

# 섭식장애 신념척도의 개발 및 타당화<sup>†</sup>

## - 여대생을 중심으로 -

박 세 정      박 중 규<sup>‡</sup>  
대구대학교 재활심리학과

Hinrichsen과 Garry, Waller(2006)가 개발한 섭식장애 신념척도를 한국어로 번안하여 요인구조를 확인하고, 섭식장애 척도 및 초기 부적응 도식 질문지와의 상호상관과 중다회귀분석을 통해 번안된 척도의 타당도를 검증하였다. 여대생 589명(연령: 18-25세)을 대상으로 한 요인분석 결과 3개의 요인이 전체 분산의 46.3%를 설명하였다. 각 요인은 비만에 대한 타인관점 부정적 신념(23.0%), 체중증가에 대한 부정적 신념(12.2%), 감정조절에 대한 부정적 신념(11.1%)으로 각각 명명되었다. 섭식장애 신념척도의 3개 하위 요인은 섭식장애척도의 8개 하위 요인과는 상관계수가 .13~.51 ( $p<.01$ )이었고, 초기 부적응 도식 질문지의 18개 하위요인과는 상관계수가 .09~.35 ( $p<.01$ )였다. 섭식장애 신념에 유의한 영향을 미치는 초기 부적응 도식은 중다회귀분석 결과 부정성/비관주의, 승인/인정추구, 정서적 결핍, 자기희생, 복종, 결함/수치심 도식으로 나타났다. 본 도구는 섭식 문제행동을 보이는 내담자의 부정적 신념을 평가하는 도구로 활용될 수 있을 것으로 판단되었으며, 끝으로 연구의 한계와 추가적 고려사항을 논의하였다.

주요어: 섭식장애, 섭식장애 신념, 초기 부적응 도식

<sup>†</sup> 이 논문은 박세정의 석사학위 청구논문을 수정 보완한 것이며, 대구대학교 연구장학기금 지원에 의한 것임.  
<sup>‡</sup> 교신저자(Corresponding author) : 박중규, (712-714) 경상북도 경산시 진량읍 대구대로 201 대구대학교 재활심리학과, Tel:053-850-4332, E-mail: pjkspsy@daegu.ac.kr

섭식장애(eating disorders)란 식행동상의 현저한 장애를 특징으로 하며 신경성 식욕부진증(anorexia nervosa)과 신경성 폭식증(bulimia nervosa)로 구별된다. 식행동상의 장애는 개인의 신체적 손상과 심리적 어려움을 가져오고, 식행동이 더욱 불규칙해지면서 정신적 부작용도 더욱 심해져, 가족, 직장, 학교 등의 모든 생활과 인간관계에 영향을 미치며, 심할 경우 생명의 위협까지 줄 수 있는 심각한 정신적 질병이다(박찬섭, 2000). 섭식장애의 인지 이론에 따르면, 섭식장애의 핵심적인 특징은 체중과 체형에 대한 인지적 왜곡과 자기 자신을 부정적으로 평가한다는 것이다. 이러한 인지적 왜곡은 섭식장애의 핵심 정신병리로 역할을 하게 된다. 섭식장애 환자들은 날씬해지려는 것을 이상적으로 생각하여 날씬해지려고 노력하고, 체중이 늘어날까봐 신경을 쓰게 된다. 또한 섭식장애 환자들은 자신의 가치를 체중과 체형에 따라 평가하려는 경향을 지닌다.(김정옥, 2000) 신경성 식욕부진증 환자들은 날씬한 몸매가 성공과 애정을 얻는 가장 중요한 요인으로 믿으며 성취나 인간관계에서 경험하는 좌절을 자신의 불만족스러운 몸매 때문이라고 귀인하는 경향이 있다(김정옥, 2000).

타인의 관심을 끌지 못하는 것이 자신의 뚱뚱한 몸매 때문이라고 생각을 하는 것이 자신의 실패, 성격이나 능력의 문제로 귀인하는 것보다 자존감의 상처가 적을 뿐 아니라 몸매는 상대적으로 변화가 용이함으로 미래에 대해 희망을 갖게 해주기 때문에 자신의 몸매를 과도하게 왜곡하여 뚱뚱하다고 지각하며, 과도하게 날씬한 몸매를 지향하며 체중조절을 하게 된다. 또한 이들은 체중 조절과정에서 타인의 반응에 민감하며 그 의미를

부정적으로 왜곡함으로써 자신의 몸매는 아직도 뚱뚱하며 더 날씬해져야 한다고 생각하게 되는 것이다. 즉 몸매에 과도한 중요성을 부여하고 타인의 반응을 자신의 몸매와 관련지어 잘못 해석하며, 자신의 실제적 몸매를 뚱뚱한 것으로 과장하여 지각하고 지나치게 날씬한 몸매를 이상적인 몸매로 지향한다(권석만, 2008).

신경성 폭식증 환자들은 체형과 체중에 대한 과도한 염려로 인해 다이어트와 체중감소, 음식과 체중 등에 몰두하게 된다(권석만, 2008). 과도한 다이어트로 음식을 심하게 제한해서 먹게 되고 늘 먹고 싶은 충동에 사로잡히게 된다. 환자들은 어떻게 먹어야 할지에 대해 일반적인 지침을 가지고 있지 않고, 스스로에게 완벽한 기준에 따라 엄격한 다이어트 규칙을 수립하게 된다. 다이어트의 규칙을 사소하게라도 어기게 되면, 그것을 사소한 것으로 여기지 않고 자신의 다이어트가 실패했다고 생각을 하고 아예 다이어트를 포기해 버리게 되고 그로인해 폭식을 하게 된다. 폭식을 시작하고 나면 그 동안 음식을 먹지 않아 생겼던 긴장이 풀리고, 또 먹고 나니 나른해지고 이완이 되므로 기분이 다소간 좋아질 수 있게 된다. 하지만 폭식을 하고 난 후 곧 후회하게 되고 체중이 증가되지 않을까 두려워지게 된다. 그래서 폭식을 하고 나면 더욱더 다이어트를 엄격하게 하게 되며, 다시 규칙을 어기는 악순환에 빠지게 된다(권석만, 2008).

Young(1990, 1999)의 가정에 따르면, 무분별한 다이어트와 섭식 문제가 심리도식에 대한 반응으로 발달한 것일 수도 있다. 여러 경험적 연구들은 섭식장애의 포괄적인 이해가 전개되려면 도식이 고려되어야 할 중요한 인지적 요소라고 주장하고

있고(Cooper, 1997; Cooper, 2005; Waller, Kenerley, & Ohanian, 2005) 섭식장애의 인지이론에서 핵심 신념과 도식이 섭식장애로 발전시키고 유지시키는데 중요한 역할을 한다고 주장한다(Cooper, Wells & Todd, 2004; Waller et al., 2005).

최근 섭식장애 또는 섭식문제를 가진 사람들을 대상으로, 부적응 도식의 특징을 살펴본 경험적 연구들이 보고되고 있다. 예를 들면, 섭식문제를 지닌 사람들과 섭식장애 진단을 받은 환자들의 경우, 마르고 싶은 욕구에서 차이는 유의하지 않았으나 초기 부적응 도식에서 유의미한 차이가 나타났다(박운선, 2008). 또한 다이어트를 하고 있는 사람은 그렇지 않은 사람보다 초기 부적응 도식 점수가 더 높고, 다이어트를 심하게 하는 경우에는 섭식장애가 있는 사람들과 초기 부적응 도식 점수가 유사하게 나타났다(Leung & Price, 2007; 박운선, 2008 재인용).

Waller et al(2005)는 섭식장애를 위한 도식 중심 인지치료를 개발하였다. 이 모델에서는 모든 섭식장애에서 부정적 핵심믿음, Young의 초기 부적응 도식 중 유기, 정서적 결핍, 결함이나 수치심의 도식에서 높은 점수를 보이는 것을 발견했다. 과거의 연구에서 섭식장애 증상이 있는 여성의 부적응 도식을 알아본 결과, 섭식행동척도에서 높은 점수를 보이는 집단에서, 의존, 정서적 결핍, 정서적 억제, 부족한 자기 통제, 불신/학대, 복종, 사회적 고립, 엄격한 기준, 위협에 대한 취약성의 도식이 섭식행동과 밀접하게 관련되었음을 발견했다(Waller, Dickson, & Ohanian, 2001). 다른 연구에서는 섭식장애 증상이 있는 청소년에서 부적응 도식을 알아본 결과, 섭식행동척도에서 높은

점수를 보이는 집단에서 불신, 의존/무능감, 정서적 억제, 부족한 자기통제, 정서적 결핍 도식이 섭식행동과 밀접하게 관련되어 있음을 발견했다(Cooper, Rose, & Turner, 2006). 또한 신경성 식욕부진증 제한형, 폭식/제거형 신경성 식욕항진증, 신경성 식욕항진증의 세 섭식장애집단을 대상으로 도식을 연구한 결과, 신경성 식욕항진증 집단이 신경성 식욕부진증 집단에 비해 특권의식에서 더 높은 점수를 보였고(Unoka, Tolgyes, & Czobor, 2007), 결함/수치심, 실패, 부족한 자기통제와 같은 초기 부적응 도식은 폭식증집단을 효과적으로 잘 구별해주는 것으로 나타났다(Waller, Ohanian, Mayer, & Osman, 2000). 이는 섭식장애에 있어 도식수준에 따른 인지적 이해와 도식-중심 사례 개념화가 섭식장애 치료 전략을 수립하는데 도움이 될 수 있음을 의미한다.

섭식장애 환자를 대상으로 한 연구에서는 인지적 특성으로 섭식, 체중, 체형(eating, weight, shape)에 대한 부정적 가정(negative assumption)과 신념(belief)이 지적 되었다(Fairburn, Cooper & Shafran, 2003; Vitousek, 1996). 섭식, 체중, 체형에 대한 부정적 신념의 예로는 “만약 내가 디저트나 푸딩을 먹는다면, 나는 살이 찌 것이다.”, “만약 내 엉덩이가 날씬하다면, 나는 성공한 것이다.”, 그리고 “만약 내가 살이 찌다면, 나는 매력 없는 사람이 될 것이다.” 등이 있다. 이는 섭식장애 환자들로 하여금 지나치게 다이어트에 몰두하게 만들고 그로 인한 극단적인 절식이나 반복적인 폭식행동과 그에 따르는 보상행동, 즉, 스스로 구토를 유발하거나 하제, 이뇨제 등의 약물 남용, 격렬한 운동 등을 행하게 한다. 이처럼 부정적 가정과 신념은 섭식장애 증상의 발현과 유지에 중

요한 역할을 한다(Fairburn, Cooper & Cooper, 1986; Garner & Bemis, 1982).

섭식장애의 인지를 측정하는 자기보고식 도구들은 전형적으로 섭식, 체중, 체형과 관련된 부정적 사고와 신념을 평가하는데 초점을 두어 왔다(Fairburn & Beglin, 1994). 그 중 하나인 섭식장애 신념질문지(eating disorder beliefs questionnaire; Cooper, Cohen-Tovee, Todd, Wells, & Tovee, 1997)는 섭식, 체중, 체형과 관련된 가정과 세상에 대한 신념을 측정한다.

부정적 신념을 확인하는 것은 인지 행동적 치료의 계획을 세우는데 중요하고, 이를 바탕으로 대안적 가정으로 수정되어야 할 인지를 명확히 할 수 있게 된다. 그간 국내에서도 섭식장애를 측정하기 위해 섭식장애척도(Eating Disorders Inventory), 섭식태도검사(Eating Attitude Test) 한국판 타당도 연구가 수행되었다. 섭식장애척도는 한오수와 유희정(1991)의 연구에서 신경성 식욕부진증 및 신경성 폭식증과 관련된 행동 및 태도를 측정한다. 섭식태도검사의 경우 이민규 등(1998, 2001)의 연구에서는 일반군과 환자군을 분류하는 절단점을 제공하거나 섭식에 문제를 지닌 사람들을 확인하는 것을 목적으로 했다. 이 척도들은 섭식장애가 보이는 섭식 태도와 행동에 관련된 질문지로 섭식장애가 보이는 부정적 가정과 신념을 측정하지 못하고 있다. Hinrichsen과 Garry, Waller(2006)은 섭식장애 환자들이 일반적으로 보고하는 부정적 신념을 측정하기 위하여 섭식장애 신념척도를 개발한 바 있으며, 이 질문지는 자기 보고식 질문지로, 섭식 정신병리와 사회불안과 같은 다른 일반적으로 보이는 공존된 문제들과 관련된 가정의 유형이 어떻게 다른지를

측정하기 위해 개발되었다.

따라서 본 연구에서는 섭식장애 신념척도를 한국어로 번안하여 여대생을 대상으로 타당도와 신뢰도를 검증함으로써 섭식장애의 치료와 앞으로의 연구에 기틀을 마련하고자 하였다.

## 방 법

### 참여자

대구에 거주하는 여대생을 대상으로 자료를 수집하였으며, 총 621명을 대상으로 자료를 수집하였다. 이 자료에서 응답의 타당성이 의심되는 자료를 제외한 589명의 자료로 분석을 실시하였다. 평균 연령은 20.34세(표준편차 1.78)로 연령 범위는 만 18세에서 만 25세였다.

### 측정 도구

**섭식장애신념척도(TAQ-ED).** Hinrichsen, Garry와 Waller(2006)가 제작한 섭식장애 신념척도의 원 문항을 연구자가 일차적으로 번역한 뒤, 이중 언어를 사용하는 타 전공 학생이 번역한 것을 임상심리 전문가 2인이 최종적으로 확인하는 절차를 거쳤다. 이 척도는 모두 11문항으로, 세상에 대한 부정적 신념, 체형에 대한 부정적 신념, 감정에 대한 부정적 신념이라는 3개의 하위요인으로 구성되어 있다. '전혀 아니다' 1점부터 '매우 그렇다' 5점까지의 5점 Likert식 척도로 평가하였으며, 낮은 점수는 섭식장애 신념과 관련하여 신념이 낮음을 의미하고 높은 점수는 신념의 정도가 높음을 의미한다.

**섭식장애 척도(EDI).** Garner와 Olmstead가 1984년에 개발한 것으로 원 문항을 연구자가 번역한 것을 2명의 임상심리 전문가가 확인하는 과정을 거쳤다. 섭식장애척도는 자기 보고식 도구로서 6점 Likert 척도로 64문항으로 이루어져 있으며 건강하지 못한 섭식태도, 행동을 반영하는 3가지 척도와 자아발달과 관련된 5가지 척도로 구성된다. 섭식과 관련된 3가지 척도는 마르고 싶은 욕구 7문항, 체형에 대한 불만 9문항, 폭식 7문항으로 구성되어 있다. 자아발달과 관련된 5가지 척도는 무력함 10문항, 완벽주의 6문항, 대인 불신 7문항, 내면 자각 10문항, 성장에 대한 공포 8문항으로 구성된다. 모든 소척도에서 점수가 높을수록 증상의 정도가 심해짐을 반영한다. 이 척도의 내적 일관성 계수는 .82에서 .90였고(Garner, 1983) 본 연구에서 Cronbach  $\alpha$  는 마르고 싶은 욕구는 .80, 체형에 대한 불만은 .77, 폭식은 .79, 무력함은 .81, 완벽주의는 .79, 대인 불신은 .81, 내면 자각은 .82, 성장에 대한 공포는 .83였다.

**한국판 도식질문지-단축형.** Young(1990; 1991, 개정)이 개발하고 이동우(김희연, 2006)가 번안한 Young의 도식 질문지를 사용하였다. 각 문항은 '완전히 나와 다르다'에서부터 '나와 완벽하게 일치한다'의 6점 척도이며 총 90문항이다. 점수가 높을수록 초기 부적응 도식이 뚜렷함을 나타내며, 5개 상위영역하의 18개 하위 도식척도로 구성되며, 각 하위 척도는 5문항으로 되어있다. Young 도식 질문지는 프랑스, 스페인, 네덜란드, 터키, 일본, 핀란드, 노르웨이 등에서 번역되어 사용되었다. Schmidt 등(1995)이 질문지의 심리측정적 속성에 대한 포괄적인 조사를 실시한 결과, 각 초기 부적

응 도식의 Cronbach's  $\alpha$  계수는 .83(융합/미발달된 자기)에서 .96(결함/수치심)이었다. 하위척도들은 높은 수준의 검사-재검사 신뢰도와 내적 일치를 보였고, 심리적 고통 및 자존감, 우울에 대한 인지적 취약성, 성격장애 증상 측정치 등과 양호한 준거타당도와 변별타당도를 보였다.

## 자료분석

통계분석을 위하여 SPSS 17.0 프로그램을 사용하였다. 타당도를 알아보기 위한 절차 중 먼저, 섭식장애 신념척도의 구인타당도를 알아보기 위해 탐색적 요인분석을 실시하였다. 섭식장애 신념척도의 신뢰도를 확인하기 위하여 Cronbach's  $\alpha$  계수를 산출하고, 검사-재검사 신뢰도를 위해 상관분석을 실시하였다. 공준타당도를 확인하기 위해 섭식장애 신념척도의 3가지 하위 척도와 섭식장애척도의 8가지 하위 척도와의 상관분석을 통해, 섭식장애와 이에 부합하는 특정 신념 간에 관련성이 존재하는지 살펴보았다. 아울러 섭식장애 신념척도와 Young 도식 질문지에서의 18가지 초기 부적응 도식 간 상관분석과 회귀분석을 통해 섭식장애 신념과 밀접한 관련성을 보이는 초기 부적응 도식을 확인하였다.

## 결 과

### 요인분석 결과

섭식장애 신념척도의 요인구조를 알아보기 위해 요인분석을 실시하였다. 주성분 분석을 통해 Kaiser 기준인 고유치(eigenvalue)가 1이 넘는 요

인을 살펴본 결과 4개 요인이 추출되었으며, 문항과 요인의 내용을 고려하여 요인수를 3개로 지정한 후 요인분석을 재 실시 하였다. 이를 베리맥스(varimax) 회전시킨 결과를 표 1에 제시하였다. 요인 1은 총 분산의 약 23.0%를 설명하는 것으로 나타났으며, 세상에 대한 부정적 신념에 속하는

문항이 포함되었는데 비만에 따른 타인관점 부정적 신념과 관련된 내용들로 이루어져 있어 '비만에 대한 타인관점 부정적 신념'으로 명명하였다. 요인 2는 총 분산의 약 12.2%를 설명하였으며, 체형에 대한 부정적 신념과 감정에 대한 부정적 신념에 속하는 문항이 포함되었는데 체중증가에 대

표 1. 섭식장애 신념척도의 요인분석

문 항	회전된 요인계수		
	요인 1	요인 2	요인 3
1. 내가 몸무게가 불었다고 느낀다면, 실제로 내 몸무게가 늘었다는 것이다.	.02	.73	.22
2. 먹는 것을 엄격히 관리하지 못하면, 더 많이 먹는 것을 스스로 멈추지 못 할 것이다.	.16	.63	.19
3. 내가 뚱뚱하다면, 대부분의 사람들이 나를 비웃고 창피를 줄 것이다.	.72	.27	.38
4. 뚱뚱하다는 것은 인간으로서 실패했다는 것을 의미한다.	.75	.23	.35
5. 내가 다른 사람에게 부정적인 감정을 표현한다면, 사람들은 잘 대처할 수 없을 것이다.	.14	-.01	.74
6. 내 스스로가 매력적이지 못하다고 느낀다면, 다른 사람들도 나를 그렇게 본다는 것이다.	.15	.27	.66
7. 남자들은 날씬한 여자에게만 관심이 있다.	.61	.18	.08
8. 뚱뚱해지면, 아무도 나와 함께하기를 원치 않을 것이다.	.74	.13	.04
9. 먹는 것을 제한하는 것은 부정적인 생각과 기분을 조절하게 한다.	.23	.40	.02
10. 1kg 정도 체중이 늘면, 대부분의 사람들이 알아볼 것이다.	.24	.57	-.39
11. 내가 속으로 어떻게 느끼는지를 말한다면, 사람들은 나를 거부할 것이다.	.12	-.03	.42
설명 변량(%)	23.0	12.2	11.1

표 2. 섭식장애 신념척도와 섭식장애척도와의 상관

구 분	TAQ-ED와의 Pearson 상관계수(r)			총 점
	TAQ-ED(O)	TAQ-ED(W)	TAQ-ED(F)	
마르고 싶은 욕구	.48**	.56**	.25**	.57**
체형에 대한 불만	.30**	.44**	.28**	.44**
폭식	.31*	.39**	.36**	.45**
무력함	.29**	.24**	.33**	.36**
완벽주의	.26**	.18**	.28**	.30**
대인 불신	.14**	.13**	.25**	.21**
내면 자각	.28**	.30**	.15**	.32**
성장에 대한 공포	.25**	.25**	.31**	.34**

\*\* $p < .01$ .

주. TAQ-ED(O) : 비만에 대한 타인관점 부정적 신념, TAQ-ED(W) : 체중증가에 대한 부정적 신념, TAQ-ED(F) : 감정 조절에 대한 부정적 신념

한 부정적 신념과 관련된 내용들로 이루어져 있어 '체중증가에 대한 부정적 신념'이라고 명명하였다. 요인 3은 총 분산의 11.1%를 설명하였으며, 체중에 대한 부정적 신념과 감정에 대한 부정적 신념에 속하는 문항이 포함되었는데 감정조절에 따른 부정적신념과 관련된 내용들로 이루어져 있어 '감정조절에 대한 부정적 신념'이라고 명명하였다. 본 연구에서는 본 연구의 결과에서 나온 요인으로 이후의 분석을 실시하였다.

### 섭식장애 신념척도의 신뢰도

섭식장애 신념척도의 내적 일치도를 살펴보기 위해 589명의 자료의 Cronbach's  $\alpha$ 를 산출하였다. 그 결과 전체 문항의 Cronbach's  $\alpha$ 는 .81로 나타났다. 비만에 대한 타인관점 부정적 신념은 .72, 체중증가에 대한 부정적 신념은 .77, 감정조절에 대한 부정적 신념은 .82, 문항 총점은 .77로 나타났다. 시간 변화에 따른 안정성을 살펴보기 위해 검사에 참여했던 사람 중 100명을 대상으로 4주 후에 섭식장애 신념척도를 다시 실시하였다. 검사-재검사 신뢰도 산출 결과 상관계수는 비만에 대한 타인관점 부정적 신념은  $r=.74$ , 체중증가에 대한 부정적 신념은  $r=.84$ , 감정조절에 대한 부정적 신념은  $r=.77$ , 척도 총점은  $r=.75$ 로 나타났다.

### 공존 타당도

섭식장애 신념척도는 섭식장애의 특성을 잘 반영하고 있어야 하므로 섭식장애를 측정할 수 있는 섭식장애척도와와의 관련성을 살펴보았다. 섭식장애 신념척도의 3개의 하위 신념척도와 섭식장애

척도의 8가지 하위 척도간의 상관분석 결과는 다음 표 2에 제시하였다.

표 2에 의하면 모든 Pearson 상관계수는  $p<.01$  수준에서 유의미하였다. 섭식장애 신념척도의 하위 척도인 비만에 대한 타인관점 부정적 신념 척도는 섭식장애척도의 마르고 싶은 욕구와  $r=.48$ , 폭식과  $r=.31$ , 체형에 대한 불만과  $r=.30$ , 내면자각과  $r=.28$ , 무력감과  $r=.29$ , 성장에 대한 공포와  $r=.25$ , 완벽주의와  $r=.26$ , 대인 불신과  $r=.14$ 으로 나타났다. 체중증가에 대한 부정적 신념 척도는 섭식장애척도의 마르고 싶은 욕구와  $r=.56$ , 폭식과  $r=.39$ , 체형에 대한 불만과  $r=.44$ , 내면자각과  $r=.30$ , 무력감과  $r=.24$ , 성장에 대한 공포와  $r=.25$ , 완벽주의와  $r=.18$ , 대인 불신과  $r=.13$ 으로 나타났다. 감정조절에 대한 부정적 신념 척도는 섭식장애척도 의 마르고 싶은 욕구와  $r=.25$ , 폭식  $r=.36$ , 체형에 대한 불만과  $r=.28$ , 내면자각과  $r=.15$ , 무력감과  $r=.33$ , 성장에 대한 공포와  $r=.31$ , 완벽주의와  $r=.28$ , 대인 불신과  $r=.25$ 으로 나타났다. 문항 총점과 섭식장애척도 마르고 싶은 욕구와  $r=.57$ , 폭식과  $r=.45$ , 체형에 대한 불만과  $r=.44$ , 내면자각과  $r=.32$ , 무력감과  $r=.36$ , 성장에 대한 공포와  $r=.34$ , 완벽주의와  $r=.30$ , 대인 불신과  $r=.21$ 으로 나타났다.

### 준거 타당도

섭식장애 신념척도와 Young 도식 질문지와의 상관분석을 통해 섭식장애의 부정적 신념(belief)과 부적응적인 도식(schema)간의 관계를 살펴보고자 하였다. 신념과 도식은 밀접하게 관련되어 있으며, 섭식장애 신념척도와 Young 도식 질문지가 섭식장애의 인지적 요소를 측정하고 있으므로

이 두 질문지간의 상관분석을 통해 섭식장애 신념척도의 준거타당도를 확인하고자 하였다.

상관분석 결과, 각각의 섭식장애 신념은 18가지 초기 부적응 도식(Early Maladaptive Schema)과 모두 통계적으로 유의미한 정적 상관을 보였다(표 3). 그 중 각 섭식장애 섭식신념과 가장 높게 유의미한 정적 상관을 나타내는 도식을 살펴보면 다음과 같다. 섭식장애 신념척도의 총점에서는 부정성/비관주의, 위험/질병에 대한 취약성, 결합/수치심, 불신/학대, 복종, 의존/무능감, 사회적 고립/소외와 다소 높은 상관을 보였다. 비만에 대한 타인관점 부정적 신념에서는 불신/학대, 승인/인정

추구, 위험/질병에 대한 취약성, 부정성/비관주의와 다소 높은 상관을 보였다. 감정조절에 대한 부정적 신념은 유기, 불신/학대, 사회적 고립/소외, 결합/수치심, 위험/질병에 대한 취약성, 복종, 정서적 억제, 부족한 자기통제/자기훈련, 부정성/비관주의와 다소 높은 상관을 보였다.

체중증가에 대한 부정적 신념은 초기 부적응 도식과 상관은 있으나 높은 상관을 보인 특정한 도식은 없었다. 섭식장애 신념척도의 총점과 감정조절에 대한 부정적 신념이 많은 초기 부적응 도식과 관련이 있었고 체중증가에 대한 부정적 신념은 섭식장애 신념척도의 총점과 감정조절에 대

표 3. 섭식장애 신념척도와 Young 도식 질문지와의 상관

초기 부적응 도식	TAQ-ED와의 Pearson 상관계수( <i>r</i> )			총 점
	TAQ-ED(O)	TAQ-ED(W)	TAQ-ED(F)	
정서적 결핍	.22**	.15**	.29**	.27**
유기	.22**	.17**	.31**	.29**
불신/학대	.25**	.19**	.30**	.31**
사회적 고립/소외	.22**	.19**	.31**	.30**
결합/수치심	.23**	.21**	.32**	.31**
실패	.22**	.20**	.23**	.27**
의존/무능감	.23**	.20**	.29**	.30**
위험/질병에 대한 취약성	.27**	.21**	.30**	.33**
융합/미발달된 자기	.16**	.09**	.23**	.20**
복종	.22**	.19**	.35**	.31**
자기희생	.11**	.09**	.17**	.15**
정서적 억제	.17**	.15**	.32**	.25**
엄격한 기준/과잉비판	.18**	.15**	.26**	.24**
특권의식	.16**	.09**	.20**	.19**
부족한 자기통제/자기훈련	.20**	.19**	.30**	.28**
승인/인정추구	.27**	.10**	.23**	.26**
부정성/비관주의	.28**	.22**	.33**	.35**
차별	.19**	.20**	.27**	.27**

\*\**p*<.01.

주. TAQ-ED(O) : 비만에 대한 타인관점 부정적 신념, TAQ-ED(W) : 체중증가에 대한 부정적 신념, TAQ-ED(F) : 감정조절에 대한 부정적 신념

한 타인관점 부정적 신념에 비해 초기 부적응 도식과 상대적으로 낮은 상관을 보였다. 이러한 결과는 섭식장애의 부정적 신념이 초기 부적응 도식과 유의미한 관련성은 가지고 있으나, 특정 부적응 도식이 하나의 특정한 섭식장애 부정적 신념에서만 고유하게 나타나는 것은 아님을 알 수 있다. 위의 상관분석 결과에서 섭식장애의 신념이 모든 부적응 도식과 유의미한 정적 상관을 나타내기 때문에, 섭식장애 신념과 더 밀접하게 관련성을 보이는 특정 부적응 도식을 알아보기 위해

표 4-1. 비만에 대한 타인관점 부정적 신념 요인에 대한 초기 부적응 도식의 회귀분석 결과

예언변인	$\beta$	$t$	R <sup>2</sup>	수정R <sup>2</sup>	F
정서적 결핍	.33	6.44 ***	.18	.18	101.42***
승인/인정추구	.23	4.79 ***	.22	.22	66.20***
부정성/비관주의	.25	4.41 ***	.24	.23	48.38***
정서적 억제	-.15	-2.85 ***	.26	.25	40.70***
부족한 자기통제 자기훈련	-.13	-2.50 ***	.27	.26	34.17***

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

표 4-2. 체증증가에 대한 부정적 신념 요인에 대한 초기 부적응 도식의 회귀분석 결과

예언변인	$\beta$	$t$	R <sup>2</sup>	수정R <sup>2</sup>	F
부정성/비관주의	.39	9.17 ***	.15	.15	84.11***

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

표 4-3. 감정조절에 대한 부정적 신념 요인에 대한 초기 부적응 도식의 회귀

예언변인	$\beta$	$t$	R <sup>2</sup>	수정R <sup>2</sup>	F
복종	.53	8.26 ***	.26	.26	164.76***
부정성/비관주의	.18	3.38 ***	.27	.27	86.89***
의존/무능감	-.13	-2.41 ***	.28	.27	60.36***
자기희생	-.10	-2.09 ***	.28	.28	46.68***

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

표 4-4. 총점에 대한 부정적 신념 요인에 대한 초기 부적응 도식의 회귀분석 결과

예언변인	$\beta$	$t$	R <sup>2</sup>	수정R <sup>2</sup>	F
부정성/비관주의	.32	5.84 ***	.26	.26	164.76***
정서적 결핍	.19	3.90 ***	.28	.28	93.43***
복종	.26	4.46 ***	.30	.29	66.63***
융합/미발달된 자기	-.11	-2.62 **	.31	.31	53.07***
정서적 억제	-.12	-2.36 *	.32	.31	43.99***

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

섭식장애 신념들을 종속변인으로 하고 18가지 초기 부적응 도식을 예언변인으로 하여 단계적(stepwise) 방식의 중다회귀분석을 실시하였다(표 4-1,2,3).

섭식장애 신념척도의 비만에 대한 타인관점 부정적 신념에 대한 단계적 중다회귀분석 결과, 회귀모형 적합성은  $F=34.17(p<.001)$ 로 통계적으로 유의미한 모델이었다. 비만에 대한 타인관점 부정적 신념에 영향을 미치는 변인은 정서적 결핍, 승인/인정욕구, 부정적 비관주의, 정서적 억제, 부족한 자기통제/자기훈련의 5개 변인으로 나타났다. 그 중 비만에 대한 타인관점 부정적 신념을 가장 잘 설명 해 주는 것은 정서적 결핍이 18%를 설명해주고 있다. 다음으로 승인/인정 욕구, 부정적 비관주의, 정서적 억제, 부족한 자기통제/자기훈련의 순으로 유의미하게 영향을 미치고 있다. 최종 회귀모형의 설명력은 26%인 것으로 나타났다(표4-1). 체중증가에 대한 부정적 신념에 영향을 미치는 도식은 부정적 비관주의 1개 변인으로 나타났다. 체중증가에 대한 부정적 신념을 부정성/비관주의가 15%를 설명해주고 있으며 유의미하게 영향을 미치고 있다. 최종 회귀모형의 설명력은 15%인 것으로 나타났다(표4-2). 감정조절에 대한 부정적 신념에 영향을 미치는 도식은 복종, 부정성/비관주의, 의존/무능감, 정서적 억제의 4개 도식으로 나타났다. 그 중 감정조절에 대한 부정적 신념을 가장 잘 설명 해 주는 것은 복종이 26%를 설명해주고 있다. 다음으로 부정성/비관주의, 의존/무능감, 자기희생의 순으로 유의미하게 영향을 미치고 있다.

최종 회귀모형의 설명력은 26%인 것으로 나타났다(표4-3). 총점에 영향을 미치는 도식은 부정성

/비관주의, 정서적 결핍, 복종, 융합/미발달된 자기, 정서적 억제의 5개 도식으로 나타났다. 그 중 총점을 가장 잘 설명 해 주는 것은 부정성/비관주의가 26%를 설명해주고 있다. 다음으로 정서적 결핍, 복종, 융합/미발달된 자기, 정서적 억제의 순으로 유의미하게 영향을 미치고 있다. 최종 회귀모형의 설명력은 31%인 것으로 나타났다(표4-4).

## 논 의

원관 섭식장애 신념척도의 경우 주성분 분석으로 요인구조를 밝혔으며 그 결과, 세 개의 요인이 추출되었는데, 각 척도를 구성하는 문항들이 대체로 별개의 요인들에 부하되는 양상을 보였다(Hinrichsen, Garry, & Waller, 2006). 본 연구는 주성분 분석을 실시해 주요 요인을 추출한 이후, 베리맥스 회전을 실시해 최종 3개의 요인이 추출되었다. 3개의 요인은 비만에 대한 타인관점 부정적 신념, 체중증가에 대한 부정적 신념, 감정조절에 대한 부정적 신념으로 분류하였다. 섭식장애 신념척도의 탐색적 요인 분석 결과는 원래의 요인 구조와 다소 다른 구조를 보였다. 본 연구와 선행연구의 차이점은 본 연구대상인 여대생들이 서구와는 다소 문화적, 사회적 차이를 가지고 있기 때문에 나타난 결과로 판단된다.

신뢰도를 알아보기 위해 내적 일치도 Cronbach's  $\alpha$  계수를 산출한 결과, 전체 문항의 경우, .81로 나타났다. 비만에 대한 타인관점 부정적 신념은 .76, 체중증가에 대한 부정적 신념은 .85, 감정조절에 대한 부정적 신념은 .79, 문항 총점은 .77로 대체로 양호하게 나타났다. 섭식장애 신념척도의 검사-재검사 신뢰도 산출 결과는 비만에 대한 타인관점 부정

적 신념은  $r=.74$ , 체중증가에 대한 부정적 신념은  $r=.84$ , 감정조절에 대한 부정적 신념은  $r=.77$ , 문항 총점은  $r=.75$ 로 나타났다.

섭식장애 신념척도의 공존타당도를 살펴보기 위하여 섭식장애를 측정하는 섭식장애척도(Ganer, David, Marion, & Olmstead, 1983)와의 관련성을 살펴봄으로써 비만에 대한 타인관점 부정적 신념은 마르고 싶은 욕구에서 가장 높은 상관을 보였고 체중증가에 대한 부정적 신념은 마르고 싶은 욕구와 가장 높은 상관을 보였고 감정조절에 대한 부정적 신념은 폭식과 무력감, 성장에 대한 공포와 가장 높은 상관을 보였다. 섭식장애 신념척도의 하위 척도 간 차이가 나타나는 것은 인지치료적 접근에서 보다 중점적으로 다루어야 할 주제를 시사할 수 있다. 예를 들어, 비만에 대한 타인관점 부정적 신념(예, “똥똥하다면, 대부분의 사람들이 나를 비웃고 창피를 줄 것이다.”)은 비만에 대한 관점을 함께 이야기함으로써(예, “똥똥한 사람에 대해서 어떻게 생각하세요?”, “당신의 친구 중에 똥똥한 사람이 있나요?” 등) 구체적으로 평가할 수 있다. 환자의 신체적 변화(예, 체중증가)에 대한 다른 사람의 반응을 살펴봄으로써 환자의 신념이 과장되었고 근거가 없다는 것을 알 수 있도록 도와줄 수 있을 것이다. 비슷하게, 체중증가에 대한 부정적 신념(예, “내 몸무게가 늘었다는 것은 실제로 내 몸무게가 늘어났다.”)은 세션 내에서 체중을 재기 전에 자신의 몸무게를 예측해 보도록 내담자에게 묻는 것으로 검증될 수 있다. 그 결과로 환자는 신체적 감각과 정서적 감정이 체중 변화에 신뢰할 수 없는 정보임을 배울 수 있도록 한다. 또한, 감정조절에 대한 부정적 신념(예, “내가 속으로 어떻게 느끼는지를 말한다면,

사람들은 나를 거부할 것이다.”)은 환자가 다른 사람이 자신을 거절할 것이라는 기대가 확실하지 않다는 것을 테스트 할 수 있도록, 환자가 느끼기에 가까운 사람과 개인적인 이야기를 하도록 격려함으로써 치료에 적용할 수 있다. 이렇게 인지치료에 적용할 수 있을 뿐 아니라 변화 정도를 관찰해 인지치료 사전-사후 평가에 사용할 수 있을 것으로 기대된다.

Young의 도식 질문지의 18개의 하위 도식들과의 상관분석을 실시하여 섭식장애의 신념과 도식 간의 관계를 통해 근거타당도를 살펴보았다. 섭식장애 신념척도의 하위 신념 척도와 섭식장애 신념척도 총점이 모두 부적응 도식과 유의미한 관련성을 보였다. 한 섭식장애의 신념과 좀 더 밀접하게 관련성을 보이는 특정 도식을 파악하기 위하여 3가지 신념척도를 종속변인으로 하고, 18가지 초기 부적응 도식을 예언변인으로 하여 단계적(stepwise) 방식의 중다회귀 분석을 실시하였다. 그 결과, 각 요인에 대하여 1~5가지 도식이 서로 다르게 관련성을 보였다.

먼저 섭식장애 신념척도의 총점에 영향을 미치는 도식으로는 부정성/비관주의, 정서적 결핍, 복종, 융합/미발달된 자기, 정서적 억제 순서로 유의미한 것으로 나타났고 비만에 대한 타인관점 부정적 신념에 영향을 미치는 도식은 정서적 결핍, 승인/인정추구, 부정적 비관주의, 정서적 억제, 부족한 자기통제/자기훈련 변인 순으로 유의미한 것으로 나타났다. 체중증가에 대한 부정적 신념에 영향을 미치는 도식으로는 부정성/비관주의 도식이 유의미하게 나타났고 감정조절에 대한 부정적 신념에 영향을 미치는 도식은 복종, 부정성/비관주의, 의존/무능감, 정서적 억제의 순으로 유의미하게 나

타났다. 이는 선행연구에서 섭식장애 환자가 초기 부적응 도식 중 유기, 정서적 결핍, 결합/수치심이 높은 점수를 보였고(Waller, 2000) 섭식행동척도에서 높은 점수를 보이는 집단에서, 의존, 정서적 결핍, 정서적 억제, 부족한 자기 통제, 불신/학대, 복종, 사회적 고립, 엄격한 기준, 위협에 대한 취약성의 도식이 섭식행동과 밀접한 관련이 있음을 발견한 연구(Waller, Dickson, & Ohanian, 2002)와 유사한 결과로 나타났다. 본 연구에서 섭식장애 신념 척도는 섭식장애가 지니고 있는 핵심 신념(core beliefs)을 반영하는 결과라고 할 수 있었다. 섭식장애의 부정적 신념과 Young의 초기 부적응 도식 간에 정적 상관을 보여 섭식장애에서 인지적 접근이 중요하다는 것을 확인할 수 있었다.

본 연구의 제한점과 후속연구를 위한 제언은 다음과 같다. 첫째, 본 연구에서는 일반인을 대상으로 섭식장애 신념척도의 신뢰도와 타당도를 확인하였기 때문에 섭식장애 환자들을 대상으로 신뢰도와 타당도를 확인할 필요가 있다. 둘째, 원칙도 개발과정을 따라 탐색적 요인분석만을 시행하였으므로, 차후 확인적 요인분석이 추가될 필요가 있다. 셋째, 원칙도를 보존한다는 면에서 번안 시 단어사용을 다시 한 번 정제하는 과정 및 역번역 과정이 추가되면 좋겠다. 넷째, 현재 섭식장애 신념척도는 부정적 가정을 측정하기에는 문항수가 다소 제한적일 수 있어 추후 문항의 수를 추가할 필요가 있다. 다섯째, 우울이나 불안 등 기존의 연구에서 보고된 주요 변인과의 상관연구가 필요하겠다. 마지막으로, 섭식장애에서 신념 및 도식 같은 인지적 변인을 주로 측정하였으므로, 정서 및 행동적 어려움과의 연관성을 추후 좀 더 구체적으로 살펴볼 필요가 있겠다.

## 참 고 문 헌

- 권석만 (2008). 현대이상심리학. 서울: 학지사.
- 김정옥 (2000). 섭식장애. 서울: 학지사.
- 김희연 (2006). 심리도식 가족응집성-적응성 스트레스 취약성과 자살생각의 관련성. 성신여자대학교 대학원 석사학위 논문.
- 박윤선 (2008). 다이어트 경험, 심리도식 및 섭식귀인양식이 섭식문제에 미치는 영향. 계명대학교 대학원 석사학위 논문.
- 박찬섭 (2000). 청소년의 자아개념 및 완벽주의와 섭식장애와의 관계. 원광대학교 대학원 박사학위 논문.
- 유희정, 한오수, 정운진, 김성윤, 김창윤, 이철, 박인호 (1996). 섭식장애자의 심리적 특성. 정신의학, 5(1), 138-144.
- 이민규, 고영택, 이해경, 황을지, 이영호 (2001). 한국판 식태도검사-26(Eating Attitude Test-26: KEAT-26)의 타당화. 정신신체의학, 9(2), 153-163.
- 이민규, 이영호, 박세현, 손창호, 정영조, 홍성국, 이병관, 장필립, 윤애리(1998). 한국판 식태도검사-26(The Korean Version of Eating Attitude Test-26: KEAT-26) 표준화 연구 I : 신뢰도 및 요인분석. 정신신체의학, 6(2), 155-175
- 이정운 (2003). 여대생의 이상식사행동 수준에 따른 심리적, 정서적 특성. 한국심리학회지: 임상, 15(1), 111-124.
- Cooper, M. J. (1997). Cognitive therapy of anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25, 113-145.
- Cooper, M. J. (1997). Cognitive therapy of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Progress, development and future directions. *Clinical Psychology Review*, 25, 511-531.
- Cooper, M. J., Cohen-Tovee, E., Todd, G., Wells, A., & Tovee, M. (1997). The eating disorder belief questionnaire: Preliminary development. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 381-388.

- Cooper, M. J., Rose, K. S., & Turner, H. (2006). The specific content of core beliefs and schema in adolescent girls and low in eating disorder symptoms. *Eating Behaviors, 7*, 27-35.
- Cooper, M. J., Todd, G., & Wells, A. (1998). Content, origins, and consequences of dysfunctional beliefs in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 12*, 213-230.
- Cooper, M. J., Wells, A., & Todd, G. (2004). Cognitive theory of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology, 43*, 1-16.
- Cooper, M. J., Whitehead, L., & Boughton, N. (2004). Eating Disorders. In J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackmann, M. Mueller, & D. Westbrook (Eds.), *Text and guide to behavioural experiments in cognitive therapy* (pp. 267-284). Oxford: Oxford University Press.
- Cooper, P. J. (1995). Eating disorders and their relationship to mood and anxiety disorder. In C. G. Fairburn, & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook* (pp. 159-164). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994) Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders, 16*, 363-370.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A 'transdiagnostic' theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 509-582.
- Ganer, D. M., & Bemis, K. M. (1982). A cognitive behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research, 123*-150.
- Ganer, D. M., Olmstead, M. A., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimension eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders, 2*(2), 15-34.
- Hinrichsen, H., Garry J., & Waller, G (2006). Development and preliminary validation of the testable assumptions questionnaire-eating disorders. *Eating Behaviors, 7*, 275-281.
- Leung, N., & Price, E. (2007). Core beliefs in dieters and eating disordered women. *Eating Behaviors, 8*(1), 65-72.
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research, 19*, 295-321.
- Unoka, Z., Tolgyes, T., & Czobor, P. (2007). Early maladaptive schema and body mass index in subgroups of eating disorders: A differential association. *Comprehensive Psychiatry, 48*, 199-204.
- Vitousek, K. M. (1996). The current status of cognitive-behavioral models of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 383-418). New York: Guilford Press.
- Waller, G., Dickson, C., & Ohanian, V. (2001). Psychometric properties of the long and short versions of the young schema questionnaire: Core beliefs among bulimia and comparison women. *Cognitive Therapy and Research, 25*(2), 137-147.
- Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C., & Osman, S. (2000). Cognitive content among bulimic women. The role of core beliefs. *International Journal of Eating Disorders, 28*, 235-241.
- Waller, G., Kennerley, H. & Ohanian, V. (2005). Schema-focussed cognitive behaviour therapy with the eating disorders. In L. P. Riso, T. du Toit, & J. E. Young (Eds.), *Cognitive schema and core beliefs in psychiatric disorders: A scientist practitioner guide*. New York: American

Psychiatric Association.

Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders: A schema focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, Inc.

Young, J. E. (1991). *Early maladaptive schemas*. Unpublished manuscript.

Young, J. E. (1994). *Young Parenting Inventory*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.

Young, J. E. (1998). *Young Schema Questionnaire: Short form(1st ed.)*. New York: Schema Therapy Institute.

Young, J. E. (1999). *Cognitive Therapy for Personality disorders: A schema-focused approach(rev. ed)*. sarasota, FL: Professional Resources Press.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner Guide*. New York: Guilford Press.

원고접수일: 2014년 12월 2일

논문심사일: 2014년 12월 14일

게재결정일: 2014년 12월 17일

# Validation of the Korean Version of Testable Assumption Questionnaire-Eating Disorders (TAQ-ED) in Female University Students

Se-Jeong Park                      Joong-Kyu Park  
Department of Rehabilitation Psychology  
Daegu University

We developed the Korean Version of Testable Assumption Questionnaire-Eating Disorders(TAQ-ED) originally by Hinrichsen, Garry and Waller(2006). We identified the reliability and validity of TAQ-ED which assess the negative beliefs related with eating disorders. TAQ-ED was administered with Eating Disorders Inventory(EDI) and shortened version of Young Schema Questionnaire(YSQ-S3A) for female undergraduate students(N=589) who lived in Daegu, Korea. Among them, 100 students were conducted TAQ-ED repeatedly after 4 weeks. As a result, Cronbach's  $\alpha$  were .76~.85 and test-retest reliability coefficients( $r$ ) were .75~.84 for total and subscale scores. Factor analysis showed three-factors structure which accounted for 46.3% of the total variance. These results showed some difference with the original questionnaire but three subscale factors were classified into similar pattern. So, negative beliefs about other person's perspective on obesity(23.0%), negative beliefs about weight control(12.2%) and negative beliefs about emotion dysregulation(11.1%) were founded. The results of the correlation analysis between TAQ-ED and EDI were significant( $r=.13\sim.51$ ,  $p<.01$ ). The correlation analysis and multiple regression analysis were conducted with TAQ-ED and YSQ-S3A. The results of the correlation analysis were significant( $r=.09\sim.35$ ,  $p<.01$ ). The results of the multiple regression analysis showed that Eating disorder beliefs were predicted partially by the negativity/pessimism, approval-seeking/recognition-seeking, emotional deprivation, self-sacrifice, subjugation, defectiveness/shame schema. The TAQ-ED can be used as objective instrument for assessing negative beliefs of clients who have eating problems. Finally, several limitations, implications and the necessity of future study were discussed.

*Keywords:* eating disorder, negative belief, early maladaptive schema