

## 부모의 양육태도가 섭식장애의 발병과 심각도에 미치는 영향

연세대학교 의과대학 정신과학교실,<sup>1</sup> 연세대학교 의과대학 행동과학연구소,<sup>2</sup> 마음과 마음 클리닉,<sup>3</sup> 명성병원<sup>4</sup>  
이정은<sup>1,2</sup> · 이정현<sup>2,3</sup> · 정영철<sup>1,2</sup> · 박준영<sup>3</sup> · 남궁기<sup>1,2</sup> · 박동화<sup>4</sup> · 김경란<sup>1,2</sup>

### Parental Behavior Influence on the Onset and Severity of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa

Jung Eun Lee, M.D.,<sup>1,2</sup> Jung-Hyun Lee, M.D.,<sup>2,3</sup> Young-Chul Jung, M.D., Ph.D.,<sup>1,2</sup>  
Jun Young Park, M.A.,<sup>3</sup> Kee Namkoong, M.D., Ph.D.,<sup>1,2</sup>  
Dong Wha Park, M.D.,<sup>4</sup> Kyung Ran Kim, M.D., Ph.D.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychiatry, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

<sup>2</sup>Institute of Behavioral Science in Medicine, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

<sup>3</sup>Mind & Mind Eating Disorder Clinic, Seoul, Korea

<sup>4</sup>Myeong Sung Mental Hospital, Gyeonggi, Korea

#### ABSTRACT

**Objectives** : To determine the influence of parental behaviors on the onset and severity of eating disorders, this study compared aspects of perceived parental styles, according to eating disorder subtypes and age at onset in Korean women with eating disorders.

**Methods** : One hundred and sixty-seven patients with eating disorders[Anorexia Nervosa (AN), N=49; Bulimia Nervosa(BN), N=118] were recruited for this study. Perceived parent behaviors were assessed with Parental Behavior Inventory(PBI) self-rating scale. The study subjects also completed the Eating Disorder Inventory -2 (EDI-2) to assess the severity of eating disorder symptoms.

**Results** : In anorexia nervosa, early onset group(< 16 years) reported low paternal affection and high paternal rational expression, low maternal interference than group with age at onset over 16 years. The severity of eating disorder symptoms was negatively associated with mother affection and rational expression in two subtypes of eating disorder(AN and BN). On stepwise regression analysis, paternal affection and maternal over-protection were associated with age of onset only in AN group and maternal affection was associated with the severity of symptoms in both groups of eating disorder.

**Conclusions** : Considering the role of family function and perceived parental styles could help improve the management of eating disorders. These results emphasize the importance of fathers' role in the eating disorder on the age of onset, a relatively unexplored area of eating disorder research. Also, we investigated the importance of mothers' affection on the severity of symptoms.

**KEY WORDS** : Anorexia nervosa · Bulimia nervosa · Parental behaviors.

Received: January 12, 2015 / Revised: March 24, 2015 / Accepted: June 10, 2015

Corresponding author: Kyung Ran Kim, Department of Psychiatry, Yonsei University College of Medicine, 50-1 Yonsei-ro, Seodaemun-gu, Seoul 120-749, Korea

Tel : 02) 2228-1620 · Fax : 02) 313-0891 · E-mail : drgreat@yuhs.ac

## 서 론

신경성 식욕부진증(Anorexia Nervosa ; AN)과 신경성 폭식증(Bulimia Nervosa ; BN) 등을 포함한 섭식장애(Eating disorder)의 발병 및 경과에 부적절한 가족간의 상호작용 방식이 중요한 요인으로 작용한다는 것은 많은 연구에서 언급되고 있다.<sup>1-3)</sup> 물론 섭식장애는 여러 원인에 의해 발병하나 그 중 가족 환경은 결정적인 심리사회적 요소이며, 부모-자식 관계는 예방과 치료에 중요하게 작용한다. 섭식장애의 병인에 대한 이전 연구들을 살펴보면, 섭식장애 환자를 둔 가족의 공통점으로 구속, 의사소통의 결핍, 과잉 보호, 경직성, 갈등 해결의 부재 등이 제시되고 있다.<sup>1)</sup> 16세까지의 과도한 통제, 부족한 보살핌이 섭식장애 환자에서 나타나는 전형적인 유형이며, 이후 부모님의 태도에서도 이와 비슷한 방식이 나타날 수 있다.

청소년기부터 초기 성인기에 부모는 자녀에게 동일시 및 성 역할의 주요 모델이 되는데, 특히 신체상과 식이에 대한 태도가 부모로부터 영향을 받는다. 부모의 체중 조절 권장이 자녀의 체형에 대한 불만족, 마르고 싶은 욕망과 연관이 있는 것으로 나타났으며,<sup>4)</sup> 외모를 중시하는 부모의 태도와 자녀의 문제 섭식 행동이 관련이 있었다.<sup>5)</sup> 가족의 기능에 대한 이전 연구들을 보면<sup>6,7)</sup> 정상 가족과 비교했을 때 섭식장애 환자에서 전반적인 가족의 역기능이 발견되었다. 섭식장애가 주로 초기 성인기에 시작된다는 점을 고려했을 때, 역기능적 가족관계가 섭식장애로 인한 결과보다는 유발 원인이 되는 것으로 생각된다.<sup>8)</sup>

하지만 양육 방식과 가족의 역동이 섭식장애 증상의 시작, 지속 및 치료 예후에 영향을 준다는 점에 대해서는 논란의 여지가 남아있다.<sup>9,10)</sup> Gowers, North<sup>11)</sup>는 AN의 심각도가 청소년기의 가족 기능과 직접적인 관련성이 없다고 하였고, Gillett 등<sup>12)</sup>의 연구결과에 따르면 섭식장애 아형 사이에서 가족 상호작용의 유의미한 차이가 없었다. 하지만 Johnson, Flach<sup>13)</sup>의 연구결과를 보면 BN 환자들에서 높은 수준의 가족간의 갈등과 고통이 보고 되었고, Leung 등<sup>14)</sup>에 따르면 AN보다 BN에서 아버지의 과잉보호가 높게 보고된다고 하였다. Solange 등<sup>15)</sup>은 환자가 지각하는 가족의 기능이 섭식장애 환자의 예후를 예측할 수 있는 강력한 인자라고 하였다. 섭식장애 환자에서 나타나는 가족의 기능에 대한 연구가 상당히 진행되었음에도 불구하고, 환자의 부모 양육 태도를 설명하고 가설을 검증하는 데에는 아직 정보가 부족한 것이 사실이다.<sup>16)</sup>

섭식장애의 치료와 예후에 중요한 또 다른 요인은 발병 나이이다. 사춘기 이전에 식이문제가 시작되었을 경우 예후가 매우 나쁜 것으로 알려져 있으며<sup>17,18)</sup> 역학 조사에 따르면

청년층에서 AN과 BN의 발병 연령이 점점 낮아지고 있다.<sup>19)</sup> Kotler 등<sup>20)</sup>에 의하면 청소년기에 식이 문제가 시작될 경우, 성인이 되었을 때 BN에 이환 될 확률이 그렇지 않은 경우보다 20배 가량 더 높았고, Steinhausen<sup>21)</sup>의 연구에 따르면 조기 치료를 받는 것은 섭식장애의 좋은 예후 인자와도 관련성이 있었다. Schmidt 등<sup>22)</sup>은 16세 이후에 발병한 BN 보다 16세 미만에 발병한 BN에서 부적절한 부모의 통제가 있다고 하였고, Fosson 등<sup>23)</sup>에 따르면 14세 이전에 발병한 AN의 가족에서 갈등 해결의 부재, 의사 소통 문제, 과잉보호가 높은 비율로 나타났다고 하였다. 이와 같은 점을 고려했을 때 정상군과 섭식장애, AN과 BN 뿐 아니라 발병 나이에 따라서도 부모 양육태도의 차이가 있을 수 있겠다.

기존의 섭식장애 환자의 부모에 대한 행동 및 양육 방식에 대한 연구들은 서양인을 대상으로만 이루어졌으며, AN과 BN에서 환자가 지각한 부모 양육행동의 차이를 직접적으로 비교한 연구는 없다. 최근 몇 연구들에서 섭식장애 증상의 인종 간의 차이를 비교하였으나,<sup>24)</sup> 서양인 외, 특히 동양인에서 가족 기능에 대한 평가가 이루어진 연구는 거의 없다고 할 수 있다.

따라서 본 연구에서는 한국의 AN과 BN 환자들이 인식하는 부모 양육방식의 차이를 비교하고자 하였고, 다음과 같은 가설을 설정하였다. 첫째, AN과 BN에서 주관적으로 평가된 부모의 양육태도에 특정한 차이가 있을 것이다. 둘째, 주관적으로 평가된 부모 양육태도가 증상의 심각도와 관련이 있을 것이다. 셋째, 발병 나이에 따라 주관적으로 평가된 부모 양육태도에서 다른 점이 있을 것이다.

## 방 법

### 1. 대 상

연구 대상은 총 167명으로, AN 49명, BN 118명이 포함되었다. 섭식장애 치료를 위해 마음과 마음, 세브란스 병원을 찾아온 외래 환자를 대상으로 모집하였으며 2008년부터 2009년 사이에 진행되었다. 정신 장애 진단 및 통계 편람, 제 4판(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition criteria, DSM-IV)에 의거하여 AN이나 BN으로 진단된 사람들을 대상으로 하였으며, 반구조화된 면담(semi-structured interview)을 통하여 인구사회학적 요소들과 임상적 지표를 조사하였다. 면담은 최소 5년 이상의 임상 경험이 있는 정신과 의사에 의해 이루어 졌다. 발병 나이는 환자가 보고하는 체중 감량을 위한 다이어트 시작 시점이 아닌, 섭식장애 진단에 합당한 수준의 증상이 시작되었을 때를 기준으로 하였으며 최소 5년 이상의 임상 경험이 있는 정신과 의사가 판단하였다. 경도의 우울과 불안은 환자 군에서

흔하게 나타난 점을 고려하여 정도의 정신과적 증상을 가진 대상자도 연구에 포함되었다. 모든 대상자에게 연구 진행 과정에 대한 충분한 설명을 하였으며, 서면으로 동의서를 받았고, 18세 이하인 경우에는 부모로부터 추가적으로 동의서를 받았다. 본 연구는 세브란스 병원과 세브란스 정신건강병원, 연세대학교의료원의 연구심의위원회로부터 승인을 받았다.

## 2. 도 구

### 1) 섭식장애 검사 개정판(The Eating Disorder Inventory -2, EDI-2)

본 연구에서는 자가보고식 설문지인 섭식장애 검사 개정판(The Eating Disorder Inventory -2, EDI-2)이 섭식 장애 증상의 심각도를 평가하기 위해 사용되었다. EDI-2는 AN과 BN의 심리 행동학적인 특징을 평가하는 91개의 항목으로 구성된 설문지로 Garner 등<sup>25)</sup>에 의해 개발되었다. EDI-2는 11개의 하위 척도로 구성되어있으며, 이는 섭식행동을 평가하는 3가지의 하위 척도인 마르고 싶은 욕망(drive for thinness), 폭식(bulimia), 신체 불만족(body dissatisfaction)와 일반적인 정신병리에 대한 8개의 하위 척도인 무가치함(ineffectiveness), 완벽주의(perfectionism), 대인관계에서의 불신(interpersonal distrust), 내적 자각의 어려움(interoceptive awareness), 성숙에 대한 두려움(maturity fears), 금욕주의(asceticism), 충동조절의 어려움(impulse regulation), 사회적 불안정(social insecurity)으로 이루어져 있다. 각 항목은 6점 리커트 척도(Likert scale)를 이용하여 보고하도록 되어있으며 ‘거의 그렇지 않다’부터 ‘가끔 그렇다’까지는 0점, ‘종종 그렇다’는 1점, ‘아주 종종 그렇다’는 2점, ‘늘 그렇다’는 3점으로 평가하였다. 한국어판 EDI-2의 신뢰도, 타당도는 이전 연구에 의해 검증된 바 있다.<sup>26)</sup>

### 2) 부모 양육행동 척도(Parental Behavior Inventory, PBI)

부모 양육행동 척도(Parental Behavior Inventory, PBI)는 자녀가 인식하는 아버지, 어머니의 양육 행동을 측정하는 자가보고식 설문지로, 43개의 문항으로 이루어져 있으며 감독(supervision), 합리적 설명(rational expression), 비일관성(inconsistency), 과잉기대(over-expectation), 과잉간섭(interference), 학대(abuse), 방치(neglect), 애정(affection)의 8가지 요인들로 구성되어 있다.<sup>27)</sup> 부모-자식간의 관계가 성인기에 미치는 영향을 평가하기 위해서는 긴 추적 기간이 필요하기 때문에 전향적으로 진행하기에는 제한이 많아, 주로 후향적 연구가 진행된다. 자녀가 생각하는 부모의 관심, 양육 태도에 대한 후향적 자료를 얻기 위해 상당한 수의 도구들이 설계되었으며, PBI는 그 중 가장 널리 사용되는 질문

지 중 하나이다. 이 도구는 성인기의 정신과적 질환의 발병 과정과 부모 양육 태도와의 관련성을 연구하는 데에 유용한 것으로 밝혀진 바 있으며, Schaefer의 연구에 기반을 두고 개발되었다.<sup>28)</sup> 한국어판의 신뢰도와 타당도는 이전 연구에 의해 검증된 바 있다.<sup>29)</sup> PBI는 자녀의 감정 및 행동 조절의 문제와 부모 양육태도와의 긍정적, 혹은 부정적인 연관성을 밝히는 데에 충분한 타당도와 내적 일관성(internal consistency)를 보였다.

### 3) 벡 우울척도(Beck Depression Inventory, BDI)

임상적인 우울증상을 토대로 Beck 등이 만들어 우울증의 유형과 정도를 측정하는 것으로 본 연구에서는 한국판 Beck 우울증 척도(K-BDI)를 사용 하였다.<sup>30)</sup> 총 21문항으로 우울증 환자들에게서 관찰이 가능한 행동적 증상들로 구성되어 있으며 각 증상의 강도를 측정할 수 있도록 되어 있다.

### 4) 벡 불안척도(Beck Anxiety Inventory, BAI)

벡 불안 척도는 1988년 Beck이 불안 정도를 측정하기 위해 개발한 것으로 본 연구에서는 한국판 Beck 불안 척도를 사용하였다. 총 21문항으로 구성된 자기보고식 질문지이며 지난 한 주 동안 각 문항이 나타내고 있는 증상으로 인하여 불편한 정도를 0점에서 3점까지 Likert 척도로 평가하도록 하고 있다.<sup>31)</sup>

## 3. 자료분석

자료들에 대한 통계처리는 IBM SPSS Statistics를 사용하였다. 섭식장애 아형 간의 인구학적 변인의 차이를 보기 위해 T-test가 시행되었다. 발병 시점에 따라 대상자를 두 개의 군으로 나누었으며, 지각된 부모의 행동에 차이가 있는지 T-test를 통하여 군 간 비교를 시행하였다. EDI-2와 PBI의 하위 항목 점수에 대해 상관관계분석(correlation analysis)를 이용하여 연관성을 분석하였다. 단순회귀분석에서 단계적 선택법(regression analysis with stepwise selection)을 이용하여 발병 나이에 대한 독립변수(각 부모의 PBI 하위항목 점수)의 예측도를 평가하였다. 모든 통계수준의 유의수준은 0.05로 하였다.

## 결 과

### 1. 대상자의 특징

Table 1은 대상자의 인구사회적, 임상적 특징을 비교한 것이다. AN의 평균 체질량지수(BMI)는  $15.18 \pm 1.46$ , BN의 평균 체질량지수는  $19.2 \pm 3.8$ ( $p < .0001$ )로 유의미한 차이가 있었다. 두 군 간 나이, 발병 나이에는 차이가 없었으나 EDI-2의 총 점수는 BN이 AN보다 높았다( $p < 0.05$ ). AN, BN 각각

**Table 1.** Demographic and clinical characteristics of each group of subjects

	AN(N=49)		t	p	BN(N=118)		t	p
	Age at onset <16	Age at onset ≥16			Age at onset <16	Age at onset ≥16		
Education(years)	9.13±3.15	12.23±1.86	-4.124	0.000	11.00±2.12	12.56±1.61	-3.603	0.000
Height(cm)	161.43±4.20	162.03±7.40	-0.352	0.727	161.47±4.57	163.04±4.59	-1.320	0.189
Weight(kg)	39.35±4.81	40.38±6.71	-0.610	0.545	56.00±7.67	54.05±7.73	0.977	0.330
BMI	15.06±1.35	15.28±1.57	-0.542	0.591	21.42±2.25	20.33±2.75	1.572	0.118
BDI	24.78±14.93	24.32±9.22	0.130	0.899	20.47±9.91	23.33±10.95	-1.020	0.309
BAI	25.13±19.04	20.08±10.34	1.134	0.265	20.29±12.20	21.94±12.43	-0.512	0.609
EDI, total score	95.17±55.32	106.77±39.60	-0.851	0.399	125.82±38.88	123.25±40.71	0.246	0.806

Means are presented followed by standard deviations. BMI : body mass index, BAI : Beck Anxiety Inventory, BDI : Beck Depression Inventory, EDI-2 : Eating Disorder Inventory-2

**Table 2.** Parental behaviors of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa subjects according to age at onset

	AN		t	p	BN		t	P
	Age at onset <16(N=23)	Age at onset ≥16(N=26)			Age at onset <16(N=41)	Age at onset ≥16(N=77)		
<b>Father</b>								
Affection	13.32±5.01	18.39±3.98	-3.856	<0.001	14.53±5.02	14.87±4.51	0.377	0.707
Supervision	9.43±3.10	7.92±3.52	-1.575	0.122	8.63±3.51	8.63±3.11	0.018	0.986
Abuse	9.13±4.03	8.00±3.04	-1.101	0.277	9.45±4.44	9.48±4.57	0.035	0.972
Rational explanation	13.56±3.92	10.88±4.26	-2.268	0.028	12.22±4.26	11.31±4.05	-1.137	0.258
Neglect	10.48±3.96	8.83±2.35	1.737	0.089	10.98±3.26	10.84±3.79	-0.186	0.853
Over-expectation	12.00±4.83	13.44±5.35	0.975	0.335	12.80±5.31	12.88±4.82	0.085	0.932
Inconsistency	8.87±3.06	8.71±3.86	-0.158	0.875	8.53±3.06	8.43±3.31	-0.153	0.879
Interference	14.17±4.76	15.60±5.92	0.914	0.365	14.95±5.28	14.18±5.59	-0.718	0.474
<b>Mother</b>								
Affection	18.17±3.58	16.04±4.73	-1.762	0.085	16.32±4.90	16.57±4.40	0.287	0.774
Supervision	12.52±2.83	12.53±3.19	0.019	0.985	11.04±3.72	11.79±3.01	1.174	0.243
Abuse	8.61±3.16	9.65±3.22	1.143	0.259	9.07±3.37	9.62±3.91	0.762	0.448
Rational explanation	13.91±2.50	13.11±4.16	-0.800	0.428	13.36±4.12	12.26±3.71	-1.484	0.141
Neglect	8.22±2.28	8.96±3.35	0.897	0.374	9.49±3.59	9.31±3.54	-0.256	0.798
Over-expectation	11.43±3.96	14.04±5.56	1.864	0.069	12.07±4.93	13.57±4.26	1.720	0.088
Inconsistency	9.61±2.89	9.85±2.89	0.287	0.775	9.05±2.83	8.68±2.90	-0.648	0.518
Interference	15.87±3.98	19.04±4.79	2.500	0.016	16.07±5.44	16.77±5.08	0.689	0.492

Means are presented followed by standard deviations. The boldface denotes significant findings

에서 조기 발병 군과 후기 발병 군 사이를 비교했을 때 학력 의 유의미한 차이는 없었다( $p>0.05$ ).

## 2. 발병 나이에 따른 부모 양육태도 차이

AN과 BN사이 PBI 각 항목 점수의 유의미한 차이는 발견 되지 않았다( $p>0.05$ ). 발병 나이에 따라 각각의 환자 군을 다시 두 집단으로 세분화하였다. 생애 초기 16세까지의 부모 양육태도가 중요한 점을 고려하여, 16세 이전의 발병을 조기 발병 군으로, 16세 이후 발병한 군을 후기 발병 군으로 지정 하였다. Table 2는 조기 발병 군과 후기 발병 군에서 나타나는 부모 양육태도의 차이를 비교한 것이다. AN에서는 조기 발병 군에서 아버지로부터 낮은 애정을 받았다고 인식하는 경우가 많았다(조기 발병 군 13.32±5.01, 후기 발병 군 18.39±3.98,  $p<0.001$ ). BN에서는 조기 발병 군과 후기 발병 군 사이에서 유의미한 부모 양육태도의 차이가 나타나지 않았다.

## 3. 섭식장애 증상(EDI-2), PBI와 발병 나이와의 상관관계분석

Table 3은 PBI와 발병 나이, 섭식장애 증상의 심각도의 상관관계를 나타낸 표이다. AN에서 PBI 하위 척도 중 아버지의 애정과 발병 나이와 양의 상관관계가 나타났고( $r=0.376$ ,  $p<0.01$ ), 아버지의 방치와는 음의 상관관계가 있었다( $r=-0.313$ ,  $p<0.05$ ). EDI-2점수와 PBI와의 상관관계를 보면, 전반적으로 방치, 학대, 과잉간섭과 같은 부정적인 행동과 섭식장애 증상 심각도가 양의 상관관계를 보였다( $p<0.05$ ). 이와 반대로 애정, 감독과 같은 긍정적인 행동은 섭식장애 증상 심각도와 음의 상관관계를 보였다( $p<0.05$ ).

## 4. 섭식장애의 심각도와 발병 나이 간의 회귀분석

Table 4와 5는 독립변수인 각 부모의 PBI 하위항목 점수가 섭식 장애 발병 나이와 증상의 심각도(EDI-2)에 미치는 영향에 대한 단계적 회귀분석 결과를 요약한 것이다. 단계

**Table 3.** Correlational analysis of age at onset and eating disorder psychopathology(EDI-2) with parental behavior for Anorexia Nervosa (AN) and Bulimia Nervosa(BN) groups

	Age at onset		EDI-2	
	AN	BN	AN	BN
<b>Father</b>				
Affection	0.376**	-0.049	-0.253	-0.269**
Supervision	-0.157	-0.037	-0.012	-0.206*
Abuse	-0.116	-0.022	-0.068	0.074
Rational expression	-0.135	-0.136	-0.241	-0.195*
Neglect	-0.313*	0.024	0.237	0.262**
Over-expectation	0.239	-0.015	0.220	0.023
Inconsistency	-0.036	-0.067	0.070	0.014
Interference	0.114	0.007	0.286*	0.169
<b>Mother</b>				
Affection	-0.241	-0.074	-0.421**	-0.311*
Supervision	0.014	-0.003	-0.091	-0.122
Abuse	0.252	0.033	0.121	0.209*
Rational expression	0.083	-0.184*	-0.283*	-0.250**
Neglect	0.200	0.056	0.335*	0.232*
Over-expectation	0.338*	0.080	0.361*	0.058
Inconsistency	0.022	0.002	0.252	0.171
Interference	0.229	0.108	0.289*	0.139

\* : correlation is significant at the  $p < 0.05$ . \*\* : correlation is significant at the  $p < 0.01$ . The boldface denotes significant findings. EDI-2 : Eating Disorder Inventory -2, AN : Anorexia Nervosa, BN : Bulimia Nervosa

**Table 4.** Stepwise regression analyses of significant factors associated with onset age of eating disorder

	Step 1		Step 2		Step 3	
	B	$\beta$	B	$\beta$	B	$\beta$
<b>Anorexia Nervosa</b>						
(Constant)	22.279		19.147		15.638	
Father affection	0.273	0.364*	0.283	0.378**	0.363	0.101**
Mother over-expectation			0.259	0.334*	0.282	0.363**
Mother rational expression					0.331	0.300*
$R^2(\Delta R^2)$	0.364		0.494(0.111)		0.567(0.078)	
F	6.866		7.086		6.798	
p	0.012		0.002		0.001	

There is no significant model developed in bulimia nervosa. \* : significant at the  $p < 0.05$ , \*\* : significant at the  $p < 0.01$

적 회귀분석을 시행한 결과, 아버지의 애정, 어머니의 과잉 기대와 합리적 설명이 AN의 발병 나이에 중요한 영향을 준다는 것을 확인할 수 있었다. 이 모형은 36.4%에서 56.7%의 설명력(adjusted  $R^2$ )을 가졌다. BN에서는 유의미한 설명 모형이 발견되지 않았다. 심각도를 비교하였을 때, 두 집단에서 모두 어머니의 애정이 높을 수록 EDI-2의 점수가 낮은 것으로 나타났다. 전체 집단에서 섭식장애 증상의 심각도와 PBI 하위항목 점수와의 유의미한 관련성은 없었다.

## 고 찰

본 연구의 목적은 신경성 식욕부진증과 신경성 폭식증을 진단받은 환자 군에서 발병 나이와 섭식장애 정신병리의 심각도에 따라 부모 양육태도의 차이가 존재하는지를 알아

보고자 하였다. 본 연구에서 AN에서만 발병 나이와 부모 양육방식이 연관이 있다는 결과를 얻었으며, 16세 이후에 AN이 발병한 후기 발병 집단과 비교하였을 때, 조기 발병 집단에서 아버지의 애정, 어머니의 과잉간섭이 낮게 보고되고 아버지의 합리적 설명이 높게 나타났음을 확인할 수 있었다. 두 집단에서 모두 섭식장애 증상의 심각도와 어머니의 애정, 합리적 설명이 음의 상관관계가 있었다.

부모들은 청소년기, 초기 성인기의 자녀들이 발달 과업에 성공하고 다음 단계로 나갈 수 있도록 지지하는 데에 핵심적인 역할을 하며, 몇 연구들에서 특정한 양육방식이 이에 유용하다고 밝혀져 있다. Fornari 등<sup>32)</sup>에 따르면 정상군과 비교하였을 때, 섭식장애 환자의 부모가 자식을 키우는 방식에서 특정한 차이를 보일 것이며, AN과 BN 사이에서도 부모의 양육방식이 환자들에게 영향을 주는 과정에 근본적

**Table 5.** Stepwise regression analyses of significant factors associated with severity of eating disorder<sup>†</sup>

	Step 1		Step 2	
	B	β	B	β
<b>Anorexia Nervosa</b>				
(Constant)	183.793		133.986	
Mother affection	-4.784	-0.431**	-4.104	-0.370**
Mother over-expectation			3.001	0.312*
R <sup>2</sup> (ΔR <sup>2</sup> )	0.186		0.280(0.094)	
F	10.279		8.547	
p	0.002		0.001	
<b>Bulimia Nervosa</b>				
(Constant)	170.508			
Mother affection	-2.638	-0.310**		
R <sup>2</sup> (ΔR <sup>2</sup> )	0.096			
F	12.148			
p	0.001			

\* : significant at the p<0.05, \*\* : significant at the p<0.01, † : we measured eating disorder symptom severity by EDI- 2(Eating disorder Inventory -2)

으로 다른 부분이 있다고 하였다. Kog 등<sup>33)</sup>에 의하면 AN 가족에서 과도한 응집(cohesion), 의존(dependency)이 두드러지고 BN 가족에서는 갈등(conflict), 부정적 성향(negativity)이 심하다고 하였다. 이 가설과 상반되게 본 연구에서는 AN과 BN에서 지각된 부모 양육태도가 비슷하게 나타났으며 이는 Waller 등의 연구 결과와 일치한다.<sup>7)</sup> 하지만, 각각의 환자 군을 발병 나이로 다시 분류했을 때에는 AN 하위집단에서만 아버지의 애정과 합리적 설명에서 차이를 보였다. Fosson 등<sup>23)</sup>에 의하면 조기 발병한 AN에서 높은 비율로 부모님의 과도하고 일관되지 않은 통제(85%), 과잉간섭(82%)이 나타났으며, 이는 AN 발병 나이와 아버지의 애정, 방치가 연관성을 보인 본 연구의 결과와 맞물린다고 할 수 있겠다.

Ricciardeli 등<sup>34)</sup>에 따르면 다른 사회문화적인 원인보다 어머니가 남자 아이의 신체상에 강력한 영향력을 미친다고 하였다. 하지만, Field와 Colditz<sup>35)</sup>에 따르면 어머니보다 아버지가 마른 체형(thinness)을 얼마나 중요하게 생각하는지에 대한 인식과 압박이 남녀 아이들에서 지속적인 다이어트를 예측할 수 있는 요소였다. 섭식장애 환자들은 주로 어머니와의 갈등이 핵심이며 아버지는 복잡한 모녀 관계를 참고 견디거나, 교착상태에 있을 때 분리를 시키는 역할을 한다고 생각되어 왔으나, 식이문제가 있는 여성에서 부녀관계의 문제(poor relationship)를 보고하는 경우도 많았다.<sup>36)</sup> Jones 등<sup>37)</sup>에 의하면 아버지의 무신경하고 거부적인 태도가 섭식장애 증상의 발생에 영향을 준다고 하였다. 섭식장애 환자의 아버지는 불안정하고 좌절에 대한 저항력이 제한적인 것으로 알려져 있는데, 이와 같은 특성은 일관되지 않은 훈육을 통하여 부녀관계를 안정적이지 않게 만들고, 섭식 장애 증상

발현 전과 후 모두에 영향을 줄 수 있을 것으로 예상된다.<sup>38)</sup>

최근까지 모녀 관계에 대한 연구들은 다양하게 이루어졌으나 아버지의 영향에 대한 연구는 부족한 편이다. 이제까지 어머니의 애정 없는 통제(affectionless control pattern)가 주된 영향으로 평가되었던 것에 반하여, 본 연구는 양육에서 어머니뿐 아니라 아버지의 중요성을 보여주는 근거가 되겠다. 현대사회의 가정에서 아버지의 역할이 바뀌고 있는 점을 고려했을 때, 적은 애정과 같은 아버지의 양육방식이 섭식장애의 발병 나이와 증상에 영향을 주는 것은 자연스러운 결과일 것이다. 대부분의 연구들은 섭식장애 발병의 원인으로 가족의 기능에 초점을 맞추었으나, 가족의 역할은 치료 과정에서 더 중요한 요소로 작용한다. 아버지의 양육방식이 AN의 발병 나이를 앞당긴다는 이 연구의 결과를 고려했을 때, 치료의 초기 단계에서 아버지와 관계를 자세히 평가하는 것이 도움이 될 것이다. 이는 부녀관계의 변화가 섭식장애로부터 회복을 하는 데에 핵심적인 요소로 작용하는 만큼, 환자와 아버지의 변화에 대한 의지를 평가하고 이에 치료적으로 개입하는 것이 중요하다는 Elliott<sup>39)</sup>의 견해와도 일치한다. 부녀 관계에 대한 병식을 가질 수 있도록 하는 것이 섭식장애 환자의 치료 효과를 높이는 데에 긍정적으로 작용할 것이다. 본 연구에서 단계적 회귀분석을 시행하였을 때 AN과 BN에서 어머니의 애정이 증상의 심각도와 음의 상관관계를 나타내었다. 이와 같은 점을 고려했을 때, 어머니에 대한 교육 역시 치료에서 중요할 것으로 보인다.

본 연구의 강점은 다음과 같다. 주관적으로 평가된 양쪽 부모의 태도가 섭식장애 발병 나이와 증상의 심각도에 중요한 매개체로 작용함을 밝혀내어 치료에 적용될 수 있도록 하

였다. 또한, 섭식장애 환자가 지각한 부모 양육행동과 가족의 기능을 동양에서 연구한 최초의 논문이다.

반면 본 연구는 몇 가지 한계점을 가진다. 먼저 인종, 성별에 있어서 동질 집단을 대상으로 하여 한국 이외의 상황에 적용시키는 것이 어려울 수 있겠다. 환자가 주관적으로 평가하는 자가보고식 설문지에 기반을 두고 있어 부모가 가족 환경에 대해 보고하는 내용과 상이할 수 있다. 그러므로 실제 시행된 양육과 다를 가능성이 있으며, 단지 치료 기간 중 환자가 생각한 양육 방식을 의미하는 것일 수 있다. 또한 하위 그룹(restricting type vs. binge eating/purging type)간의 비교, 정상군과의 비교가 이루어지지 않았다. 또 다른 한계점으로 단면적 연구로 진행되어 인과관계를 밝히지는 못하였다는 점과 환자의 발병 시점을 후향적 면담으로 평가할 수 밖에 없었던 점을 생각해 볼 수 있겠다. 마지막으로 연구에 남성 환자가 포함되지 않아, 성별에 따른 결과 차이의 가능성을 배제하지 못하였다.

이 연구의 결과는 섭식장애 치료에 중요한 의미를 가진다. 부모의 역할과 주관적으로 평가된 부모 양육행동을 파악하고 이에 대해 개입하는 것이 중요하며, 부모의 정신적 고통에 대하여 다루어 부모가 치료에 적절하게 도움이 되는 동반자로 기능할 수 있도록 하는 것이 필요하겠다. 물론 섭식장애 치료 프로그램에 부모 상담 및 부모의 양육방식이 아이들과의 관계에 미칠 수 있는 영향에 대한 논의가 포함되어야 할 것이다. 예를 들어, 낮은 애정과 높은 합리적 설명을 보이는 아버지와 같은 경우, AN의 발병과 연관이 있을 수 있다. 그러므로 특히 환자가 아버지의 성향과 관련된 관계 문제에 대해 이야기할 때, 방치와 관련된 아버지의 행동에 초점을 맞추어 면담을 진행할 수 있을 것이다. 가족의 태도가 예방적 혹은 위험 요소로 작용하는 과정에 대한 깊은 지식이 향후 섭식장애 예방 프로그램에도 긍정적인 영향을 미칠 수 있을 것으로 예상된다. 후속 연구에서는 더 큰 표본 집단을 대상으로 부모 양육방식과 섭식장애 병리와의 관련성에 대한 평가가 필요할 것이며 형제, 자매로부터의 추가적인 정보 수집도 도움이 될 것으로 판단된다. 이뿐 아니라, 섭식장애 환자 가족에 대한 개입의 치료적 효과에 대한 연구 역시 필요할 것으로 생각된다.

## REFERENCES

- (1) Minuchin S, Baker L, Rosman BL, Liebman R, Milman L, Todd TC. A conceptual model of psychosomatic illness in children. *Family organization and family therapy. Arch Gen Psychiatry* 1975;32:1031-1038.
- (2) Perry JA, Silvera DH, Neilands TB, Rosenvinge JH, Hanssen T. A study of the relationship between parental bonding,

- self-concept and eating disturbances in Norwegian and American college populations. *Eating Behaviors* 2008;9:13-24.
- (3) Tetley A, Moghaddam NG, Dawson DL, Rennoldson M. Parental bonding and eating disorders: A systematic review. *Eating Behaviors* 2014;15:49-59.
- (4) Wertheim EH, Martin G, Prior M, Sanson A, Smart D. Parent influences in the transmission of eating and weight related values and behaviors. *Eat Disord* 2002;10:321-334.
- (5) Kluck AS. Family influence on disordered eating: the role of body image dissatisfaction. *Body Image* 2010;7:8-14.
- (6) Holtom-Viesel A, Allan S. A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorder diagnoses in comparison to control families. *Clinical Psychology Review* 2014;34:29-43.
- (7) Waller G, Calam R, Slade P. Eating disorders and family interaction. *British Journal of Clinical Psychology* 1989;28:285-286.
- (8) Treasure J, Sepulveda AR, MacDonald P, Whitaker W, Lopez C, Zabala M, Kyriacou O, Todd G. The assessment of the family of people with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 2008;16:247-255.
- (9) Bulik CM, Sullivan PF, Fear JL, Pickering A. Outcome of anorexia nervosa: eating attitudes, personality, and parental bonding. *Int J Eat Disord* 2000;28:139-147.
- (10) Rorty M, Yager J, Rossotto E, Buckwalter G. Parental intrusiveness in adolescence recalled by women with a history of bulimia nervosa and comparison women. *Int J Eat Disord* 2000;28:202-208.
- (11) Gowers S, North C. Difficulties in family functioning and adolescent anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 1999;174:63-66.
- (12) Gillett KS, Harper JM, Larson JH, Berrett ME, Hardman RK. Implicit Family Process Rules in Eating-Disordered and Non-Eating-Disordered Families. *Journal of Marital and Family Therapy* 2009;35:159-174.
- (13) Johnson C, Flach A. Family characteristics of 105 patients with bulimia. *Am J Psychiatry* 1985;142:1321-1324.
- (14) Leung N, Thomas G, Waller G. The relationship between parental bonding and core beliefs in anorexic and bulimic women. *British Journal of Clinical Psychology* 2000;39:205-213.
- (15) Cook-Darzens S, Doyen C, Falissard B, Mouren MC. Self-perceived family functioning in 40 French families of anorexic adolescents: implications for therapy. *European Eating Disorders Review* 2005;13:223-236.
- (16) Woodside DB, Shekter-Wolfson L, Garfinkel PE, Olmsted MP, Kaplan AS, Maddocks SE. Family interactions in bulimia nervosa. I: Study design, comparisons to established population norms, and changes over the course of an intensive day hospital treatment program. *Int J Eat Disord* 1995;17:105-115.
- (17) Heebink DM, Sunday SR, Halmi KA. Anorexia nervosa and bulimia nervosa in adolescence: effects of age and menstrual status on psychological variables. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:378-382.
- (18) Bryant-Waugh R, Hankins M, Shafran R, Lask B, Fossion A. A prospective follow-up of children with anorexia nervosa. *Journal of youth and adolescence* 1996;25:431-437.

- (19) Lucas AR, Beard CM, O'Fallon WM, Kurland LT. 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: a population-based study. *Am J Psychiatry* 1991;148:917-922.
- (20) Kotler LA, Cohen P, Davies M, Pine DS, Walsh BT. Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40:1434-1440.
- (21) Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry* 2002;159:1284-1293.
- (22) Schmidt U, Hodes M, Treasure J. Early onset bulimia nervosa: who is at risk? A retrospective case-control study. *Psychological Medicine* 1992;22:623-628.
- (23) Fosson A, Knibbs J, Bryant-Waugh R, Lask B. Early onset anorexia nervosa. *Archives of Disease in Childhood* 1987;62: 114-118.
- (24) Shaw H, Ramirez L, Trost A, Randall P, Stice E. Body image and eating disturbances across ethnic groups: more similarities than differences. *Psychol Addict Behav* 2004;18:12-18.
- (25) Garner DM. Eating disorder inventory-2: psychological assessment resources Odessa;1991.
- (26) Lee JH, Shin MY, Jo HH, Jung YC, Kim JK, Kim KR. Validation of the Korean version of the Eating Disorder Inventory-2: psychometric properties and cross-cultural comparison. *Yonsei Med J* 2012;53:1099-1106.
- (27) 허묘연. 청소년이 지각한 부모 양육행동 척도의 개발 및 타당화 연구. *청소년상담연구* 2004;12:170-189.
- (28) Schaefer ES. A configurational analysis of children's reports of parent behavior. *J Consult Psychol* 1965;29:552-557.
- (29) Huh MY. A Study for the Development and Validation of an Inventory for Parenting Behavior Perceived by Adolescents. *Korean J of Youth Counseling* 2004;12:170-189.
- (30) 이민규, 이영호, 정한용, 최종현, 김승현, 김용구, 이수경. 원저: 한국판 Beck 우울증 척도 표준화 연구 2: 타당화연구. *정신병리학* 1995;4:96-104.
- (31) 육성필, 김중술. 한국판 Beck Anxiety Inventory의 임상적 연구: 환자군과 비환자군의 비교. *한국심리학회지: 임상* 1997; 16:185-197.
- (32) Fornari V, Wlodarczyk-Bisaga K, Matthews M, Sandberg D, Mandel FS, Katz JL. Perception of family functioning and depressive symptomatology in individuals with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Compr Psychiatry* 1999;40:434-441.
- (33) Kog E, Vandereycken W. Family characteristics of anorexia nervosa and bulimia: A review of the research literature. *Clinical Psychology Review* 1985;5:159-180.
- (34) Ricciardelli LA, McCabe MP, Banfield S. Body image and body change methods in adolescent boys. Role of parents, friends and the media. *J Psychosom Res* 2000;49:189-197.
- (35) Field AE, Colditz GA. Frequent dieting and the development of obesity among children and adolescents. *Nutrition* 2001;17: 355-356.
- (36) Botta RA, Dumlao R. How Do Conflict and Communication Patterns Between Fathers and Daughters Contribute to or Offset Eating Disorders? *Health Communication* 2002;14:199-219.
- (37) Jones CJ, Leung N, Harris G. Father-daughter relationship and eating psychopathology: the mediating role of core beliefs. *Br J Clin Psychol* 2006;45:319-330.
- (38) Fassino S, Amianto F, Abbate-Daga G. The dynamic relationship of parental personality traits with the personality and psychopathology traits of anorectic and bulimic daughters. *Compr Psychiatry* 2009;50:232-239.
- (39) Elliott JC. Fathers, daughters, and anorexia nervosa. *Perspectives in Psychiatric Care* 2010;46:37-47.



**연구목적**

한국에서 신경성 식욕부진증과 신경성 폭식증을 진단받은 환자 군에서 부모 양육태도의 차이와 각 아형에서 부모 양육태도의 차이가 발병 나이와 섭식장애 증상의 심각도에 미치는 영향을 알아보고자 하였다.

**방 법**

167명의 섭식장애 환자(신경성 식욕부진증, N=49 ; 신경성 폭식증, N=118)를 대상으로 하였다. 자기보고식 설문지인 부모 양육행동 척도(Parental Behavior Inventory, PBI)를 시행하여 환자가 인식하는 부모님의 양육 행동을 측정하였으며, 섭식장애 검사 개정판(The Eating disorder Inventory-2, EDI-2)를 통하여 증상의 심각도를 평가하였다.

**결 과**

신경성 식욕부진증 환자를 발병 나이에 따라 분류하였을 때, 16세 이후에 발병한 군보다 16세 이전에 조기 발병한 경우 낮은 아버지의 애정, 높은 아버지의 합리적 설명, 낮은 어머니의 과잉간섭을 보고하였다. 섭식장애 증상의 심각도(EDI-2)는 신경성 식욕부진증과 신경성 폭식증에서 어머니의 애정, 합리적 설명과 음의 상관관계를 나타내었다. 단계별 회귀분석을 시행하였을 때, 아버지의 애정, 어머니의 과잉기대와 합리적 설명이 신경성 식욕부진증의 발병 나이에 중요한 영향을 준다는 것을 확인할 수 있었으며, 두 집단에서 모두 어머니의 애정이 높을 수록 EDI-2의 점수가 낮은 것으로 나타났다.

**결 론**

섭식장애 환자의 평가 및 치료에서 가족의 기능과 인식된 부모의 양육태도가 중요한 역할을 할 수 있겠다. 본 연구 결과는 아버지의 양육방식이 섭식장애 발병나이에 미치는 영향을 밝힘으로써 이제까지 상대적으로 부족하게 평가되었던 아버지 역할의 중요성을 확인하였다. 이뿐 아니라, 섭식장애 증상의 심각도와 어머니의 애정과의 관련성을 확인함으로써 가족 기능에 대한 평가가 치료에 필수적임을 입증하였다. 앞으로 본 연구 결과에 대한 해석 및 적용을 위한 후속 연구들이 필요하겠다.

**중심 단어** : 신경성 식욕부진증 · 신경성 폭식증 · 부모 양육태도.