따라서 본 연구의 가설, 사회향성과 사회적 불안이 높을수록 폭식행동 경향이 높을 것이라는 첫 번째 가설이 지지되었다.

## 인지왜곡의 매개효과 검증

폭식행동에 있어 인지왜곡이 사회향성과 사회적 불안을 매개하는지 검증하기 위해 중다회귀 분석을 통해 인지왜곡의 매개효과 절차를 사용하였다.

매개효과가 있다고 검증되기 위해서는 다음과 같은 조건을 만족해야 한다. 첫째, 첫 번째 회귀 방정식에서 독립변인이 매개변인에 유의한 영향을 미쳐야 하며 둘째, 독립변인은 종속변인에 영향을 미쳐야하며, 마지막으로 매개변인은 세 번째 회귀방정식에서 종속변인의 분산을 설명할 수 있어야 한다. 또한 독립변인은 2단계에 비해 3단계에서 설명력이 유의하지 않거나(완전매개), 유의하게 낮아져야 한다(부분매개). 즉 독립변인과 종속변인의 관계에 매개변수가 작용한다 함은 둘 사이의 효과가 제3변수를 통하여 작용한다는 의미이다. 매개변인은 독립변인의 작용에 의해서 영향을 받는 변인이라는 특징을 지니므로 독립변인과 무관하게 존재하는 것이 아니기 때문이다.

본 연구에서는 사회향성과 폭식증의 관계에서 인지왜곡의 매개효과를 검증하기 위하여

세 번의 단계적 중다회귀 분석을 실시하였다. 먼저, 사회향성에 대한 인지왜곡 매개모형을 검증하기 위해 3개의 회귀 방정식을 구했는데 첫째로 사회향성이 인지왜곡에 유의미한 변량을 설명하는지를 살펴보기 위해 사회향성을 인지왜곡 변인에 회귀시켰다. 두 번째로 사회향성을 종속변인인 폭식증에 회귀시켰다. 마지막으로 독립변인과 매개변인을 한꺼번에 종속변인에 회귀시켰다. 이때 이 매개모형이 유의미하기 위해서는 첫 번째와 두 번째의 회귀식은 유의미해야 하고 마지막 회귀식에서 사회향성은 유의미하지 않거나(인지왜곡에 의한 완전매개), 두 번째 분석에 의해 감소해야 한다(인지왜곡에 의한 부분매개).

표 6과 그림 3에서 알 수 있듯이 첫 번째와 두 번째 회귀 방정식은 유의미하고 마지막 회귀방정식은 부분적으로 유의미하지 않으므로 완전매개모델이 성립되었으며 사회향성이 인지왜곡의 매개를 통해 폭식증을 심화시킨다고 결론지을 수 있다. 따라서 사회향성이 인지왜곡을 통해 폭식증을 심화시킬 것이라는 본 연구의 두 번째 가설은 지지되었다.

다음으로 사회적 불안과 폭식증의 관계에서 인지왜곡의 매개효과를 검증하기 위하여 세 번의 단계적 중다회귀 분석을 실시하였다. 먼저, 사회적 불안에 대한 인지왜곡 매개모형을 검증하기 위해 3개의 회귀 방정식을 구해서 첫째로 사회적 불안이 인지왜곡에 유의미한 변량을 설명하는지를 살펴보기 위해 사회적 불안을 인지왜곡 변인에 회귀시켰다. 두 번째로 사회적 불안을 종속변인인 폭식증에 회귀시켰다. 마지막으로 독립변인과 매개변인을 한꺼번에 종속변인에 회귀시켰다. 이때 이 매개모형이 유의미하기 위해서는 첫 번째와 두 번째의 회귀식은 유의미해야 하고 마지막 회

표 6. 사회향성의 인지왜곡 매개효과(전체집단)

단계	종속변인	$\Delta R^2$	$\beta$	t	F
1단계	사회향성→ 인지왜곡	.300	.548	14.39***	207.3***
2단계	사회향성→ 폭식증	.257	.507	12.92***	167.1***
3단계	인지왜곡→ 폭식증	.633	.733	22.24***	416.3***
	사회향성→ 폭식증	-	.105	3.192	NS

\*\*\* $P<.001$

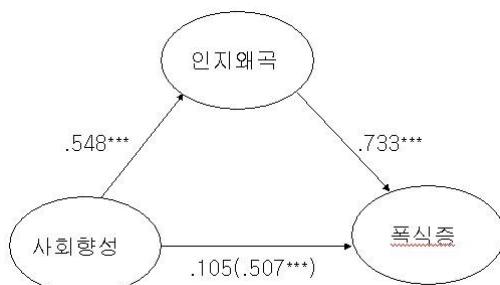


그림 3. 사회향성의 인지왜곡 매개경로(전체집단)

귀식에서 사회적 불안은 유의미하지 않거나(인지왜곡에 의한 완전매개), 두 번째 분석에 의해 감소해야 한다(인지왜곡에 의한 부분매개). 표 7과 그림 4에서 알 수 있듯이 회귀방정식 첫 번째와 두 번째는 유의미하고 마지막 회귀방정식은 부분적으로 유의미하지 않으므로 완전매개모델이 성립되었으며 사회적 불안이 인지왜곡의 매개를 통해 폭식증을 심화시킨다고 결론지을 수 있다. 따라서 사회적 불안이 인지왜곡을 통해 폭식증을 심화시킬 것이라는 본 연구의 두 번째 가설은 지지되었다.

표 7. 사회적 불안의 인지왜곡 매개효과(전체집단)

단계	종속변인	$\Delta R^2$	$\beta$	t	F
1단계	사회적불안→ 인지왜곡	.212	.460	11.39***	207.3***
2단계	사회적불안→ 폭식증	.192	.438	10.71***	167.1***
3단계	인지왜곡→ 폭식증	.632	.747	24.04***	416.3***
	사회적불안→ 폭식증	-	.094	-	NS

\*\*\*P&lt;.001.

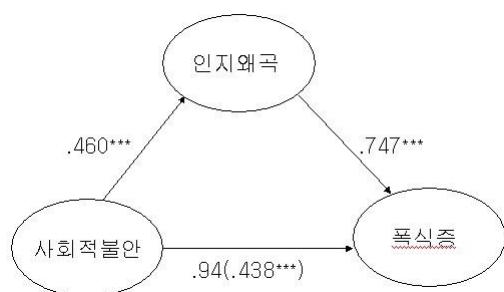


그림 4. 사회적 불안의 인지왜곡 매개경로(전체집단)

## 논 의

본 연구에서는 사회향성 및 사회적 불안과 미혼 여성의 폭식행동과의 관계를 밝히고 이와 관련한 인지왜곡의 연관성을 규명해 보고자 하였다. 또한 체형·체중·섭식에 대한 인지왜곡이 사회향성과 사회적 불안의 영향을 받아 폭식행동을 심화시키는지 매개효과에 대해 알아보았다. 기존의 선행연구들에서는 폭식문제가 있는 사람이 대인관계에 지나치게 의존적이며 순응적이어서 이 과정에서 우울과 불안 같은 부정적 정서를 경험하고 그 결과 폭식행동을 유발한다는 논의들이 제시되었다.

또한 폭식행동 경향이 있는 사람들은 사회적 상호작용에 유난히 민감하여 대인관계에서 일어난 부정적인 사건이 폭식행동을 촉진한다고 보고하였다. 따라서 본 연구에서는 폭식경향이 있는 사람들의 정서의 사회적 상호작용 측면을 반영하는 사회향성과 사회적 불안 개념을 토대로 폭식행동과의 관계를 조사하였다. 그리고 이 같은 정서의 사회적 상호작용 측면의 취약성은 체중과 자신의 섭식습관에 대한 흑백논리 같은 왜곡된 인지의 매개를 통해 더욱 악화될 것이라고 예상하여 인지왜곡에 의한 매개효과를 중심으로 살펴보았다.

먼저, 본 연구에서는 총 484명(여대생 361명, 직장여성 123명)의 미혼여성에게 자기보고식 설문을 실시하였는데 폭식경향집단은 59명으로 응답자의 12.1%를 차지하였고 정상집단은 425명으로 응답자의 87.8%를 차지하였다. 이 결과는 신경성폭식증 검사를 사용한 국내 선행연구들에서 응답자의 10~12%정도가 폭식경향집단으로 분류된 것과 비슷했다(김혜은, 2003; 이정애, 1997; 한진화, 2003). 다음은 신경성폭식증 검사 점수로 구분한 폭식경향 집단과 정상집단간의 특징 중 몇 가지 논의점을 정리해보겠다. 먼저, 이 두 집단은 키나 연령에서는 집단 간 차이를 보이지 않았지만 체중변인과 신체질량지수(BMI)에서 집단 간 차이를 보였다. 즉, 폭식경향 집단이 정상집단보다 유의하게 더 무겁고 BMI지수도 더 높았다. 이는 다이어트를 시도하고 날씬한 몸매에 집착하는 여성이 그렇지 않은 여성보다 체중이 오히려 더 많이 나간다는 것을 의미한다. 즉, 극단적 다이어트와 빈번한 폭식이 주기적으로 반복되면서 일어나는 요요현상의 하나로 해석해 볼 수 있다. 이들의 만성적인 절식은 생리적 배고픔보다 오히려 외부요인(대인관계 실

쾌, 우울·불안 등과 같은 부정적인 정서)에 민감하게 하고 결과적으로 음식에 더욱 집중하게 한다. 그래서 이들은 배가 고파서 음식을 먹는 것이 아니라 스트레스가 조금만 쌓여도 불쾌한 일이 있어도 슬프거나 기뻐도 낙담하거나 화가 나도 음식을 통해 그 상황에서 벗어나고자 하며 이러한 점들이 결과적으로 폭식행동을 유발하게 되는 것이다. 따라서 폭식행동 경향이 있는 사람들은 정상인들보다 폭식의 위험에 더 많이 노출되어 있다고 볼 수 있다. 또한 설문지 응답자들의 BMI분포를 보면 응답자의 절반 이상인 50.4%가 체중미달이며 48.1%가 정상체중이었다. 특히 폭식경향 집단은 61%가 정상체중이었다. 체중초과나 비만은 열 명을 넘지 않았다. 이는 DSM-IV에서처럼 신경성 폭식증 환자들의 체중은 보통 정상범위 내에 속하며 그 중 일부만이 경미한 체중미달이나 과체중을 보인다는 의견과 일치한다. 안소연(1994)의 연구에서처럼 이들이 폭식에도 불구하고 정상체중을 보이는 까닭은 다양한 방법을 동원하여 폭식행동을 보상하기 때문이라는 결과와도 일맥상통한다. 그럼에도 불구하고 많은 응답자들은 자신의 체중이 정상보다 많이 나간다고 생각하고 체중조절을 위해 다이어트를 하고 있었다. 이런 현상은 정상집단에서도 마찬가지였다. 물론 이들은 폭식경향집단 만큼 극단적으로 다이어트를 하진 않지만 대부분 자신이 뚱뚱하다고 생각했으며(정상 체중인데도 불구하고) 언젠가는 살을 뺄 때 한다고 생각했다. 이상과 같이 폭식 행동경향 집단과 정상집단의 신체특징을 비교해 볼 때 서론에서 언급한 Wardle(2006) 연구에서처럼 대부분 정상범위의 BMI에 속하였음에도 불구하고 스스로 과체중이라고 지각하여 체중감량 시도를 하고 있는 양상을 그대로 반

복하여 반영해주는 결과라고 할 수 있다. 또한 폭식경향 집단과 정상집단 간에 사회향성, 사회적 불안, 인지왜곡의 집단차이를 비교해보았는데 세 변인 모두가 폭식경향 집단과 정상집단 간에 유의미한 차이를 보였다. 이 같은 결과는 Johnson 과 Robins(1989)의 연구에서처럼 사회향성과 섭식장애와의 관계에서 폭식 행동이 높은 집단의 여성이 폭식행동이 없는 여성보다 유의미하게 사회향성 높다는 연구 결과와 일치한다. 또한 사회적 불안의 경우 Striegel-Moore, Silberstein 그리고 Rodin(1986)의 연구에서처럼 폭식증이 있는 사람이 통제집단에 비해 사회적 불안이 더 크며 다른 사람이 자신을 어떻게 보는가 하는 자기의식을 많이 한다는 결과와 일치한다. 그리고 폭식경향자의 인지적 특성에 대해 조사한 이정애(1997)의 연구에서처럼 폭식경향자의 사고 유형이 체형·체중·섭식에 대한 특수한 주제에 대해 특히 왜곡되어 있음을 보여주었다.

본 연구에서는 두 번째로 사회향성과 사회적 불안 수준이 높을수록 폭식행동이 심화되는지 폭식증에 대한 설명력을 알아보았다. 이 결과 사회향성과 사회적 불안 모두 폭식증을 유의하게 설명하였는데 사회향성은 25%를 설명하였고 사회적 불안까지 투입하였을 때는 29%를 설명하였다. 이 같은 결과는 사회향성의 경우, Striegel-Moore, Silberstein, Frensch, 그리고 Rodin(1989)의 연구결과인 섭식장애를 가지고 있는 여성들이 다른 사람의 인정에 의존적이라는 사실을 지지하고 있다. 또한 사회적 불안이 높은 사람도 폭식경향이 높은 것으로 분석되었는데 Striegel, Gauvin, Jabalpurwala, Seguin, 및 Stottland(1999)의 연구에서 폭식여성이 그들의 일상생활에서 부정적 사회적 상호작용을 더 많이 경험하며 이들이 대인관계의 부정적

메시지를 자신의 외모 때문으로 생각한다는 결과를 지지하였다. 따라서 사회향성과 사회적 불안이 높을수록 폭식행동이 심화시킬 것이라는 본 연구의 첫 번째 가설이 검증되었다.

마지막으로 본 연구에서는 인지왜곡이 사회향성과 사회적 불안의 영향을 받아 폭식행동을 심화시키는지 회귀분석을 통해 매개효과를 검증했다. 먼저, 사회향성에 대한 인지왜곡 매개모형을 검증하기 위해 3개의 회귀 방정식을 구했는데 첫 번째와 두 번째 회귀 방정식은 유의미하고 마지막 회귀방정식은 부분적으로 유의미하지 않았으므로 완전매개모델이 성립되었으며 사회향성이 인지왜곡의 매개를 통해 폭식증을 심화시킨다고 결론지을 수 있다. 둘째로 사회적 불안에 대한 인지왜곡 매개모형을 검증하기 위해 3개의 회귀 방정식을 구했는데 첫 번째와 두 번째 회귀 방정식은 유의미하고 마지막 회귀방정식은 부분적으로 유의미하지 않으므로 완전매개모델이 성립되었으며 사회적 불안이 인지왜곡의 매개를 통해 폭식증을 심화시킨다고 결론지을 수 있다. 따라서 사회향성과 사회적 불안이 인지왜곡을 통해 폭식증을 심화시킬 것이라는 본 연구의 두 번째 가설은 지지되었다. 이는 Fairburn(1985)과 Mizes(1985)의 연구에서 역기능적 사고가 신경성 폭식증의 이해에서 중요한 역할을 하며 체중, 체형, 외모에 대한 왜곡된 신념 같은 인지적 요인이 폭식행동을 유지시키고 발달시킨다는 결과를 지지하고 있다. 또한 Lingswiler 등 (1989)의 연구에서 신경성 폭식증 환자는 모든 섭식상황 동안 통제집단보다 더 큰 이분법적 사고를 했다는 연구결과와도 일치한다.

마지막으로 본 연구의 의의와 제한점 및 후속연구에 대해 간단히 언급하겠다. 본 연구 결과에서도 알 수 있듯 대부분의 미혼여성은

정상 체중에 속해있다. 하지만 설문지 내용을 살펴보면 응답자들 중 일부(폭식경향 집단)는 자신의 체형을 싫어하고, 부인하고 심지어는 혐오하고 있었다. 그리고 그런 사람들의 정서적 특징을 살펴보니 사회향성과 사회적 불안이 정상 집단보다 유의하게 더 높았다. 또한 본 연구에서는 사회향성과 사회적 불안이 섭식·체형·체중에 대한 인지왜곡의 매개를 통해 폭식증을 심화시킨다는 인지왜곡 매개효과를 검증하였다. 즉, 폭식경향자에게 섭식·체형·체중에 대한 인지왜곡이 뿌리 깊게 자리 잡고 있으며 이것이 폭식증의 중요한 예언요인이라는 것을 확인하였다. 즉 폭식 경향자들이 사회적 의존성, 사회적 상황에서의 불안에 취약하며 이러한 취약성이 섭식·체형·체중에 대한 인지왜곡을 통해 더욱 증폭되리라는 초기 가설을 검증했다는 점에서 본 연구의 의의를 찾을 수 있다. 그러나 설문 응답자들 중 대부분은 섭식장애로 진단받을 만큼 섭식혼란이 심하진 않았다. 단지 그런 경향을 가지고 있을 뿐이었다. 앞서도 언급했듯 정상적인 다이어트를 하는 사람들 중 약 35%가 1~2년 후에는 점차 병리적인 다이어트에 매달리게 되며 섭식장애로 발전할 가능성은 약 20~30% 정도나 된다(Shisslak, Crago & Estes, 1995). 그렇기 때문에 이들의 폭식경향을 단지 경향성에 불과하다고 가볍게 여기면 안 되며 증상이 더 이상 깊어지지 않도록 다각적인 접근이 이루어져야 한다. 그리고 이들의 사회향성이나 사회적 불안을 줄여주고 왜곡된 인지와 신체상을 바로 잡기 위한 다양한 프로그램이 개발되어야 한다.

본 연구의 제한점으로는 국내외 선행 연구를 살펴보면 폭식집단과 정상집단의 구분 이외에도 여대생과 직장여성, 혹은 여대생 중에서도

기숙사생과 집에서 다니는 여대생 등 다양한 집단차이를 발견할 수 있었다. 이희주(2000)의 연구에 의하면 연구대상에서 여대생 521명과 직장인 147명에 대해 폭식증을 조사한 결과 다른 선행연구에 비해 폭식경향이 높게 나타났고, 외국 선행연구에서도 직장여성과 여대생을 비교한 연구결과 여대생집단에서 폭식과 신경성 폭식증 증상이 유의미하게 많아 나타났다(Hart & Ollendick, 1985). 또한 교내 기숙사에 거주하는 여대생의 유병율은 2.2%로 전체 유병율 1%보다 2배 정도 높게 나타났다(Drewnowski, Hopkin, & Kessler, 1988). 그러나 본 연구에서는 자료수집 과정에서 표본수를 적절하게 배분하지 못하여 초기의 목적을 달성하지 못했다. 따라서 후속 연구에서는 이런 점들을 감안하여 연구 설계에서부터 표본 수를 고려해야 할 것이다. 또한 폭식경향자들을 대상으로 하여 인지행동치료, 대인관계치료, 집단 정신치료나 행동치료 등 다양한 프로그램이 실시되어 이들의 사전·사후 효과를 볼 수 있으면 더 많은 결과를 도출할 수 있을 것이다.

### 참고문헌

- 김혜은 (2003). 여성의 우울과 스트레스 대처방식 이 폭식행동에 미치는 영향. 서울여자대학교 석사학위논문.
- 김정욱 (2002). 섭식장애: 날씬한 몸매를 위한 철저한 투쟁. 서울: 학지사.
- 김주화 (2007). 청년기 여성의 폭식증에 대한 성경적 상담. 충신대 상담대학원 석사학위논문.
- 김준기 (1997). 폭식증의 인지행동치료. 대한정신약물학회지, 8(1), 23.
- 민성길 (2006). 최신 정신의학 제5판. 서울: 일조각.
- 조옥귀 (1993). 우울취약성과 우울수준, 성격차원 및 부정적 생활 스트레스와의 관계. 중앙대학교 박사학위논문.
- 안소연 (1994). 폭식행동 집단의 신체불만족과 자아존중감 및 우울간의 관계. 연세대학교 석사학위논문.
- 윤화영 (1996). 여대생의 폭식행동, 우울 및 귀인양식간의 관계. 가톨릭대학교 석사학위논문.
- 이상선 (2005). 거식행동과 폭식행동에 자기평가의 신체비중, 신체불만족, 완벽주의, 충동성이 미치는 영향. 연세대학교 박사학위논문.
- 이정애 (1997). 폭식행동 집단의 인지적 특성. 고려대학교 석사학위논문.
- 이정윤 (2003). 여대생의 이상 식사행동 수준에 따른 심리적, 정서적 특징. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 15(1), 111-124.
- 이희주 (2000). 완벽주의 성향과 신경성폭식증의 관계에서 자아존중감과 자아통제감의 매개효과. 강원대학교 석사학위논문.
- 최정훈, 이정윤 (1997). 한국판 사회공포증 척도의 신뢰도 및 타당도 연구. 한국심리학회지: 임상, 16(2), 251-264.
- 한진화 (2003). 신경성폭식증의 인지행동집단치료 효과. 덕성여자대학교 석사학위 논문.
- 한오수, 유희정, 김창윤, 이철, 민병근, 박인호 (1990). 한국인의 식이장애의 역학 및 성격특성. 정신의학, 15, 270-287.
- APA(American psychiatric Association). (1994). *Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders*.

- disorders*, 4th ed. Washington, D. C. Author.
- Allen, N. B., Horne, D. J. L., & Trinder, J. (1996). Sociotropy, Autonomy, and dysphoric emotional response to specific classes of stress: A psychophysiological evaluation. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 25-33.
- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P. J. Clayton & J. E. Barrett(Eds.), *Treatment of depression; Old controversies and new approaches* (pp 265-290), New York; Raven Press.
- Beck, A. T., Einstein, N., Herrison, R. P., & Emery, G. (1983). *Development of the Sociotropy-Autonomy Scale: A measure of personality factors in psychopathology*. Unpublished manuscript. University of Pennsylvania, Philadelphia.
- Blatt, S. J., D'Afflitti, J., & Quinlan, D. M. (1976). Experiences of depression in normal college students. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 383-389.
- Bornstein, R. F., & Greenberg, R. P. (1991). Dependency and eating disorders in female psychiatric inpatient. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 148-152.
- Castonguay, L. G., Eldredge, K. L., & Agras, W. S. (1995). Binge eating disorder: Current state and future directions. *Clinical Psychology Review*, 15(8), 865-890.
- Cooper, P. J., & Fairburn, C. G. (1993). Confusion over the core psychopathology of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorder*, 13, 385-389.
- Drewnowski, A., Hopkins, S. A., & Kessler, R. C. (1988). The prevalence of bulimia nervosa in the US college student population, *American Journal of Public Health*, 78, 1322-1325.
- Fairburn, C. G. (1985). Cognitive-behavioral treatment for bulimia. In ; Garner, D. M. and Garfinkel, P. E., Editors, *Handbook of psychotherapy for anorexia and bulimia*, Guilford press, New York.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., & Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56, 468-476
- Friedman, M. A. (1996). *Sociotropy, Autonomy, and Bulimic symptomatology*. Department of psychology, Yale university. New Haven, Connecticut.
- Geist, R., & Heinman, M. (1988). Binge-purge symptoms and comorbidity in adolescents with eating disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 507-512.
- Grissette, N. I., Norvell, N. K. (1992). Perceived social support, social skill and quality of relationships in bulimic women. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60(2), 293-299.
- Hart, K. J., & Ollendick, T. H. (1985). Prevalence of bulimia in working and university women. *American Journal of Psychiatry*, 142, 851-854.
- Hayaki, J. (2003). sociotropy and bulimic symptom in clinical and nonclinical samples. *Eating Disorder*, 34, 172-176.
- Herman, C. P., & Polivy, J. (1980). *Restrained eating* In A. B. Stunkard(ED.), *Obesity*. Philadelphia; Saunders.

- Heatherton, T. F. & Polivy J. (1992). Chronic dieting and rating disorder : Aspiral model. In J. Crowther, S. E. Hobfall, M. A. P. Stephens, & D. L. Tennenbaum(Eds). *The etiology of bulimia: The individual and familial context*(pp.133-155). Washington, DC: Hemisphere.
- Herzog, D. B., Keller, M. B., Lavori, P. W. & Ott, I. L. (1987). Social impairment in bulimia. *International Journal of eating disorders*, 6, 741-747.
- Hinrichsen, H. (2003). Social anxiety and coping strategies in the eating disorder. *Eating Behaviors*, 4, 117-126.
- Johnson, R., & Robins, C. J. (1989). Social dependency and social support in bulimic and non bulimic women. *International Journal Eating Disorder*, 8, 665-670.
- Lingswiler, V. M., Crowther, J. H., & Stephens, M. A. (1989). Affective and Cognitive antecedents to eating episodes in bulimia and binge eating. *International Journal of eating disorders*, 8, 533-539.
- Minntz, L. B., O'Halloran, M. S., Mulholland, A. M., & Schneider, P. A. (1997). Questionnaire for eating disorder diagnoses: Reliability and Validity of operationalizing DSM-IV criteria into a self-report format. *Journal of counseling Psychology*, 44, 63-79.
- Mizes, J. S. (1985). Bulimia: A review of its symptomatology and treatment. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 7, 91-142.
- Mizes, J. S., & Klesges, R. C. (1989). Validity, reability, and factor structure of the anorectic cognitions Quest. *addictive behavior*, 14(5), 589-594.
- Olfson, M., Guardino, M., Struening, F. R., Hellman, F & Klein, D. F. (2000). Barriers to the treatment of social anxiety. *American Journal of Psychiatry*, 50, 95-107.
- Patton, C. J. (1992). Fears of abandonment and binge eating: A subliminal psychodynamic activation investigation. *The journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 484-490.
- Pelletier, L. G., Dion, S. C., & Seguin-Levesque, C. (2004). Can self-determination help protect women against sociocultural influence about body iname and reduce their risk of experiencing bulimic symptoms? *Journal of social and Clinical Psychology*, 23(1), 61-88.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (1985). Dieting and binging: A causal analysis. *American Psychologist*, 40, 193-201.
- Schlencker, B. R., & Leary, M. R.(1982). social anxiety and self-presentation; A conceptualization and model. *Psychological Bulletin*, 92, 641-669.
- Shisslak, C. M., Crago, M., Estes, L. S. (1995). The spectrum of eating disturbances. *International Journal of Eating Disorder*, 18(3), 209-219.
- Smith, M. C. & Thelen, M. H. (1984). Development and validation of test for bulimia. *Journal of consulting and clinical psychology*, 52, 863-872.
- Strieger, H., Gauvin, L., Jabalpurwala, S., Seguin, J. R., & Stotland, S. (1999). Hypersensitivity to social interaction in bulimic syndromes; relationship to binge eating. *Journal of Consulting and Clinical*

- Psychology, 67, 765-775.
- Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R., & Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist*, 41, 246-263.
- Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R., Frensch, P., & Rodin, J. (1989). A Perspective study of disordered eating among college students. *International Journal of eating disorders*, 8, 499-509.
- Thelen, M. H., & Farmer, J., Wondelich, J., & Smith, M. C. (1991). A revision of the bulimia test : The BULIT-R. *Psychological Assessment*, 3, 119-124
- Thompson, J. K., & Smolak, L (2001). Editors, *Body Image, eating disorders, and obesity in youth: assessment, prevention, and treatment*. American Psychological Association Washington D.C.
- Watson, D., & Friend. R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 33, 448-457.
- Wardle, J., Hasse, A. M., & Steptoe, A. (2006). Body image and weight control in young adults: international comparisons in university students from 22 countries. *International journal of obesity and related disorders*, 30(4), 644-652
- White, W. C. and Boskind-White, M. (1984). *An experiential-behavioral treatment program for bulimarexic women*. In The Binge-purge Syndrome (Edited by Hawkins R. C., Fremouw W. J. and Clement P. F.). Springer, New York.
- Williamson, D. A, Zucker, N. L, Martin, C. K, & Smeets, M. A. (2001). Etiology and management of eating disorders. In P. B. Sutker & H. E. Adams (Eds.) *Comprehensive handbook of Psychopathology*(3rd ed). (pp. 641-670). New York: plenum Press.

1차 원고접수: 2008. 5. 11

수정원고접수: 2008. 8. 31

최종게재결정: 2008. 9. 16

## Sociotropy and Social Anxiety of Single Women with Binge Eating Behaviors

So-Young Lim

Department of Psychology  
The Catholic University of Korea  
Kangnam St. Mary's Hospital

Soo-Sung Oh

Department of Psychology  
Chonnam National University

The aim of this study was to investigate whether sociotropy and social anxiety have influence upon binge eating and furthermore reinforce those behaviors by means of cognitive distortion. A total of 484 single women(361college student, 123 career women) were enrolled and asked to complete the self-reported questionnaires which included Bulimia Test Revised, Korea-Social Avoidance and Distress Scale, Sociotropy-Autonomy Scale, and the Mizes Anorectic Cognition Scale. First of all, we classified the subjects into the binge eating or control group based on the score of Bulimia Test Revised, and then analyzed the demographic characteristics between the two groups. There were no meaningful differences in the age and the height between the groups. However, the binge eating group was shown to be heavier in the body weight and higher in the body mass index (BMI) compared to the control group, which was statistically significant. Second, the step-wise multifactorial regression analysis demonstrated that both sociotropy and social anxiety were closely associated with binge-eating at the level of significance of p-value. Third, cognitive distortion was found to function as a mediator to link sociotropy, social anxiety, and physical characteristics including height and weight with a tendency toward binge eating. In summary, this study showed that the more women stucked to weight loss, depended on interpersonal relationship, and were sensitive to denial or appraisal by the others, the more they were apt to binge eating. And these characteristics aggravated binge eating by means of cognitive distortion on eating, body shape, and weight. Therefore, this study suggests that in order to control binge eating, not only an emotional approach to decrease sociotropy and social anxiety but also a multidisciplinary approach including interpersonal relationship training, cognitive-behavioral therapy, and social skill development program should be needed.

*Key words : Bulimia Nervosa, Sociotropy, Social anxiety, Cognitive distortion*