대한한방비만학회지 제4권 제1호
Journal of Korean Oriental Association for Study of Obesity 2004:4(1):161-183

양성(養性)치료가 여성들의 체중감소와 자존감, 자기통제에 미치는 영향

최형석 · 최 승 · 송원영* · 이영진**

예가한의원, *연세대학교 의과대학 정신의학교실, **포천중문의과대학 가정의학과

The effect of 'Oriental medical cognitive therapy(Yangsung program) for obesity' on self esteem, self control and weight of women.

Hyung-Suk Choi, O.M.D., Seung Choi, O.M.D., Won-Young Song, M.A.*, Young-Jin Lee, M.D.**

*Yega bariatric climic, * Department of Psychiatry, College of Medicine, Younsei University,*

*** Department of Family Medicine, College of Medicine, Pocheon CHA University*

Context :

Oriental medicine deals with mind cardinally and effectiveness of CBT on weight control is well-known. but there is no well-structured psychotherapy for weight control like CBT in Oriental medicine so far. Therefore It is necessary to develop new cognitive program based on the theory of Oriental medical.

Objective :

This study examined whether Yangsung program based on new cognitive weight regulation model is effective on weight loss, self esteem and self control.

Design and setting :

44 women were assigned randomly to 2 groups; experimental group(n=24) and control group(n=10). experimental group had 11 sessions consisted of cognitive therapy, meditation, general diet and exercise education. Control group had personal interview with general diet and exercise education and ear acupuncture once a week for two months. All subjects were weighed and evaluated with Rosenberg self esteem scale, and three factor eating questionnaires at the beginning of the program and at the end of the program.

Result :

Experimental group reported significant changes of weight, self esteem, restraint eating, disinhibition and hunger($p<0.01$). Compared with control group, more significant($p<0.05$) Weight reduction and self-esteem enhancement were reported in experimental group than control group. There is no significant difference between two groups in changes of restraint eating, disinhibition and hunger.

Key words : Obesity, cognitive behavioral therapy, weight regulation, self esteem

■ 교신저자 : 최형석, 서울시 마포구 대흥동 12-6 예가한의원
(02)702-7533, moxaman@hanmail.net

Ⅰ. 서 론

1. 본 연구의 목적

체중조절은 일생을 통한 습관의 변화와 인식의 변화를 요구한다. 최근에는 질병으로서의 비만 때문이 아니라, 건강증진과 미용 등 삶의 질을 높이기 위해, 정상체중이나 과체중의 상태에서 체중조절을 원하는 환자가 늘어나고 있다. 고혈압의 기준에 해당하지 않으면서 혈압이 높은 경우 약물치료 보다는 우선 고혈압과 생활습관에 대하여 교육할 것이다. 그러나 비만치료에 있어서는 단순한 체중조절에도 비만예방과 생활습관의 교육이 행해지기 보다는 약물치료가 널리 쓰이고 있다. 비만은 고혈압 보다 훨씬 빠른 치료를 요하는 질환이기 때문일까? 공격성과 호르몬, 신경전달 물질사이에도 체중증가와 성장호르몬 만큼이나 깊은 관계가 있다. 성폭력가해자나 폭력전과자들을 생물학적인 방법으로 다루지 않으면서, 단순히 체중조절을 원하는 사람에게 중추신경계에 작용하는 약물이 사용되는 것은 비만치료가 정말 중요하기 때문만은 아닐 것이다. 우리의 현실은 살 빠지는 약과 근거 없는 치료법들로 넘쳐나는 반면, 가장 중요한 생활습관의 개선을 통한 질병예방, 자기통제, 신체상등을 다루는 프로그램은 매우 부족하다[a]. 펜실베이니아 대학의 '런(LEARN) 프로그램'은 비만치료의 행동수정요법으로 널리 알려진 프로그램이다. 그러나 '런프로그램'은 미국에서 쓰인지도 20년이 되었으며, 세부적인 면에서는 우리나라 사람들의 정서에도 부합되지 않는 면이 있다. 게다가, 우리나라에서는 실제적으로 '런프로그램'이 활용되기 보다는 대부분 환자들에게 참고사항 정도로 전달되고 있다.

본 연구에서는 첫째, 유학사상의 "존심양성(存心養性)"이론을 배경으로 한 새로운 치료프로그램[b]에 대하여 소개 한다. 둘째, 새로운 치료가 근본적인 자아에 대한 통찰을 통하여 자아상을 증신 시키고, 이는 효과적인 자기통제로 이어진다는 이론적인 근거를 설명한다. 셋째, 양성치료를 임상에 적용하였을 때 체중억제 상황에서 자존감의 변화, 섭식절제와 탈제지 수준의 변화를 고찰하고자 한다.

2.이론적 배경

1) 한의학과 심리치료

한의학은 몸과 마음을 나누지 않는 전인(全人)적인 인체관을 갖고 있다. 인간을 정교한 기계를 다루 듯 물리적, 화학적으로 접근한 현대의학과 근본적인 차이가 있다. 한의학은 기본 바탕이 되는 사고 자체가 물질중심의 근대과학이 토대가 된 현대의학과 달리 동양의 철학, 특히 유교와 도교가 바탕으로 이루어져 있어 의학에서도 마음의 비중이 매우 크다. 따라서 약물치료 이전에 섭생(攝生), 혹은 양생(養生)이라고 하여 평소 생활속의 자기관리를 실제 질병의 치료보다 중요하게 다룬다. 한의학에는 상의(上醫)는 병들기 전에 치료하고, 중의(中醫)는 병이 나서 치료를 하며, 하의(下醫)는 증상이 나타나서야 치료를 한다는 말이 있다. 병이 들기 전에 그 사람의 생활의 문제를 고쳐줌으로서 미연에 질병을 예방한다는 의미이다. 자기관리는 보통 조심(調心),조식(調食), 조기거(調起居)로 표현 되는데 조심(調心), 즉 마음의 관리를 식생활이나 생활습관보다 더 중요시하였다.

---

a) 김영설(2001). "체계적인 체중감량 프로그램의 필요성" 대한비만학회지

b) 이하 양성치료(養性治療)라는 이름으로 부른다.

실제 한방치료 역시 생물학적인 치료 외에 정신적인 접근으로 신체적인 질병을 치료하기도 하고, 반대로 정신적인 질환을 약물복용이나 침구치료로서 치료하기도 한다. 침구치료의 기반이 되는 경혈(經穴)의 이름에도 마음이나 정신을 뜻하는 심(心), 신(神) 자가 들어간 혈명(穴名)이 많고, 이 혈(穴)들은 주로 정신적인 문제를 다룬다. 또한, 진맥이라는 독특한 진단수단은 환자와 신뢰관계(rapport)를 형성하는데 큰 도움을 준다.

1800년대 말 한국에서 제안된 사상의학은 더욱 더 마음의 문제를 심도 있게 다룬다. 당시 유학사상을 실용적으로 응용하는 시도가 활발하였다. 사상의학 또한 선진유학의 정신을 의학이라는 응용학문에 적용한 것이다. 이제마는 본인 스스로 반위증[a]으로 고생하는 가운데 사상의학을 창안하였다. 당시의 유학사상을 토대로 체질이라는 개념을 의학의 중요한 위치에 가져 놓았다. 사상의학의 체질이라는 의미는 보통 말하는 체질과는 다르다. '허약체질, 건강체질' 에 쓰이는 체질의 의미는 순수하게 신체의 상황을 이르는 말이다. 실제로 "동의수세보원"에는 체질이란 말이 쓰이지 않는다. 그래서 이수완(2001)은 체질이라는 용어 대신 '체성(體性)'이라는 용어를 사용해야 한다고 주장하였다. 체성의 성(性)은 유학에서 우리가 타고나는 마음의 싹을 이야기 한다. 맹자의 사단(四端)을 성이라고 한다. 그래서 사상의학에서는 유교적인 마음의 다스림이 질병치료에 약보다도 훨씬 중요한 위치를 차지한다. 사상의학은 유교적인 철학을 바탕으로 한 자기통제, 치심치병(治心治病)하는 의학이다. 동의수세보원이라는 뜻 역시 자기통제의 의미를 담고 있다. 송일병(2002)은 사상의학을 中庸의 의학적 표현이라고 하였다. 자신의 타고난 마음과 몸의 성정을 알아 조화롭게 잘 다스리는 것을 목적으로 하는 사상의학의 원리를 말하는 것이다.

이와 같이 한의학은 동양의 철학을 바탕으로 하여, 마음을 중시하는 학문적 배경을 갖고 있다. 그럼에도 불구하고, 한의학에서 체계적으로 정신치료, 특히 상담이나 심리적인 치료에 대해 다룬 부분은 부족하다. 그 이유로 첫째, 한의학의 기본이 되는 전일(全一)적 인체관을 들 수 있다. 정신과 신체를 구별 지어 생각하지 않기 때문에, 정신적 문제에도 약물이나 침구치료를 활발히 사용하였다. 둘째로 근대이전에는 동서양 모두 정신적인 질환 특히 현대의학에서 정신병이라고 진단될 수 있는 부분은 의사들에게 오기 보다는 무당이 담당하는 경우가 많았다. 신체적인 질환이 무당에게서 독립되는데도 긴 시간이 걸려 의학이 성립되었지만, 정신적인 질환이 무당에게서 독립된 것은 동서양 모두 근대이후의 일이다. 주로 근대이전에 발전을 한 한의학에 있어 정신적인 치료부분이 부족한 것은 당연한 일이다.

현대에 와서도 한의학에서 정신치료는 소홀히 다루어지고 있다. 서양의학처럼 기술적인 치료, 약물치료에 중점을 두고, 또 이것이 의사의 역할이며 상담이나 심리적인 지지는 심리치료사, 간호사, 혹은 간병인, 가족의 역할이라고 생각하는 경향이 있다. 특히, 신체적 질환의 심리적인 지지나 상담치료 등에 관하여 서구의 의학, 심리학에서는 실제적인 구조화된 적용을 볼 수 있으나, 한의학에서는 그렇지 않다.

본래 한의학은 마음의 치료가 중요한 학문이다. 마음을 기본배경으로 한 한의학이 마음의 치료에 강점을 갖는 것은 물에서 자란 사람이 수영을 잘하는 것과 마찬가지이다. 그럼에도 한의학 내부에서도 온전한 정신적인 접근은 심리치료사나 간호

a) 반위증(反胃證)이란 주로 구토등 소화기증상을 주로한 질병으로 현대의학적으로 위암과 유사한 면이 있으나, 그 분류체계가 달라 위암이라고 할 수는 없다.

사의 몫이라고 생각하는 것은 참으로 안타까운 현실이다.

2) 동서양의 마음에 대한 개념의 차이

동양의 마음에 대한 해석은 시대적, 문화적으로 차이가 있다. 주로 사회학적인 부분은 유학의 사상에 영향을 받고, 자연과학적인 부분은 노장사상의 영향을 많이 받았다. 실제 한의학에서도 유학사상을 중심으로 한 사상의학과 도교사상의 영향을 많이 받은 음양오행 중심의 한의학과는 마음에 대한 해석이 다른 면이 있다. 본 연구에서는 일반적으로 한국인의 정서와 사고에 가장 깊이 영향을 끼치고 있는 선진(先秦)유학 - 공자, 맹자의 사상을 중심으로 다루어 나가도록 한다.

마음을 몸과 별개로 생각한 서양과는 달리, 동양에서는 마음을 몸과 따로 생각하지 않았다. 이러한 전일적인 인체관은 초기부터 마음의 문제와 몸의 문제의 활발한 상호적 해석으로 이어지고, 실제 치료에도 활용되었다. 정신의 문제에 신체적인 약물치료를 하기도 하고, 신체의 문제에 심리적인 치료를 하는 것이 지극히 자연스러웠으며, 심신증(psychosomatic disease)의 개념도 일찍부터 존재하였다. 동양에서 마음(心)과 함께 중요하게 다루어야 할 용어로 성(性)과 정(情)이 있다. 주로 '성(性)'은 맹자의 四端[a], 마음의 근본적인 끄트머리, 타고난 本性, 體性, 이치와 원리의 의미가 있고, '정(情)'은 좀 더 동적인 의미로 감정의 표현, 마음의 기(氣)에 의한 발현 등으로 해석된다. 유학의 관점에서 마음의 구조를 심(心),정(情),성(性)으로 보며, 퇴계는 심(心)은 이기(理氣)를 겸하고 성정(性情)을 통괄한 것으로, 성(性)이 나타나 정(情)이 되는 순간이 선악이 갈라지는 곳이라고 하였다[b]. 유교적 철학을 기본으로 하는 사상의학에서도 성과 정을 대비시켜 성은 개인을 떠나 널리 이롭게 하는 선한 마음의 부분으로, 정은 사사로운 자신을 위하는 마음의 부분으로 표현하기도 한다. 기존의 한의학에서는 정(情)은 정서-칠정(七情)을 뜻하는 의미로 많이 쓰였으며, 성(性)은 사상의학처럼 많이 다루어지지는 않았다. 특징적인 것은 마음을 혼신의백지(魂神意魄志), 정서를 노희사비공(怒喜思悲恐)의 5가지로 구분 각각을 오행(五行)에 배속하였다. 이를 통해 마음의 문제를 몸의 문제와 같이 완전히 상호적[c]으로 다루었다.

다음은 심리적 접근의 서양과 차이점을 살펴보자. 최상진(1998)은 선진유학을 바탕으로 한 동양의 심리접근의 특성을 서구의 심리적 접근에 비교하여, 다음 3가지를 이야기 한다. 첫째 서구의 심리적 접근이 기계적, 생물학적 환원론에 치중해 있는 반면, 동양의 그것은 인본주의적인 입장을 취하고 있다. 둘째, 서양의 접근이 자극과 반응이라는 환경의 결정을 부각시키는데 비해, 동양의 그것은 능동적인 행위의 주체로서 인간을 강조한다. 셋째, 서구 정신의학이 연구대상을 사회와는 개별적인 원자적 존재로서의 개인을 대상으로 하나, 동양의 연구대상은 사회를 떠나서 생각할 수 없는 관계 속의 인간을 대상으로 한다.

비만치료에 큰 영향을 미치게 되는 자기통제에 대한 부분도 동서양의 차이가 있다. 자기통제에 있어 서양은 행위의 주 원천을 환경의 자극으로 보기 때문에, 외적환경(External environment)에 대한 해석과 수정, 비만치료에서는 행동의 고리

---

a) 惻隱之心, 羞惡之心, 辭讓之心, 是非之心 『맹자』
b) 『심통성정도(心統性情圖)퇴계이황이 선조를 성군으로 인도하기 위하여 바친 『성학십도(聖學十圖)』 가운데 제6도
c) 예를 들어 간(肝)이라는 신체와 분노라는 감정은 같은 목(木)에 해당한다. 따라서 분노의 문제를 간에서 찾기도 하며, 간의 질환을 분노에서 원인을 찾기도 한다.

(Behavioral Chain)를 파악하는데 주력하였다. 그러나 동양의 이론은' 도덕주체로서의 자아'를 중요시 하여 자신의 존재를 명확히 깨달음으로서 행위를 조절한다고 생각하였다. 맹자의 존심양성(存心養性)의 자기 통제방법은 그대로 이제마의 동의수세보원에서 실제 장부시스템과 연결되어, 질병예방과 치료에 적용되었다. 본 연구의 중심이 되는 성(性)은 맹자의 사단, 즉 인간이 본래 갖고 있는 선한 마음의 끄트머리(端)를 뜻한다. 사상의학에서는 천성의 크기는 모두가 같아 누구나 성을 잘 기르면 선인이 된다고 하였으나, 체질별로 갖고 있는 사단은 다르다고 하였고, 이러한 차이를 실제 장부와 연결 시켰다. 예를 들어 태양인은 애성(哀性)을 크게 타고나 폐국(肺局)의 활력이 풍성하고, 노정(怒情)이 잘 폭발하여 간국(肝局)의 활력이 작다고 하였다.

서구의 자기 통제가 환경과 생물학적인 행동의 원인 분석과 제거, 강화에 의한 교육등을 강조한 반면, 동양의 자기 통제는 자연과 자아에 대한 깨달음을 강조하여 '선한 의지'가 자발적으로 욕구를 통제하는 방법을 주장하였다. 명어서물(明於庶物) 찰어인륜(察於人倫) 유인의행(由仁義行) 불행인의(不行仁義)[a]라는 말은 이러한 생각을 잘 표현해준다.

3. 용어의 정리

성(性) : 사람이 근본적으로 갖고 있는 자연스러운 마음의 본질을 이야기한다. 성선설(性善說)은 이 성(性)이 본질적으로 긍정적임을 주장한 이론이다. 성은 모든 마음의 싹으로서 싹 자체는 선(善)해도 그 발현에 따라 부정적인 것도 긍정적인 것도 될 수 있다. 사상의학에서는 체성을 특성에 따라 4가지로 구분하였다[b]. 본 연구에서는 체성을 깨달아 아는 것을 각성(覺性), 잘 기르는 것을 양성(養性)이라고 부른다.

양능(良能) : 자기 성찰을 통하여 알게 되는 자신의 자연스러운 자기통제 능력을 말한다. 유학에선 인의(仁義)를 행하는 것인 억지로 하려고 해서 행해지는 것이 아니라, 인륜(人倫)과 서물(庶物)에 대한 깨달음을 통한 양능으로 인하여 저절로 행해지는 것이라고 하였다.

섭식절제(restraint eating) : "인지적으로 섭식을 얼마나 규제하고 있는가?" 를 말한다. Herman

표 1. 자기통제에 대한 행동주의 이론과의 비교

	행동주의	맹자
행위의 주원천	환경자극	도덕주체로서의 자아
귀인의 주양상	외부귀인	내부귀인
통제소제	외부통제	내부통제
욕구통제의 방법	외적 보상의 조작	존심과 양성(내적 조절)

*『동양심리학』 최상진, 윤호균, 한덕웅, 조긍호, 이수원(2001)에서 인용

a) 사물의 이치와 사회의 이치를 잘 살펴 깨달음을 얻어 저절로 인의가 행해지는 것이지 인의를 일부러 행하는 것이 아니다.『맹자』

b) '체성(體性)은 모든 마음의 근본이며, 사람마다 다르다'는 면에서 융(Jung)의 셀프(self)의 개념과, '개인의 본성을 길러나가는 양성의 과정'은 개성화 과정(individuation) 과 유사점이 있으니 고찰이 필요하다.

(1975)은 비만자의 섭식절제수준이 일반인에 비해 사회적 압박으로 인해 증가한다고 하였다.

탈제지(disinhibition) : 절제상황에서 외부적 자극에 의해 절제가 깨어지는 것을 말한다. 절제상황에선 탈제지 수준이 높아져서, 작은 외부적 자극에도 자기통제에 어려움을 겪는다.

체중억제자(weight suppressor) : 자연스러운 체중이 아닌, 자각 가능한 노력에 의해 체중을 조절하고 있는 사람을 말한다. 장기간 체중억제자도 있을 수 있다.

Ⅱ. 양성프로그램의 소개

1. 새로운 치료법의 특징

본 치료 프로그램의 가장 큰 특징은 첫째, 자아에 대한 성찰과 인지의 전환, 그를 통한 자연스러운 자기통제이다. 섭식조절 외에 명상, 자기반성을 통한 근본적인 가치관의 점검, 자아 탐구 등이 다루어진다. 동양의 정신관(精神觀)에서는 자기통제의 주된 요인이 외부환경보다는 자신의 내부에 자연스러운 통제의 주체가 있다고 생각하며 이를 성(性)이라고 표현하였다. 양성(養性)프로그램은 이 본래 갖고 있는 성(性)을 깨우치고 기르는 과정이다. Anita J.(2000)는 섭식절제의 접근방법에 있어서 외적환경을 중요시하여, 통제와 강화에 주력하였던 기존의 접근방법을 양(楊:陰陽의 楊)적인 접근이라고 하고, 자신의 내부에 있는 자연스러운 본래의 모습을 인지하여 선한(좋은) 방향으로 나아가게 하는 동양적인 방법을 음(陰)적인 접근이라고 하여 이제는 음양(陰陽)의 조화로운 방법이 필요하다고 하였다. '양성프로그램'은 자신의 내면을 알게 하는데 큰 특징이 있다. 실제적으로 '런 프로그램'과 같은 서구의 프로그램이 외적환경의 섭식에 대한 영향, 외적인 행동의 고리(behavioral chain)을 찾는 것을 중요시 하는 반면, 양성 프로그램의 접근은 외적인 행동유발인자를 다루기보다는, 자아의 근본적인 상황을 통찰하는데 주력한다. 비유하자면 기존 프로그램이 'TV가 섭식행동을 유발한다고 해서, TV시청을 통제하거나 외적 환경을 바꾸는 것'은 '짧은 치마가 성폭력 행동을 유발한다고 해서, 짧은 치마를 못 입게 하거나, 그런 여성을 보는 행동을 통제하는 것' 만큼이나 잘못된 접근 방법이라는 것이다. 연구기간 중 치료에 참여한 한 지원자는 본 치료프로그램을 "자아로의 여행"이라고 하였는데, 참 적절한 표현이다.

둘째, 정상인의 체중조절과 자기 통제에 대한 부분임에도 섭식장애라는 병리적 모델에 쓰이는 치료양식을 가져 왔다는 점이다. 기존의학에 익숙했던 사람들에겐 모순으로 비추어 질 수 있을 것이다. 질환(disorder)이 없고 문제(problem)만 있는 사람들에게 자아상과 가치관, 인지의 전환 등을 강조하는 데는 두 가지 이유가 있다. 우선 상술하였듯이 동양적인 정신관이 외부적인 통제보다는 개인에 정신 속에 있는 성이라는 존재를 중요시하기 때문이며, 또 다른 이유는, 정상과 이상에 대한 동, 서양간의 관점의 차이이다. 한의학에서는 질병과 건강의 상태를 명확히 나누지 않는다. 이상적(理想的)인 상태에서의 편차(deviation)가 있을 뿐이다. 대체의학에서 말하는 병전상태의 개념과도 상통한다. 현대의학에서 보편을 기준으로 삼는 반면, 한의학에서는 이상을 기준으로 삼는다. 모든 사람들은 이상적인 상태에서 얼마나 멀리 떨어져 있는 가를 평가하게 된다. 당연히 기능적인 면을 평가하기 좋은 방법론이다. 이런 관점에서 볼 때 질환 혹은 장애(disorder)는 문제(problem)로 인식되어 지며, 질환(disorder)을 해결하기 위해 문제(problem)를 해결하는 방법을 사용하는 것은 당연한 것이다. 물론 세부적인 적

용방법은 달라져야 한다. 실제 기존의학에서도 섭식장애(eating disorder)에 쓰이던 행동치료(behavioral therapy)가 좀 더 순화되어 행동수정(behavioral modification)으로 쓰이고 있다. 최근에 들어서는 정상인의 체중감량에도 심화된 교육, 문제해결(problem solving)등을 비롯하여 본격적인 인지행동치료, 현실치료 등에 대한 연구도 행해지고 있다.

셋째, 방법적인 면에서 교육과 지시보다는 스스로의 깨달음과 명상의 비중이 크다는 점, 개개인의 체질적 특성을 강조한다는 점, 치료 회기에 유지기와 치료기가 나누어 있지 않고 초기부터 심리적 부분이 강조는 점 등이 있다.

넷째, 접근 방법 면에서 기존 치료가 행동의 패턴들을 귀납적으로 분석하고, 원인을 찾아나가는 상향처리(bottom up) 방법이 중심이었다면, 본 치료 프로그램은 자연스러운 본인의 천성을 깨달음으로서 행동을 교정하는 하향처리(top down) 방식에 더 비중이 있다. 실제, 정서상의 문제로 자주 섭식의 문제가 있더라도, 바로 행동을 수정하기를 지시하기 보다는, 왜 자신이 그렇게 먹고 있는지 객관적으로 조망할 수 있도록 교육한다. 자신에 대한 바른 통찰이 이루어진다면, 세부적인 행동은 자연스럽게 통제가 된다는 개념이다. 아래 피라미드 그림에서처럼 근본적인 자기성찰에 의한 인지의 재구성이 가장 중요하며, 그 위의 세부적인 행동지침이나 강화, 동기부여 등은 비교적 비중이 적게 다루어진다.

2. 다른 프로그램과의 비교

동양적 이론으로 개선된 프로그램의 특징을 요약하면 '자신이 본래 통제 가능한 지극히 자연스러운-자연과 조화로운-존재임을 깨달아, 극적인 인지의 전환을 통하여 비정상적인 섭식의 욕구와 싸우지 않고 자아와 욕구의 존재 자체를 그대로 인정하여 삶을 자연스럽게 통제하는 것'이라고 할 수 있다. 현재의 내가 아닌 되어야 할 존재는 초점의 대상이 아니며, 현재의 내가 이미 자연에 부합하는 존재임을 깨닫는 것이 바탕이 된다. 이는 자아상과 매우 유사하다. 예를 들어, 자신이 되고 싶어 하는 사람의 사진을 트레드밀이나, 냉장고 앞에 붙여 놓고 자신을 통제하는 수단으로 쓰는 것과는 반대로 지금 현재 자신에게 가장 잘 어울리고 좋은 옷을 사 입음으로서 자신의 아름다운 모습을 발견하도록 한다.

유행하는 웨이트왓처스(weight watchers)와 같은 상업적 다이어트 프로그램(commercial diet program)과 비교하면 이런 차이는 더욱 두드러진다. 상업적 다이어트 프로그램이 가장 크게 다루는 점은 동기부여와 강화다. 극단적으로 현재 자신의 모습이 얼마나 비참한지 자극시키고(nega-

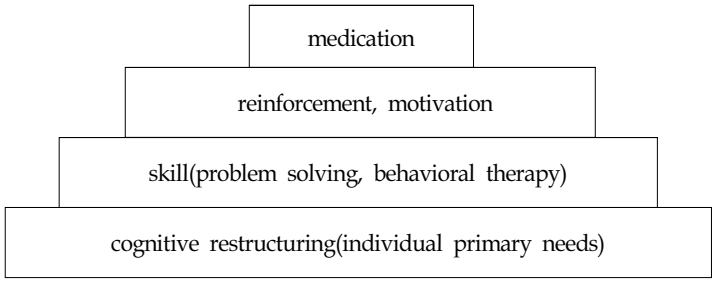


그림 1. 개입의 비중에 따른 피라미드 모델

표 2. 런(LEARN)프로그램과의 비교

런프로그램	개선된 프로그램
외적 자극의 조절	내적 존재의 성찰(외적자극과 무관)
자신의 문제에서 출발	자신의 자연스러움 모습에서 출발(良能)
지시적	비지시적
행동중심	성찰중심
개인적 존재로서의 대상(투쟁)	자연과 조화로운 인간으로서의 대상(조화)
생리적 기준에 따른 목표	가치관의 기준에 따른 목표

tive reinforcement), 심지어는 모욕도 주며, 미래 자신의 모습을 그리게 한다. 상담자가 혹은 그룹으로 서로에게 동기를 부여해주며 체중자체의 목표(weight goal)가 부각되어 진다. 반면 양성 프로그램은 목표(goal)의 개념을 바꾸는 데서 시작한다. 기존 프로그램이 단순히 의학적으로 생리적으로 가능한 목표인가가 중요한 지침이었다면, 본 프로그램에서는 개인의 가치관과 행복에 대한 신념이 목표를 결정하는데 중요한 지침이 된다. 따라서 건강을 위한 일률적인 "10프로의 해법"같은 접근은 존재하지 않는다. 만약 건강을 위해 일반적인 체중감량의 목표를 갖고 있다면 현재 몸무게의 10%정도가 체중의 목표로 정해지겠지만[a], 외모가 가장 큰 본질적 목표(primary goal)이라면 본인의 가치관에 따른 외모에 가장 큰 만족을 줄 수 있는 체중의 목표를 설정하게 된다. 이때 희생되어야 할 것들도 명확하게 구체화함으로서, 가장 경제적인 목표를 찾게 되는 것이다.

또한 상업적인 다이어트 프로그램에서는 자신의 현재 모습을 부정적으로 과장하거나 미래의 모습을 장미 빛 목표로 치장하지 한다. 이런 현재의 부정적인 자아상과 객관적이지 못한 보상의 기대는 체중감량을 이끄는 수단이 될 수 있지만, 감량 후 개선되지 못한 자아상과 기대하지 않은 보상 등의 문제를 야기 시켜 체중유지의 어려움으로 이어진다. 이런 현상은 체중감량을 통한 미래의 모습을 과장되게 상상한 경우 두드러진다[b]. 이에 반해 본 프로그램은 현재의 자신의 모습을 객관적으로 파악하게 하며, 부정적인 강화는 철저히 배재 된다. 여기서 주의 할 것은 자신의 모습을 객관적으로 파악하는 것은 동양적으로 성찰에 해당하며 반대로 자신의 모습을 과장되게 예쁘게 생각하게 하는 것과는 다르다. 자신이 얼마든지 통제가능하고 귀한 존재임을 깨닫는 것이지 현재 뚱뚱한 자신의 모습을 날씬한 모습으로 반복 주입하여 세뇌시키는 것이 아니다. 예를 들어 많은 비만환자들이 자신은 남들 보다 특별히 식탐이 많으며, 통제가 잘 되지 않는다고 호소한다. 실제로 식탐이 많을 수도 있고 또 이중적인 잣대(double standard)와 같은 잘못된 사고(biased thinking)를 하고 있을 수도 있다. 이 때 본 프로그램의 과정은 식탐이라는 욕구와 싸우기 이전에,

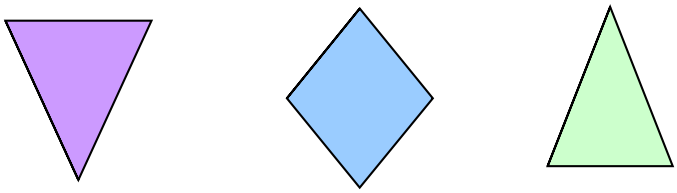
a) Lance L.(2000) 건강을 위해 체중조절을 할 때 이상적인 체중(Normal BMI)까지 감량해야 하는 것은 아니며 현제 체중의 5-10%정도의 감량이면 가장 경제적으로 건강에 유익을 줄 수 있다.

b) 그림8의 스테이지2 참조

양성프로그램
욕구 → 통찰 → 行(자연스러운 행동의 변화) → 자신을 수용 → 지속

행동주의적 프로그램
욕구 → 투쟁 → 行(조작적인 행동의 변화) → 자신과 갈등 → 역규제

그림 2. 욕구에 대한 자기 통제의 두 가지 양상



병의원 모델 상업적 다이어트 양성프로그램

그림 3 여러 가지 프로그램의 피라미드 모델 비교

자신의 이런 모습을 그대로 볼 수 있도록 하여 깨달음을 유도한다. 즉 자신의 통제하여야 할 욕구와 자신의 내부에 이미 존재하는 바른 능력(맹자의 良能)을 그대로 인식하게 하는 것이다.

실제 양성프로그램의 개인의 본태적인 선한 능력을 통찰하게 하고 자연스러운 행동을 이끌어내는 과정은 인지행동치료의 신체상(body image)을 바로잡거나, 잘못된 신념(belief)의 수정과정, 행동실험(behavioral experiment)의 방법들과 매우 유사하다. 이하 인지행동치료와의 매우 많은 유사점을 전제로 몇 가지 중요한 차이점들을 살펴보자. 기본적인 차이점은 한의학과 서양의학이 갖는 본질적인 차이와 유사하다. 서양의학이 질병에 초점을 맞추고 동양의학이 건강한 상태에 초점을 두는 것과 마찬가지로, 서구의 인지행동치료에서는 잘못된 핵심신념을 약화시키고자 하는데 반하여, 양성치료에서는 건전한 올바른 성(性)을 강화시키는데 중점을 둔다.

인지행동치료 프로그램은 질병의 치료를 전제로 비만자 혹은 섭식장애가 있는 사람들을 대상으로 한다. 이에 반해 양성 프로그램은 건전한 성의 회복을 통한 양능(良能), 자기통제의 증진이므로 비만자나 섭식장애 환자 외에 자기통제를 증진 시키고자 하는 어떤 사람에게나 적용될 수 있는 이론적 근거가 된다. 이는 마치 한약의 보약 개념과 같다. 질병으로 규정되지 않더라도 치료를 통하여 더욱 건강하게 할 수 있다는 의미이다.

치료와 환자의 진행(progress)면에서 보자면 인지행동치료는 잘못된 신념이 점진적인 약화가 되어가는 반면, 양성프로그램에서는 순간적인 통찰에 의한 극적인 변화를 강조한다. 이는 이론적으로 이미 자신에게 이미 있는 것을 발견하기만 하면 된다는 가설에 근거한다. 양성프로그램은 이미 선한 자신의 성(性), 본질을 발견하는 과정이며 이 과정은 순간적으로 일어나는 경우가 많다. 이 때문에 기존의 인지행동치료가 행동이나 핵심 신념들에 다양한 접근을 하는 반면, 양성치료에서는 양성(養性), 즉 성(性)의 증진, 서양의 개념으로 볼 때 올바른 자아상을 갖는 과정에 매우 큰 비중을 두는 점이 가장 큰 차이이다(표3).

표 3. 인지행동치료와의 비교

인지행동치료	양성치료
치료의 개념	증진의 개념
부정적 상태의 약화를 중심	긍정적(養性)상태의 강화를 중심
점진적 변화	극적인 전환
장애(disorder)에서 출발	장애를 포함한 모든 문제(problem)에서 출발

3. 치료의 개요

1) 소개 및 검사

치료에 대한 전반적인 진행 과정에 대한 소개를 하고, 식이 수첩을 작성하는 요령, 각 회기의 구성, 숙제와 설문지의 중요성 등에 대해 교육하였으며, 자존감척도, 삼요인 섭식 절제 척도를 측정하고, 체성분 검사 및 기초병력에 대한 문진을 하였다. 그밖에 닉네임을 만들어 자기소개를 하였다.

2) 식이요법, 운동요법

일반적인 균형 잡힌 저열량식이(balanced low calorie diet)를 교육하고, 개인의 근육량과 평소 활동양, 사회적 여건 등을 고려하여 적절한 운동을 처방하였다. 특히, 자신의 섭식에 대해 올바르게 바라볼 수 있도록 수 주 동안 모니터링만 시행한 환자도 있었다.

3) 가치관의 점검

개개인의 가치관을 점검 객관화 하고, 개인적인 지배가치와 사회적 가치의, 갈등, 체중감소의 가치 등에 대하여 논의했다. 체중이 개인의 가치관에서 갖는 비중을 명확히 하였다.

4) 목표의 이해와 설정

객관화된 가치에 따른 체중의 목표를 설정하였다. 체중의 목표 외에 체중감소를 통한 근본적인 목표와 실제 행동의 목표를 설정했다.

5) 문제해결

행동의 목표들을 실행하면서 나타나는 문제점들에 대해 나누고, 건전하고 합리적인 문제해결을 교육하며 피드백을 한다. 다른 사람의 해결법을 통해 실제적인 도움을 얻도록 했다.

6) 자아상

치료 전반에 걸쳐 매시간 마다 자아상 증진을 위한 시간과 숙제점검을 했다. 왜곡된 신체상의 객관적인 평가와 올바른 신체상을 교육했다. 특히, 자신의 섭식태도와 탈제지 등으로 자아 존중감이 떨어지지 않도록 도움을 주었다. 각성, 양성의 과정과 중복된다[a].

7) 각성(覺性)과 양성(養性)

각성(覺性)은 자신의 성을 깨닫는 과정이다. 첫째, 선하고 통제력을 이미 갖춘 성을 발견하여 자기통제의 주체가 된다는 의미가 있고, 둘째, 자신

a) 실제 양성프로그램에서 자아상 증진과정은 양성의 과정과 중복된다. 각성과 양성의 과정을 명확히 하기 위해, 자아상 증진의 과정을 분리하였을 뿐이다.

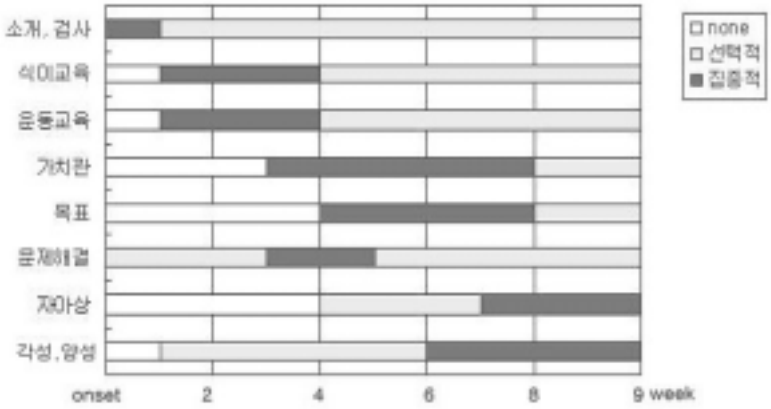


그림 4. 프로그램진행의 개요

의 독특한 체성을 올바로 깨닫는다는 사상의학적인 의미가 있다. 예를 들어 태음인은 희성(喜性:세상이 서로 도와줌을 기뻐하는 마음)을 크게 타고 나고, 소음인은 낙성(樂性:세상이 서로 보호함을 즐거워하는 마음)을 크게 타고 난다. 양성(養性)은 첫째로, 이렇게 깨달은 선한 자아를 통해 자존감을 높이고, 효과적인 자기통제를 해나간다는 의미와, 둘째로 자신의 체성의 알아 마음을 효과적으로 관리한다는 의미가 있다. 이 과정은 아주 개별적이며 치료 초기부터 끝까지 개인에 따라 달리 이루어진다. 어떤 실험자는 처음부터 각성은 되어 있는 상태도 있었고, 어떤 실험자는 양성의 과정까지 진행되지 못한 경우도 있었다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구설계

본원 웹사이트를 통하여 체중감소를 원하는 20대여성을 대상으로 지원자를 모집하였다. 전체 44명을 모집하여, 지원자 순으로 번호를 부여한 후 제비뽑기를 하여 1차 실험군 12명, 2차 실험군 12명, 대조군 20명을 랜덤 샘플링 하였다. 과거에 정신치료나 심리상담 경험은 모두 없었다.

실험군은 기본적인 운동과 식이교육 외에 본 양성프로그램을 시행하였으며, 대조군은 기본적인 운동과 식이교육 외에 이침 치료를 시술하였다. 실험군은 초기 4회는 주2회, 이어지는 회기 7회는 주 1회로 진행하였으며, 대조군은 총 9회, 주 1회로 진행되었다. 그룹치료를 하는 실험군은 오리엔테이션과 교제의 시간을 1회기에 마련하였다. 실험군의 초기 4회기를 주 2회로 편성한 이유는 개인면담을 하는 대조군에 비해 개별적인 교육과 지침을 전달하기 어려워, 초기 운동과 식이를 교육하는 2주에 개별적인 운동, 식이 교육을 하는 시간을 마련하였다. 이침을 시술하는 대조군은 주 1회 이침 시술과 함께 개별 면담을 통하여 운동과 식이만 점검하고 교육하였다. 실험군과 대조군 모두 계절적인 편차를 줄이기 위해 10월 초에 실험을 시작하여 2개월 동안 연구하였다. 본 치료의 대상은 식이장애로 진단받지 않은 체중감소를 원하는 20대 여성으로 한정하였다. 통상 단기적인 심리치료의 경우 8회에서 10회기의 회기를 적용하므로, 본원 치료 역시 단기치료 형식으로 11회기를 구성하였다. 연구가설은 다음과 같다.

1) 실험군의 실험 전과 후의 대응표본 비교

(1) 체중 및 자존감, 섭식절제, 탈제지, 기아감은 실험 전과 후에 유의한 차이가 있다.

2) 실험군과 대조군의 독립표본 비교

(1) 실험군의 섭식절제도의 변화는 대조군과 유의한 차이가 없거나 음의 유의한 차이가 있다.

(2) 실험군의 체중, 탈제지, 기아감 및 자존감의 변화는 대조군과 유의한 차이가 있다.

3) 각 변인 간의 상관관계 비교

(1) 실험군과 대조군의 '자존감의 변화'와 '섭식절제, 탈제지, 기아감의 변화'에 유의한 상관관계가 있다.

2. 조사도구

체중과 체지방의 감소는 전기임피던스법('Inbody 3.0', 바이오스페이스. 서울)으로 1차회기와 11회차 마지막 회기에 측정하였다. 자존감척도는 로젠버그(Rosenberg)의 6점 척도 설문지를 이용하여 실험시작전과 실험종료 후 2회 측정하였다. 인지적섭식절제, 탈제지, 기아감은 삼요인섭식설문지(인지적 섭식절제 21문항, 탈제지 16문항, 배고픔 14문항)를 통하여 실험시작 전과 실험종료 후 2회 측정하였다.

본 치료법은 자신의 본래적인 선함을 일컫는 성을 깨닫고 키움으로서 자연스러운 자기통제, 양능[a]으로 이어져 음식을 비롯한 생활을 변화시키면서도 의지로서 자신을 규제하는 것이 아니라, 자연스럽게 본연 자신의 모습으로 정체성을 갖게 하는데 목적이 있다. 여기서 가장 주된 포인트가 되는 양성(養性)의 척도로 선택한 것이 로젠버그(Rosenberg,1965)의 자존감 척도이다. 자존감척도 중 가장 근본적이고 기본적인 부분을 다루고 있기에 객관화된 척도 중에서는 맹자의 성이나 이제마의 성의 개념을 측정할 수 있다고 가정하였다. 본 연구에서는 김문주(1988)가 번안한 6점 척도를 이용하였다. 또한, 변화된 생활의 모습이 억지로 통제하는 것이 아니라 성(性)의 변화로 인한 자연스러운 자기통제의 여부를 측정하고자 비교한 척도는 섭식절제수준과 탈제지 수준이다. 양능에 의한 자연스러운 섭식절제가 된다면 음식을 줄이는 상황에서도 인지적인 섭식절제수준 및 외부자극에 의한 탈제지 및 기아감도 낮을 수 있을 것이다. 실제 양성 치료 후 이러한 인지적 요소를 비교하는 척도로서 삼요인섭식설문지(Stunkard A. 1985)를 선택하였다. 본 연구에서는 한오수, 유희정(1991)의 번역된 척도를 이용하였다.

3. 분석방법

통계는 SPSS v10.0.0을 이용하였으며, 실험전후의 비교는 t-test와 Wilcoxon signed rank를 실험군과 대조군의 비교는 Mann-Whitney U-test를 이용하여 비교하였다. 자존감과 섭식절제수준, 탈제지 수준과의 상관관계 분석에는 Pearson 상관관계분석을 이용하였다.

---

a) 양능(良能)은 개인에게 본래 있는 인의를 행하는 자연스러운 능력을 말하는 것으로 본 연구에서 '자연스러운 자기통제'라는 말과 혼용하여 쓰였다.

Ⅳ. 결 과

8주간의 치료 후 실험군은 5명이 중도 포기 하여 19명, 대조군은 11명이 중도 포기하여 9명으로 실험을 종료하게 되었다. 랜덤샘플링을 하였음에도 불구하고, 직업에 따른 편차가 크게 존재하였다. 저녁에 세션이 진행된 치료군은 직장인이 60%, 낮 시간에 진행된 대조군의 경우 60%가 학생이었다. 직장인인 경우 낮 시간 진행에 중도포기를 많이[a] 해서 나타난 결과로 보인다.

실험군과 대조군 모두 체중의 감소는 있었으며, 실험군의 평균체중감소량은 3.16±2.74kg로 유의한 변화(유의수준 P<0.01)를 보였다. 체질량 지수 역시 실험군은 평균 24.15±6.02에서 평균22.90±5.81로 변화되었다. 대조군의 체중, 자존감, 섭식절제, 탈제지, 기아감의 실험전후의 차이는 유의하지(p<0.05) 않았다(표 5). 지방의 절대량(kg)은 실험군에서 -2.38±1.89kg 감소하여 차이가 유의하였으며(유의수준 p<0.01), 대조군에서는 오히려 0.44±1.22kg 증가 하였으나 유의하지는 않았다. (유의수준 p<0.05). 실험군과 대조군의 8주간 체중변화는 다른 양상을 보였다. 실험군은 8주간 지속적인 체중감소를 보인 반면, 대조군은 4주후 체중이 오히려 증가하는 모습을 보였다.

1. 실험군의 실험 전, 후 비교

실험군(N=19)의 실험전후 자존감, 섭식절제수준, 탈제지, 기아감을 윌칵슨 부호순위 검정하였

표 4. 인구통계학적 변인

	체중(kg)	BMI	직업(명)			나이(세)
			직장	학생	무직	
실험군(n=19)	63.78(17.24)	24.15(6.02)	12	5	2	24.53(2.20)
대조군(n=9)	59.29(4.95)	23.38(2.01)	3	6	0	22.67(3.12)
전체(n=28)	62.34(14.48)	23.90(5.04)	15	11	2	23.92(2.62)

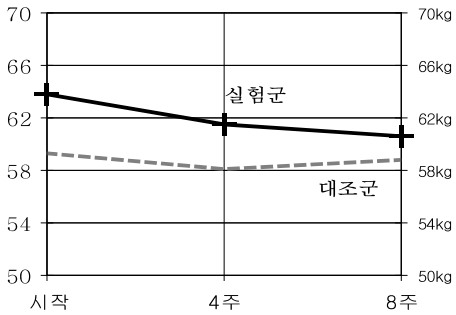


그림 5. 실험기간중 체중 변화 추이

a) 대조군 20명 중 11명이 중도 포기하였다.

으며, 모두 유의하게 변화하였다. 자존감은 실험 전과 후 평균 43.58±7.87점에서 49.26±9.00점으로 유의하게(p<0.01) 증가되었다. 실험 전 예측하였던 섭식절제 수준의 유지 혹은 감소는 이루어지지 않고, 오히려 증가하였다. 양성치료를 통하여 체중을 감소하는 경우 억지로 규제하는 것이 아니라, 자연스럽게 자신의 행동이 수정되어, 섭식절제자의 경우 치료 후 섭식절제수준이 감소할 것으로 가정하였다. 그러나 실험결과 체중억제 상황, 섭취 열량을 줄이는 상황에서 실험군의 인지적 절제수준은 증가한 것으로 나타났다.

사전 섭식절제 수준의 중앙값 12이상인 사람을 섭식절제자로 가정하여, 실험그룹의 섭식절제자 9명을 대상으로 분석하여 보면 평균 1.67±3.80점 감소하였으나 통계상의 유의성은 없었다(p=0.61).

실험전후 탈제지 정도는 크게 감소하였으며(p<0.001), 배고픔을 느끼는 정도인 기아감도 체중감소 상황에도 불구하고 유의하게 감소하였다(p<0.01).

8주 동안 지속적인 체중감소상황에서 인지적 절제수준은 높아졌지만, 탈제지수준과 기아감은 감소하였고, 자존감 역시 증진된 결과를 보였다.

2. 실험군과 대조군의 차이

각 변인들의 변화량에 대한 실험군과 대조군의 차이 검정은 Mann-Whitney U-test를 통하여 검정하였다. 실험군의 체중감소량은 대조군에 비하여 매우 유의하게(p<0.01) 컸다. 실험군의 자존감 지수의 변화는 대조군에 비하여 유의하게(p<0.05) 증가 하였으나, 체중감소로 인한 자존감의 변화인지, 치료효과 인지 규명할 수 없다. 실험군의 체중감량이 유의하게 많으므로, 체중감소로 인한 자존감의 증가 효과일 수 있다. Cash(1994)의 연구에 의하면 현저하게 체중이 감소한 집단은 신체상에 있어 대부분의 증진을 보였다는 보고가 있다. 따라서 자존감 역시 체중감소의 영향일 가능성을 배제할 수 없다.

실험군의 탈제지 수준의 변화는 대조군에 비하여 상당히 감소하였으나, 유의한 차이를 보이지는 않았다(p=0.076). 탈제지 수준이 감소하였다는 것은 양성치료를 통해 외부 자극에 대한 자기통제가 효과적으로 이루어짐을 보여준다. 가설과 달리 체중감소 상황에서 실험군의 섭식절제 수준의 변화가 대조군에 비해 유의하게 작지 않았다(p=0.188). 그러나 최종 섭식절제감의 평균은 대조군

표 5. 각 변인들의 기술 통계량

	실험군(n=19)			대조군(n=9)		
	실험전	실험후	차이	실험전	실험후	차이
체중	63.77(17.23)	60.61(16.85)	-3.16(2.74)***	59.29(4.94)	58.77(5.32)	-0.52(0.70)
자존감	43.58(7.87)	49.26(9.00)	5.68(6.80)**	42.33(8.50)	41.22(9.70)	-1.11(5.40)
섭식절제	9.89(5.00)	12.84(3.68)	2.95(5.22)*	13.77(5.06)	14.55(4.33)	0.77(1.79)
탈제지	11.10(2.62)	7.31(3.57)	-3.79(3.78)***	12.33(3.16)	11.33(1.80)	-1.00(2.29)
기아감	6.05(2.50)	4.05(1.95)	-2.00(2.40)**	6.44(3.20)	5.33(3.53)	-1.11(2.67)

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001 statistical significance test was done by wilcoxon signed rank test

의 14.55±4.33에 비해 실험군의 1.28±3.68이 적음을 의미 있게 보아야 할 것이다. 실험군에 대조군에 비해 비섭식절제자가 많았을 경우 이러한 결과의 도출을 유추할 수 있다. 실제로 전체그룹의 실험 전 섭식절제 척도의 중앙치는 12로서 섭식절제 수준 11이하의 사람을 비섭식절제자로 가정할 경우 실험군은 11명(58%), 대조군은 2명(22%)이었다. 이임순(1997)의 논문에서의 섭식절제 척도 중앙치 14를 기준으로 하는 경우 실험군 중 비섭식절제자는 16명(84%), 대조군 중엔 4명(44%)이었다. 양쪽 기준 모두 실험 전 대조군 보다 실험군에 비섭식절제자가 많았다. 기아감의 변화 역시 심험군에서 더 줄어들었으나 유의한 차이는 없었다.

3. 자존감변화와 섭식요인변화의 상관관계

실험군과 대조군 모두 자존감의 변화에 따른 섭식절제수준과 탈제지수준 변화의 상관관계를 조사하였다. 자존감의 변화와 탈제지 수준, 기아감 수준의 변화와는 유의한 상관관계가 있었다. 자존감의 변화와 섭식절제 수준의 변화는 유의한 상관관계가 없었다(표 6).

자존감의 변화와 체중의 변화도 유의한($p<0.01$) 상관관계가 있었으나 인과관계는 유추할 수 없다. 특이점은 기아감의 변화는 자존감의 변화와 상관관계가 있으나 체중변화와는 상관관계가 없었다.

표 6. 의 실험군과 대조군의 각 변인들의 변화

	실험군(n=19)	대조군(n=9)	Z값
체중 변화	-3.16(2.74)	-0.52(0.70)	-2.78**
자존감변화	5.68(6.80)	-1.11(5.40)	-2.34*
섭식절제 변화	2.94(5.22)	0.78(1.79)	-1.36
탈제지 변화	-3.78(3.78)	-1.00(2.29)	-1.81
기아감 변화	-2.00(2.40)	-1.11(2.67)	-0.72

* $p<0.05$ **$p<0.01$ (exact sig.) Statistical significance test was done by Mann-Whitney U-test

표 7. 각 변인별 변화의 Pearson 상관계수

	체중 변화	자존감변화	섭식절제 변화	탈제지 변화	기아감 변화
체중 변화					
자존감변화	-0.483**				
섭식절제 변화	-0.462*	0.247			
탈제지 변화	0.514**	-.604**	-0.190		
기아감 변화	0.081	-.500**	0.010	0.643**	

**$p< 0.01$ *$p< 0.05$

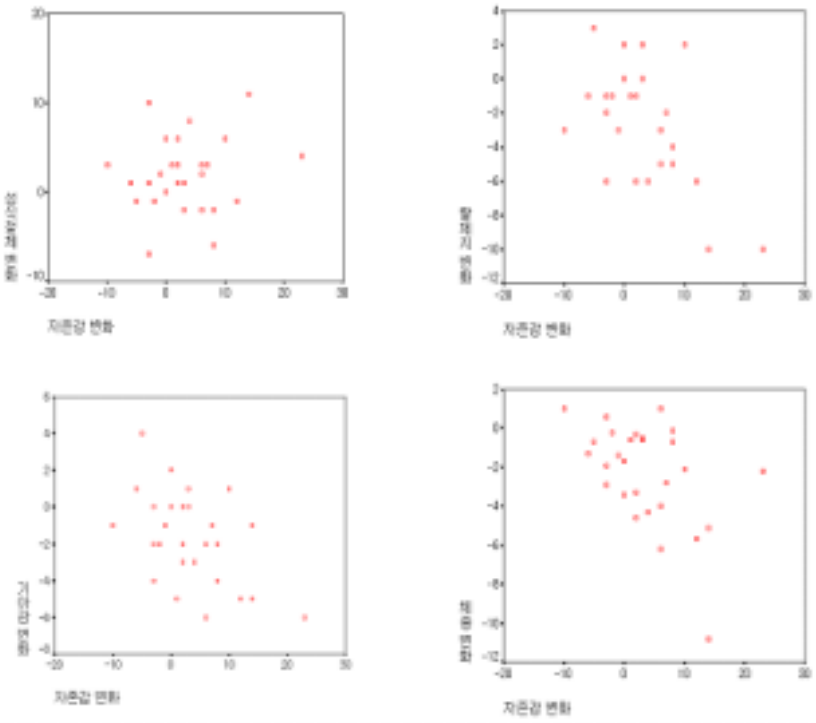


그림 6. 자존감 변화에 따른 기타변인의 변화의 산포도

Ⅴ. 고 찰

양성치료를 통한 체중조절의 의미는 외부자극에 반응하는 내부주체로서의 자신의 힘을 깨닫고, 내 자신을 새롭게 인식하여 장기간의 체중 유지를 한다는데 있다. 자신이 본래 조절 가능한 자연에 조화로운 섭식을 하는 존재임을 깨닫고, 스스로의 능력으로 자신을 조절함으로서 자연스러운 체중 조절과 유지를 이끌어 내야 한다. 근본적으로는 자아를 깨닫는 과정으로 본인에게 가장 적절한 섭생[a)]을 해나가는 것이다.

이 과정의 중심은 첫째, 성(性)을 깨닫고 길러서 생기는 변화된 자아상과 정체성이며 둘째, 양능(良能)에 의한 자연스러운 자기통제와 행동의 변화다. 이번 연구에서 자연스러운 자기 통제는 섭식절제, 탈제지, 기아감등 식이에 관련된 인자를 주로 다루었다. 실험결과 자존감은 유의하게 증진되었으나, 이는 체중감소로 인한 효과인지, 양성프로그램에 의한 효과인지 증명할 수 없다. 섭식의 통제에 관련하여 섭식절제와 기아감 및 탈제지 모두 실험군의 실험전후에는 유의한 차이가 있었으나, 대조군과는 유의한 차이가 없었다. 결국 결과만 놓고 본다면 양성치료의 대조군

a) 가장 적절한 섭생(攝生), 즉 생활의 통제는 신체적으로 가장 건강한 신체를 유지하는 것 외에 가치관, 사회적 압박, 성격, 문화 등을 통합한 인지적 요소를 포함한다. 예를 들어 군인의 섭생과 어부의 섭생, 농부의 섭생은 일괄적으로 정해질 수 없는 것이다. 마찬가지로 군인의 이상적인 체중과 배우의 이상적인 체중은 같을 수 없으며, 그러한 개별적인 체중을 유지하기 위한 생활을 가장 적절한 섭생이라고 하였다.

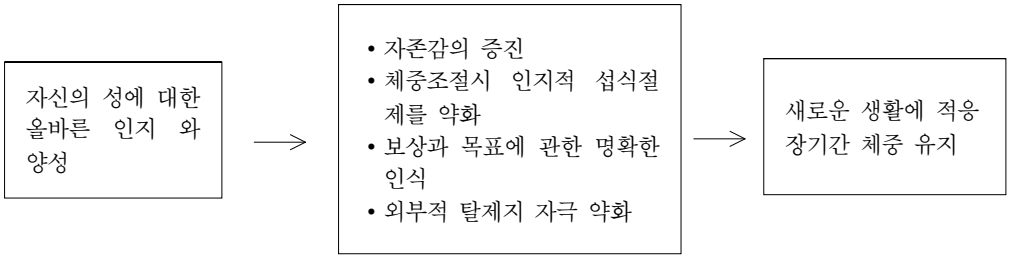


그림 7. 양성과 장기간 체중유지

에 비해 섭식에 대한 자기통제에 유의한 차이를 보여주지 않았다. 왜 연구가설과는 다른 결과가 나왔는지 살펴보자. 우선 양성치료를 받았으나, 전혀 각성과 양성, 즉 인지의 전환을 이루지 못한 사람이 있다는 점이다. 실제로 표본평균의 산포도를 보기위해 체중감소의 표준오차를 계산하여 보면 본 연구가 0.62(n=19)로, 강제적인 식이제한을 사용하였던 이전 연구[a)]의 0.25(n=17)보다 컸다. 양성치료자체가 깨달음을 강조하다보니, 실제적인 효과도 극과 극으로 나뉘었다. 많은 효과를 본 사람이 있는 반면 전혀 변화를 보이지 않은 사람도 있었다. 따라서 본 연구의 실험군중 자존감 변화의 중앙치 6이상 변화를 보인 그룹을 양성의 과정이 효과적이었던 군으로 가정하여 Mann-Whitney U test를 실행하여 보았다. 섭식절제와 기아감은 역시 대조군과 유의한 차이를 보이지 않았으나, 탈제지는 유의한 ($p<0.01$) 차이를 보였다. 그 밖에 적은 샘플사이즈와 인구통계학적인 편차도 실험결과에 큰 영향을 미쳤으리라 생각된다. 실험군에 직장인의 비율이 매우 높았는데, 실험기간이 연말에 걸쳐있어 직장인들은 음주에 관련된 부분에서 섭식통제에 많은 어려움을 겪었다.

Herman(1997)등의 연구에 의하면 체중감소를 위해 섭식을 절제하게 되면 자기통제상황이 외부적인 자극에 의해 주기적으로 이완되어 방해받는다고 하며, 이 외부적 자극에 의한 억제의 이탈을 탈제지(disinhibition)라고 하였다. 탈제지 자극은 정서적일수도 생리적 일수도 있다. 지속적으로 체중을 억제해야 하는 체중억제(weight suppression) 혹은 섭식절제(restraint eating) 상황에서 쉽게 탈제지 자극에 노출되는 것은 요요현상의 주범이 되고, 또 식이장애로 이행될 수도 있다. 다이어트[b)] 실행자 뿐 아니라 자신의 과거 체중보다 더 적은 체중을 유지하고 있는 체중억제자(weight suppressor) 역시 '섭식의 절제정도'는 비체중억제자 보다 크게 나타나며, 이는 탈제지 자극에 의한 역규제적 섭식에 쉽게 이완될 수 있음을 시사한다. 따라서 비만자이건 정상체중의 체중억제자이건 인지적 섭식절제수준과 탈제지 수준을 낮게 유지하고, 기아감을 덜 느낀다면 이는 자연스러운 통제 상황으로 해석 할 수 있으며, 장기간체중유지에 도움이 될 수 있을 것이다. 본 연구에서는 장기간 체중유지의 기전에 인지적 요소를 중요시 하여 새로운 체중 조절 모델을 제시한다(그림8). 이 모델에 있어, 이상적인 체중유지는

a) 졸고(2003). "저주파 전침 자극이 여성들의 허벅지 둘레에 미치는 영향에 관한 단기연구" 대한한방비만학회지.
b) 강상헌(1999)은 '체중을 줄이기 위한 식이 행동 또는 섭식을 제한하는 행동과 더불어 체중 및 체형에 대한 몰두, 체중감소에 대한 동기와 그에 따른 여러 가지 노력'이라고 정의하였다. 이하 '다이어트'는 이 의미로 사용된다.

생활을 변화시켜나가고 체중은 줄여가되, 일정 기간이 되어 적응이 되면 절제하고 있다는 느낌은 사라지고, 탈제지 수준이나 음식을 줄이는 데서 오는 기아감도 줄어들며, 새로운 정체성을 갖는 과정이다.

실험결과에서 연구가설과 달리 섭식절제 수준이 높아졌다. 이는 2개월이라는 시간이 신체적으로 또한 심리적으로 적응하기엔 짧은 시간이기 때문으로 보인다. 좀 더 장기간 진행하였을 때 인지적 섭식절제수준을 재 측정하여 대조군과 비교하여 볼 필요가 있다. 섭식절제 수준이 장기간의 체중 유지에 중요한 이유는 체중조절자에 있어, 탈제지 자극에 의한 역규제적 섭식에 영향을 미치기 때문이다. 전반적으로 실험군의 참여자들은 체중감소 상황에도 섭식자극에 대해 민감하게 반응하지 않으며 배고픔도 덜 느끼는 것으로 나타났다.

자존감의 변화와 섭식절제수준, 탈제지 수준, 기아감의 변화의 상관관계를 볼 때, 양성치료의 자존감을 높이려는 시도는 장기간 체중유지에 도움이 된다는 사실을 유추할 수 있다. 연구자는 임상에서 자아 정체성이 완전히 변화된 경우 현저하게 체중증가율이 적은 것을 다수 관찰하였다. 아직 충분한 근거를 제시할 수 없지만, 장기간 체중 유지의 가장 중요한 인자는 정체성, 자아상의 변화라고 생각하며 이에 관한 연구를 계속할 것이다.

1. 장기간 체중조절의 주요 요인들

기존에는 체중 재증가의 원인을 생리적인 부분, 예를 들어 근육량 감소에 따른 기초대사율의 저하, 잘못된 다이어트로 인한 수분의 감소, 유전적 요인에 의한 설정점이론(set point)등으로 주로 설명하였다. 체중증가에는 분명 이러한 요인들이 작용하지만, 매우 복잡다단한 요인들이 종합적으로 작용하기 때문에 실제적인 조절에 큰 어려움이 따른다. 일반적으로 초저열량식이는 서서히 습관을 변화시켜 나가는 종래의 방법에 비해 체중증가의 위험이 크다고 알려져 있으나, 초저열량식이와 행동수정이 결합된 치료가 장기간 체중유지에 매우 효과적이라는 보고도 있다[a]. 체중 재증가에는 생리적 요인만큼이나 인지적 요인이 중요하며, 특히 장기간의 유지에 있어서는 인지적 요인이 더욱 큰 역할을 한다. 당연히 체중을 많이 줄이는 경우, 자아상과 자존감이 쉽게 변화될 수 있다[b]. 이러한 인지적인 부분은 기존의 약물치료나 기본적인 교육, 행동치료적인 방법으로 해결할 수 없는 부분이며, 장기간 체중유지에 중요한 요소로 다루어져야 한다. 체중유지와 체중 재증가의 관련 인자를 정리해보면 <표 9>와 같다. 이 체중 유지 요인과 재증가의 요인은 마치 저울의 양쪽 끝처럼 매우 동적인 균형(homeostasis)을 유지하고 있게 되며, 어느 한쪽 요인의 증가 혹은 감소로 인해 체중의 균형은 깨어지게 된다. 여기서 체중 재증가의 요인을 효과적으로 통제할 수 있다면 장기간 체중유지가 가능할 것이다.

생리적 대사의 부분은 올바른 다이어트 방법, 즉 균형 잡힌 식사와 적절한 운동, 습관교육으로 이루어질 수 있다. 습관의 형성은 기존의 행동치료나 교육으로 달성될 수 있는 부분이기도 하다. 그러나 보상이나 정체성의 문제는 기존의 치료모델로서는 다루기 어려우므로, 새로운 모델을 제시한다.

---

a) Ayyad C. (2000), Wim H. M.(2001)

b) Cash (1994) Cooper Z.의 저서 "*Cognitive Behavioral treatment of obesity*". Guilford press. 2003.에서 재인용

표 8. 체중유지와 체중 재증가의 관련 요인들

체중 유지 요인	체중 재증가 요인
생리적 대사증가	대사의 감소
인지적 섭식규제	규제의 약화
체중억제 습관	새로운 습관의 형성
보상의 크기	보상의 약화
변화된 정체성	변하지 않은 정체성

2. 장기적 체중조절의 새로운 모델

새로운 장기간 체중 유지의 모델[a]은 자아상과 자기통제라는 인지적 요소를 매우 중요하게 다룬다. 안정적인 체중을 유지하고 있는 사람들은 체중균형이라는 동적 평형 상태에 있다. 이때는 섭취 열량과 소비열량이 균형을 이루고 있어 체중 변화가 일어나지 않는다. 이때, 건강 혹은 사회적 압박 등 내적 외적 자극으로 체중을 감소하고자 하는 인지적 노력에 의해 체중조절, 다이어트가 시작된다. 섭생이 변하고 섭식을 절제하게 되므로, 단기적으로 체중이 빠지게 된다. 이때를 스테이지1이라고 하며, 보통 체중조절 시작일로부터 1일에서 3주 사이에 해당한다. 스테이지 1의 성공과 실패를 가르는 요소는 주로 외적인 환경과 동기의 크기에 좌우된다. 기존의 부정적 강화, 조작적 학습, 동기부여 등의 방법으로 효과적인 결과를 거둘 수 있는 단계이다. 의료기관을 찾는 대부분의 사람들이 초기 스테이지1에서는 효과적인 감량을 이룬다.

스테이지 2는 보통 4주 이후 12주 정도의 기간을 말하며 체중감소를 전제로 할 때 보상과 희생의 갈등이 일어나는 시기이다. 이 갈등과 재조절은 체중이 본인의 목표점에 이를 때까지 계속된다. 스테이지2의 기간 중 체중이 증가하여 원래 체중으로 돌아가는 경우는 스테이지1에서의 동기나 외부환경요인보다는 가치관과 보상, 희생 등의 인지적 요인에 좌우된다. 희생이 현실적으로 다가오며, 체중감소로 기대했던 보상은 예측과 다른 경우가 많다. 이런 갈등상황에서 희생과 보상을 저울질하고 새로운 균형으로 재조절을 하는 경우도 있고, 완전히 체중이 재증가 하는 경우도 있다. 실제로 재조정이 이루어져야 함에도 완전히 증가, 혹은 본래 체중보다 더 증가하게 되는 요인으로서는 규제에 대한 반동, 역규제적 탈제지에 의한 충동적인 폭식 등을 들 수 있다. 양성 프로그램에서는 스테이지2의 체중증가를 막기 위해서 체중조절의 목표를 정할 때 생리적인 기준보다 인지적인 부분을 더욱 고려한다. 체중조절로 이룰 수 있는 다이어트의 꿈(primary goal)[b]의 객관화와 가치관과의 비교, 시각화 등을 통하여 미리 보상과 희생을 예측하고 목표를 설정하게 된다. 이런 목표의 구체화, 객관화 과정은 보상에 대한 정확한 기대와 희생에 대한 예측으로 2-3개월 사이 스테이지2에서

a) 이 모델은 이번 연구의 기반이 되는 가설이므로 임상적 근거가 부족하다. 장차 있을 연구와 이번 연구의 이해를 돕기 위해 비록 거칠지만, 연구자의 자의적인 설명을 하고자 한다. 또한, 전 과정은 자연적인 체중변화를 설명하는 것이 아니며, 의도적으로 다이어트를 하여 체중을 줄이는 상황을 다룬 것임을 밝혀둔다.

b) 양성프로그램에서는 목표를 3가지로 나눈다. 첫째, 다이어트의 꿈은 체중감소를 통한 근원적인 목표이며, 둘째, 체중의 목표는 생리적인 기준, 셋째, 행동의 목표는 체중감소를 위한 구체적인 행동단위의 목표들이다. 여기서 Primary goal은 Zafra C.(2000)가 제안한 새로운 인지행동치료에 나오는 용어이다.

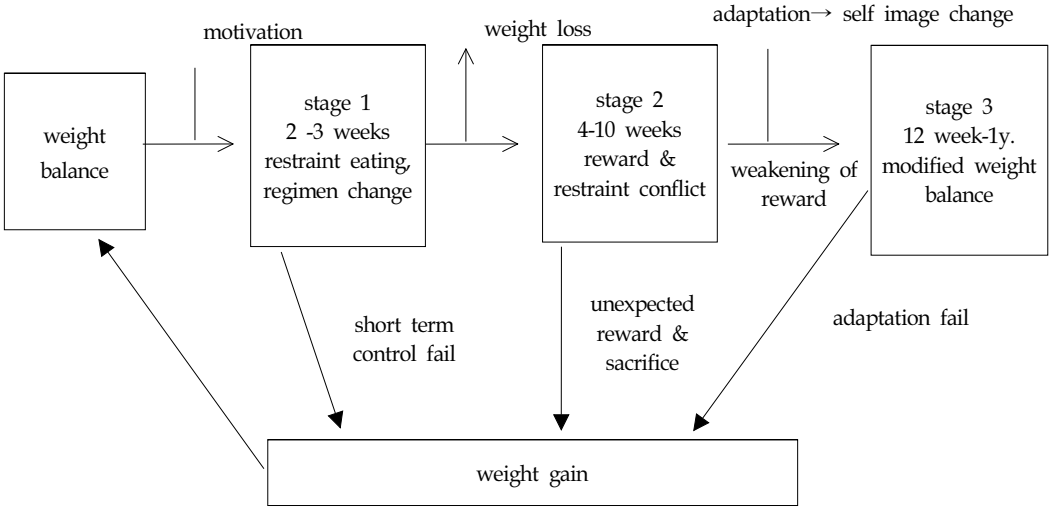


그림 8. long term weight regulation model

의 체중 재증가를 막을 수 있다. 이러한 부분은 차후 연구를 통하여 다루어 나갈 것이다.

스테이지3은 적절한 보상과 희생의 감수로 3개월 이상 체중유지가 일어나는 시기이다. 이때는 필연적으로 보상의 약화와 적응을 통한 희생의 약화가 갈등하게 된다. 보통 다이어트의 가장 많은 원초적 목표로 관찰되는 외모(appearance)의 경우, 시간이 지나면서 인지적으로 느끼는 '보상의 크기'가 매우 약화된다. 이때 적응과 습관화로 '희생의 크기'도 약화되면 적절한 균형이 유지될 수 있다. 반대로 체중의 목표가 재조절 되거나, 체중이 증가할 수도 있다. 특정음식만 먹는 등의 극단적인 방법은 장기간 지속되면, 역규제를 일으키고 신체의 적응, 습관화를 힘들게 하여 체중 재증가로 이어지게 된다. 따라서 평생 지속할 수 있는 올바른 다이어트 방법을 시행하는 것이 중요하다. 스테이지3의 체중조절 실패는'보상의 약화' 만큼 '희생의 약화'가 일어나지 않는 상황으로 요약할 수 있다.

스테이지3 이후로 중요하게 작용하는 것은 희생과 보상이 약화된 중립적인 상태에서 갖게 되는 변화된 체중(modified weight)에 대한 새로운 정체성이다. 이때 정체성의 변화는 보상과 체중감소가 많을수록 쉽게 일어난다. 정체성을 효과적으로 변화시킬 수 있다면 1년 이상의 장기간 체중유지에 큰 역할을 할 것이다. 새로운 정체성[a]을 갖는 것이 양성프로그램의 최종적인 목표다. 변화된 체중을 자연스러운 나의 모습으로 인식하는 것은 단순한 체중감소의 결과가 아니다. 오히려 자신의 통제가능함, 능력, 선함[b] 등을 깨닫게 될 때 그 새로운 긍정적인 정체성[c]에 따른 행동이 유발되어 자연스러운 체중조절이 가능할 수 있다. 억지

a) 자아상, 신체상등을 모두 포함하는 새로운 자아
b) 성선설(性善說)의 선(善)이라고 할 수 있다. 긍정적인 방향을 모두 의미한다.
c) 마찬가지로 부정적인 정체성은 부정적인 행동을 유발할 수 있다.

로 인의예지(仁義禮智)를 행함으로서 의인(義人)이 되는 것이 아니라, 통찰에 의해 깨달음을 얻으면 자연스럽게 행동이 변화된다는 사상과 서로 통한다. 그래서 양성 프로그램에서는 치료 초기부터 효과적이고 자발적인 체중조절을 유도하기 위해 자존감의 증진, 정체성의 변화, 가치관의 구체적 인식 등을 다루는 것이다. 이 양성의 요소는 장기간 체중유지 의 관련 요소일 뿐 아니라 효과적인 체중감소의 수단이 된다. 자아상의 증진이 체중감소에 미치는 영향에 대해서는 차후 독립적인 연구가 행해질 것이다.

Ⅵ. 결론 및 제언

1. 요 약

본원에서 시행되는 한의학적인 인지치료, 양성프로그램의 이론적 근거와 기본개념에 중점을 두고 소개하였으며, 간단하게 양성프로그램의 실제적인 부분도 검증해 보았다. 실험군은 양성치료 후 체중, 탈제지, 기아감은 유의하게 감소하였고, 자존감 및 섭식절제는 유의하게 증가하였다. 대조군과 비교하여 보면 체중과 자존감의 변화는 대조군과 유의한 차이가 있었으나, 다른 섭식요인변화는 유의한 차이가 없었다. 모든 대상의 실험 전과 후의 자존감, 체중, 탈제지, 기아감의 변화는 유의한 상관관계가 있었다. 양성치료는 여성의 체중 외에도 자존감 및 섭식에 관련된 자기통제에 관여하며, 이는 장기간 체중유지에도 영향을 끼칠 것이다.

2. 앞으로의 연구

본 연구에서는 가설과 개괄적인 설명이 주로 다루어 졌으나, 차후 연구에서는 양성프로그램과 본 연구가 제시한 '장기간 체중유지 모델'의 세부적인 요소들-자아상과 체중의 관계, 섭식절제순준과 체중유지, 탈제지와 체중유지 등-에 관하여 행동과학적인 실험적 연구들이 단계적으로 심도있게 이루어 져야 할 것이다.

또한, 양성프로그램은 주로 유학사상을 기반으로 이루어졌으나, 실제 한의학의 배경에 노장(老莊)사상이 갖는 의미도 매우 크다. 퇴계 이황의 활인심법(活人心法)에도 유학자로서 치심치병(治心治病)하는 원론적인 부분 외에 호흡법등의 도교(道敎)적 방법이 소개되어 있다. 마음을 다루는데 있어, 유학사상과는 또 다른 사상을 보여주는 노장사상의 의미도 분명 살펴보아야 할 것이다.

실제 치료적인 면에서 한국인이 갖는 독특한 심리적 특징이 많이 관찰 됨에도 불구하고 응용할 수 있는 이론적 근거가 부족하였다. 이번 연구 중 체중조절의 목적을 살펴보니 실험군 24명중 20명 정도가 외모와 옷의 사이즈를 가장 큰 목표로 설정했다. 처음 인터뷰에서는 건강, 사회적 인정 등을 이야기하였으나 깊은 탐색 결과 90%정도가 다이어트의 가장 주목적으로 외모를 꼽았다. 한성호(2003)등의 여대생을 대상으로 한 연구에서도 외모가 다이어트의 가장 큰 목적으로 나타났다. 실제 외모를 목적으로 하면서도, 인터뷰 시에는 건강을 이야기하는 것은 체면 때문일 수도 있다. 사회적인 평가는 외모를 중시하면서, 한편으로는 다이어트를 좋지 않게 생각하는 사회적인 압박은 위장된 목표로 이어지게 한다. 이러한 독특한 문화적, 정서적 특징이 치료와 치료프로그램 구성에 중요한 요소임에도 불구하고, 관련 연구가 부족한 상황이다.

한의사로서 실제 임상에서 사용하던 상담을 구체화, 객관화 하고 보니, 이미 서구에서 사용되던 인지치료와 매우 유사했다. 인지치료나 인본주의

적 치료 등에 이미 동양적인 철학과 사고가 많은 영향을 미쳤으리라 생각된다. 이제 어느 분야에서나 문화적, 지역적인 면은 희석되고, 다시 새로운 모습으로 통합해나가는 시대이다. 의학 역시 예외는 아니며 인체를 바라보는 관점에 있어 정신적인 면을 중시하는 한의학이 심리치료에 미칠 수 있는 영향은 매우 크다. 한의학의 독특한 관점과 방법은 기존의 심리치료의 커다란 틀을 바꿀 수도 있을 것이며, 여기에는 한의사들의 역할도 중요할 것이다. 앞으로 정신의학, 심리학, 한의학 등 각 분야의 전문가들의 공동 작업을 통하여 한의학적인 고유한 심리치료가 발전할 수 있기를 기대한다.

참고문헌

1. 김명근. “애노희락의 심리학 : 동무 이제마의 사상 심학”. 개마고원. 2003
2. 강상헌. “다이어트 심리에 관한 탐색적 연구”. 고려대학교 석사학위논문. 1999
3. 김영설. “체계적인 체중감량 프로그램의 필요성: 런프로그램의 도입”. 대한비만학회지. 10:1
4. 대한비만학회행동요법위원회 "비만치료행동요법 지침". 대한비만학회지. 1998; 7(2)
5. 박경애.『인지행동치료의 실제』학지사. 1998
6. 송일병.『태양인 이제마의 사상의학』두산동아. 2001
7. 이수완.『운명을 바꾸는 사상의학』콤시. 2001
8. 이임순. “섭식절제가 식이행동에 미치는 영향” 고려대학교 박사학위논문. 1997
9. 이창일.『사상의학, 몸의 철학 마음의 건강』책세상. 2003
10. 최상진, 한덕웅, 윤호균외.『동양심리학』지식산업사. 2001
11. 최주연. "행동수정요법이 비만아동의 체중감소에 미치는 영향". 한국심리학회지. 2001;20
12. 최형석, 이영진, 최승. “저주파 전침 자극이 여성들의 허벅지 둘레에 미치는 영향에 관한 단기연구”대한한방비만학회지. 2003;3(1):61-68
13. 편집부.『정신장애의 진단 및 통계편람』 하나의학사. 1994;4판
14. 한덕웅.“한국의 유교문화에 관한 심리학 연구의 비판적 개관” 한국심리학회지. 20:2
15. 한성오, 최슬기, 문봉경 외 “여대생의 체형의 인식과 유행하는 다이어트 방법에 대한 실태 및 만족정도”대한임상건강증진학회지 2003;3(3)
16. 한오수, 유희정 “식이절제태도에 따른 심리적 특성” 정신의학회지. 16:1
17. 한오수, 유희정외. “한국인의 식이장애의 역학 및 성격특성”정신의학회지. 15:4
18. 황의완.『동의정신의학』현대의학서적. 1987
19. 행동과학연구소.『심리척도핸드북1』.학지사. 1998
20. Angelo Del Parigi. Angelo. "*Are We Addicted to Food?*". Obesity Research. 2003:11(4)
21. Anita J. "*Eating in the light of the moon*". 노진선역. 2000:28-35
22. Ayyad C. "Long-term efficacy of dietary treatment of obesity: a systematic review of studies published between 1931 and 1999" Obesity Reviews. 2000;1(1):113
23. Barbara Mc. "*Brief Therapy and eating disorder*". Jossey-Bass. 1995
24. Britta B. "*Vision and Eating Behavior in Obese Subjects*". Obesity Research. 2003;11(1)
25. Deboarah F. "*Effects of internet behavioral counseling on weight loss in adults at risk for type 2 diabetes*". JAMA. 2002:289
26. Gerald C.『상담과 심리치료의 제기법』안창

일역. 중앙적성출판사. 2000
27. Garfield L.『단기심리치료』권석만역. 학지사. 2002
28. Herman C. & Mack D. "*Restrained and unrestrained eating*". Journal of Personality, 43. 647-660
29. Ingela M. "*Practical clinical behavioral treatment of obesity Patient education and counseling*". 2003;49:75-83
30. James N. "*Dietary Restraint and Stress-Induced Snacking in Youth*". Obesity Research. 2003:10
31. Jane W. "*Body Dissatisfaction and Binge Eating in Obese Women: The Role of Restraint and Depression*". Obesity Research. 2001:9
32. Kelli E. "*Body Image Partially Mediates the Relationship between Obesity and Psychological Distress*". Obesity Research. 2003:10
33. Kevin T. "*Body image, Eating disorder, and obestiy*". American psychological Association. 2000:3
34. Lance Levy. "*Understanding obesity*". Firefly book. 2000
35. Latner J.D. "*Self-help and long-term behavior therapy for obesity*" Behaviour Research and Therapy. 2002:40
36. Laura J. "*Eating Disorders: The journey to recovery workbook*". Brunner-Routledge. 2001
37. Leibbrand R. "*Maintenance of weight loss after obesity treatment*". Behaviour Research and Therapy. 2002:40
38. Marchesini G. "*Effects of coginitive behavioral therapy on health related quality of life in obese subjects with and without binge eating disorder*". Int. J. of Obesity. 2002:26
39. Mary K. "*Weight loss counseling Revisited*". JAMA. 2003:289
40. Nancy C. "*Energy intake patterns in obese women with binge eating disorder*". 2003:11
41. Nigel C. "*Introducing: Psychology*" 윤길순 역. 김영사
42. Peter D.『해결을위한 면접』허남순, 노혜련 역. 학문사
43. Sanchez J. "*Eating and Eating-Related Cognitions and Behavior in Ethnically Diverse Obese Women*". Obesity Research. 2003:11
44. Sandrine P. "*Emotional Eating, Alexithymia, and Binge Eating Disorder in Obese Women*". Obesity Research. 2003:11(2)
45. Thomas A. "*Assessment of Quality of Life in Obese Individuals*". Obesity Research. 2002: 10
46. Wilfley D. E. "*A randomized comparison of group CBT and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge eating disorder*" Archives of general psychiatry. 2002:59
47. Wim H. M. "*Very-Low-Calorie Diets and Sustained Weight Loss*" Obesity Research. 2001:9(4)
48. Zafra C. *"A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity."*behavior research and therapy. 2001;39:499-511
49. Zafra C. "*Cognitive Behavioral treatment of obesity*". Guilford press. 2003.