

완벽주의에 대한 고찰: 평가와 치료

김 윤 희

서울대학교

서 수 균[†]

부산대학교

본 논문에서는 완벽주의의 개념화와 측정도구의 발전 과정을 살펴보고 완벽주의의 역기능적인 특징과 완벽주의에 대한 주요 치료적 접근을 소개하였다. 완벽주의는 일차원적인 개념에서 다원적인 개념으로 확장되고 정교화 되어 왔으며 최근에는 적응적 완벽주의와 부적응적 완벽주의가 완벽주의의 독립적인 두 차원임이 여러 연구를 통해서 시사되고 있다. 완벽주의 측정에는 다차원적인 척도들이 흔히 사용되고 있으며 완벽주의 척도를 구성하는 요인은 척도에 따라 상당한 차이를 보이고 있어, 아직 완벽주의의 평가적 차원에 대한 합의는 이루어지지 않고 있다. 완벽주의 척도들은 대개 인지, 행동, 대인동기적인 차원을 포함하고 있었다. 완벽주의의 역기능적인 특징으로 인지적인 면에서는 완벽주의와 관련된 비합리적 신념과 인지적 오류에 대해서 살펴보았고, 정서적인 면에서는 완벽주의와 우울 및 불안의 관련성을 위주로 살펴보았다. 완벽주의적인 특징이 두드러지는 정신병리로는 섭식장애와 강박장애를 중심으로 살펴보았다. 완벽주의에 대한 치료적인 접근은 인지행동치료, 정서중심적 치료, 정신역동-대인관계 치료를 중심으로 소개하였다.

주요어 : 완벽주의, 정의, 평가, 치료

[†] 교신저자 : 서수균, 부산대학교 심리학과, 부산광역시 금정구 장전동 산 30
Tel : 051-510-2125, E-mail : sgseo@pusan.ac.kr

“너는 완벽해”라는 말을 들으면 많은 사람이 우쭐해지고 자존감이 올라가는 기분을 느낀다. Burns(1980)의 말처럼, 성취 지향적이고 자기에적인 현대사회에서 완벽하다는 것은 개인이 궁극적으로 도달해야 하는 이상적인 상태이며 성공을 위해서 반드시 추구해야 하는 미덕으로 받아들여지기도 한다. 세계 패션계의 거장 조르조 아르마니는 일에 대한 그의 완벽주의적인 소신을 다음과 같이 밝힌 바 있다. “일의 측면에서 내가 냉정하다는 판단은 옳습니다. 난 실수하는 사람에게 관대하지 못하고 실수를 허용하지 않습니다. 마음에 들지 않는 건 절대 수용하지 않습니다.”(이승수, 2008). 하지만 완벽주의자는 비현실적인 높은 기준으로 인해 쉽게 좌절하고 자기비하감에 빠질 수 있으며, 지금-여기에서 누릴 수 있는 만족감을 외면하고 현실에 대한 수용적인 태도를 갖기 힘들게 하는 등 완벽주의의 병폐 또한 적지 않다. 지나친 완벽주의는 오래전부터 우울증, 강박증, 불안장애, 섭식장애 등의 다양한 심리적 장애를 유발, 유지 및 악화시키는데 기여하는 성격 요인으로 인식되어 왔으며, 상담이나 심리치료에서 치료적 관심을 받아 왔다(Shafran, Cooper & Fairburn, 2002). 이처럼 완벽주의는 적응적인 동시에 부적응적인 특성을 내포하고 있으며, 취약성-스트레스 모델에서 제안하듯이 다양한 스트레스 요인들과 상호작용해서 심리적 불편감과 부적응적인 행동을 초래할 수 있다(Blatt, 1995; Hewitt & Flett, 1993; Hewitt, Flett & Ediger, 1996).

Slaney와 Ashby(1996)도 확인한 바와 같이 사람들은 완벽주의에 대해 양가적인 태도를 가지고 있으며, 이러한 갈등적인 태도는 완벽주의의 적응성과 부적응성에 대한 논란과 건강한 완벽주의와 그렇지 못한 완벽주의에 대한

평가와 논의로 이어져 오늘날 완벽주의에 관한 연구를 더욱 왕성하게 하고 있다(Greenspan, 2000; Hamachek, 1978). 하지만 완벽주의에 대한 많은 관심에도 불구하고 완벽주의의 정의적 속성에 대한 수렴적인 합의나 통일된 개념화는 아직 이루어지지 않고 있으며, 완벽주의에 대한 평가 또한 연구자에 따라 상당한 차이를 보이고 있어 완벽주의와 관련된 연구를 이해하고 보다 발전된 연구를 계획하는데 혼란을 경험하는 일이 많다(Flett & Hewitt, 2002). 특히 완벽주의에 대한 개념적인 이해가 다양한 만큼 완벽주의 평가 척도도 다양해서 연구 결과들이 복잡하고 넓은 범위에 걸쳐 있다. 완벽주의에 대한 많은 연구들이 완벽주의 평가 척도를 개발한 연구자 집단을 중심으로 이루어져 왔으며, 완벽주의 평가 도구의 요인적 속성에 따라 관련 연구의 강조점도 달라져 다양한 완벽주의 관련 연구들을 통합해서 이해하는데 어려움이 있다. 이에 본 연구자들은 완벽주의와 관련된 그 동안의 개념적 정교화나 명료화 과정과 완벽주의 평가 도구의 발전 과정을 고찰해봄으로써, 완벽주의의 정의적 속성에 대한 수렴적인 이해와 관련 연구 결과들에 대한 체계적이고 통합된 이해를 도모하고 완벽주의 관련 연구가 보다 정교화되고 체계화되는데 기여하고자 한다. 또한 완벽주의의 인지, 정서, 행동적인 부적응적인 특성과 함께 완벽주의에 대한 치료적인 관심을 고찰해 봄으로써 완벽주의에 대한 개념적 및 평가적 틀이 치료적 접근에 어떻게 반영되어 활용되고 있는지 살펴보고자 한다. 완벽주의에 대한 이러한 고찰이 완벽주의에 대한 관심을 새롭게 환기시켜주고 더 나아가 완벽주의에 대한 체계적인 이론과 치료모델을 개발하는데 기여할 수 있기를 바란다.

완벽주의에 대한 개념화

많은 연구자가 완벽주의에 대한 정의를 해왔지만, 아직까지 연구자들 간에 합의되어 타당하게 받아들여지는 완벽주의에 대한 정의는 없다(Flett & Hewitt, 2002). 연구자들마다 완벽주의를 조금씩 다르게 정의하고 측정도구도 그에 따라 달라져, 동일한 연구주제 안에서도 연구자들 간에 의사소통에 어려움이 빚어지고 있다.

완벽주의가 처음 관심을 끌기 시작한 것은 상담이나 심리치료 장면의 임상가들이 완벽주의의 부적응적인 특성에 주목하면서 부터이다. 이러한 관심을 반영하듯 완벽주의에 대한 초기 정의는 대부분 완벽주의의 병리적 특성에 초점을 두고 있다(Burns, 1980; Ellis, 1958; Hollender, 1965; Horney, 1950). 1990년대 들어와 완벽주의에 대한 임상적 관찰이 축적되면서 완벽주의에 대한 다차원적 측정도구가 개발되었는데, 이는 완벽주의에 대한 관심을 고취시키고 많은 경험적 연구를 낳게 하는 계기가 되었다(Frost, Marten, Lahart, & Rosenblate, 1990; Hewitt & Flett, 1991a). 이후 경험적인 연구들을 통해서 완벽주의의 적응적인 가치가 새롭게 부각되면서, 최근에는 완벽주의를 적응적 완벽주의와 부적응적 완벽주의로 구분해서 이해하고자 하는 시도들이 많은 연구자들 사이에서 일어나고 있다(남궁혜정, 이영호, 2005; Dunkley, Blankstein, Halsall, Williams, & Winkworth, 2000; Rice, Ashby, & Slaney, 1998; Slaney, Ashby, & Trippi, 1995). 그리고 한편에서는 초창기 연구자들이 관심을 가졌던 병리적 완벽주의에 다시 관심을 두고자 하는 움직임도 일어나고 있으며, 완벽주의의 핵심특성과 관련 특성을 구분해야 한다는 주장도 제기되고 있다(Rhéaume,

Freeston, & Ladouceur, 1995; Shafran et al., 2002).

여기서는 연구자들 사이에서 완벽주의가 개념적으로 어떻게 이해되어 왔는지를 소개하고자 한다. 먼저 일부 연구자들의 완벽주의에 대한 구체적인 정의들을 소개하고 이어서 완벽주의에 대한 다차원적인 이해와 그와 관련된 경험적인 연구들을 살펴보았다. 끝으로 완벽주의를 적응적인 것과 부적응적인 것으로 구분할 필요성을 시사하는 연구들을 소개하였다.

완벽주의에 대한 정의

완벽주의는 학자에 따라 조금씩 달리 정의되어 왔다. 이를 대략적으로 열거해 보면 다음과 같다. Horney(1950)은 완벽주의를 “당위성의 폭정(the tyranny of the shoulds)”이라고 하였으며, Hollender(1965)는 “상황이 요구하는 것 이상의 높은 수준의 수행을 자신이나 타인에게 요구하는 것”이라고 정의하였다. Burns(1980)은 완벽주의자를 “도달할 수 없는 높은 기준을 설정하고, 그 기준을 달성하도록 스스로를 강박적으로 밀어 붙이며, 자신의 가치를 전적으로 생산성과 성취에 기반 하여 평가하는 사람들”이라고 보았다. Frost 등(1990)은 완벽주의란 “지나치게 높은 기준을 설정하고 그에 따라 자신을 가혹하게 비판하는 것”이라고 정의하였다. Obsessive Compulsive Working Group은 완벽주의를 “모든 문제에 완벽한 해결책이 존재할 것이라고 믿는 경향성, 즉 무엇인가를 완전무결하게 하는 것이 가능할 뿐 아니라 반드시 그렇게 해야 하며, 작은 실수도 심각한 결과를 가져올 것이라고 생각하는 경향성”이라고 정의하였다(OCCWG, 1997). 완벽주의에 대한 이러한 정의 속에는 비현실적으로 높은 기

준, 기준 도달에 대한 경직된 열망, 비판적으로 편향된 자기평가 과정 등과 같은 부적응적인 인지과정이 내포되어 있어, 사실상 완벽주의에 대한 이들의 정의는 부적응적인 혹은 병리적인 완벽주의에 대한 것이라고 해도 과언이 아니다. 최근에 Shafran 등(2002)은 이러한 병리적인 완벽주의를 임상적 완벽주의라 일컫고, 이를 “적어도 하나 이상의 특별한 영역에서 스스로가 세운 기준에 도달하기 위해서, 혐오적인 결과에도 불구하고 강력하게 추구하며, 그 결과에 따라 자기를 전적으로 평가하는 것”이라고 정의하였다.

이에 비해 Hamachek(1978)는 정상적인 완벽주의와 신경증적 완벽주의를 구분하여 정의하였다. 그에 따르면 정상적인 완벽주의자는 노력하는 과정에서 얻는 기쁨의 가치를 중요시하고, 완벽하지 않더라도 그 상황을 수용할 수 있는 사람이다. 이들도 인정받고 싶은 욕구는 강하지만, 이들은 인정에 대한 욕구보다 자신을 향상시키고자 하는 욕구에 의해 행동이 동기화 된다. 반면에 신경증적인 완벽주의자는 여간해서는 만족하기 어렵고 새로운 일을 하기 전에 불안이나 혼란스러움을 느끼는 경향성이 있으며, 뛰어나고자 하는 욕구뿐만 아니라 실패에 대한 두려움이 행동을 동기화시킨다.

Hamachek(1978)의 입장을 제외하면 완벽주의에 대한 대부분의 정의는 완벽주의의 부적응적인 특성에 초점을 두고 있으며 완벽주의를 단일 차원의 구성개념으로 이해하고 있다. 완벽주의에 대한 단일 차원의 개념적 이해는 그에 부합하는 완벽주의 측정도구의 개발로 이어졌으며, 이에 대한 소개는 본 논문의 완벽주의에 대한 평가 단락에서 자세히 다루었다.

완벽주의에 대한 다차원적 접근

1990년대 초 몇몇 연구자들을 중심으로 완벽주의의 구성개념을 다차원적으로 이해하려는 시도가 있었다(Frost et al., 1990; Hewitt & Flett, 1991a). 이는 다차원적인 완벽주의 측정도구의 개발로 이어졌고 완벽주의에 대한 많은 경험적 연구를 촉발시켰다. 완벽주의에 대한 다차원적인 이해는 그 동안 완벽주의를 부적응적인 성격특질로만 편협 되게 보아왔던 임상가와 연구자에게 완벽주의에 대한 유연한 태도와 안목을 갖게 해주었으며 적응적인 완벽주의의 존재 가능성에 관심을 갖게 하는 계기가 되었다.

완벽주의에 대한 다차원적 접근은 다차원적 완벽주의 척도의 개발과 함께 시작되었다고 해도 과언이 아니다. 여기서는 대표적인 두 가지 다차원적 완벽주의 척도와 관련된 연구를 중심으로 소개하고자 한다. Frost 등(1990)은 개인적 특성 측면에서, Hewitt과 Flett(1991a)은 대인관계적 측면에서 각각 다차원적 완벽주의 척도를 제작하였다. 이후 완벽주의에 대한 연구들은 주로 이 두 개의 척도에 의해 주도되어 왔다. Frost 등(1990)은 자신들의 임상경험과 문헌 조사를 통해서 완벽주의자의 공통된 특징 6가지를 확인하였으며, 이를 근거로 6개 요인의 다차원적 완벽주의 척도(Multidimensional Perfectionism Scale: 이하 FMPS)를 개발하였다. FMPS는 실수나 실패에 대한 다양한 두려움과 부정적인 생각을 반영하는 ‘실수에 대한 염려(Concern over Mistakes)’, 과도하게 높은 기준을 세우는 경향을 반영하는 ‘개인적 기준(Personal Standards)’, 부모가 자신에게 높은 기대를 갖고 있다는 지각을 반영하는 ‘부모의 기대(Parental Expectations)’, 부모가 지나치게 비판적이라는 지

각을 반영하는 ‘부모의 비난(Parental Criticisms)’, 수행의 질에 대한 의심 경향을 반영하는 ‘행동에 대한 의심(Doubts about Action)’, 질서와 정리정돈에 대한 선호를 반영하는 ‘조직화(Organization)’ 등의 6개 요인으로 구성되어 있다. Frost 등(1990)은 이 중 조직화 요인은 다른 다섯 요인과 낮은 상관을 보여 전체 점수에 포함시키지 않기를 제안하였다.

Hewitt과 Flett(1991a)은 완벽주의의 차원을 완벽주의자의 행동적 특성으로 구분하지 않고, 누가 완벽하기를 바라는지와 누가 완벽해지라고 했는지에 따라 모두 3차원으로 구성된 다차원적 완벽주의 척도(Multidimensional Perfectionism Scale: 이하 HMPS)를 개발하였다. HMPS의 ‘자신에 대한 완벽주의(self-Oriented Perfectionism: 이하 SOP)’ 차원은 자신에게 높은 기준을 세우고 자기의 행동을 엄격하게 평가하고 비판하는 경향을 반영하며, ‘타인에 대한 완벽주의(Other-Oriented Perfectionism: 이하 OOP)’ 차원은 배우자나 자녀 같은 중요한 타인에게 높은 기준을 적용하고 다른 사람의 행동을 엄격하게 평가하는 경향을 반영한다. ‘사회적으로 부과된 완벽주의(Socially Prescribed Perfectionism: 이하 SSP)’ 차원은 중요한 타인이 자신에 대해서 높은 기준을 가지고 자기를 엄격하게 평가하고 있으며 그 기준을 충족시키지 않으면 자기를 거부할 거라는 신념과 지각을 반영하고 있다.

FMPS와 HMPS를 이용하여 많은 경험적인 연구들이 이루어졌다. 이에 대해서 간략히 소개하면 다음과 같다. 먼저 FMPS에 대한 여러 연구 결과를 종합해 보면, 6개의 하위 차원 중 특히, 실수에 대한 염려와 행동에 대한 의심이 여러 부적응적 행동과 관련된 것으로 나타났다. 실수에 대한 염려와 행동에 대한 의심

은 강박증상이나 사회불안과 정적 상관을 보였으며, 우울증상과도 강한 정적 상관을 일관되게 보였다(Frost et al., 1990; Juster, Heimberg, Frost, Holt, Mattia, & Faccenda, 1996). 반면, 개인적 기준은 자기효능감과 정적 상관을 보이고 지연행동과는 부적 상관을 보여, 긍정적인 성취경험과 관련이 있어 보였다. 다음으로 HMPS에 대한 연구를 살펴보면, 세 하위척도 중에서 SPP가 심리적인 부적응과 가장 높은 관련성을 일관되게 보였다. SPP는 고독감, 수줍음, 부정적인 평가에 대한 두려움, 낮은 사회적 자존감, 우울감과 관련이 있었다(홍석인, 현명호, 2007; Flett, Hewitt, & DeRosa, 1996). 반면, SOP와 OOP는 생활 스트레스나 부적응적인 대처와 상호작용할 때만 부적응과 관련이 있었다(Hewitt & Dyck, 1986; Hewitt, Mittelstaedt, & Wollert, 1989). 상관연구에 따르면 SPP는 부정적 정서와는 정적 상관을 보였지만 긍정적 정서와는 관련성을 보이지 않았다(최옥영, 1998; Chow, 2002; Enns & Cox, 1999; Flett, Davis, & Hewitt, 2003; Frost, Heimberg, Holt, Mattia, & Neubauer, 1993). 하지만 SOP는 일관된 결과를 보이지 않았는데, 일부 연구에서는 SOP가 긍정적 정서와는 정적 상관을 보이지만 부정적 정서와는 상관을 보이지 않는가 하면 다른 연구에서는 SOP가 우울과 정적 상관을 보이기도 하였다(김현정, 손정락, 2006; 문경, 1998; 이미화, 류진혜, 2002; 한기연, 1993; 홍석인, 현명호, 2007; Flett, Hewitt, Blankstein, & Mosher, 1995; Flett, Hewitt, Blankstein, & O'Brien, 1991). 다만 개인이 성취 스트레스 자극을 경험하고 있을 때는 SOP가 우울을 예언해 주는 취약성 요인임을 시사하는 연구가 일관되게 보고되고 있다(Hewitt & Flett, 1993; Hewitt, Flett, & Ediger, 1996).

Campbell과 Di Paula(2002)는 SPP와 SOP 하위 척도에 대한 요인분석을 통해서 이 두 하위 척도와 심리적 특성의 관련성을 보다 정교하게 제안한 바 있다. 이들의 연구에 따르면 SPP는 조건적 수용(Conditional Acceptance: CA)과 타인의 높은 기준(Others' High Standards: OHS)이라는 두 요인으로 나뉘어졌다. 전자는 타인에게 수용되고 타인의 사랑을 받으려면 높은 성취를 이루어야 한다는 믿음을 의미하고, 후자는 타인이 자기에게 높은 기준이나 기대를 가지고 있을 것이라는 믿음을 의미하는 문항으로 구성되어 있다. CA는 우울, 신경증, 부정적 정서, 불안정한 목표지향성 등과는 정적 상관을 보인 반면에 자존감, 외향성, 호의성, 성실성, 개방성, 정적 정서, 자기개념 명료성 등과는 부적 상관을 보였다. OHS는 우울과만 경등도의 정적 상관을 보였으며 부적상관은 호의성과만 경등도 수준을 보였다. 이러한 결과는 SPP가 부적응적인 완벽주의 차원임을 시사하는 이전 연구 결과가 대부분 SPP의 CA 차원에 기인한 것이었음을 짐작케 한다. SOP는 완벽해지는 것의 중요성(Importance of Being Perfect: IBP)과 완벽주의적인 노력(Perfectionistic Striving: PS)이라는 두 요인으로 나뉘어졌다. IBP는 성실성과 정적 상관을 보였으며 자존감과 경등도의 부적 상관을 보였다. PS는 자존감, 외향성, 성실성, 정적정서, 자기개념명료성 등과 정적 상관을 보였으며 우울, 신경증, 부정적정서, 불안정한 목표지향성 등과는 부적 상관을 보였다. 이는 SOP의 두 차원 중에서 PS가 특히 적응적인 완벽주의 차원임을 시사해 준다.

완벽주의에 대한 다차원적인 이해는 완벽주의에 대한 관심을 새롭게 하고 경험적인 연구를 촉진시키는데 많은 기여를 하였다. 하지만 다차원적인 접근이 완벽주의의 구성개념을 필

요 외로 확장시켜 완벽주의의 핵심 특성에 대한 관심을 소홀하게 만들었다는 비판도 받고 있다(Rh eume et al., 1995). 다차원적 완벽주의 척도는 완벽주의의 핵심 특성과 완벽주의의 관련 특징을 구별하고 있지 않다. Rh eume 등(1995)에 따르면, FMPS의 행동에 대한 의심 차원은 완벽주의와 관련된 특징으로 볼 수 있으며, 부모의 기대/비난 역시 완벽주의의 발달적 측면을 반영하는 것으로 완벽주의의 핵심 특성으로 보기는 어렵다. 또한 Shafran 등(2002)은 HMPS의 OOP와 SPP가 모든 완벽주의자가 공통적으로 갖는 핵심 특성이라고 보기는 어렵다고 주장한 바 있다. 이와 같이 다차원적 완벽주의 척도에서는 완벽주의의 구성 개념을 지나치게 확장시켜 이해함으로써, 연구 결과에 대한 해석과 완벽주의에 대한 이해 또한 그만큼 복잡해지고 어려워졌다. 다차원적 완벽주의 척도의 하위 차원에 따라 달리 나오는 연구결과들을 완벽주의라는 한 울타리 안에서 어떻게 통합시켜 이해할지, 그리고 완벽주의의 본질적인 특성과 비본질적인, 즉 관련 특성을 어떻게 구분할지가 이후 연구자들이 풀어야 할 과제로 남게 되었다.

적응적/부적응적 완벽주의

FMPS와 HMPS를 이용한 경험적 연구 결과를 살펴보면, 적응성-부적응성 기준에 따라 완벽주의 하위 차원들이 일관되게 나누어짐을 알 수 있다. 구체적으로 HMPS의 SOP와 FMPS의 개인적 기준 차원은 적응적인 특성과 관련성이 높은 반면에, HMPS의 SPP와 FMPS의 실수에 대한 염려 차원은 부적응적인 특성과 특히 높은 관련성을 보였다. 이러한 양상은 HMPS와 FMPS의 모든 차원을 대상으로 요인 분석을

실시하였을 때도 동일하게 나타났다(Frost, et al., 1993). 이후 여러 연구자들 사이에서 완벽주의의 다차원적 척도를 기능적-역기능적 완벽주의, 혹은 적응적-부적응적 완벽주의로 양분하려는 시도가 계속되고 있다(남궁혜정, 이영호, 2005; Dunkley et al., 2000; Rice et al., 1998; Slaney et al., 1995). 완벽주의를 적응-부적응이라는 이차원으로 구분하려는 시도는 크게 두 가지 흐름으로 나타났는데, 그 중 하나는 FMPS와 HMPS의 완벽주의 차원을 요인분석 같은 방법을 이용해서 재구성함으로써 완벽주의를 이차원으로 재개념화하려는 시도이고, 다른 하나는 기존의 다차원적 완벽주의 척도를 이용하지 않고서 완벽주의를 이차원으로 양분해서 보고자 하는 시도이다.

먼저 FMPS와 HMPS의 모든 차원을 대상으로 부적응성의 여부에 따라 재개념화를 시도한 연구들을 살펴보도록 하겠다. Frost 등(1993)은 FMPS의 6개 하위 차원과 HMPS의 3개 하위 차원을 합쳐서 9개의 하위 차원에 대해서 요인분석을 실시하였으며, 그 결과 2요인 구조가 명확히 나타났다. 첫 번째 요인은 부적응적인 측면과 관련되는 요인으로, 실수에 대한 염려, 부모의 비난, 부모의 기대, 행동에 대한 의심, SPP 차원이 포함되었다. Frost 등(1993)은 이 요인을 ‘부적응적 평가 염려(maladaptive evaluation concern)’라고 일컬었다. 두 번째 요인에는 개인적 기준, 조직화, SOP, OOP 차원이 포함되며 ‘긍정적 성취 욕구(positive striving need)’라 이름 지었다. Slaney 등(1995)이 APS(Almost Perfect Scale) (Slaney & Johnson, 1995)를 포함시켜서 요인분석을 했을 때도 긍정적 차원과 부정적인 차원이라는 두 요인이 확인되었다. 이후의 다른 연구들에서도 적응적 및 부적응적 완벽주의라는 완벽주의의 이차원 구조는 일관되게 확인되었

다(남궁혜정, 이영호, 2005; Rice et al., 1998).

Dunkley 등(2000)은 이전의 연구 결과를 바탕으로 ‘평가 염려 완벽주의(evaluative concerns perfectionism)’와 ‘개인 기준 완벽주의(personal standards perfectionism)’라는 두 가지 완벽주의 차원을 제안하였다. 평가 염려 완벽주의에는 HMPS의 SPP 차원, FMPS의 실수에 대한 염려, 수행에 대한 의심 차원이 포함되었으며, 개인 기준 완벽주의에는 HMPS의 SOP 차원, FMPS의 개인적 기준 차원이 포함되었다. 평가 염려 완벽주의자는 타인의 부정적인 평가에 대한 두려움을 보이는 사람들로, 타인이 자신에게 비현실적으로 높은 기대를 갖고 있으며 이를 충족시키지 못할 경우 자신을 가혹하게 비판할 것이라고 생각한다. 또한 자신이 실수하거나 실패하면 타인이 자신을 거절하거나 존중하지 않을 것이라는 두려움도 갖고 있다. 이들은 부정적 정서를 더 잘 경험하며, 자기가치감이 취약하다. 반면에 개인 기준 완벽주의자는 높은 기준과 목표를 스스로 세워 갖고 있지만 타인의 인정이나 부정적 평가에 대한 두려움이 크지 않다. Dunkley 등(2000)은 개인 기준 완벽주의 자체는 부적응적인 특성이 아니며, 평가 염려 완벽주의가 부적응과 관련성이 높은 이유는 그것의 자기 비난적인 속성 때문이라고 주장하였다.

다음으로 기존의 다차원적 완벽주의 척도를 이용하지 않고 독립해서 완벽주의를 두 개의 차원으로 양분해서 보고자 하는 시도들이 있었다. Rhéaume 등(1995)이 완벽주의 질문지(Perfectionism Questionnaire: PQ)를 개발하고 이 측정도구를 이용해서 기능적 완벽주의자와 역기능적 완벽주의자를 구분하였으며, Terry-Short, Owens, Slade와 Dewey(1995)는 긍정적/부정적 완벽주의 척도(Positive and Negative Perfectionism

Scale: PNPS)를 개발하여 긍정적 완벽주의와 부정적 완벽주의에 대한 행동주의적인 개념적 구분을 시도하였다.

이상에서와 같이 완벽주의는 적응적 완벽주의와 부적응적 완벽주의로 구분될 수 있는데, 관련 연구 결과를 종합해보면 다음과 같다. 첫째, 완벽주의에 대한 초기 정의에서 강조되었던 높은 기준은 부적응과 직접적인 관련성이 없었다. 오히려 높은 기준 설정은 적응적인 특징과 관련성을 보이기도 하여, 완벽주의의 특성 중 적응적인 특성일 가능성이 시사되었다. 둘째, 자신에 대한 비판적인 평가가 부적응적인 완벽주의의 주된 특징으로 시사되었다. 지나치게 비판적이고 부정적인 자기평가는 수행 수준과 개인적인 기준 간의 불일치 지각을 높이고 타인에게 인정받지 못하고 수용되지 못할 거라는 두려움을 일으켜 다양한 심리적 불편감과 대인 관계적 어려움을 초래하는 것으로 여겨진다. Alden, Ryder와 Mellings (2002)가 제안한 완벽주의에 대한 2요인 모델에서도 높은 기준과 부정적인 자기평가는 완벽주의의 본질적인 특성으로 강조되고 있다. 이들은 수행기대(Performance Expectations)와 부적응적인 자기평가(Maladaptive Self-appraisal)를 완벽주의의 두 요인으로 제안하였는데, 수행기대는 완벽주의에 대한 고전적인 정의에서 강조하는 높은 기준과 유사한 개념이며 부적응적인 자기평가는 Frost 등(1993)이 제안한 부적응적인 평가 염려 요인과 유사하다. 수행기대가 높지만 부적응적인 자기평가가 낮은 사람은 정상적인 완벽주의자에 해당되고 수행기대와 부적응적인 자기평가가 모두 높은 사람은 신경증적 완벽주의자에 해당된다고 볼 수 있다 (Hamachek, 1978). 이 모델에 따르면 높은 기준의 부적응성은 부적응적인 자기평가 정도에

따라 결정된다. 셋째, 부적응적인 완벽주의자는 외부의 기대와 타인의 인정 같은 외적인 요인에 의해 행동이 동기화되는 반면에, 적응적인 완벽주의자는 성취감 같은 개인의 내적 요인에 의해 동기화되는 경향이 강한 것으로 시사된다.

이 단락을 끝내기 전에 적응적 혹은 건강한 완벽주의라는 개념의 타당성에 대해서 이의를 제기한 Greenspan(2000)의 입장을 간략히 소개하고자 한다. 그에 따르면 완벽한 수행이란 그 자체가 도달하기가 거의 불가능한 것이기에, 건강한 완벽주의라는 표현은 성립이 안되는 모순된 단어의 조합이다. 완벽주의자는 자기향상을 위해서 끊임없이 노력하지만 만족할 줄 모르기 때문에 완벽주의는 본질적으로 건강하지 못한 성격특질이다. 그는 완벽주의를 잘하고 뛰어나고자 하는 열망이 높은 것과 구별해야 한다고 강조하고 있다. 완벽주의의 본질적인 특징은 뛰어나고자 하는 열망이 아니라 조건적인 자기수용 태도로, 타인에게 인정받고 수용되기 위해서는 완벽하게 잘 해야 한다는 신념이 부적응을 초래한다. Hollender(1965)는 완벽주의자는 완벽한 성취를 통해서 자기애적인 만족을 얻고자 하는 것이 아니라 타인의 인정을 얻고자 하는 것이라고 보았으며, Greenspan (2000)은 완벽주의자가 완벽해지려고 노력하는 것은 성취의 기쁨 때문이 아니라 타인의 사랑을 얻거나 한 인간으로 수용되고 세상에 대한 질서감을 유지하기 위해서라고 보았다. 이런 관점에 따르면, 완벽주의를 치료하기 위해서 무엇보다 중요한 것은 개인이 무조건적으로 온전히 수용되는 느낌을 체험적으로 발달시키고 이를 안정적으로 지속해서 간직할 수 있게 해주는 것이다. 이는 인간중심적인 심리치료 접근에서 강조하는 치료 전략이기도 하다.

평가 척도

Burns의 완벽주의 척도(Burns Perfectionism Scale: 이하 BPS)(Burns, 1980)를 시작으로 해서 지금까지 다양한 완벽주의 척도가 개발되어 사용되고 있다. 최근으로 올수록 완벽주의에 대한 개념화가 정교화되고 있으며, 그에 따라 완벽주의 척도의 요인수와 문항수도 증가하는 경향을 보인다. BPS, 섭식장애질문지의 완벽주의 하위척도(Eating Disorders Inventory-Perfectionism: 이하 EDI-P)(Garner, Olmstead, & Polivy, 1983), 신경증적 완벽주의 질문지(Neurotic Perfectionism Questionnaire: 이하 NPQ)(Mitzman, Slade, & Dewey, 1994)는 완벽주의를 단일차원의 부적응적인 성격특질로 보고 평가하고 있다. 그에 비해 90년대 들어서 개발된 FMPS(Frost et al., 1990), HMPS(Hewitt & Flett, 1991a), APS(Slaney et al., 1995), APS-R(Slaney, Kenneth, Rice, Mobley, Trippi, & Ashby, 2001), 완벽주의 질문지(Perfectionism Inventory: 이하 PI)(Hill, Huelsman, Furr, Kibler, Vicente, & Kennedy, 2004) 등은 완벽주의를 셋 이상의 요인으로 구성된 다차원적인 구성개념으로 이해하고 평가하는 대표적인 다차원적 완벽주의 척도들이다. PNPS(Terry-Short et al., 1995), PQ(Rhéaume et al., 1995), 이차원 완벽주의 척도(Two-dimensional Perfectionism Scale: 이하 TPS)(남궁혜정, 이영호, 2005)는 완벽주의를 적응적인 것과 부적응적인 것, 혹은 기능적인 것과 역기능적인 것으로 양분해서 보고 있다. 각 척도의 특징과 한계에 대해서 간략히 소개하면 다음과 같다.

일차원적 완벽주의 척도들

BPS는 임상적 우울 및 불안과 관련된 자기

패배적인 태도를 측정하기 위해서 고안된 역기능적 태도 척도(Dysfunctional Attitude Scale)(Weissman & Beck, 1978)에서 10문항을 발췌해서 만들어졌다. BPS가 병리적인 완벽주의를 평가하기 위해서 간편하게 사용할 수 있는 도구이긴 하지만, 임상집단을 대상으로 그 신뢰도와 타당도가 아직 제대로 검증되지 못했다는 비판을 받고 있다(Enns & Cox, 2002). EDI-P는 섭식장애의 행동적 특징을 측정하는 섭식장애질문지의 한 하위척도로 6문항으로 구성되어 있으며 섭식장애자가 보이는 완벽주의적 특징을 평가하고 있다. Joiner와 Schmidt(1995)의 연구에 따르면, EDI-P의 6문항 중 반은 HMPS의 SOP 차원을 반영하며 나머지 반은 SPP 차원을 반영하고 있었다. EDI-P는 병리적인 완벽주의를 포괄적으로 측정하기에는 문항수가 적어 섭식장애를 제외한 다른 임상장면에서는 거의 사용되지 않고 있다. NPQ는 부적응적인 완벽주의를 측정하는 단일차원의 척도로 42문항으로 구성되어 있으며, 섭식장애자를 대상으로 흔히 사용되고 있다. 하지만 NPQ는 많은 문항 수를 가지고 단일차원의 완벽주의를 측정하고 있어 경제적이지 못하다는 비판을 받고 있다(Enns & Cox, 2002).

최근에 Shafran 등(2002)이 완벽주의에 대한 인지행동적인 분석을 제안하면서 임상적 완벽주의라는 이름으로 병리적 완벽주의를 새롭게 정의한 바 있다. 임상적 완벽주의는 병리적 완벽주의에 초점을 둔 일차원적 정의로 볼 수 있으며, 임상적 완벽주의를 측정하고자 임상적 완벽주의 질문지(Clinical Perfectionism Questionnaire)가 소수의 연구자들에 의해 활용되고 있다(Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003; Riley, Lee, Cooper, Fairburn, & Shafran, 2007). 또한 완벽주의가 그 동안 자기보고형 도구에만 제한되어

있던 것에서 벗어나 타인이 면접을 통해 평정하는 도구도 개발 중에 있는데, 임상적 완벽주의 검사(Clinical Perfectionism Examination)가 그것이다(Riley et al., 2007)

다차원적 완벽주의 척도

완벽주의를 다차원적으로 이해하고 포괄적으로 평가하기 위해서 개발된 척도 중에서 가장 활발히 사용되고 있는 척도는 FMPS와 HMPS이며 그 뒤를 이어서 최근 들어 활발히 사용되고 있는 척도로는 APS-R를 들 수 있다. FMPS와 HMPS 모두 완벽주의의 다차원성을 전제로 하지만, 앞에서 소개한 바와 같이 완벽주의의 하위 요인을 개념적으로 구분하는 방식에서는 상당한 차이를 보이고 있다. FMPS와 HMPS는 각각 현진원(1992)과 한기연(1993)에 의해 번안되어 국내에서 사용되고 있다. FMPS와 HMPS가 완벽주의를 포괄적으로 측정하고는 있지만 완벽주의의 핵심적 특성과 완벽주의와 관련된 특성을 구분하지 않고 있다는 비판을 받고 있으며, 이와 관련해서는 앞에서 이미 소개한 바 있다.

APS는 부정적으로 편향되지 않은 완벽주의를 측정하고자 개발된 척도로, 기준/질서, 관계어려움, 꾸물거림, 불안이라는 4개의 하위척도로 구성되어 있으며 이 중에서 기준/질서를 제외한 세 하위척도는 완벽주의의 부적응적 측면을 반영하고 있다(Slancy & Johnson, 1992). APS의 기준/질서 하위척도는 HMPS의 SOP, FMPS의 조직화 척도와 가장 밀접한 관련성을 보였으며, APS의 불안과 꾸물거림 하위척도는 FMPS의 행동에 대한 의심 하위척도와 강한 정적 상관을 보였다. APS의 관계어려움, 꾸물거림, 불안 요인이 완벽주의에 특정한 요인이

아닐 수 있으며, 특히 관계어려움은 완벽주의자와 비완벽주의자를 타당하게 변별하지 못한다는 비판을 받았다(Enns & Cox, 2002; Johnson & Slaney, 1996).

Slancy 등(2001)은 기존의 다차원적 완벽주의 척도의 제한점을 지적하고 이를 보완하는 새로운 척도로 APS-R을 개발했다. 이들은 기존의 다차원적 완벽주의 척도가 적응적인 차원과 부적응적인 차원을 반영하는 하위척도들로 구성되어 있기는 하지만 많은 하위척도들이 완벽주의의 정의적 속성을 반영하기 보다는 완벽주의의 발생학적인 원인, 완벽주의와 밀접히 관련된 특징, 완벽주의의 결과 등을 반영하고 있다고 보았다. HMPS의 SPP와 HMPS의 부모의 기대와 부모의 비난 하위척도는 완벽주의의 원인으로 볼 수 있고 FMPS의 실수에 대한 염려와 행동에 대한 의심, APS의 불안, 꾸물거림, 관계어려움 등의 하위척도는 완벽주의로 인한 결과로 볼 수 있다(Slancy et al., 2001). Slancy 등(2001)은 APS에서 불안, 관계어려움, 꾸물거림 하위척도를 빼고 부정적인 완벽주의의 정의적 속성을 반영하기 위한 불일치 하위척도를 포함시켜 높은 기준, 질서, 불일치라는 세 요인으로 구성된 APS-R을 개발하였다. APS-R은 긍정적인 완벽주의 차원으로 높은 기준(High Standards)과 질서(Order)를 포함하고 있으며 부정적인 완벽주의 차원으로 불일치(Discrepancy) 하위척도를 포함하고 있다.

새롭게 포함된 불일치 하위척도는 SPP, SOP, 실수에 대한 염려, 행동에 대한 의심, 부모의 기대, 부모의 비난, 우울, 불안 등과는 정적 상관을, 자존감이나 학교성적과는 부적 상관을 보여 부적응적인 완벽주의를 잘 나타내 주고 있는 것으로 시사되었다. Rice와 Slaney(2002)는 APS-R을 이용한 군집분석을 통해서 대학생 집

단을 적응적인 완벽주의자, 부적응적인 완벽주의자, 비완벽주의자라는 세 집단으로 구분하였다. 적응적인 완벽주의자와 부적응적인 완벽주의자는 높은 기준과 질서 차원에서는 차이가 없었지만 불일치 차원에서 부적응적 완벽주의자가 유의하게 높았다. 비완벽주의자는 완벽주의자에 비해서 높은 기준과 질서 차원에서 낮은 점수를 보였으며 불일치 차원은 적응적 완벽주의자와 부적응적 완벽주의자의 중간 수준을 보였다. 이러한 군집분석 결과는 Mobley, Slaney와 Rice(2005)의 연구에서도 일관되게 지지되었다. 이러한 결과들은 APS-R이 완벽주의자와 비완벽주의자 뿐만 아니라 적응적 완벽주의자와 부적응적 완벽주의자도 명료하게 구분해 주는 도구로 유용하게 활용될 수 있음을 시사해 준다.

APS-R은 완벽주의의 정의적 속성에 충실하면서도 적응적 완벽주의와 부적응적 완벽주의를 쉽게 구분해주고 있다. 특히 이전의 다차원적 완벽주의 척도에 포함되어 있던 완벽주의의 원인과 결과, 관련 특징을 반영하는 문항들을 배제하고 완벽주의에 대한 사전적인 정의를 충실히 수용하고 있어, HMPS나 FMPS와는 구별되고 있다. 또한 APS-R은 적응적 완벽주의자와 부적응적 완벽주의자를 성격 특질 차원에서 구분하고 있어 PQ의 제한점을 잘 보완하고 있다. PQ는 완벽주의자의 성격 특질이 아닌 완벽주의가 초래하는 부정적인 결과에 대한 개인의 지각을 기준으로 기능적 완벽주의자와 역기능적인 완벽주의자를 구분하고 있다. 하지만 Flett과 Hewitt(2002)은 APS-R이 완벽주의 척도로는 부적절하다고 비판하고 있다. 이들은 APS-R의 불일치 요인은 경험에 따라 달라질 수 있어 안정적인 성격 특질로 보기 어렵기 때문에 성격 특질로서의 완벽주의

의 핵심적인 부분이 아니라고 주장하고 있다. 불일치 요인이 완벽주의의 부적응적인 성격 특질 차원인지 아닌지에 대해서는 앞으로 좀 더 연구되고 논의되어야 할 부분으로 여겨진다.

Hill 등(2004)은 완벽주의를 포괄적으로 평가할 수 있는 척도를 개발하기 위해서 FMPS와 HMPS의 131개 문항을 분석했다. 그 결과 8개 하위척도로 구성된 PI를 개발하였다. PI는 위계적인 요인구조를 갖고 있는데 성실성 완벽주의(Conscientious Perfectionism)와 자기평가적 완벽주의(Self-evaluative Perfectionism)라는 상위의 두 요인이 있으며, 성실성 완벽주의에는 조직화(Organization), 뛰어난려는 노력(Striving for Excellence), 계획성(Planfulness), 타인에 대한 높은 기준(High Standards for Other)이 포함되어 있고 자기평가적 완벽주의에는 실수에 대한 염려(Concern over Mistakes), 인정욕구(Need for Approval), 반추(Rumination), 지각된 부모의 압력(Perceived Parental Pressure)이 포함되어 있다. Hill 등(2004)은 FMPS와 HMPS에서 중복되는 문항을 다수 제외함으로써 완벽주의를 경제적이면서 포괄적으로 평가할 수 있는 효율적인 척도를 개발하고자 하였다. PI의 전체 문항수가 51개에 불과하지만 8개나 되는 하위척도로 구성되어 있어, 다른 완벽주의 척도들과 비교했을 때 PI는 연구자의 이러한 의도가 잘 반영되어 구체화되었다고 여겨진다. 하지만 아직은 후속 연구들이 드물어 PI의 유용성과 타당성이 제대로 검증되었다고 보기에는 이르며, 인정욕구, 반추, 계획성 등과 같은 이전의 다른 완벽주의 척도에서는 소개되지 않은 새로운 요인들이 포함되어 있어 완벽주의에 대한 개념적 이해에 혼란을 가중시킬 수 있어 보인다.

이차원적 완벽주의 척도

다차원적 완벽주의 척도들에 대한 많은 연구가 완벽주의가 적응적인 요인과 부적응적인 요인으로 나뉘질 수 있음을 시사하고 있다. 이런 연구 결과들은 다양한 이차원의 완벽주의 척도 개발을 촉진시켰다. PNPS(Terry-Short et al., 1995)는 완벽주의를 긍정적인 완벽주의와 부정적인 완벽주의라는 두 차원으로 구분하고 있다. 긍정적인 완벽주의는 칭찬, 자존감 증가, 자기만족감 같은 정적 강화에 의해 완벽주의적인 행동이 유발되는 반면에, 부정적인 완벽주의는 혐오적인 자극의 회피 같은 부적 강화에 의해 완벽주의적인 행동이 유발된다고 본다. PNPS는 긍정적 및 부정적 완벽주의에 대한 정의가 비교적 명확하지 않고 타당화 연구를 비롯해서 관련 연구가 많지 않아, FMPS나 HMPS 만큼 폭 넓은 지지를 받고 있지는 못하다.

Rhéaume 등(1995)은 기능적 완벽주의자와 역기능적 완벽주의자를 구별하기 위해서 PQ를 개발하였다. PQ는 완벽주의 성향과 완벽주의의 부정적 결과라는 두 하위척도로 구성되어 있다. 완벽주의 성향 하위척도는 목표를 완벽하게 이루고자 하는 성격적 특질로 일반적인 완벽주의 성향을 측정하며, 완벽주의의 부정적인 결과 하위척도는 완벽주의로 인하여 경험하는 인지적, 정서적, 행동적인 불편감과 부적응을 측정한다. 역기능적 완벽주의자는 완벽주의 성향과 완벽주의의 부정적 결과 모두에서 높은 수준을 보이는 사람이고, 기능적 완벽주의자는 완벽주의 성향 점수는 높지만 완벽주의의 부정적 결과 점수는 낮은 사람이다. PQ가 기능적 완벽주의자와 역기능적 완벽주의자를 구별해주는 측정도구이기는 하지만 완벽주의

의 구성개념을 기능적인 차원과 역기능적인 차원으로 정교화하고 있다고 보기는 어렵다. PQ 역시 관련 연구들이 아직은 많지 않아 PQ의 경험적인 타당도가 확립되었다고 보기는 어렵다. PQ는 박현주(1999)에 의해 국내에서 번안되어 사용된 바 있다.

남궁혜정과 이영호(2005)는 FMPS와 HMPS의 80개 문항에 대한 요인분석을 실시하여, 기능적 완벽주의와 역기능적 완벽주의를 구분해주는 TPS를 개발하였다. TPS는 성취추구와 실패회피라는 2요인 구조를 보였는데, 성취추구 요인에는 FMPS의 개인적 기준, 조직화 차원과 HMPS의 SOP 차원 문항이 포함되었으며, 실패회피 요인에는 FMPS의 실수에 대한 염려, 부모의 기대, 부모의 비난, 행동에 대한 의심 차원과 HMPS의 SPP 차원 문항이 포함되어 있다. TPS는 기존의 다차원적 완벽주의 척도를 상위의 두 요인으로 새롭게 구분하고 있기는 하지만 Dunkley 등(2000)과 Frost 등(1993)의 연구 결과에서 크게 벗어나지 않고 있어 완벽주의에 대한 이해를 정교화하거나 확장시켰다고 보기 어렵다. 또한 TPS의 유용성과 타당성을 검증한 후속 연구들이 이어지지 않고 있다는 점도 제한점으로 지적될 수 있다.

완벽주의 척도에 대한 인지, 행동 및 대인동기적 분석

완벽주의를 평가하는 기존 척도들의 요인들을 살펴보면 완벽주의의 성격특질이 인지, 행동, 대인동기적인 차원으로 분류될 수 있음을 알 수 있다. 인지적 차원에는 개인적 기준(FMPS의 하위척도), 행동에 대한 의심(FMPS), 실수에 대한 염려(FMPS), 부모의 기대(FMPS), 부모의 비난(FMPS), 완벽해 지는 것의 중요성(HMPS-

SOP), 타인의 높은 기준(HMPS-SPP), 타인에 대한 높은 기준(HMPS-OOP), 높은 기준(APS-R), 불일치(APS-R), 지각된 부모의 압력(PI), 반추(PI) 등이 포함될 수 있다. 행동적 차원에는 조직화(FMPS), 완벽주의적인 노력(HMPS-SOP), 꾸물거림(APS), 질서(APS-R), 뛰어나려는 노력(PI), 계획성(PI) 등이 포함되며, 대인동기적 차원에는 조건적 수용(HMPS-SPP), 인정욕구(PI), 관계어려움(APS) 등이 포함될 수 있다. 이 세 차원에 포함되지 않은 것은 APS의 불안 하위척도 하나뿐이었다. 이상에서와 같이 완벽주의를 구성하는 요인들은 대부분 인지, 행동, 대인동기적 차원으로 분류될 수 있으며, 그 분포를 보면 인지 차원이 12개로 가장 많았고 다음이 행동 차원으로 6개를 차지하였고, 대인동기적 차원은 3개 하위척도를 차지하였다. 이러한 분류를 고려해 볼 때 완벽주의에 대한 개념적인 이해를 위해서는 적어도 인지적, 행동적, 대인동기적인 차원의 이해가 필요할 것으로 여겨진다.

가장 흔히 사용되고 있는 다차원적 완벽주의 척도인 FMPS와 APS-R에는 대인동기적 차원이 포함되어 있지 않으며, HMPS에는 SPP 하위척도 내에 조건적 수용 요인을 포함하고 있기는 하나 이를 표면적으로 강조하고 있지는 않다(Campbell & Di Paula, 2002). 인지, 행동, 대인동기적 차원을 모두 포함하고 있으며 이를 소척도 이름으로 명명하고 있는 것은 FMPS와 HMPS를 분석해서 만든 PI가 유일하였다. 완벽주의에 대한 정의적 속성으로 이 세 차원을 어떤 비중으로 고려해야 할 지, 그리고 이 세 차원이 완벽주의의 개념화를 위해서 어떻게 체계화될 수 있을지는 앞으로 보다 논의되어야 할 부분이고 연구를 통해서 밝혀져야 할 부분이지만, 완벽주의에 대한 보다

포괄적이고 체계화된 척도를 개발하기 위해서는 인지, 행동, 대인동기적 차원에서 문항이 수집되고 분석되어야 필요성이 있을 것으로 여겨진다. 여기서 완벽주의의 차원을 인지, 행동, 대인동기적 차원으로 분류한 것은 기존 척도들의 하위 차원을 경험 양식에 따라 구분한 것이지 어떤 이론적인 근거나 논리를 따르는 것은 아니다. 이 세 차원의 구분에 대한 이론적인 근거를 찾고 경험적인 연구를 통해 이러한 구분이 지지되는지를 확인해 보아야 할 것이다.

완벽주의의 역기능성

여기서는 적응적인 완벽주의자로부터 부적응적인 완벽주의자를 구분해주는 인지적 요소에 대해서 먼저 고찰해 보고, 이어서 완벽주의자의 부적응적인 인지과정이 정서경험과 행동에 미치는 영향을 알아보기 위해서 정서 및 대인관계 양상과 완벽주의의 관계를 간략히 살펴볼 것이다. 끝으로 오래전부터 완벽주의가 장애의 핵심적 성격 특징으로 언급되어온 섭식장애나 강박장애와 완벽주의의 관련성에 대한 연구를 소개하겠다.

인지

병리적인 완벽주의에 대한 최근의 정의를 살펴보면 학자에 따라 조금씩 차이는 있지만, 공통적으로 다음의 세 요소가 강조 된다: 지나치게 높은 기준, 이 기준을 충족시켜야 한다는 경직된 열망, 비판적인 자기평가. 이 세 요소 중에서도 특히 기준 충족에 대한 경직된 열망과 비판적인 자기평가가 완벽주의의 부적

응성과 밀접히 관련되는 것으로 흔히 주장되고 있다(Alden et al., 2002; Burns, 1980; Dunkley, & Blankstein, 2000; Dunkley, Zuroff, & Blankstein, 2006; Ellis, 2002; Shafran et al., 2002). 여기서는 완벽주의자의 역기능적인 인지적 특징 중에서 비합리적 신념과 비판적인 자기평가 과정에서 일어나는 인지적 오류에 초점을 두고자 한다. 비합리적 신념은 기준 충족에 대한 경직된 열망을 반영하는 개인의 인지구조 혹은 인지도식으로 이해될 수 있으며, 이런 역기능적인 인지도식은 다양한 인지적 오류를 거쳐 부적응적인 완벽주의 사고를 자동적으로 활성화시켜 최종적으로 완벽주의적인 행동을 초래할 것으로 여겨진다.

완벽주의와 비합리적 신념

부적응적인 완벽주의자의 비합리적 신념이나 태도는 주로 Ellis, Beck 및 Basco 같은 인지행동치료자에 의해서 강조되어 소개되고 있다. Ellis(1958, 2002)는 일찍부터 비합리적 신념의 본질적인 특징으로 완벽주의를 강조한 대표적인 인지행동치료자이다. 그에 따르면 목표나 기준을 충족시키고자 하는 바람을 갖는 것 자체는 지극히 합리적이고 이성적인 모습이다. 하지만 그 목표나 기준 충족의 필요성을 당위적이고 절대적인 것으로 생각하는 것은 비합리적일 뿐만 아니라 부적응적이며 자기파괴적이다. 바람이나 선호가 강할수록 이는 당위적이고 요구적인 성격을 띠기 쉽고 그렇게 되면, 다른 대안적인 목표를 고려하지 않거나 그 가치를 평가절하하게 되며 이는 다시 처음의 목표에 더욱 집착하게 만드는 악순환을 반복하게 한다. Ellis는 당위적이고 요구적인 신념은 모두 완벽주의적인 비합리적 신념이며 따라서 당위적이고 요구적인 신념을 바람과 선호를

담은 합리적인 신념으로 바꾸는 작업이 근본적으로 필요하다고 주장하였다(Ellis & MacLaren, 2005).

Ellis는 완벽주의적인 비합리적 신념을 따로 제안하지는 않았지만, 그의 주장에 따르면 비합리적 신념의 본질적인 특성이 곧 완벽주의이기 때문에 그가 제안한 비합리적 신념을 완벽주의와 관련된 비합리적 신념으로 소개할 수 있을 것이다. 그는 절대적이고 당위적인 요구 형식의 세 가지 범주의 비합리적 신념을 다음과 같이 제안하였다: (1) 나는 반드시 잘 해야 하고 중요한 타인으로부터 반드시 인정을 받아야 한다. (2) 다른 사람은 나를 반드시 공정하고 친절하게 대해야 한다. (3) 내 삶의 조건은 반드시 편안해야 하고 큰 어려움이 없어야 한다. 자신, 타인, 세상에 대한 당위적인 요구를 담고 있는 이 세 가지 신념은 다시 다양한 비합리적인 결론으로 이어져 다양한 심리적 불편감과 부적응적 행동을 초래하게 된다(Ellis & MacLaren, 2005). Ellis(1962)가 제안한 비합리적 신념을 측정하는 비합리적 신념 척도와 FMPS의 개인기준과 실수에 대한 염려하위 척도는 유의한 정적 상관을 보였다(하정희, 조한익, 2006).

Basco(1999)는 완벽주의적인 인지도식의 주요 특징으로 완벽주의는 도달 가능한 것이고 꼭 필요한 것이라는 믿음을 지적한 바 있다. 그녀는 다음과 같은 구체적인 완벽주의 신념을 제안하였다: (1) 나는 완벽해야 한다. 그렇지 않으면..... (끔찍한 일이 일어날 것이다), (2) 다른 사람으로부터 수용과 인정을 받으려면, 나는 완벽해야 한다, (3) 내가 일을 완벽하게 처리하면, 나는 그에 대한 보상을 반드시 받을 것이다, (4) 내가 실수하면, (끔찍한 일이 일어날 것이다), (5) 완벽하게 되는 것은 충

분히 가능한 일이다, (6) 일에는 옳은 방법과 틀린 방법이 있다. 신념 (2)는 HMPS-SPP의 조건적 수용 요인을, 신념 (1)과 (4)는 FMPS의 실수에 대한 염려와 유사하다.

Beck, Brown, Steer와 Weissman(1991)은 역기능적 태도 척도의 성공-완벽주의 요인과 당위적 명령 요인이 완벽주의적인 신념을 반영하고 있다고 하였다. 역기능적 태도 척도의 성공-완벽주의 요인은 HMPS의 SOP와, 당위적 명령 요인은 SPP 차원과 유사하다(Brown & Beck, 2002).

이처럼 완벽주의와 관련된 비합리적 신념은 여러 학자들에 의해 제안되어 왔으며 그 내용이나 형식에서는 상당히 유사하다. 비합리적 신념은 자신이나 타인에게 절대적이고 당위적으로 요구하는 내용이 주를 이루며 비현실적이고 경직되어 있으며 적응적이지 못한 특징을 보인다.

비판적인 자기평가와 인지적 오류

실패나 좌절 같은 스트레스 상황은 완벽주의자의 비합리적인 신념을 활성화시키고 이는 다시 비판적인 자기평가 과정으로 이어지는데, 이 과정에서 부정적인 정보에 대한 주의편향과 다양한 인지적 오류나 왜곡이 발생하고 그 결과 부정적인 자동적 사고라는 일종의 인지적 산물이 생산되게 된다(Hewitt & Flett, 1991b; Ingram & Kendall, 1987; Pennebaker, 1989). 완벽주의자가 흔히 반추하는 자동적 사고를 측정하기 위해서 Flett, Hewitt, Blankstein과 Gray (1998)는 완벽주의 인지 질문지(Perfectionism Cognition Inventory)를 개발한 바 있다.

완벽주의자가 비판적인 자기평가 과정에서 흔히 보이는 주의편향과 인지적 오류의 특징은 다음과 같다. 완벽주의자는 성공한 경험은

무시하거나 평가절하 하는 반면에 실패한 경험에는 많은 주의를 기울여 사소한 실패를 더 극단적이고 절망적인 것으로 지각하는 경향이 있다(Anthony & Swinson, 1998; Burns, 1980; Hamachek, 1978; Hollender, 1965; Shafran et al., 2002). 이런 편향은 자신의 행동을 지나치게 점검하게 만들고 실패에 대한 두려움을 키워 일을 미루거나 우유부단한 행동을 하게 한다(Anthony & Swinson, 1998; Frost et al., 1990). 실패에 편향된 주의와 과도하게 비판적인 자기평가 과정은 개인이 수행불안, 관심사의 위축, 사회적 고립, 소진, 기분의 처짐, 전반적인 실패감 등을 경험하게 하기 쉽다(Shafran et al., 2002).

완벽주의자가 흔히 보이는 인지적 오류 혹은 사고오류에 대해서 여러 학자들이 강조한 바 있다. Beck(1976)은 모든 완벽주의는 인지적으로 역기능적이며, 그 주된 특징은 이분법적 사고와 과잉일반화라고 언급하였으며, Basco (1999)는 완벽주의자의 이러한 인지적 특징을 과잉단순화라고 일컬었다. 과잉단순화는 결과를 옳거나 틀리거나, 좋거나 나쁘거나, 완벽하거나 그렇지 않거나와 같이 두 범주 중 하나로 인식하는 것으로 흔히 이분법적, 흑백논리적, 실무율적 사고라고도 불려진다(Basco, 1999; Frost et al., 1990; Hewitt & Flett, 1991b; Shafran et al., 2002). 이러한 사고는 조그만 실수나 실패에도 자신을 패배자인 것처럼 지각하게 만든다. 구체적인 행동에 제한해서 자신의 능력이나 가치를 평가하기 보다는 자신의 총체적인 가치를 싸잡아서 판단하는 경향이 있다. 그 결과 '나는 실패자다, 나는 쓸모없는 존재다, 내가 더 노력하는 것은 무의미하다'와 같은 극단적인 자기패배적이고 자기비난적인 결론에 이르게 되고 이는 여러 가지 정서적, 행동적, 대인관계 문제를 일으킨다. 즉, 구체적

인 행동에 대한 평가가 흑백논리적이고 과잉 일반화적인 인지적 오류를 통해서 자신에 대한 총체적인 부정적인 평가로 확대해석 된다.

정서

완벽주의자가 비합리적인 신념을 기저에 갖고 있으며 자기비판적인 사고에 몰입하고 있다면, 이는 완벽주의자를 부정적인 정서 경험에 취약하게 만들 것이다. 여기서는 대표적인 부정적인 정서인 우울 및 불안과 완벽주의의 관계를 중심으로 살펴보았다.

완벽주의와 우울간의 정적 관련성은 많은 연구에서 확인되고 있다(김근홍, 1998; 김사라형선, 2005; 왕미란, 1996; 홍혜영, 1995; 한기연, 1993; 현진원, 1992; Blatt, 1995; Hill, McIntire, & Bacharach, 1997; Lynd-Stevenson & Hearne, 1999). 특히 HMPS의 SPP 차원과 우울간의 상관은 임상집단과 비임상집단 모두에서 가장 높은 수준을 보였다(Enns & Cox, 1999; Flett et al., 1991; Hewitt & Flett, 1991a; Hewitt et al., 1996). SOP 차원과 우울간의 상관은 임상집단에서는 정적인 관련성을 보였지만, 학생 집단 같은 비임상집단에서는 관련성을 보이지 않았다(Hewitt & Flett, 1991b; Hewitt et al., 1996; Flett et al., 1991; Wyatt & Gilbert, 1998). 완벽주의와 우울 사이를 매개하는 변인에 대한 연구도 최근에 활발히 이루어지고 있는데, 매개변인으로 자존감과 무조건적 자기수용이 확인된 있다(김사라형선, 2005; 김현정, 손정락, 2006; Preusser, Rice, & Ashby, 1994; Rice et al., 1998). 또한 최문선, 유재민과 현명호(2005)는 평가 염려적 완벽주의가 자기효능감을 매개로 해서 우울을 예측하고 개인 기준적 완벽주의가 자기효능감을 중재로 해서 우울에 영향을

미치는 모델을 제안하였으며, 홍혜영(1995)도 완벽주의와 자기효능감이 상호작용하여 우울에 영향을 미친다는 결과를 보고한 바 있다.

불안은 주로 평가 염려와 관련된 완벽주의 요인, 즉 HMPS의 SPP, FMPS의 실수에 대한 염려, 행동에 대한 의심 차원과 정적인 관련성을 보였으며, HMPS의 SOP, FMPS의 부모의 기대, 부모의 비난, 개인적 기준 차원 등의 완벽주의 요인과는 관련성을 보이지 않았다(Flett, Hewitt, Endler, & Tassone, 1995; Hewitt & Flett, 1991a). 사회적인 평가에 대한 염려를 반영하는 완벽주의(실수에 대한 염려, SPP)가 사회불안과 정적인 관련성을 보인다는 연구 결과도 일관되게 보고되고 있다(Flett et al., 1996; Juster et al., 1996). 우울을 통제했을 때, 불안과 완벽주의는 관련성을 보이지 않았지만 불안을 통제했을 때는 우울과 완벽주의가 정적인 관련성을 보여, 불안과 완벽주의의 고유한 관련성은 시사되지 않았다(Hewitt & Flett, 1991a; Minarik & Ahrens, 1996).

Tagney(2002)와 Ashby, Rice, Martin(2006) 등에 따르면 완벽주의자는 자기평가에 많은 에너지를 집중하고 있어, 수치심, 죄책감, 당혹감 같은 감정을 많이 경험한다. 특히 부적응적인 완벽주의자는 비현실적인 기준을 가지고 있어 상당히 넓은 범위의 수행 결과를 실패로 범주화함으로써 부정적인 자기평가 감정을 쉽게 경험하게 된다. 완벽주의와 정서조절의 관련성에 관한 한 연구에서 완벽주의와 심리적 고통 사이를 정서조절의 어려움이 매개하고 있음이 보고된 바 있다(Alder & Rice, 2006).

대인관계

여기서는 완벽주의의 부적응적인 인지적 특

성이 사회적 지각과 외현적인 행동에 미치는 영향에 대해서 대인관계 양상을 중심으로 간략히 소개하고자 한다. 완벽주의자는 자신이 그렇듯이 타인도 자기에 대해 판단적이고 비판적일 것이라고 여겨 사회적 관계 상황을 위협적으로 지각하기 쉬우며, 자신의 실수나 부족함을 타인이 알게 되면 자신을 거부할 것이라는 두려움을 흔히 느낀다(Blankstein, Flett, Hewitt, & Eng, 1993; Greenspan, 2000; Habke & Flynn, 2002). 이러한 환경에 대한 위협감과 두려움은 완벽주의자로 하여금 두 가지 사회적 반응을 흔히 보이게 한다(Habke & Flynn, 2002). 하나는 타인의 인정을 추구하는 반응으로, 타인과 비교적 긍정적인 상호작용을 유지하며 부인, 억압, 반동형성 같은 방어기제를 자주 사용하지만 타인이 부정적인 피드백을 하면 쉽게 우울해진다(Blatt & Zuroff, 1992; Lobel, Kashtan, & Winch, 1987). 다른 하나는 사회적으로 거리를 두는 모습으로, 타인과의 접촉을 적극적으로 피하고 정서적인 거리를 두며 자기개방을 쉽게 하지 않는다. 따라서 관계는 피상적인 수준에 머물기 쉽고 사회적 지지체계가 약해서 스트레스에 취약해질 수 있다(Blatt & Zuroff, 1992).

HMPs의 여러 차원과 대인관계 양상의 관계를 살펴보면, HMPs의 SOP보다 OOP와 SPP 차원이 부정적인 대인관계와 더 밀접한 관련성을 보였다. OOP 차원은 적대적이고 지배적인 특성과 일관된 관련성을 보였다. OOP가 강한 사람은 권위적이고 착취적이며 타인을 쉽게 책망하고 참을성이 부족하며 경쟁적이고 자기 주장적인 특징을 보였다(Flett, Hewitt, Blankstein, & Dynin, 1994; Flett et al., 1996; Hewitt & Flett, 1991b). 이에 비해 SOP가 높은 사람은 관계에서 양육적이고 의존적인 특징을 많이 보였다(Flett et al., 1996; Hewitt & Flett, 1993).

SPP가 높은 사람은 적대적이고 지배적인 모습과 순종적인 모습을 혼재해서 보였다(Habke & Flynn, 2002). 이들은 타인의 부정적인 평가가 두려워 가까이 가기를 불편해 하면서도 한편으로는 타인의 인정을 갈구하는 경향이 있었다(Flett et al., 1994; Hewitt & Flett, 1991b). 인정받고 싶은 욕구가 좌절되면 타인을 원망하고 공격적이 되거나, 반대로 사회적으로 철수하는 위축된 모습을 보이기도 하였다. 이러한 특성으로 인해 이들은 타인과 안정된 애착 관계를 형성하는데 어려움을 보일 것으로 여겨진다(Habke & Flynn, 2002).

완벽주의와 정신병리

섭식장애

완벽주의는 거식증이나 폭식증 같은 섭식장애자의 성격 특질로 많은 연구에서 확인되어 왔으며 섭식장애의 발생과 유지에 주된 역할을 하는 것으로 시사되고 있다(Beebe, 1994; Hatherton & Baumeister, 1991; Slade, 1982). 섭식장애자들은 몸매관리와 다이어트에 대한 비현실적으로 높은 기준을 설정해 놓고 이에 못미칠 경우 심한 수치심과 자기비하감을 경험한다. Joiner, Heatherton, Rudd와 Schmidt(1997)는 완벽주의를 폭식 증상의 위험요인으로 보는 취약성-스트레스 모델을 제안한 바 있다. 이들에 따르면 완벽주의적 성격특질이 있는 사람이 실패와 같은 부정적인 생활 스트레스를 경험하게 되면 폭식증상을 보이기 쉽다.

HMPs와 FMPS로 완벽주의를 평가한 대부분의 연구에서 섭식장애와 완벽주의의 관련성이 일관되게 시사되었다(Bastiani, Rao, Welzin, Kaye, 1995; Cockell, Hewitt, Goldner, Flett, 2001; Hewitt, et al., 1995; Strinvasagam, Kaye, Plotnicov,

Greeno, Welzin & Rao, 1995). Cockell 등(2001)의 연구에 따르면, 거식증 환자 집단이 다른 집단의 정신과 환자 집단이나 정상인 집단에 비해 SOP와 SPP 차원에서 더 높은 점수를 보였다. 이러한 결과는 우울, 자존감, 기타 심리적 불편감을 통제 한 후에도 계속 유지되고 있어, 완벽주의가 심리적 장애와 관련된 다른 변인들과는 독립적으로 고유하게 거식증 증상을 설명해주는 부분이 있음이 시사된다.

인지행동 이론에 따르면 섭식장애 증상 유지에 중요한 역할을 하는 것은 자기가치에 대한 역기능적인 평가 체계다. 대부분의 사람들은 자신의 가치를 삶의 다양한 영역에서 보이는 수행을 통해서 평가하지만, 섭식장애자는 섭식습관, 몸매, 체중에 극단적인 중요성을 부여하고 이를 통해서 자신의 가치를 평가한다. 그 결과 이들의 삶은 식습관, 몸매, 체중 관리에 지나치게 초점이 맞춰져 있어 다양한 섭식장애 증상을 초래하게 된다(Fairburn, Cooper & Shafran, 2003). 역기능적인 자기평가 체계는 병리적인 완벽주의를 일컫는 임상적 완벽주의의 핵심 특성이기도 해서, 섭식장애와 임상적 완벽주의는 핵심 병리를 공유하고 있다고 할 수 있다(Fairburn et al., 2003). 섭식장애자는 자신의 완벽주의적인 기준을 음식섭취, 몸매, 체중 조절에 경직되게 적용함으로써 다양한 부적응을 초래한다.

강박장애

일부 분석적 이론가들에 따르면 강박장애자들은 위협에 대한 회피성향이 강해 환경에 대한 과도한 통제 욕구를 보이는데, 이러한 통제 시도는 완벽주의적인 행동으로 흔히 나타난다. 즉 이들에 따르면 완벽주의는 과도한 통제 욕구에서 비롯된 인지행동적인 증상으로,

통제 욕구가 어느 정도로 높은 경우에는 강박증상 없이 완벽주의적인 행동만 보이지만, 통제 욕구가 극단적으로 높을 경우는 완벽주의적인 행동뿐만 아니라 강박증상도 함께 보일 수 있다(Frost & DeBartolo, 2002; Mallinger, 1984; Mallinger & DeWyze, 1992; Salzman, 1979).

많은 인지이론가들이 강박장애자들이 가지고 있는 핵심 신념으로 완벽주의를 강조하고 있는데, 예를 들면 “나는 완벽하게 유능하고 적절해야 하며 도전하는 모든 것에서 높은 성취를 이루어야 한다”, “실수를 하거나 목표에 도달하지 못하는 것은 끔찍한 일이며 응분의 처벌을 받아야 마땅하다”, “완벽한 해결책이 존재한다.” 등이 있다(Guidano & Liotti, 1983; McFall & Wollersheim, 1979). OCCWG(Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 1997)에서는 전문가들을 대상으로 조사해서 6개 영역의 강박 신념을 확인하였는데 그 중 한 영역이 완벽주의였다. OCCWG는 완벽주의를 “모든 문제에는 완벽한 해결책이 존재하며 실수 없이 완벽하게 일을 처리하는 것은 가능할 뿐만 아니라 필요한 일이다. 사소한 실수도 아주 심각한 결과를 초래할 것이다.”라고 믿는 경향성으로 정의하고 있다.

완벽주의와 강박장애의 관련성은 많은 임상적인 관찰과 경험적인 연구를 통해서 확인되고 있다(Adams, 1973; Flett et al., 1998; Frost et al., 1990; Rasmussen & Tsuang, 1986; Rheaume, Freeston, Dugas, Letarte, & Ladouceur, 1995; Rice & Pence, 2006). 비임상집단을 대상으로 한 연구에서 Ferrari(1995)는 완벽주의 인지 질문지(Flett et al., 1998)와 강박증상의 정적인 관련성을 보고한 바 있다. FMPS의 ‘실수에 대한 염려’와 ‘행동에 대한 의심’ 하위척도가 강박증 측정치와 특히 높은 상관을 보이는 것으로 보

고된 바 있다(Frost et al., 1990; Rheume et al., 1995). Frost, Steketee, Cohn과 Griess(1994)는 준임상 집단을 대상으로 한 연구에서 준임상 강박집단이 비강박집단에 비해서 ‘실수에 대한 염려’, ‘행동에 대한 의심’, ‘개인적 기준’에서 더 높은 점수를 보인다고 보고하였다. 이러한 결과는 임상집단을 대상으로 한 연구에서도 비교적 일관되게 나타나고 있다(Frost & Steketee, 1997).

완벽주의에 대한 치료

완벽주의의 부적응성에 대한 많은 관심에도 불구하고 완벽주의의 병리적인 측면에 대한 치료를 체계적으로 시도하고 그 효과를 경험적으로 검증하려는 시도가 시작된 것은 비교적 최근의 일이다. 그나마 인지행동치료에 대한 연구들이 대부분이어서 완벽주의에 대한 다양한 치료적 접근들 간의 치료 효과에 대한 체계적인 비교는 아직 어려운 실정이다. 여기서 완벽주의에 대한 정서중심적인 치료와 정신역동적인 치료 접근을 소개하고 있지만, 이 모두 제한된 소수의 문헌에 근거하고 있으며 그나마 체계적인 경험적 연구가 절대적으로 부족하다. 하지만 정서중심적인 치료와 정신역동적 치료 접근은 자기가치감과 관련된 심층적인 탐색과 성격의 구조적인 변화에 초점을 두고 있다는 점에서 인지행동적인 치료와 구별되며 완벽주의 치료를 위해 큰 그림을 그리는데 시사해주는 바가 크다.

인지행동치료

완벽주의가 상담이나 심리치료의 대상으로

관심을 받기 시작한 것은 인지행동치료의 등장과 함께 한다고 해도 과언이 아니다(Beck, 1976; Ellis, 1958). 초기에는 완벽주의 자체에 대한 치료라기보다는 다른 심리적 장애나 증상의 기저에 있는 완벽주의적인 사고방식보다 유연하게 바꾸려는 시도들이 대부분이었으며, 완벽주의 자체를 병리적으로 보고 이를 적극적으로 치료하고자 하는 시도가 있는 것은 비교적 최근의 일이다.

완벽주의는 우울증, 섭식장애, 사회불안, 강박증, 강박성 성격장애 등의 정신질환과 밀접한 관련성을 보이고 있으며, 많은 연구가 완벽주의적 사고의 감소가 이들 장애의 호전에 기여하고 있음을 보여주고 있다(Dunkley, Sanislow, Grilo, & McGlashan, 2006; Flett & Hewitt, 2002; Shafran & Mansell, 2001). 완벽주의를 치료하기 위해서 인지행동치료, 정서중심치료, 정신역동적 대인관계치료 등이 활용되고 있지만, 이 중에서 가장 많이 시도되고 연구되고 있는 것은 인지행동치료다(정승진, 2000; 정승진, 연문희, 2000; DiBartolo, Frost, Dixon & Almodovar, 2001; Ferguson & Rodway, 1994; Flett & Hewitt, 2002; Greenberg & Bolger, 2001). 특히 Shafran 등(2002)이 임상적 완벽주의에 대한 인지행동적 분석을 발표한 이후에는 임상적 완벽주의에 대한 인지행동치료의 효과를 검증하고자 하는 연구가 더욱 활발해 지고 있는 추세다(Glover, Brown, Fairburn, Shafran, 2007; Riley et al., 2006; Shafran, Lee, & Fairburn, 2004). Riley 등(2006)의 연구에 따르면, 임상적 완벽주의자에 해당되는 사람을 대상으로 8주간 10회에 걸쳐 인지행동치료를 한 결과, 완벽주의뿐만 아니라 우울과 불안을 비롯한 여러 정신병리적인 증상이 감소하였으며 그 효과는 16주 후에도 계속 유지 되었다. Pleva와 Wade(2007)는

완벽주의에 대한 인지행동 자조(self-help) 치료의 효과를 살펴보았는데, 완벽주의 성향의 감소와 함께 강박 증상과 우울 증상이 감소하였으며 그 효과는 3달 후에도 계속 유지되었다. 이 같은 치료 효과의 지속은 Glover 등(2007)의 연구에서도 보고된 바 있다.

완벽주의에 대한 인지행동치료 전략은 여러 사람에게 의해 소개된 바 있다(정승진, 연문희, 2000; Anthony & Swinson, 1998; Basco, 1999; Burns, 1980; Fairburn et al., 2003; Fairburn, Marcus, Wilson, 1993; Ferguson & Rodway, 1994; Shafran et al., 2002). 완벽주의에 대한 대부분의 인지행동치료는 다음의 네 가지 요소를 공통적으로 포함하고 있다: (1) 완벽주의의 문제성에 대한 인식과 완벽주의를 유지시키는 기제에 대한 이해, (2) 경직되고 편협된 자기평가 도식을 보다 유연하게 만들고 확장시키는 것, (3) 행동적 실험을 통해서 완벽주의의 역기능을 체험적으로 이해하고 회피상황에 노출되어 봄으로서 기능적인 대안 행동을 적극적으로 모색해 보는 것, (4) 이분법적 사고를 비롯한 역기능적 사고와 신념을 줄이고 적응적인 대처사고와 합리적인 사고를 내면화하는 인지적 재구조화 작업.

완벽주의에 대한 인지행동치료는 완벽주의적인 사고와 행동을 수정하는데 초점을 두고 있으며, 이를 위해서 인지행동치료에서 일반적으로 사용하고 있는 다양한 치료기법을 활용하고 있다. 하지만 완벽주의에 대한 인지행동치료 효과 연구에서 통제집단을 포함시켜 검증한 예는 드물고, 완벽주의 치료를 위한 구체적인 이론적인 모델도 거의 없는 실정이다. 완벽주의에 대한 인지행동치료가 기존의 인지행동치료를 정교화시키거나 발전시켰다고 보기는 어렵다(Shafran & Mansell, 2001).

정서중심적 치료

Greenberg와 Bolger(2001)는 사례연구에서 심리적 불편감을 심하게 경험하고 있는 완벽주의자의 정서적 고통을 줄이는데 정서중심적 치료가 효과적임을 보고한 바 있다. 이들은 세 단계의 치료 과정을 통해서 내담자의 심리적 고통을 다루었다. 첫 번째 단계는 정서적 각성 상태에 대한 감각을 높이는데 초점을 두었으며, 두 번째 단계는 자기를 심리적으로 어루만져주고 위로하는 기술을 학습시키는데 목적을 두었다. 마지막 단계에서는 정서적 고통을 줄여주고 불쾌한 감정을 적응적인 감정으로 대체시켜주는데 주안점을 두었다.

정서중심적 치료에서는 이차정서에 가려 자각이 어렵던 일차정서에 접근해서 내담자가 고통스러운 일차정서를 수용하고 이에 충분히 머물 수 있게 하면서 그와 관련된 두려움과 수치심을 수용할 수 있게 돕는다(Greenberg & Pavio, 1997; Greenberg & Safran, 1987). 내담자는 상처받은 감정을 인정하고 그와 관련된 감정을 표현하며 끝으로 자신과 마주하게 하는(Facing Myself) 과정을 겪게 된다. 자신과 마주하는 것은 자신이 겪고 있는 고통에 자신이 어떻게 기여하고 있으며 그에 대한 자신의 책임을 인식하는 것이 주가 되며, 이때 개인의 역기능적인 신념이 직면되고 수정될 수 있는 기회를 갖게 된다. 이 모든 과정을 거치면서 내담자는 점차 자신에 대한 비판단적이고 용서하는 태도를 갖게 되며 자신과 타인에 대한 보다 현실적이고 수용적인 태도나 신념을 내재화하게 된다(Bolger, 1996, 1999). Greenberg와 Bolger(2001)가 보고한 사례에서 내담자는 피해왔던 일차정서인 깊은 슬픔을 인정하고 수용한 뒤에, 실수하는 것과 통제력 상실에 대한

두려움을 극복하고 자기비난적인 태도를 자기 수용적인 태도로 수정하게 된다. 이를 통해서 내담자는 부적응적이고 경직되어 있던 완벽주의적 특질에서 벗어나 해방감을 경험하고 고통에 대한 인내력이 증가하고 자기가 재조직화되었다. 본 연구자는 완벽주의 문제에 특정하게 초점을 둔 정서중심적 치료 모델이나 치료효과 검증 연구는 발견하지 못했다. Greenberg와 Bolger(2001)의 연구도 완벽주의 자체에 초점을 둔 것으로 보기 어려우며 거기서 소개한 사례도 완벽주의 문제를 주로 보이는 사례라고 보기는 어렵다. 하지만 역기능적인 완벽주의 문제를 근본적으로 치료하는데 있어서 정서중심적 치료의 치료목표나 전략이 잘 수용될 수 있으며 그 효과 면에서도 간접적이거나 긍정적임을 시사받을 수 있었다는 점에서 Greenberg와 Bolger(2001) 연구의 의의를 찾을 수 있을 것이다. 완벽주의자가 흔히 정서적으로 과잉통제되어 있고 자기평가적인 감정에 취약하며 정서적 고통을 회피하는 경향이 강한 점을 고려해 본다면, 억압되거나 차단되어 있던 감정을 자각시키고 이를 적절히 표현하도록 도와 궁극적으로는 자기수용적이고 현실수용적인 태도를 갖게 하는 정서중심적 치료가 부적응적인 완벽주의자의 치료에 유용할 수 있을 것으로 여겨진다. Kawamura와 Frost(2004)의 연구에 따르면, 자기숨김(self-concealment)과 부적응적인 완벽주의는 높은 상관을 보였으며 자기숨김이 부적응적 완벽주의와 심리적 증상 사이를 매개하고 있었다. 이는 지나치게 자기비난적인 평가를 하는 사람들이 자신에 대한 부정적인 정보를 숨기는 경향이 크고 이로 인해 적응상의 어려움을 초래할 수 있음을 시사하는 것으로, 부적응적인 완벽주의자에 대한 정서중심적 치료의 유용성을 간접적으로 지지

하는 것으로 여겨진다.

정신역동-대인관계 치료

정신역동적-대인관계 치료에서는 인지행동 치료에서 강조하는 지나치게 높은 기준이나 처벌적인 자기평가 과정 보다는 인정에 대한 욕구나 거부당하는 것에 대한 두려움과 같은 대인관계적인 요인에 더 많은 초점을 둔다. 타인으로부터 존중받고 타인에게 수용되고 싶은 욕구는 완벽주의적인 행동을 이끄는 주된 동기로, 치료자와의 관계에서 이러한 대인관계적인 욕구가 적절히 충족되고 타인에 대한 신뢰감과 자기가치감을 안정적으로 경험하게 함으로써 무조건적인 자기수용감을 체험하게 하는 데 많은 치료 시간을 할애 하며, 열등감과 수치심, 자기경험의 일치감 등도 중요하게 다룬다(Greenspan, 1998, 2000; Hollender, 1965; Missildine, 1963; Pacht, 1984; Sorotzkin, 1985).

완벽주의 문제를 치료하기 위해서는 성격구조를 변화시킬 필요가 있어, 일부 연구자들은 단기치료 보다는 집중적인 장기 정신역동 치료가 보다 효과적이라고 보고 한 바 있다(Blatt, 1992; Blatt & Ford, 1994). 병리적인 완벽주의자들은 내사적 정신병리를 보이는 사람으로 자기정의(self-definition), 자율성, 자기통제, 자기가치 등의 문제에 몰입하며 특히 자기비난이 심하다(Blatt & Zuroff, 2002). 이들은 타인과의 관계 형성에 관심을 크게 두지 않고 적대감 수준이 높아 사회적 관계망이 제한되어 있고 치료동맹 형성에 어려움이 있다. 하지만 한편에서는 단기 정신역동적 집단심리치료가 완벽주의자의 부적응적인 행동을 호전시켰다는 보고도 있어 완벽주의 치료에 장기 및 단기 정신역동적 치료가 모두 유용할 수 있음이

시사된다(Fredtoft, Poulsen, Bauer, & Malm, 1996).

맺음말

평가를 실수 없이 잘 하고 뛰어나고 싶은 열망을 갖고 있으며 이를 위해서 최선을 다하는 모습은 누가 보더라도 아름다운 모습이고 격려하고 싶은 삶의 태도다. 하지만 이런 모습의 가려진 곳에서는 기준에 못 미치는 자신의 수행 때문에 스스로를 질책하고 심지어는 자기가치감마저 불안정해지는 일이 일어날 수 있다. 완벽주의에 대한 고찰을 통해서 완벽주의의 음지와 양지를 구분해 주는 주요 특징과 완벽주의와 관련된 특징을 밝히려는 많은 연구자들의 노력들을 확인할 수 있었다. 또한 완벽주의의 정의적 속성에 대한 다양한 의견과 경험적인 연구들을 접할 수 있었으며 완벽주의가 초래할 수 있는 다양한 역기능성에 대한 주의도 새롭게 할 수 있었다. 하지만 완벽주의에 대한 고찰을 마치면서도 여전히 완벽주의의 정의적 속성의 범위와 평가도구의 차원이나 체계성과 관련해서는 혼란감을 떨쳐 버리기 어려우며, 연구자들 사이에서 완벽주의에 대한 합의된 정의와 평가도구의 통일성 문제는 앞으로 완벽주의에 대한 완벽에 가까운 연구를 위해서 넘어야 할 큰 산으로 남아 있어 보인다.

완벽주의에 대한 지금까지의 고찰을 간략히 요약하면 다음과 같다. 완벽주의에 대한 개념화는 초기에는 완벽주의의 부적응성을 중심으로 이루어지다가 점차 다차원적인 개념화로 확대되었으며, 최근에는 적응적인 완벽주의와 부적응적인 완벽주의를 구분해서 개념화하려는 경향성이 두드러지고 있다. 부적응적인 완

벽주의의 주된 정의적 특징은 지나치게 높은 기준, 그 기준을 충족시켜야 한다는 경직되고 비합리적인 열망, 비판적인 자기평가로 요약될 수 있다. 특히 이 중에서 기준 충족에 대한 비합리적인 열망과 비판적인 자기평가는 적응적인 완벽주의자로부터 부적응적인 완벽주의자를 구별시켜 주는 주된 특징임이 여러 연구에서 시사되고 있다. 그에 비해 높은 기준 요인은 다양한 적응적인 특성과 정적인 관련성을 보이고 있어 완벽주의의 적응성과 관련된 요인임이 시사된다. 완벽주의자는 절대적이고 당위적이며 요구적인 비합리적 신념을 갖고 있으며, 이분법적이고 과잉일반화적인 사고를 보이고 성공 경험을 평가절하하고 실패 경험에 주의를 많이 두는 경향이 있다. 그 결과 사소한 실수나 잘못 같은 구체적인 행동에 대한 평가가 자신에 대한 총체적인 부정적인 평가로 확대해석 되는 경향이 있다. 이는 자기비난적인 사고에 몰두하게 하고 우울 같은 부정적인 감정을 느끼게 하며 타인과의 관계에서 지나치게 순종적이거나 회피적인 행동을 보이게 하는 것으로 여겨진다.

완벽주의 측정도구의 발전은 완벽주의라는 구성개념에 대한 이해에 따라 상당한 차이를 보이고 있다. 초기에는 완벽주의를 병리적인 성격적 특징으로 보는 일차원적 관점이 지배적이었는데, BPS, NPQ, EDI-P가 이런 관점에 따라 개발된 대표적인 척도들이다. 이에 비해 FMPS, HMPS, APS-R, PI 등은 완벽주의를 적응적 및 부적응적 특성을 모두 포함한 포괄적인 성격 특질로 이해하는 다차원적인 관점을 따르고 있다. 기능적인 완벽주의와 역기능적인 완벽주의를 구분하고 이를 측정하는 척도들이 최근에 다수 개발되었는데, 그 대표적인 척도가 PNPS, TPS, PQ 등이다. 이 척도들은 연구

자의 관심과 실시 대상의 특성에 따라 달리 사용되고 있으며, 최근 임상적 완벽주의에 대한 관심이 커지면서 병리적 완벽주의를 측정하기 위한 척도로 CPQ가 개발되어 활용되고 있다. 완벽주의 척도의 하위차원은 인지, 행동, 대인동기적인 차원으로 분류될 수 있지만, 이 세 차원을 고르게 포함시키고 있는 척도는 보기 드물었다. 앞으로 완벽주의에 대한 보다 포괄적이고 체계적인 척도를 개발하기 위해서는 처음부터 이 세 차원을 염두에 두고 문항을 수집하고 척도를 구성하는 것이 필요할 것으로 여겨진다.

완벽주의에 대한 치료는 우울증, 섭식장애, 사회불안, 강박증, 강박성 성격장애 등의 치료를 위해서 부분적으로 관심을 받아왔으나, 최근에는 완벽주의 자체를 하나의 병리적 특성으로 보고 이에 초점을 둔 인지행동치료가 시도되고 있고 관련된 치료효과 연구도 조금씩 보고되고 있다. 하지만 완벽주의를 통합적으로 설명해 주는 검증된 이론이나 치료모델은 찾아보기 어렵다. 최근에 일부 연구자들(Shafran et al., 2002)에 의해 완벽주의에 대한 인지행동적인 분석과 모델이 제안된 것은 주목할 만하다. 완벽주의를 하나의 병리적 특성으로 보고 완벽주의 자체에 대한 치료 필요성이 새롭게 주목받고 있는 것은 완벽주의에 대한 체계적인 이론과 치료모델 개발을 위한 하나의 청신호로 여겨진다. 완벽주의에 대한 치료 접근으로 정서중심적 치료와 정신역동-대인관계 치료 접근을 소개하였지만, 두 접근 모두 완벽주의 치료와 관련된 연구 문헌이 극히 제한되어 있어 완벽주의에 대한 두 치료 접근의 구체적인 치료과정을 소개하지는 못하였다. 이런 제한점에도 불구하고 정서중심적 치료와 정신역동-대인관계 치료 접근을 소개한 이유

는 완벽주의에 대한 치료가 너무 인지행동적인 치료에 제한되어 있어 완벽주의에 대한 다양한 치료접근의 응용 가능성을 고려해보고자 함이다.

본 개관 논문이 완벽주의에 대한 포괄적인 고찰이 되기는 어렵다. 지면상의 제약도 있고 완벽주의가 다양한 맥락에서 많은 연구가 이루어지고 있어 이를 빠짐없이 포함시켜 체계적으로 정리해서 기술하는데 한계가 있었다. 하지만 완벽주의의 개념적 정교화와 평가도구의 발전에 대한 개관은 완벽주의에 관심 있는 연구자들이 들일 시간과 노력을 줄여주고 연구자의 관심과 의도에 따라 보다 구체적이고 초점이 있는 연구계획을 세우는데 도움이 될 수 있을 것으로 기대한다. 일부 연구에서 시사되었듯이 완벽주의적인 성격특질은 개인이 당면한 스트레스 수준에 따라 그 적응성에 차이를 보일 수 있다. 즉 스트레스가 적을 때는 완벽주의적인 성격이 기능적으로 작용하지만 스트레스가 어느 수준 이상이 되면 평가염려적이고 자기비판적인 특성으로 인해 스스로 스트레스를 만들어냄으로써 역기능적인 작용이 현저해질 수 있다(Hewitt & Flett, 2002). 본 논문에서 소개한 대부분의 경험적인 연구는 완벽주의와 부적응적 특성간의 관련성에 관한 것에 그치고 있어, 완벽주의적인 성격특질과 부적응적인 행동의 관계에서 스트레스가 어떤 역할을 하는지에 대해서는 거의 다루지 못했다. 일부 연구자들(Blankstein & Dunkley, 2002)이 완벽주의와 일상적인 스트레스 사건 및 대처양식 간의 관련성을 살펴보았지만, 아직 이와 관련된 연구는 상대적으로 부족한 실정이다. 완벽주의와 부적응성의 관련성은 스트레스 수준에 따라서도 달라질 수 있지만, 삶의 영역에 따라서도 달라질 수 있다. 예를 들면

대인관계 장면과 직업적인 일을 하는 장면에서 개인의 완벽주의적인 특질이 다르게 기능할 수 있을 것이다. 본 논문에서는 삶의 다양한 영역별로 완벽주의의 적응성과 부적응성에 관한 경험적인 연구는 고찰하지 않았다.

참고문헌

- 김근홍 (1998). 완벽주의 성향과 자기효능감이 우울과 과제수행에 미치는 영향. 아주대학교 석사학위 논문.
- 김사라형선 (2005). 어머니의 완벽주의와 아동의 우울 관계에서 아동의 무조건적 자기수용의 매개효과. 한국심리학회지: 여성, 10(4), 461-481.
- 김현정, 손정락 (2006). 대학생의 완벽주의와 자아존중감 및 우울, 주관적 안녕감 간의 관계. 한국심리학회지: 건강, 11(2), 345-361.
- 남궁혜정, 이영호 (2005). 이차원 완벽주의 척도의 개발 및 타당화. 한국심리학회지: 임상, 24(4), 917-936.
- 문경 (1998). 완벽주의 차원과 자기효능감이 우울에 미치는 영향. 가톨릭대학교 석사학위 논문.
- 박현주 (1999). 기능적 완벽주의 집단과 역기능적 완벽주의 집단의 구분 및 특성 연구. 서울대학교 대학원 석사학위 논문.
- 왕미란 (1996). 완벽주의, 자의식 및 우울성향간의 관계. 중앙대학교 대학원 석사학위논문.
- 이미화, 류진혜 (2002). 완벽주의 성향의 순기능과 역기능: 성취목표, 스트레스, 심리적 안녕감, 우울과 관련하여. 청소년학연구, 9, 293-316.
- 이승수 (2008). 아르마니 패션제국. 문학수첩.
- 정승진 (2000). 완벽성 감소를 위한 인지행동 집단상담 프로그램 개발 연구. 연세대학교 박사학위 논문.
- 정승진, 연문희 (2000). 완벽성 감소를 위한 인지행동 집단상담 프로그램 개발. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 12(2), 147-167.
- 최문선, 유재민, 현명호 (2005). 평가 염려 및 개인 기준적 완벽주의와 우울간의 관계: 자기효능감의 매개 효과와 중재효과. 한국심리학회지: 건강, 10(1), 1-15.
- 최옥영 (1998). 대학생의 완벽주의 성향 및 자기존중감과 우울간의 관계. 한국교육대학원 석사학위논문.
- 하정희, 조한익 (2006). 비합리적 신념에 따른 완벽주의의 순기능과 역기능. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 18(4), 873-896.
- 한기연 (1993). 다차원적 완벽성: 개념, 측정 및 부적응. 고려대학교 박사학위 논문.
- 홍석인, 현명호 (2007). 완벽주의와 우울의 관계에서 우울반응양식의 효과검증. 한국심리학회 연차학술대회 논문집.
- 홍혜영 (1995). 완벽주의 성향, 자기효능감, 우울과의 관계 연구. 이화여자대학교 석사학위논문.
- 현진원 (1992). 완벽주의 성향과 평가 수준이 과제수행에 미치는 영향. 연세대학교 석사학위논문.
- Adams, P. (1973). *Obsessive children*. New York: Brunner/Mazel.
- Alden, L. E., Ryder, A. G., & Mellings, T. B. (2002). Perfectionism in the context of social fears: toward a two-component model. In G.

- L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, Research, and Treatment* (pp.373-391). Washington, DC: American Psychological Association.
- Alder, M. A., & Rice, K. G. (2006). The role of emotional dysregulation in perfectionism and psychological distress. *Journal of Counseling Psychology, 53*, 498-510.
- Anthony, M. M., & Swinson, R. P. (1998). *When perfect isn't good enough: strategies for coping with perfectionism*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- Ashby, J. S., Rice, K. G., & Martin, J. (2006). Perfectionism, shame, and depression. *Journal of Counseling and Development, 84*, 148-157.
- Basco, M. R. (1999). *Never Good Enough*. New York: The Touchstone Press.
- Bastiani, A. M., Rao, W., Welzin, T. E., & Kaye, W. H. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorder, 17*, 147-152.
- Beebe, D. W. (1994). Bulimia nervosa and depression: A theoretical and clinical appraisal in light of the binge-purge cycle. *British Journal of Clinical Psychology, 33*, 259-276.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorder*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A., & Weissman, A. N. (1991). Factor analysis of the Dysfunctional Attitude Scale in a clinical population. *Psychological Assessment, 3*, 478-483.
- Blankstein, K. R., & Dunkley, D. M. (2002). Evaluative concerns, self-critical, and personal standards perfectionism: A structural equation modeling strategy. In Flett, G. L. & Hewitt, P. L. (Eds.), *Perfectionism: theory, research and treatment*. (pp.285-316). Washington, DC: American Psychological Association.
- Blankstein, K. R., Flett, G. L., Hewitt, P. L., & Eng, A. (1993). Dimensions of perfectionism and irrational fears: An examination with the Fear Survey Schedule. *Personality and Individual Differences, 15*, 323-328.
- Blatt, S. J. (1992). The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis on anaclitic and introjective patients: The Menninger Psychotherapy Research Project revised. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 40*, 691-724.
- Blatt, S. J. (1995). The destructiveness of perfectionism. Implications for the treatment of depression. *American Psychologist, 50*, 1003-1020.
- Blatt, S. J., & Ford, R. (1994). *Therapeutic change: An object relations perspective*. New York: Plenum.
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review, 12*, 527-562.
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (2002). Perfectionism in the Therapeutic Process. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, Research, and Treatment*(pp.151-180). Washington, DC: American Psychological Association.

- Bolger, E. (1996). *The subjective experience of transformation through pain in ACOAs*. unpublished doctoral dissertation. York University, Toronto, Canada.
- Bolger, E. (1999). Grounded theory analysis of emotional pain. *Psychotherapy Research*, 99, 342-362.
- Brown, G. P., & Beck, A. T. (2002). Dysfunctional Attitudes, Perfectionism, and Models of Vulnerability to Depression. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, Research, and Treatment* (pp.231-251). Washington, DC: American Psychological Association.
- Burns, D. D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, 34-51.
- Campbell, J. C. & Paula, A. D. (2002). Perfectionistic self-beliefs: Their relation to personality and goal pursuit. In G. L. Flett & P. L. Hewitt(Eds.), *Perfectionism: Theory, Research, and Treatment*(pp.181-198). Washington, DC: American Psychological Association.
- Chow, G. S-Y. (2002). The cultural context of perfectionism and psychological outcome: Investigating a stress-mediated model with asian american and european american students. Doctorial Dissertation. The University of Michigan. Michigan, USA.
- Cockell, S. J., Hewitt, P. L., Goldner, E. M., & Flett, G. L. (2001). Trait and self-presentation dimensions of perfectionism in women with anorexia nervosa. Manuscript in preparation.
- DiBartolo, P. M., Frost, R. O., Dixon, A., & Almodovar, S. (2001). Can cognitive restructuring reduce the disruption associated with perfectionistic concerns? *Behavior Therapy*, 32, 167-184.
- Dunkley, D. M., & Blankstein, K. R. (2000). Self-critical perfectionism, coping, hassles, and current distress: a structural equation modeling approach. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 713-730.
- Dunkley, D. M., & Blankstein, K. R. Halsall, J., Williams, M., & Winkworth, G. (2000). The relation between perfectionism and distress: Hassles, coping, and perceived social support as mediators and moderators. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 437-453.
- Dunkley, D. M., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., & McGlashan, T. H. (2006). Perfectionism and depressive symptoms 3 years later: negative social interactions, avoidant coping, and perceived social support as mediators. *Comprehensive Psychiatry*, 47(2), 106-115
- Dunkley, D. M., Zuroff, D. C., & Blankstein, K. R. (2006). Specific perfectionism components versus self-criticism in predicting maladjustment. *Personality and Individual Differences*, 40(4), 665-676.
- Ellis, A. (1958). Rational Psychotherapy. *Journal of General Psychology*, 59, 35-49.
- Ellis, A. (1962). Reason and emotion in psychotherapy. New York: LyleStuart.
- Ellis, A. (2002). The Role of Irrational Beliefs in Perfectionism. In G. L. Flett & P. L. Hewitt(Eds.), *Perfectionism: Theory, Research, and Treatment* (pp.217-230). Washington, DC: American Psychological Association.

- Ellis, A., & MacLaren, C. (2005). *Rational Emotive Behavior Therapy: A Therapist's Guide*(2nd). Impact.
- Enns, M. W., & Cox, B. J. (1999). Perfectionism and depression symptom severity in major depressive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 37, 783-794.
- 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.
- Fairburn, C. G., Marcus, M. D., & Wilson, G. T. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. In C. G. Fairburn, & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 361-404). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behavior Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Ferguson, K. L., & Rodway, M. R. (1994). Cognitive behavioural treatment of perfectionism: Initial evaluation studies. *Research on Social Work Practice*, 4(3), 283-308.
- Ferrari, J. R. (1995). Perfectionism cognitions with nonclinical and clinical samples. *Journal of Social Behavior and Personality*, 10, 143-156.
- Flett, G. L., Davis, R. A., & Hewitt, P. L. (2003). Dimensions of perfectionism, unconditional self acceptance, and depression, *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 21, 119-138.
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2002). Perfectionism and Maladjustment: An Overview of Theoretical, Definitional, and Treatment Issues. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, Research, and Treatment* (pp.5-32). Washington, DC: American Psychological Association.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R., & Dynin, C. B. (1994). Dimensions of perfectionism and Type A behavior. *Personality and Individual Differences*, 16, 477-485.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R., & Gray, L. (1998). Psychological Distress and Frequency of Perfectionistic Thinking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(5), 1363-1381.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R., & Mosher, S. W. (1995). Perfectionism, life events, and depression: A test of a diathesis-stress model. *Current Psychology*, 14, 112-137.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R., & O'Brien, S. (1991). Perfectionism and learned resourcefulness in depression and self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 12, 147-150.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., & DeRosa, T. (1996). Dimensions of perfectionism, psychosocial adjustment, and social skills. *Personality and Individual Differences*, 20, 143-150.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Endler, N. S., & Tassone, C. (1995). Perfectionism and

- components of state and trait anxiety. *Current Psychology*, 13, 326-350.
- Fredtoft, T., Poulsen, S., Bauer, M., & Malm, M. (1996). Dependency and perfectionism: Short term dynamic group psychotherapy for university students. *Psychodynamic Counseling*, 24, 476-497.
- Frost, R. O., & DeBartolo, P. M. (2002). Perfectionism, anxiety, and obsessive-compulsive disorder. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, Research, and Treatment* (pp.217-230). Washington, DC: American Psychological Association.
- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 14, 119-126.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C. M., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 74, 449-468.
- Frost, R. O., Steketee, G. (1997). Perfectionism and obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 291-296.
- Frost, R. O., Steketee, G., Cohn, L., & Griess, K. (1994). Personality traits in subclinical and non-obsessive-compulsive volunteers and their parents. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 47-56.
- Garner, D. M., Olmstead, M. P., & Polivy, J. (1983). The development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia and bulimia. *International Journal of Eating Disorder*, 1, 15-34.
- Glover, D. S., Brown, G. P., Fairburn, C. G., & Shafran, R. (2007). A preliminary evaluation of CBT for clinical perfectionism: A case series. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 85-94.
- Greenberg, L. S., & Bolger, E. (2001). An emotion-focused approach to the overregulation of emotion and emotional pain. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 197-211.
- Greenberg, L. S., & Pavio, S. C. (1997). *Working with the emotions in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition, and the process of change*. New York: Guilford Press.
- Greenspan, T. S. (1998). The Gifted self: Its role in development and emotional health. *Roeper Review*, 20, 162-167.
- Greenspan, T. S. (2000). 'Healthy Perfectionism' is an Oxymoron! *Journal of Secondary Gifted Education*, 11, 197-213.
- Guidano, V., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford Press.
- Habke, A. M., & Flynn, C. A. (2002). International Aspects of Trait Perfectionism. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, Research, and Treatment* (pp.151-180). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology. Journal of Human Behavior*, 15, 27-33.

- Hatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86-108.
- Hewitt, P. L., & Dyck, D. G. (1986). Perfectionism, stress, and vulnerability to depression. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 137-142.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991a). Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991b). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 98-101.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1993). Dimensions of perfectionism, daily stress and depression: A test of the specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 58-65.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (2002). In G. L. Flett & P. L. Hewitt(Eds.), *Perfectionism: Theory, Research, and Treatment* (pp.217-230). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. (1995). Perfectionism trait and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. *International Journal of Eating Disorder*, 18, 317-326.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. (1996). Perfectionism and depression: Longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 276-280.
- Hewitt, P. L., Mittelstaedt, W. M., & Wollert, R. (1989). Validation of a measure of perfectionism. *Journal of Personality Assessment*, 53, 133-144.
- Hill, R. W., Huelsman, T. J., Furr, M., Kibler, J., Vicente, B. B., & Kennedy, C. (2004). A new measure of perfectionism: The Perfectionism Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 82, 80-91.
- Hill, R. W., McIntire, K., & Bacharach, V. (1997). Perfectionism and the big five factors. *Journal of Social Behavior and Personality*, 12, 257-270.
- Hollender, M. H. (1965). Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry*, 6, 94-103.
- Honey, K. (1950). *Neurosis and human growth*, New York: Norton.
- Ingram, R. E., & Kendall, P. C. (1987). The cognitive side of anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 523-536.
- Johnson, D. P., & Slaney, R. B. (1996). Perfectionism: Scale development and a study of perfectionistic clients in counselling. *Journal of College Student Development*, 37, 29-41.
- Joiner, T. E., Jr., Heatherton, T. F., Rudd, M. D., & Schmidt, N. B. (1997). Perfectionism, perceived weight status, and bulimic symptoms: Two studies testing a diathesis-stress model. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 145-153.
- Joiner, T. E., & Schmidt, N. B. (1995). Dimensions of perfectionism, life stress, and depressed and anxious symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14, 165-183.

- Juster, H. R., Heimberg, R. G., Frost, R. O., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Faccenda, K. (1996). Social phobia and perfectionism. *Personality and Individual Differences, 21*, 403-410.
- Kawamura, K. Y., & Frost, R. O. (2004). Self-concealment as a mediator in the relationship between perfectionism and psychological distress. *Cognitive Therapy and Research, 28*, 183-191.
- Lobel, T. E., Kashtan, O., & Winch, G. L. (1987). The relationship between defense mechanism, trait anxiety and need for approval. *Personality and Individual Differences, 8*, 17-23.
- Lynd-Stevenson, R. M., & Hearne, C. M. (1999). Perfectionism and depression affect: The pros and cons of being a perfectionist. *Personality and Individual Differences, 26*, 549-562.
- Mallinger, A. E. (1984). The obsessive's myth of control. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 12*, 147-165.
- Mallinger, A. E., & DeWyze, J. (1992). *Too perfect: When being in control gets out of control*. New York: Clarkson Potter Club.
- McFall, M., & Wollersheim, J. (1979). Obsessive-compulsive neurosis: A cognitive-behavioral formulation and approach to treatment. *Cognitive Therapy and Research, 3*, 333-348.
- Minarik, M., & Ahrens, A. (1996). Relations of eating behavior and symptoms of depression and anxiety to the dimensions of perfectionism among undergraduate women. *Cognitive Therapy and Research, 20*, 155-169.
- Missildine, W. H. (1963). *Your inner child of the past*. New York: Simon & Schuster.
- Mitzman, S. F., Slade, P. D., & Dewey, M. E. (1994). Preliminary development of a questionnaire designed to measure neurotic perfectionism in the eating disorders. *Journal of Clinical Psychology, 50*, 516-522.
- Mobley, M., Slaney, R. B., & Rice, K. G. (2005). Cultural validity of the Almost Perfect Scale-Revised for african american college students. *Journal of Counseling Psychology, 52*, 629-639.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997). Cognitive assessment of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 667-681
- Pacht, A. R. (1984). Reflection on perfectionism. *American Psychologist, 39*, 386-390.
- Pennebaker, J. W. (1989). Streams of consciousness and stress: Levels of thinking. In J. S. Uleman & J. Bargh (Eds.), *Unintended thought*(pp.327-350). New York: Guilford Press.
- Pleva, J., & Wade, T. D. (2007). Guided self-help versus pure self-help for perfectionism: A randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 849-861.
- Preusser, K. J., Rice, K. G., & Ashby, J. S. (1994). The role of self-esteem in mediating the Perfectionism-Depression Connection. *Journal of College Student Development, 35*, 88-93.
- Rasmussen, S., & Tsuang, M. (1986). Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 143*, 317-322.

- Rheaume, J., Freeston, M. H., Dugas, M. J., Letarte, H., & Ladouceur, R. (1995). Perfectionism, responsibility, and obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 785-794.
- Rh eaume, J., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1995). Functional and dysfunctional perfectionism: construct validity of a new instrument. *Paper presented at the 1st annual World Congress of Behavioral Cognitive Therapy, Copenhagen, July 1995*.
- Rice, K. G., Ashby, J. S., & Slaney, R. B. (1998). Self-esteem as a mediator between perfectionism and depression: A structural equations analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 304-314.
- Rice, K. G., & Pence, S. L. (2006). Perfectionism and Obsessive-Compulsive Symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28, 103-111.
- Rice, K. G., & Slaney, R. B. (2002). Clusters of perfectionists: two studies of emotional adjustment and academic achievement. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 35, 35-38.
- Riley, C., Lee, M., Cooper, Z., Fairburn, C. G., & Shafran, R. (2007). A randomised controlled trial of cognitive-behaviour therapy for clinical perfectionism: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2221-2231.
- Salzman, L. (1979). Psychotherapy of the obsessional. *American Journal of Psychotherapy*, 33, 32-40.
- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioral analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 773-791.
- Shafran, R., Lee, M., & Fairburn, C. G. (2004). Clinical perfectionism: A case report. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32, 353-358.
- Shafran, R., & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: a review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 21, 879-905.
- Slade, P. D. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 167-179.
- Slaney, R. B., Ashby, J. S., & Trippi, J. (1995). Perfectionism: Its measurement and career relevance. *Journal of Career Assessment*, 3, 279-297.
- Slaney, R. B., & Johnson, D. G. (1992). *The Almost Perfect Scale*. Unpublished manuscript, Pennsylvania State University.
- Slaney, R. B., Rice, K. G., Mobley, M., Trippi, J., & Ashby, J. S. (2001). The Revised Almost Perfect Scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 34, 130-145.
- Slaney, R. B., Rice, K. G., Mobley, M., Trippi, J., & Ashby, J. S. (2001). The Almost Perfect Scale-Revised. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 34, 130-145.
- Sorotzkin, B. (1985). The quest for perfection: Avoiding guilt or avoiding shame? *Psychotherapy*, 22, 564-571.
- Strinvasagam, N. M., Kaye, W. H., Plotnicov, K.

- H., Greeno, C., Welzin, T. E., & Rao, R. (1995). Persistent perfectionism, symmetry, and exactness after long-term recovery from anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1630-1634.
- Tangney, J. P. (2002). Perfectionism and Self-Conscious Emotions: Shame, Guilt, Embarrassment, and Pride. In G. L. Flett & P. L. Hewitt(Eds.), *Perfectionism: Theory, Research, and Treatment*(pp.199-216). Washington, DC: American Psychological Association.
- Terry-Short, L. A., Owens, R. G., Slade, P. D., & Dewey, M. E. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 18, 663-666.
- Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation*. Paper presented at the meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Chicago.

원 고 접 수 일 : 2007. 2. 27

수정원고접수일 : 2008. 5. 2

게 재 결 정 일 : 2008. 8. 8

A Review of Perfectionism: Assessment and Treatment

Yunhee Kim

Seoul National University

Sugyun Seo

Pusan National University

This study reviewed conceptualizations of perfectionism and perfectionism measurement tools, and introduced both dysfunctions in terms of perfectionism and therapeutic approaches of perfectionism. The concept of perfectionism was extended and elaborated upon from a uni-dimensional concept to that of a multidimensional concepts. Recently, it has been suggested that perfectionism has two independent dimensions which are adaptive and maladaptive perfectionism. Multidimensional scales were often used to measure perfectionism and the factors composing of each scale have many differences. The assessment dimensions of perfectionism did not yet come to any agreement. Perfectionism scales generally include the cognitional, behavioral, interpersonal-motivational dimensions. We reviewed irrational beliefs and cognitive errors among dysfunctional cognitions of perfectionism and reviewed depression and anxiety among emotions related to perfectionism. We also reviewed relations of eating disorder and obsessive-compulsive disorder with perfectionism. We introduced cognitive-behavioral therapy, emotion-focused therapy, psychodynamic-interpersonal therapy as possible therapeutic approaches to perfectionism.

Key words : perfectionism, definition, assessment, treatment