

# 여성 섭식장애 환자의 다중충동성 관련요인

공 성 숙

순천향대학교 간호학과 교수

## Factors associated with Multi-impulsivity in Women Patients with Eating Disorders

Kong, Seong Sook

Professor, Department of Nursing, Soonchunhyang University, Chonan, Korea

**Purpose:** The purpose of the study was to investigate the factors that affect multi-impulsivity in women patients with eating disorders. **Methods:** The participants in the study were 170 women patients with eating disorders who visited "M" clinic for eating disorders. Data were collected from January 2010 to February 2011 through semi-structured interviews and self-report using the Revised Diagnostic Interview for Borderlines, Eating Disorders Inventory-2, and The Childhood Trauma Questionnaire. Data were analyzed using  $\chi^2$ -test, t-test, and multiple logistic regression. **Results:** The multi-impulsivity group accounted for 56.5% of the patients (binge eating 90.6%, alcohol abuse 43.5%, substance abuse 37.1%, sexual promiscuity 4.7%, suicidal attempts 38.8%, and self-mutilation 58.8%), and they showed higher scores on childhood trauma and eating psychopathology than a comparison group. Significant predictors for multi-impulsivity were emotional abuse, social insecurity, interoceptive awareness, and interpersonal distrust. **Conclusion:** The results of this study suggest future interventions for multi-impulsive patients with eating disorders should focus on solving interpersonal problems by establishing trustful relationships, and not focus on eating behavior early in treatment.

**Key Words:** Eating disorders, Impulsive behavior, Trauma

## 서 론

### 1. 연구의 필요성

섭식장애 환자에게서 흔히 나타나는 폭식행동은 충동적 행동의 일종이다. 충동적 행동은 행동을 실행에 옮길 수밖에 없는 저항할 수 없는 충동이며, 욕구를 참으려고 저항하면 긴장감이 올라가고, 이것을 행동에 옮기면 편안함을 느끼는 특징을 갖는다(Winchel & Stanley, 1991). 다중충동성(multi-impulsivity)은 흔히 섭식장애 환자에게 나타나기 쉬운데, 폭

식행동과 함께 알코올남용, 자살시도, 반복적인 자해행동, 문란한 성행동, 약물남용, 도벽행동, 도박중독, 감정적 폭발, 공격적 행동, 방화 등의 충동행동이 병행되어 나타나는 것을 말한다(Lacey & Reed, 1993).

특히 신경성 폭식증 환자의 성격특성에 대한 연구가 활발히 진행되면서, Lacey (1993)는 이들을 세 가지 집단, 즉 충동적이고 감정조절장애가 있는 집단, 불안과 강박성의 성향이 있는 집단, 정신병리가 높지 않고 높은 기능을 보이는 집단으로 분류하였는데, 그 중 충동적이고 감정조절장애가 있는 집단을 '다중충동성 집단'이라 명명하였다. Fichter, Quadflieg와

**주요어:** 섭식장애, 다중충동성, 아동기 외상

**Corresponding author:** Kong, Seong Sook

Department of Nursing, Soonchunhyang University, 366-1 Ssangyong-dong, Chonan 330-090, Korea.  
Tel: +82-41-570-2488, Fax: +82-41-570-2498, E-mail: kongsun@sch.ac.kr

투고일 2012년 2월 23일 / 수정일 2012년 4월 21일 / 게재확정일 2012년 6월 25일

Rief (1994)는 보다 구체적인 정의를 제시하였는데, 알코올남용, 약물남용, 자해행동, 자살시도, 도벽행동, 문란한 성행동 등의 6가지 충동행동 중에서 3가지 이상이 나타날 때 ‘다중충동성’이라 하였다.

섭식장애 환자를 대상으로 다중충동성 여부를 조사한 결과, 폭식행동과 함께 두 가지 이상의 충동행동을 보인 대상자는 40%였으며, 그 중 신경성 폭식증 환자들의 경우 80%가 다중충동성을 나타냈다고 보고하였다(Lacey, 1993). 또한 선행연구결과가 서로 일치하지는 않지만 대체로 40% 이상의 섭식장애 환자가 다중충동성 집단에 속하는 것으로 나타났다(Waxman, 2009). 우리나라 섭식장애 환자들을 대상으로 한 연구에서는 알코올 문제를 가진 섭식장애 환자가 17.2% (Kong, 2011)로 보고된 바 있으며, 자해행동을 보인 섭식장애 환자는 56.2%로 나타나(Kong, Lee, & Shin, 2009), 충동행동 각각에 대해 상당히 높은 비율을 보였으나, 다중충동성을 조사한 논문은 아직 없는 상태이다.

폭식행동이나 알코올남용 등 한 가지 문제만을 나타내는 단일충동성과는 달리, 다중충동성을 가진 섭식장애 환자들은 특징적인 성격양상을 보이며, 전반적으로 단일충동성 환자에 비해 심한 정신병리를 나타내는 것으로 보고되었다(Corstorphine, Waller, Lawson, & Ganis, 2007). Fichter 등(1994)은 다중충동성 집단이 전반적 기능 상태와 심리사회적 기능수준이 낮았으며, 불안, 우울, 분노, 적개심 등의 심리적 증상도 더 높게 나타났다고 보고했다. 또한 Myers 등(2006)은 다중충동성 집단이 충동행동이 2개 이하인 대조군에 비해 불안장애, 외상 후 스트레스장애, 강박장애, 특정공포증 등의 질환에 대한 공동이환(comorbid) 비율이 유의하게 높았다고 보고했다. 이와 같이 낮은 기능수준과 심한 정신병리를 동반하는 다중충동성 섭식장애 환자는 충동성이 낮은 집단에 비해 더 많은 입원치료와 외래치료를 받은 한편, 치료효과는 오히려 매우 낮은 것으로 보고되었다(Fichter et al., 1994). 이들은 치료를 받는 과정에서 점점 악화되기도 하여 훨씬 집중적인 치료를 필요로 하므로(Lacey & Read, 1993), 충동행동에 초점을 두고 새로운 치료방안을 제시해야 한다고 하였다(Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003). 따라서 다중충동성을 보이는 환자들의 섭식장애 증상들을 조사하여 다중충동성과의 관련성을 확인함으로써 향후 이들의 치료적 접근과 간호중재에 대한 구체적인 방안을 모색하는 것이 필요하다고 본다.

이러한 충동행동들이 오랜 다이어트로 인한 스트레스에서 비롯된 것인지, 아니면 섭식장애에 내재된 또 다른 특성인지

에 대해 논란이 되고 있다. 다중충동성을 보이는 섭식장애의 원인을 탐색한 연구에서는 충동행동이 2개 이하인 대조군에 비해 아동기 외상을 경험한 대상자가 유의하게 높은 것으로 보고했다(Westen & Harnden-Fischer, 2001). 어린 시절에 정서적 학대와 신체적 학대, 성적 학대와 같은 외상을 경험한 대상자는 폭식증상이 유의하게 높을 뿐 아니라, 알코올남용의 문제도 더 많이 경험하는 것으로 나타났다(Favaro et al., 2005). 그러나 아동기 외상의 어떤 유형이 특히 다중충동성과 관련성이 높은지에 대해서는 아직 확실히 알려지지 않았으며, 아동기 외상이 다중충동성의 설명요인이 되는지에 대한 연구도 거의 이루어지지 않았다. 본 연구에서는 정서적 학대와 신체적 학대, 성적 학대 뿐 아니라 정서적 방임과 신체적 방임도 포함한 아동기 외상을 조사하고 어떤 유형의 아동기 외상이 다중충동성과 유의한 관련성을 보이는지를 알아보고자 한다.

우리나라에서는 자해행동과 아동기 외상과의 관계를 조사한 연구(Kong, 2009; Kong et al., 2009)와 알코올 문제가 동반된 섭식장애 환자들의 특성에 관한 연구(Kong, 2011) 등이 있으나 섭식장애 환자를 대상으로 다중충동성을 조사한 연구가 거의 행해지지 않았으며, 다중충동성과 아동기 외상의 관계를 조사한 연구도 없는 실정이다. 미국, 유럽 등의 서구사회 뿐 아니라 일본에서도 섭식장애 환자들의 다중충동성에 대한 관심이 높아지고 있으며, 특히 알코올, 약물, 성행동 등은 문화적인 영향을 많이 받는 측면이므로 미국, 일본 등에 비해 우리나라의 섭식장애 환자에게는 다중충동성의 정도가 얼마나 심각한지를 조사하는 것은 의미가 있을 것으로 본다. 이에 본 연구에서는 섭식장애 환자들을 대상으로 섭식장애 증상과 아동기 외상을 조사하고, 이들 변인과 다중충동성과의 관계를 조사함으로써, 치료효과가 낮은 것으로 보고된 다중충동성 집단을 위한 간호중재 방안을 개발하는데 중요한 자료를 제공하고자 한다.

## 2. 연구목적

본 연구에서는 섭식장애 클리닉에 방문한 환자들을 대상으로 충동행동들, 섭식장애 증상, 아동기의 외상 정도를 조사하고, 다중충동성에 관련된 요인을 파악하는 것을 목적으로 하며, 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

- 섭식장애 환자의 일반적 특성에 따른 다중충동성 여부를 파악한다.
- 다중충동군과 대조군 간에 충동행동(폭식, 알코올남용, 약물남용, 문란한 성행동, 자살시도, 자해행동) 여부의 차

이를 파악하고, 섭식장애 환자의 다중충동성 여부를 파악한다.

- 충동행동의 수에 따라, 그리고 다중충동군과 대조군 간에 섭식장애 증상, 아동기 외상의 차이를 파악한다.
- 섭식장애 환자의 다중충동성에 관련된 요인을 규명한다.

## 연구 방법

### 1. 연구설계

본 연구는 섭식장애 클리닉을 방문한 환자들을 대상으로 충동행동들과 섭식장애 증상, 아동기 외상을 조사하고, 다중충동성에 관련된 요인들을 파악하기 위한 서술적 상관관계연구이다.

### 2. 연구대상 및 자료수집

본 연구에서는 2010년 1월부터 2011년 2월까지 치료를 받기 위해 서울시에 소재한 M섭식장애 클리닉에 내원한 환자들 중에서, 정신장애 진단분류체계(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition, DSM-IV)의 기준에 따라 섭식장애로 진단받은 환자들을 연구대상자로 선정하였다. 최종 대상자에 남성이 1명 포함되어 이질성을 보였으므로, 남성 대상자를 제외하고 여성 섭식장애 환자들만을 대상으로 하였다. 먼저 클리닉의 원장 및 치료자들을 대상으로 연구목적과 자료수집 과정을 설명하고 윤리적으로 환자들의 인권에 침해되지 않음을 확인받고 자료수집을 승인받았으며, 연구대상자들에게 직접 연구목적과 방법을 서면과 구두로 설명한 후, 연구에 참여하기를 서면으로 동의한 환자를 대상으로 자료수집을 실시하였다. 연구참여 과정에서 언제든지 원치 않으면 참여를 취소할 수 있음을 알려주었고, 연구자료는 정해진 연구목적 이외의 다른 목적으로 사용되지 않을 것이며 무기명으로 처리되어 비밀이 보장됨을 설명하였다.

표본 수 크기 결정은 G\*Power 3.1 프로그램을 이용하여 회귀분석에 필요한 효과크기 .15, 유의수준  $\alpha = .05$ ,  $\beta = .20$ 일 때 최소표본 크기가 156명으로 산정되었으며, 여기에 예측변수의 수를 합한 수 이상의 표본이 요구되므로 총 171명으로 계산되었다. 이에 연구참여에 동의한 185명을 대상으로 자료수집을 실시하였으나, 응답이 미비한 자료를 제외하고 170명(91.9%)을 대상으로 자료를 분석하였다. 섭식장애 증상과 아동기 외상에 관한 설문지는 대상자에게 상세한 설명을 제공한

후 작성하도록 하였고, 다중충동성은 먼저 대상자가 면접문항에 스스로 체크하도록 한 후, 15년 이상의 섭식장애 전문경력을 가진 정신과 의사 1인과 임상심리사 1인, 정신간호사 1인의 반구조화된 면담(semi-structured interview)을 통해 이루어졌으며, 면담방법은 3인의 전문가가 충분히 숙지하고 시행하였다.

### 3. 연구도구

#### 1) 다중충동성(multi-impulsivity)

Fichter 등(1994)은 폭식행동을 포함하여, 알코올남용, 약물남용, 문란한 성행동, 자살시도, 자해행동, 도벽행동 등의 충동행동 중 3가지 이상의 행동을 보일 경우를 다중충동성으로 정의하였으며, 본 연구에서는 그 중 면접자간 신뢰도가 낮은 도벽행동을 제외한 6가지 충동행동 중에서 3가지 이상이 나타나는 경우를 의미한다. 폭식행동은 음식을 빠른 속도로 먹고 멈출 수 없을 만큼 한꺼번에 많은 양을 먹는 것을 말하며, 알코올남용은 술을 과음하며 의식을 잃은 경험을 의미하고, 약물남용은 처방된 약물을 과량 복용하거나 마약을 복용한 경험을 의미하며, 문란한 성행동은 충동적으로 아무하고나 성적인 관계를 맺거나 여러 명의 성관계 파트너를 가지는 것을 의미하고, 자살시도는 자살시위(suicidal gesture)와 자살시도(suicide attempt)를 포함하며, 자해행동은 몸에 칼로 긁기(cutting), 때리기(hitting), 화상 입히기(burning) 등을 반복적으로 행하는 것을 의미한다(Fichter et al., 1994).

본 연구에서는 다중충동성을 측정하기 위해 Zanarini, Gunderson, Frankenberg와 Chauncey (1989)가 개발하고 Choi (2006)가 번역한 경계성 성격진단을 위한 면담(Revised Diagnostic Interview for Borderlines, DIB-R) 도구의 충동행동 영역을 사용하였다. DIB-R은 경계성 인격장애를 진단하기 위해 광범위하게 사용되는 반구조화된 면담도구로서, 정동, 인지, 충동행동, 대인관계의 4가지 영역의 97가지 질문으로 구성되어 있다. 본 연구에서는 4가지 영역 중 충동행동 영역의 17문항을 이용하여 위의 6가지 충동행동 여부를 먼저 대상자 스스로 체크하도록 한 후 면담을 통해 확인하였다. 면접자간 신뢰도는 Zanarini, Frankenberg와 Vujanovic (2002)의 연구에서  $\kappa$  (Kappa 계수)는 알코올남용 및 약물남용 .91, 문란한 성행동 .90, 자살시도 .85, 자해행동 .90으로, .83~.91 (excellent range)이었으며, 본 연구에서는 알코올남용 및 약물남용 .87, 문란한 성행동 .84, 자살시도 .74, 자해행동 .86으로, .74~.87 (substantial agreement)로 나타났다.

## 2) 섭식장애 증상 (eating psychopathology)

본 연구에서는 섭식장애의 심리적 증상들을 측정하기 위한 도구로서 Garner (1991)가 고안한 '다차원적 섭식태도 검사 (Eating Disorders Inventory-2, EDI-2)'를 Lyle (1996)가 번안한 것으로 사용하였다. 이 도구는 신경성 식욕부진증 및 신경성 폭식증과 관련된 행동 및 태도 차원상의 측정치를 얻기 위하여 개발된 검사로, 마르고 싶은 욕망(drive for thinness), 폭식행동(bulimia), 신체불만족감(body dissatisfaction), 무능감(ineffectiveness), 완벽주의(perfectionism), 대인관계 불신감(interpersonal distrust), 내면자각(interoceptive awareness), 성장공포(maturity fears), 금욕주의(asceticism), 충동조절(impulse regulation), 사회적 불안정성(social insecurity) 등 11개 하부 척도를 포함하며 총 91문항, 6지선다 형으로 구성되어 있다. 각 문항에서 1번 '늘 그렇다'에서 6번 '전혀 그렇지 않다'까지 6개의 답가지 중에서 긍정적인 문항, 부정적 문항에 따라 3개의 답 가지는 0점 처리하도록 되어 있어 3점 척도로서, 모든 하부척도에서 점수가 높을수록 섭식장애 증상이 심한 것을 의미한다. 이 도구의 개발 당시 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .84$ 였고(Lyle, 1996), 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .89$ 로 나타났다.

## 3) 아동기 외상 (childhood trauma)

아동기 외상을 측정하기 위한 도구로서 Bernstein과 Fink (1998)가 개발한 '아동기 외상 척도(Childhood Trauma Questionnaire, CTQ)'를 Kong과 Bernstein (2009)이 번안한 한국어판을 사용하였다. 이 도구는 정서적 학대(emotional abuse), 신체적 학대(physical abuse), 성적 학대(sexual abuse), 정서적 방임(emotional neglect) 및 신체적 방임(physical neglect)의 5개 하부 척도로서, 각 하부척도 당 5문항씩, 그리고 최소화(minimization) 및 부정(denial)의 여부를 알기 위한 3문항을 포함하여 총 28문항, 5점 척도로 구성되어 있다. 각 문항에서 '전혀 그렇지 않다' 1점에서 '매우 자주 그렇다' 5점으로 점수가 높을수록 아동기 외상의 정도가 심한 것을 의미한다. 이 도구의 개발 당시 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .90$ 이었고(Bernstein & Fink, 1998), 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .88$ 로 나타났다.

## 4. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 18.0 프로그램을 사용하여 입력하고 분석하였다.

- 대상자의 일반적 특성과 다중충동성, 섭식장애 증상과 아동기 외상은 빈도와 백분율, 평균, 표준편차로 서술하였다.
- 대상자의 일반적 특성에 따른 다중충동성 여부는  $\chi^2$ -test와 Fisher's exact로 분석하였다.
- 다중충동군과 대조군 간에 충동행동(폭식, 알코올남용, 약물남용, 문란한 성행동, 자살시도, 자해행동) 여부의 차이는  $\chi^2$ -test와 Fisher's exact로 분석하였다.
- 대상자의 충동행동이 3개 이상인 집단을 다중충동군으로, 2개 이하인 집단을 대조군으로 분류하였으며, 다중충동군과 대조군 간의 섭식장애 증상, 아동기 외상의 차이는 t-test로 분석하였고, 충동행동의 수에 따른 섭식장애 증상, 아동기 외상의 차이는 one-way ANOVA로 분석하였다.
- 대상자의 다중충동성에 관련된 요인을 확인하기 위해 로지스틱 회귀분석을 이용하였다. 먼저 다중충동성을 종속변인으로 하고 일반적 특성, 섭식장애 증상, 아동기 외상의 각 변인을 독립변수로 하여 단순 로지스틱 회귀분석을 시행한 결과  $p$  값이 .10 이하인 변인들을 선택한 다음 다중 로지스틱 회귀분석을 시행하였다.

## 연구 결과

### 1. 대상자의 일반적 특성에 따른 다중충동성 여부의 차이

본 연구대상자의 인구학적 특성과 임상적 특성에 따라 다중충동성 여부의 차이검정을 시행한 결과는 Table 1과 같다. 대상자는 총 170명으로, 주당 폭식빈도( $t = -3.07, p < .001$ )와 구토빈도( $t = -2.07, p = .005$ ) 모두 다중충동군이 대조군에 비해 유의하게 높게 나타났으며, 학력에 따라 다중충동성 여부에 유의한 차이를 보였는데( $\chi^2 = 12.58, p = .002$ ), 중학교 이하의 경우 다중충동군 35.5%, 대조군 65.5%, 고졸은 다중충동군 72.0%, 대조군 28.0%로 나타났다. 대상자의 진단명에 따라서는 다중충동성 여부에 유의한 차이를 보였다( $\chi^2 = 16.58, p = .002$ ). 그밖에 평균 연령, 신체질량지수(body mass index, BMI), 평균 유병기간, 결혼상태, 직업 상태에 따라서는 유의한 차이가 없었다.

### 2. 충동행동의 수와 다중충동성

DIB-R을 통해 충동행동들을 조사한 결과, 폭식행동을 보



**Table 1.** Demographic and Clinical Characteristics by Multi-impulsivity

(N=170)

Characteristics	Comparison <sup>†</sup> (n=74)		MI (n=96)		$\chi^2$ or t	p
	n (%) or M±SD	Range	n (%) or M±SD	Range		
Age (year)	22.4±5.36	13~39	22.6±3.78	15~38	-0.16	.876
BMI	19.9±3.32	12.8~37.9	20.4±3.74	13.5~39.1	-0.94	.352
Binge episodes/week	5.6±3.92	0.5~15.0	10.4±10.11	1.0~75.0	-3.07	<.001
Vomiting episodes/week	6.9±5.64	0.5~15.0	11.4±11.26	1.0~75.0	-2.07	.005
Duration of disorder (year)	2.9±3.32	0~17	3.3±3.22	0~16	-0.59	.557
Education					12.58	.002
Elementary/middle school	19 (65.5)		10 (35.5)			
High school	24 (28.0)		58 (72.0)			
College/university/graduate school	31 (52.5)		28 (47.5)			
Marital status					-	.726 <sup>‡</sup>
Single	67 (42.1)		92 (57.9)			
Married	7 (63.6)		4 (36.4)			
Occupation status					0.27	.987
Student	45 (43.3)		59 (56.7)			
Regular/non-regular worker	14 (45.2)		17 (54.8)			
Housekeeper/none	15 (42.9)		20 (57.1)			
Diagnosis					16.58	.002
AN-R	8 (100.0)		0 (0.0)			
AN-BP	9 (33.3)		18 (66.7)			
BN-P	31 (36.0)		55 (64.0)			
BN-NP	7 (38.9)		11 (61.1)			
EDNOS	19 (61.3)		12 (38.7)			

MI=multi-impulsive group; BMI=body mass index; AN-R=anorexia nervosa restricting type; AN-BP=anorexia nervosa bulimic binge eating/ purging type; BP-P=bulimia nervosa purging type; BP-NP=bulimia nervosa non-purging type; EDNOS=eating disorders not otherwise specified.

<sup>†</sup> Two or fewer impulsive behavior.

<sup>‡</sup> Fisher's exact test.

인 90.6%의 대상자 중 다중충동군이 62.3% ( $\chi^2=14.49$ ,  $p<.001$ ), 알코올남용을 보인 43.5%의 대상자 중 다중충동군이 79.7% ( $\chi^2=33.81$ ,  $p<.001$ ), 약물남용을 보인 37.1%의 대상자 중 다중충동군이 93.7% ( $p<.001$ ), 문란한 성행동을 보인 4.7%의 대상자 중 다중충동군이 100.0% ( $p=.036$ ), 자살시도를 보인 38.8%의 대상자 중 다중충동군이 95.5% ( $p<.001$ ), 자해행동을 보인 58.8%의 대상자 중 다중충동군이 84.0% ( $\chi^2=55.63$ ,  $p<.001$ )로 대조군에 비해 유의하게 높은 비율을 보였다. 또한 충동행동의 수는 0개 2.4%, 1개 20.6%, 2개 20.6%, 3개 20.6%, 4개 22.9%, 5개 10.0%, 6개 2.9%였으며, 본 연구에서는 Fichter 등(1994)이 제시한 기준에 따라 충동 행동 3개 이상을 보인 대상자를 다중충동군으로 분류하였으

므로, 대조군(2개 이하)은 74명(43.5%), 다중충동군(3개 이상)은 96명(56.5%)으로 다중충동군이 더 높게 나타났다 (Table 2).

### 3. 다중충동군과 대조군 간의 섭식장애 증상과 아동기 외상

먼저 섭식장애 증상은 EDI-2의 11개 하부 척도로 측정하였으며 각 하부척도의 평균은 마르고 싶은 욕망 14.4점, 폭식 행동 12.5점, 신체불만족감 15.0점, 무능감 13.1점, 완벽주의 7.7점, 대인관계 불신감 6.1점, 내면 자각 14.9점, 성장 공포 9.9점, 금욕주의 8.9점, 충동조절 8.4점, 사회적 불안정성 8.9점이었으며, EDI-2 총 평균은 120.2점이었다. 아동기 외상의

Table 2. Frequencies of Impulsive Behaviors

(N=170)

Type of impulsive behaviors		n (%)	Comparison <sup>†</sup> (n=74) n (%)	Multi-impulsive (n=96) n (%)	$\chi^2$	<i>p</i>
Binge eating	Yes	154 (90.6)	58 (37.7)	96 (62.3)	-	< .001 <sup>‡</sup>
	No	16 (9.4)	16 (100.0)	0 (0.0)		
Alcohol abuse	Yes	74 (43.5)	15 (20.3)	59 (79.7)	33.81	< .001
	No	96 (56.5)	59 (61.5)	37 (38.5)		
Substance abuse	Yes	63 (37.1)	4 (6.3)	59 (93.7)	-	< .001 <sup>‡</sup>
	No	107 (62.9)	70 (65.4)	37 (34.6)		
Sexual promiscuity	Yes	8 (4.7)	0 (0.0)	8 (100.0)	-	.036 <sup>‡</sup>
	No	162 (95.3)	74 (45.7)	88 (54.3)		
Suicide attempts	Yes	66 (38.8)	3 (4.5)	63 (95.5)	-	< .001 <sup>‡</sup>
	No	104 (61.2)	71 (68.3)	33 (31.7)		
Self-mutilation	Yes	100 (58.8)	16 (16.0)	84 (84.0)	55.63	< .001
	No	70 (41.2)	58 (82.9)	12 (17.1)		
Number of impulsive behaviors	none	4 (2.4)				
	1	35 (20.6)				
	2	35 (20.6)				
	3	35 (20.6)				
	4	39 (22.9)				
	5	17 (10.0)				
	6	5 (2.9)				

<sup>†</sup>Two or fewer impulsive behavior; <sup>‡</sup>Fisher's exact test.

각 하부척도 점수는 정서적 학대 11.7점, 신체적 학대 8.2점, 성적 학대 5.9점, 정서적 방임 11.6점, 신체적 방임 8.8점이었으며(Table 3), CTQ의 기준점수에 따르면(Bernstein & Fink, 1998), 각 하부척도에서 외상을 경험한 대상자는 정서적 학대 65.9%, 신체적 학대 43.5%, 성적 학대 11.8%, 정서적 방임 29.4%, 신체적 방임 58.2%로 나타났다.

충동행동의 수에 따라, 그리고 다중충동군과 대조군 간에 섭식장애 증상과 아동기 외상의 차이를 조사한 결과는 Table 3과 같다. 먼저 충동행동의 수에 따른 비교에서는, EDI-2의 11개 하부 척도로 측정된 섭식장애 증상의 경우 완벽주의, 대인관계 불신감, 성장 공포, 금욕주의, 사회적 불안정성은 충동행동의 수에 따라 집단 간에 유의한 차이가 없었으며, 마르고 싶은 욕망( $F=3.27, p=.005$ ), 폭식행동( $F=6.28, p<.001$ ), 신체불만족감( $F=3.46, p=.003$ ), 무능감( $F=3.19, p=.006$ ), 내면자각( $F=3.55, p=.003$ ), 충동조절( $F=3.86, p=.001$ ), 그리고 EDI-2 총점( $F=4.64, p<.001$ )은 6개 집단 간에 유의한 차이를 보였다. 아동기 외상의 경우, 충동행동의 수에 따라 정서적 학대( $F=6.03, p<.001$ ), 신체적 학대( $F=3.93, p=.001$ ), 성적 학대( $F=4.46, p<.001$ ), 정서적 방임( $F=3.12, p=.007$ ), 신체적 방임( $F=3.83, p=.002$ ), CTQ 총점( $F=6.33, p<.001$ )

에서 모두 집단 간에 유의한 차이를 보였다.

또한 다중충동군과 대조군의 비교에서는, 섭식장애 증상의 경우 마르고 싶은 욕망, 신체불만족감, 완벽주의, 대인관계 불신감, 금욕주의는 다중충동군과 대조군 간에 유의한 차이가 없었으며, 폭식행동( $t=-2.53, p=.013$ ), 무능감( $t=-3.96, p<.001$ ), 내면자각( $t=-4.01, p<.001$ ), 성장공포( $t=-2.29, p=.024$ ), 충동조절( $t=-4.35, p<.001$ ), 사회적 불안정성( $t=-3.29, p<.001$ ), 그리고 EDI-2 총점( $t=-4.23, p<.001$ )은 두 집단 간에 유의한 차이를 보였다. 아동기 외상의 경우 성적 학대를 제외하고, 정서적 학대( $t=-5.36, p<.001$ ), 신체적 학대( $t=-3.68, p<.001$ ), 정서적 방임( $t=-3.24, p=.002$ ), 신체적 방임( $t=-3.76, p<.001$ ), CTQ 총점( $t=-5.30, p<.001$ )에서 두 집단 간에 유의한 차이를 보였다.

#### 4. 다중충동성 관련요인

다중충동성을 종속변인으로 하여 단순 로지스틱 회귀분석을 시행한 결과,  $p$ 값이 .10 이하인 변인은 주당 폭식빈도, 주당 구토빈도와 섭식장애 증상 중 마르고 싶은 욕망, 폭식행동, 무능감, 대인관계 불신감, 내면자각, 성장 공포, 금욕주의,

**Table 3.** Mean Differences of Major Variables according to Multi-impulsivity (N=170)

Variables	Total		Number of impulsive behaviors								F (p)	Comparison <sup>†</sup> (n=74)		t (p)
	M±SD		0	1	2	3	4	5	6	M±SD		M±SD		
EDI-2 total	120.2±45.05		48.0±26.51	105.8±48.90	105.2±36.30	125.6±39.13	145.1±7.55	138.9±50.91	126.8±48.64	4.64 (<.001)	103.7±43.59	135.9±42.53	-4.23 (<.001)	
Drive for thinness	14.4±6.02		4.3±4.16	12.9±6.19	15.0±5.06	13.4±6.60	16.1±4.83	17.2±3.27	14.5±5.80	3.27 (.005)	13.5±5.95	15.2±5.49	-1.68 (.096)	
Bulimia	12.5±5.92		0.3±0.58	10.8±6.33	13.1±4.88	11.4±6.15	16.6±4.01	14.4±5.85	10.5±5.45	6.28 (<.001)	11.4±6.06	14.0±5.71	-2.53 (.013)	
Body dissatisfaction	15.0±8.02		3.3±4.04	15.2±7.48	14.2±7.56	13.2±6.90	19.4±6.92	16.2±7.53	16.5±7.33	3.46 (.003)	14.3±7.75	16.4±7.41	-1.55 (.123)	
Ineffectiveness	13.1±7.78		5.3±2.52	10.8±8.34	10.1±6.62	15.7±8.39	16.9±7.67	13.5±9.58	16.3±4.11	3.19 (.006)	10.3±7.37	15.8±8.11	-3.96 (<.001)	
Perfectionism	7.7±5.20		7.0±2.65	7.8±4.06	6.7±4.23	7.6±4.60	9.0±4.23	9.0±4.67	6.8±5.68	0.84 (.545)	7.4±4.15	8.4±4.49	-1.27 (.207)	
Interpersonal distrust	6.1±5.35		4.7±2.52	5.7±5.13	5.4±6.10	7.4±5.25	7.3±5.54	7.3±5.38	8.3±5.38	0.65 (.688)	5.6±5.48	7.4±5.29	-1.86 (.065)	
Interceptive awareness	14.9±8.26		5.0±7.81	11.6±9.41	10.7±5.73	15.3±7.71	17.6±6.15	16.5±7.21	5.0±10.13	3.55 (.003)	11.1±7.84	16.4±7.08	-4.01 (<.001)	
Maturity fears	9.9±6.82		6.7±6.35	9.1±5.82	7.7±5.14	10.4±6.17	10.8±6.04	15.1±14.47	9.3±6.65	1.77 (.112)	8.4±5.48	11.4±8.26	-2.29 (.024)	
Asceticism	8.9±5.02		2.3±2.08	8.7±5.45	8.0±4.34	10.1±5.39	9.7±4.21	9.1±4.35	8.8±7.04	1.48 (.191)	8.0±4.88	9.7±4.76	-1.95 (.054)	
Impulse regulation	8.4±6.29		3.0±3.00	5.4±6.18	7.3±4.58	9.2±6.40	11.8±5.38	10.6±7.01	1.3±9.43	3.86 (.001)	6.1±5.31	10.6±6.26	-4.35 (<.001)	
Social insecurity	8.9±5.66		6.0±5.57	7.9±5.57	7.0±5.88	11.9±5.90	9.9±5.44	10.1±5.66	9.8±4.79	2.17 (.051)	7.4±5.64	10.6±5.59	-3.29 (.001)	
CTQ total	46.2±13.15		35.0±1.73	39.3±2.34	37.7±9.29	45.4±8.44	48.6±11.47	52.5±10.89	56.5±10.32	6.33 (<.001)	38.7±10.44	48.6±10.56	-5.30 (<.001)	
Emotional abuse	11.7±4.07		10.7±0.58	9.5±3.59	9.4±3.30	11.8±2.94	13.4±3.55	13.5±4.10	14.8±1.89	6.03 (<.001)	9.7±3.37	12.9±3.43	-5.36 (<.001)	
Physical abuse	8.2±3.68		6.7±1.16	7.1±3.49	6.4±2.12	8.2±2.89	8.8±3.06	8.2±3.03	13.0±4.08	3.93 (.001)	6.8±2.76	8.7±3.17	-3.68 (<.001)	
Sexual abuse	5.9±2.10		5.0±0.00	5.2±0.61	5.3±0.72	5.5±1.27	5.6±1.30	5.0±0.00	7.8±2.22	4.46 (<.001)	5.3±0.72	5.6±1.33	-1.67 (.098)	
Emotional neglect	11.6±5.01		7.3±0.58	9.9±4.73	9.5±4.4	11.2±3.94	11.8±4.26	14.1±4.54	15.3±2.50	3.12 (.007)	9.7±4.43	12.2±4.24	-3.24 (.002)	
Physical neglect	8.8±3.49		5.3±0.58	7.5±3.01	7.1±2.39	8.7±3.03	9.1±3.71	11.5±4.27	9.4±2.93	3.83 (.002)	7.3±2.67	9.4±3.63	-3.76 (<.001)	

MI=multi-impulsive group; EDI=eating disorders inventory; CTQ=childhood trauma questionnaire.

<sup>†</sup>Two or fewer impulsive behavior.

충동조절, 사회적 불안정성, 그리고 아동기 외상 변인 중 정서적 학대, 신체적 학대, 정서적 방임, 신체적 방임으로 나타났다(Table 4). 또한 다중충동성 집단과 대조군에서 독립변인들은 모두 정규분포하였으며, 본 연구에서 사용된 회귀분석 모형의 적합도를 평가한 결과 Hosmer-Lemeshow 검정에서 예측값과 관찰값의 차이가 유의하지 않은 것으로 나타나( $\chi^2=11.82, p=.160$ ) 모형이 적합한 것으로 평가되었다. 위의 변인들을 포함시켜 다중 로지스틱 회귀분석을 시행한 결과, 섭식장애 증상 중 대인관계 불신감, 내면자각, 사회적 불안정성과 아동기 외상 변인 중 정서적 학대가 다중충동성의 유의한 관련요인으로 나타났다(Table 5). 즉, 대인관계 불신감이 1점

증가하면 다중충동성 발생가능성은 0.78배 증가하고, 내면자각이 1점 증가하면 다중충동성 발생가능성은 1.22배 증가하며, 사회적 불안정성이 1점 증가하면 다중충동성 발생가능성은 1.30배 증가하고, 그리고 정서적 학대 경험이 1점 증가하면 다중충동성 발생가능성은 1.45배 증가하는 것으로 나타났다. 형성된 회귀모형의 종속변수에 대한 설명력은 55% (Nagelkerke의  $R^2$ )였고, 분류표에서 다중충동성 대상자를 다중충동군으로 정확히 예측한 비율은 88.9%, 충동행동이 2개 이하인 대상자를 대조군으로 정확히 예측한 비율은 72.4%로 나타나, 형성된 모형의 다중충동성 발생 유무에 대한 분류의 정확도는 83.1%였다.

**Table 4.** Factors associated with Multi-impulsivity for the Eating Disorders Patients using Simple Logistic Regression

Variables	OR	95% CI	p
Binge episodes/week	1.12	1.03~1.21	.006
Vomiting episodes/week	1.07	0.99~1.15	.056
EDI-2; drive for thinness	1.05	0.99~1.12	.098
EDI-2; bulimia	1.08	1.02~1.15	.015
EDI-2; ineffectiveness	1.09	1.04~1.15	< .001
EDI-2; interpersonal distrust	1.07	0.99~1.14	.067
EDI-2; interoceptive awareness	1.10	1.05~1.16	< .001
EDI-2; maturity fears	1.07	1.01~1.14	.026
EDI-2; asceticism	1.08	0.99~1.16	.057
EDI-2; impulse regulation	1.15	1.07~1.23	< .001
EDI-2; social insecurity	1.11	1.04~1.19	.002
CTQ; emotional abuse	1.32	1.17~1.48	< .001
CTQ; physical abuse	1.27	1.10~1.48	.001
CTQ; emotional neglect	1.14	1.05~1.25	.002
CTQ; physical neglect	1.25	1.09~1.43	.001

OR=odds ratio; CI=confidence interval; EDI=eating disorders inventory; CTQ=childhood trauma questionnaire.

## 논 의

본 연구에서는 섭식장애 클리닉을 방문한 환자들을 대상으로 충동행동, 섭식장애 증상과 아동기 외상을 조사하고 다중충동성에 관련된 요인을 분석하였다. 연구결과, 다중충동성을 보이는 대상자들의 비율이 상당히 높게 나타났으며, 다중충동성을 보이는 대상자들은 대조군에 비해 섭식장애 증상과 아동기 외상경험이 더 높게 나타났다. 또한 대상자의 다중충동성에 관련된 요인을 알아보기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과, 정서적 학대와 사회적 불안정성, 내면자각, 대인관계 불신감이 다중충동성의 유의한 예측요인으로 나타났다. 본 연구에서 나타난 주요 결과들을 중심으로 논의하고자 한다.

첫째, 3가지 이상의 충동행동을 보여 다중충동군으로 분류된 대상자는 56.5%로 나타났으며, 이는 다중충동성을 측정하기 위해 사용한 도구에 차이가 있어 정확한 수치를 비교하기는 어려우나, 외국에서 수행된 선행연구들, 즉 Corstorphine 등(2007)의 연구에서는 102명 중 23명(22.5%), Myers 등(2006)은 125명 중 55명(44.0%), Matsunaga 등(2000)은 64명 중 19명(29.7%), Nagata, Kawarada, Kiriike와 Iketani(2000)는 236명 중 56명(23.7%)이 다중충동성을 보이는 것으로 보고한 것에 비하면 본 연구에서 매우 높은 비율임을 알

**Table 5.** Factors associated with Multi-impulsivity for the Eating Disorders Patients using Multiple Logistic Regression

Variables	B (SE)	Wald	OR	95% CI	p
EDI-2; interpersonal distrust	-.25 (.12)	4.34	0.78	0.62~0.99	.037
EDI-2; interoceptive awareness	.20 (.09)	4.51	1.22	1.02~1.47	.034
EDI-2; social insecurity	.26 (.13)	4.54	1.30	1.02~1.65	.033
CTQ; emotional abuse	.37 (.17)	4.98	1.45	1.05~2.02	.026

OR=odds ratio; CI=confidence interval; EDI=eating disorders inventory; CTQ=childhood trauma questionnaire.



수 있다.

그 중 폭식행동은 90.6%로 가장 많았고, 자해행동 58.8%, 알코올남용 43.5%, 자살시도 38.8%, 약물남용 37.1%, 문란한 성행동 4.7% 순으로 나타났는데, Matsunaga 등(2000)의 연구에서는 폭식행동을 보이는 섭식장애 환자들을 대상으로 알코올남용 또는 약물남용 13%, 문란한 성행동 9%, 자살시도 36%, 자해행동 30%로 보고하여 전반적으로 본 연구결과보다 낮은 비율이지만, 문란한 성행동 비율은 본 연구보다 높았고 자살시도 비율은 본 연구와 유사하였다. 또한 Nagata 등(2000)의 연구에서도 폭식 74.6%, 알코올남용 13.6%, 약물남용 13.1%, 문란한 성행동 15.3%, 자살시도 28.4%, 자해행동 25.4%로 보고하여 본 연구와 비교할 때, 문란한 성행동의 비율이 현저하게 높은 것을 볼 수 있다. 이와 같이 일본에서 행해진 두 개의 선행연구에 비해 본 연구에서 문란한 성행동 비율이 낮게 나타난 것은 성행동 및 성경험에 대한 노출을 상대적으로 꺼리는 한국 문화권의 특징일 수 있으므로(Jung, 2009), 향후 임상에서 이에 대한 사정은 치료 초기보다는 대상자와의 라포가 충분히 형성된 후에 이루어져야 할 것으로 보인다.

둘째, 다중충동군과 대조군 간에 유의한 차이를 보인 섭식장애 증상 변인은 폭식행동, 무능감, 내면자각, 성장공포, 충동조절, 사회적 불안정성이었으며, 로지스틱 다중회귀분석 결과에서 대인관계 불신감, 내면자각, 사회적 불안정성이 다중충동성의 유의한 예측변인으로 나타났다. 선행연구들에서는 EDI-2 척도 중에서 금욕주의, 충동조절, 사회적 불안정성 하부척도를 제외한 8가지 하부척도로 구성된 EDI 척도로 조사하였으며, 그 결과 Fichter 등(1994)의 연구에서는 내면자각에서만 두 집단 간 유의한 차이를 보고하였으며, Nagata 등(2000)의 연구에서는 무능감만 유의한 차이를 나타냈고, Matsunaga 등(2000)은 무능감, 내면자각, 성장공포에서 유의한 차이가 있는 것으로 보고했다. 따라서 무능감, 내면자각, 성장공포에 유의한 차이를 보인 결과는 선행연구결과와 일치하며, 특히 내면자각은 다중충동성의 유의한 예측변인으로 나타났는데, Kong (2009)이 섭식장애 환자의 자해행동에 영향을 미치는 요인을 조사한 결과에서도 내면자각이 유의한 예측요인으로 나타났다. '내면자각'이란 자신의 감정을 정확히 파악하거나 배고픔, 포만감 등을 인지하는 신체감각이 결여된 것을 의미하므로(Garner, 1991), 자신의 감정이나 신체에 대한 자기인식이 결여될수록 알코올, 약물남용, 자살시도, 자해행동 등의 충동행동이 더 많이 나타나는 것으로 볼 수 있다. 이는 자기인식과 충동조절이 모두 전두엽의 기능에 해당하며

(Mateer, 1999), 특히 청소년기나 초기 성인기에 충동조절과 자기인식의 기능수준이 낮아 공격성과 충동성을 표출하기 쉬운 상태라고 보고되어(Diehl, Coyle, & Labouvie-Vief, 1996), 자기인식과 충동성 간의 상관성을 말해주고 있다. 또한 대인관계 불신감과 사회적 불안정성도 다중충동성의 유의한 예측변인으로 나타났는데, 이 두 변인은 섭식장애 환자들이 전반적으로 타인을 잘 믿지 못하여 친밀한 대인관계를 맺는 것을 꺼리며, 사회적인 대인관계는 매우 위험하고 긴장되며 실망을 안겨줄 수 있는 것으로 인지하는 것과 관련이 있다(Garner, 1991). 이는 이들의 어린 시절 부모와의 애착관계 양상과 충동성 사이에 관련성이 있음을 시사하는 것으로서, 감정적인 불안정성과 충동조절 능력 저하를 주축으로 하는 경계성 인격장애의 경우에도 부모와의 불안정한 애착관계를 형성함으로써 애착 불안은 특히 충동성에 유의한 영향을 미치는 것으로 보고된 바 있다(Scott, Levy, & Pincus, 2009). Agras 등(2000)도 다중충동성을 보이는 환자들에게는 초기에 식행동에 초점을 두는 인지행동치료는 오히려 그들에게 살찌는 것에 대한 두려움을 증가시키므로 대인관계를 호전시킬 수 있는 중재가 선행되어야 한다고 지적하였다. 그밖에도 폭식행동 변인은 선행연구에서 유의하지 않았으나 다중충동성에 포함되는 충동행동의 하나이므로 다중충동군에서 유의하게 높은 점수를 나타낸 것으로 보인다. 또한 충동조절 변인은 본 연구의 초점인 충동성과 가장 밀접한 관련이 있을 것으로 보이며, 다중충동군과 대조군 간에도 유의한 차이를 보였음에도 불구하고, 선행연구에서와 마찬가지로 다중충동성의 예측요인으로서는 유의하지 않았다.

셋째, 아동기 외상의 각 하부척도에서 정서적 학대 65.9%, 신체적 학대 43.5%, 성적 학대 11.8%, 정서적 방임 29.4%, 신체적 방임 58.2%로 나타나 Kong 등(2009)의 연구에서 정서적 학대 83.6%, 신체적 학대 71.9%, 성적 학대 17.2%, 정서적 방임 43.0%, 신체적 방임 82.8%로 보고한 것에 비해 모든 하부척도에서 낮은 비율을 보였으며, 특히 성적 학대는 섭식장애 환자 중 45%가 성적 학대를 경험했다고 보고한 Rodriguez, Perez와 Garcia (2005)의 연구에 비해서도 현저히 낮은 비율임을 알 수 있다.

다중충동군과 대조군 간에 유의한 차이를 보인 아동기 외상 변인은 성적 학대만을 제외하고 정서적 학대, 신체적 학대, 정서적 방임, 신체적 방임에서 모두 두 집단 간에 유의한 차이를 보였다. Myers 등(2006)은 정서적 학대, 신체적 학대뿐 아니라 성적 학대도 다중충동성 여부에 따라 유의한 차이를 보고하였으며, Fichter 등(1994)도 성적 학대와 신체적

학대가 다중충동성과 유의한 상관성이 있다고 보고하였다. Corstorphine 등(2007)은 다중충동성 여부에 따라 정서적, 신체적 학대는 유의한 차이가 없었으나 성적 학대는 유의한 차이를 보였다고 보고하였으나, 본 연구에서 성적 학대는 다중충동성의 관련요인으로 유의하지 않았을 뿐 아니라, 다중충동군과 대조군 간에도 유의한 차이를 보이지 않았다. 이러한 결과는 본 연구에서 성적 학대를 경험한 대상자가 11.8%에 그쳐 기존의 선행연구에 비해 그 비율이 낮았기 때문인 것으로 보이며, Nagata 등(2000)의 연구에서도 성적, 신체적 학대와 다중충성 간에 유의한 관련성이 없는 것으로 보고되었는데, 이는 일본의 섭식장애 환자들에게도 성적, 신체적 학대와 같은 아동기 외상의 비율이 낮았기 때문인 것으로 보았다. 한편, 본 연구에서는 다중충동성 여부에 따라서는 성적 학대에 유의한 차이가 없었던 반면, 충동행동의 수에 따른 ANOVA 결과에서는 유의한 차이를 보였으며, 사후 검정결과 충동행동이 전혀 없는 경우부터 5개까지를 보인 대상자보다 6개의 충동행동을 보인 대상자에게서 성적 학대 점수가 유의하게 높게 나타났다. 이러한 결과에 비추어 볼 때, 충동행동의 수가 3개 이상일 때 다중충동성으로 정의한 Fichter 등(1994)의 기준보다 더 많은 수의 다중충동을 보이는 대상자에게 성적 학대는 다중충동성의 예측요인으로 작용할 가능성이 있다고 하겠다.

또한 본 연구의 로지스틱 다중회귀분석 결과에서는 정서적 학대만이 다중충동성의 유의한 예측변인으로 나타났는데, Kong 등(2009)의 연구에서도 정서적 학대가 자해행동의 유의한 예측요인으로 보고되었다. 이는 섭식장애 증상 변인 중 대인관계 불안감 및 사회적 불안정성 등 어린 시절 부모와의 불안정한 애착관계와 관련된 변인들이 다중충동성의 유의한 예측변인으로 나타난 것과 맥락을 같이 한다. 즉, 부모와의 불안정한 애착관계에서 반복적인 정서적 학대를 경험한 대상자들이 다양한 충동행동들을 보이며 다중충동성을 발전시킬 가능성이 많은 것으로 보인다. Nagata 등(2000)은 성적, 신체적 학대 자체는 다중충동성과 유의한 상관성이 없었으나 어린 시절의 부모상실은 다중충동성의 위험요인으로 나타났다고 보고했으며, Nagata 등(2002)도 약물사용장애가 동반된 섭식장애 환자에게 단순 섭식장애 환자보다 어린 시절의 부모상실, 부모의 이혼, 부모의 신체적 학대가 유의하게 높았다고 보고하였으므로, 아동기 외상 이외에 어린 시절의 부모와의 애착관계 등 보다 폭넓게 원인을 사정하고 이들 요인이 다중충동성에 영향을 미치는 경로를 분석할 필요가 있다고 본다.

마지막으로, 대상자의 일반적 특성에 따른 다중충동성 여부의 차이검정 결과에서 유의한 차이를 보인 변인은 주당 폭

식빈도, 주당 구토빈도, 학력, 진단명이었으며, 로지스틱 다중회귀분석 결과에서는 다중충동성의 유의한 예측변인이 없었다. 먼저 주당 폭식빈도와 구토빈도에 유의한 차이를 보인 결과는 Matsunaga 등(2000)의 연구에서도 일치하는 결과를 보고한 반면, Wiederman과 Pryor (1996)의 연구에서는 폭식, 구토 빈도 모두 두 집단 간에 유의한 차이가 없었으나 구토가 시작된 연령과 유병기간 등은 다중충동군에서 유의하게 더 길었다고 보고했다. 본 연구에서 다중충동군에서 폭식, 구토빈도가 높게 나타난 것은 섭식장애 환자에게 있어 폭식, 구토행동은 불안정한 감정과 관련된 충동성을 조절하기 위한 기능이 있기 때문인 것으로 보인다(Myers et al., 2006). 즉, 섭식장애 환자는 폭식, 구토를 함으로써 불안정한 감정 및 충동성을 감소시키려는 일종의 자기방어를 한다는 의미이다.

또한 학력에서 다중충동군과 대조군 간에 유의한 차이를 보였는데, 이는 중학교 이하에 재학 중인 어린 나이의 대상자들이 대조군에 현저히 많았기 때문인 것으로 보인다. 이들은 대부분 충동행동의 개수가 0개 또는 1개였는데, 주로 폭식행동과 약물 과다복용에 해당하였으며 알코올 및 향정신성 약물 등에 대한 접근이 용이하지 않기 때문인 것으로 보인다. 그러나 이들 또한 잠재적으로 다중충동성을 보일 가능성을 배제할 수 없으므로 다중충동에 대한 예방적 중재와 면밀한 사정이 필요하다.

진단명에서도 다중충동성 여부에 유의한 차이를 보였는데, 신경성 식욕부진증 제한형(anorexia nervosa restricting type, AN-R)에서는 대조군에만 100.0%, 기타 섭식장애(eating disorders not otherwise specified, EDNOS)도 대조군이 61.3%로 다중충동군보다 높은 반면, 폭식행동을 특징으로 하는 신경성 식욕부진증 폭식/구토형(anorexia nervosa bulimic binge eating/purging type, AN-BP), 신경성 폭식증 구토형(bulimia nervosa purging type, BN-P), 신경성 폭식증 비구토형(bulimia nervosa non-purging type, BN-NP)에서는 다중충동군이 대조군보다 높은 비율을 나타냈다. Nagata 등(2000)의 연구에서도 AN-R 유형에서는 1.6%만이 다중충동성을 보인 반면, AN-BP의 11.3%, BN의 17.5%가 다중충동성을 보여 본 연구와 일치된 결과를 보고했다. Favaro 등(2005)도 자살시도, 자해행동, 알코올 및 약물남용 등의 충동행동에서 AN-R 유형이 AN-BP, BN에 비해 유의하게 낮은 비율을 보였다고 보고했다. 이는 AN-BP, BN에 속하는 대상자들은 충동성을 특징으로 하는 반면, AN-R 유형은 강박성이 더 두드러진 특징임을 보여주는 것이므로(Waxman, 2009), 임상적으로 신경성 식욕부진증과 신경성 폭식증을 구분지어 치료적 접

근을 결정하기보다는 폭식 및 구토행동의 여부, 충동성의 여부와 같은 임상적 특징에 따라 간호중재를 달리해야 함을 시사한다.

본 연구는 우리나라에서 거의 연구된 바 없는 다중충동성에 대한 문제를 제기하였고, 선행연구들에 비해 비교적 표본수가 많아 다중충동성 관련 변인들을 분석한 점에서 의의가 있다고 본다. 그러나 Fichter 등(1994)의 연구에서 섭식장애 환자의 34.7%가 도벽행동을 보였다고 보고하고 도벽행동을 다중충동성의 준거에 포함시켜야 한다고 주장하였으나, 본 연구에서는 면접자간 신뢰도가 낮아 다중충동성 변인에서 제외되었으므로 향후 연구에서는 이를 사정할 수 있는 적절한 도구를 선정하여 도벽행동을 포함시킬 것을 제언한다.

## 결론

본 연구는 섭식장애 클리닉을 방문한 환자들을 대상으로 충동행동들과 섭식장애 증상, 아동기 외상을 조사하고, 다중충동성에 관련된 요인들을 파악하기 위한 서술적 상관관계연구로서, 치료효과가 낮은 것으로 보고된 다중충동성 집단을 위한 간호중재 방안을 모색하고자 시행되었다.

연구결과, 다중충동성을 보이는 대상자가 56.5%로 상당히 높은 비율을 보였으며, 다중충동성을 보이는 대상자들은 충동행동이 2개 이하인 대조군에 비해 섭식장애 증상과 아동기 외상경험이 더 높게 나타나 다중충동성 집단에 대한 차별화된 치료적 접근과 간호중재가 필요할 것으로 본다. 또한 정서적 학대와 사회적 불안정성, 내면자각, 대인관계 불신감이 다중충동성의 유의한 예측요인으로 나타난 결과는 아동기에 부모와의 불안정한 애착관계 형성과 다중충동성 간의 관련성을 시사하므로, 이들의 간호에는 치료 초기부터 식행동에 초점을 두는 인지행동치료적 접근보다는 대인관계를 호전시킬 수 있는 중재방안들이 선행되어야 하겠다. 또한 향후 연구에서는 본 연구에서 면접자간 신뢰도가 낮아 제외된 도벽행동도 충동행동의 유형에 포함할 것과, 아동기 외상변인 이외에도 부모와의 애착유형, 부모상실경험, 부모의 이혼 등의 변인을 포함하여 다중충동성의 원인을 폭넓게 분석할 것을 제언한다.

## REFERENCES

- Agras, W., Crow, S., Halmi, K., Mitchell, J., Wilson, G., & Kraemer, H. (2000). Outcome predictors for the cognitive behavior treatment of bulimia nervosa: Data from a multi-site study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1302-1308.
- Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). *Childhood trauma questionnaire: A retrospective self-report, Korean translation version*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Choi, Y. K. (2006). *Borderline psychopathology and risk factors for self-destructive behavior*. Unpublished doctoral dissertation, Korea University, Seoul.
- Corstorphine, E., Waller, G., Lawson, R., & Ganis, C. (2007). Trauma and multi-impulsivity in the eating disorders. *Eating Behaviors*, 8, 23-30.
- Diehl, M., Coyle, N., & Labouvie-Vief, G. (1996). Age and sex differences in strategies of coping and defense across the life span. *Psychology and Aging*, 11, 127-139.
- 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.
- Favaro, A., Zanetti, T., Tenconi, E., Degortes, D., Ronzan, A., Veronese, A., et al. (2005). The relationship between temperament and impulsive behaviors in eating disordered subjects. *Eating Disorders*, 13, 61-70.
- Fichter, M., Quadflieg, N., & Rief, W. (1994). Course of multi-impulsive bulimia. *Psychological Medicine*, 24, 591-604.
- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorders Inventory II*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Jung, H. (2009). *Japan, Japanese, Japan culture with picture and statistics*. Seoul: Dracwon.
- Kong, S. S. (2009). Impact of eating psychopathology, obsessive-compulsion and depression on self-harm behavior in patients with eating disorders. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 39, 459-468.
- Kong, S. S. (2011). Factors associated with alcohol problem in patients with eating disorders. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 208-218.
- Kong, S. S., & Bernstein, K. (2009). Childhood trauma as a predictor of eating psychopathology and its mediating variables in patients with eating disorders. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1897-1907.
- Kong, S. S., Lee, J. H., & Shin, M. Y. (2009). Impact of childhood trauma on self-harm behavior in patients with eating disorders and the mediating effect of parental conflict. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 31-40.
- Lacey, J. H. (1993). Self-damaging and addictive behaviour in bulimia nervosa: A catchment area study. *British Journal of Psychiatry*, 163, 190-194.
- Lacey, J. H., & Read, T. (1993). Multi-impulsive bulimia: Description of an inpatient eclectic treatment programme and a pilot follow-up study of its efficacy. *Eating Disorders Review*, 1, 22-31.

- Lyle, R. M. (1996). *Translation of Eating Disorders Inventory II-Korean*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Mateer, C. A. (1999). Executive function disorders: Rehabilitation challenges and strategies. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 4, 50-59.
- Matsunaga, H., Kiriike, N., Iwasaki, Y., Miyata, A., Matsui, T., Nagata, T., et al. (2000). Multi-impulsivity among bulimic patients in Japan. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 348-352.
- Myers, T. C., Wonderlich, S. A., Crosby, R., Mitchell, J. E., Steffen, K. J., Smyth, J., et al. (2006). Is multi-impulsive bulimia a distinct type of bulimia nervosa: Psychopathology and EMA findings. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 655-661.
- Nagata, T., Kawarada, Y., Kiriike, N., & Iketani, T. (2000). Multi-impulsivity of Japanese patients with eating disorders: Primary and secondary impulsivity. *Psychiatry Research*, 94, 239-250.
- Nagata, T., Kawarada, Y., Ohshima, J., Iketani, T., & Kiriike, N. (2002). Drug use disorders in Japanese eating disorder patients. *Psychiatry Research*, 109, 181-191.
- Rodriguez, M., Perez, V., & Garcia, Y. (2005). Impact of traumatic experiences and violent acts upon response to treatment of a sample of Colombian women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 299-306.
- Scott, L. N., Levy, K. N., & Pincus, A. L. (2009). Adult attachment, personality traits, and borderline personality disorder features in young adults. *Journal of Personality Disorders*, 23, 258-280.
- Waxman, S. E. (2009). A systematic review of impulsivity in eating disorders. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 17, 408-425.
- Westen, D., & Harnden-Fischer, J. (2001). Personality profiles in eating disorders: Rethinking the distinction between axis I and axis II. *American Journal of Psychiatry*, 158, 547-562.
- Wiederman, M. W., & Pryor, T. (1996). Substance use and impulsive behaviors among adolescents with eating disorders. *Addictive Behaviors*, 21, 269-272.
- Winchel, R. M., & Stanley, M. (1991). Self-injurious behavior: A review of the behaviour and biology of self-mutilation. *American Journal of Psychiatry*, 148, 306-317.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., & Vujanovic, A. (2002). Inter-rater and test-retest reliability of the revised diagnostic interview for borderlines. *Journal of Personality Disorders*, 16, 270-276.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (1989). The revised diagnostic interview for borderlines: Discriminating BPD from other axis II disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3, 10-18.