

성취 지향적인 현대사회는 경쟁적인 분위기를 조성하면서, 사람들에게 완벽에 가까운 수행과 최고의 결과를 요구한다. 따라서, 각 개인은 다른 사람들보다 더 나은 성취를 이루고자 다양한 영역에서 완벽을 추구한다. Stoeber와 Stoeber(2009)는 사람들이 완벽을 추구하는 영역은 일(58%), 신체위생(54%), 학업(43%) 순서이며, Slaney와 Ashby(1996)는 학업적인 일과 대인관계영역이라고 보고하였다. 학업 및 과제수행 뿐만 아니라 취업준비 등 다양한 경쟁 상황을 경험하게 되는 대학 장면에서, 대학생들은 개인의 완벽주의적인 신념에 따라 지각된 스트레스나 심리적 고통이 달라질 수 있다(Hewitt, Flett, & Turnbull, 1994). 많은 연구자들은 완벽주의가 대학생들의 심리적 부적응을 유의하게 예측하는 것을 확인하였으며(예, Chang, 2000; Flett, Hewitt, & Dyck, 1989; Rice, Ashby, & Slaney, 1998; Chang, 2006에서 재인용), 이러한 완벽주의는 섭식장애, 경계선 성격 장애, 우울, 불안장애 및 강박장애 등 다양한 정신 병리와 관련되고, 이러한 장애를 지속시키며(Buhlmann, Etkoff, & Wilhelm, 2008; Enns, Cox, & Borger, 2001; Sassaroli et al., 2008), 자살을 예측하는 변인으로 일관되게 보고되고 있다(O'Connor, 2007)

초기 완벽주의에 대한 연구는 부적응적인 성격 특성으로서 단일 차원적 개념으로 간주되었으며, 1990년대 이후 완벽주의는 다차원적인 개념으로 이해되었다. 즉, 완벽주의에 대한 기존의 부적응적인 성격 특성뿐만 아니라 적응적인 성격특성에도 관심을 갖기 시작하였다(Frost, Martten, Lahart, & Rosenblate, 1990; Hewitt & Flett, 1991). Hewitt과 Flett(1991)은 완벽주의를 자기-지향적 완벽주의, 사회적으로 부과된 완벽주의, 타인-지향적 완벽주의의 3개

의 하위 차원으로 구분하였다. Frost 등(1990)은 개인적 특성 측면에서, 실수에 대한 염려, 수행에 대한 의심, 개인적 기준, 부모의 기대, 부모의 비난 및 조직화의 6개의 하위 차원으로 구분하였다. 이러한 완벽주의의 하위 차원들은 적응적, 부적응적 속성에 따라 많은 연구자들이 분류하였는데, Dunkley, Blankstein, Halsall, Williams 및 Winkworth(2000)은 개인기준적 완벽주의와 평가염려 완벽주의 두 차원으로 재분류 하였다. 이는 Frost 등(1990)의 개인적 기준과 Hewitt과 Flett(1991)의 자기-지향적 완벽주의를 개인기준 완벽주의로, Frost 등(1990)의 실수에 대한 염려, 수행에 대한 의심, 그리고 Hewitt과 Flett(1991)의 사회적으로 부과된 완벽주의를 포함하여 평가염려 완벽주의로 분류되었다.

개인기준 완벽주의는 자신에게 높은 기준과 목표를 설정하는 것으로, 이 차원은 성취 지향적이며 자신에 대한 엄격한 평가를 포함하지만 타인의 인정이나 부정적 평가에 대한 두려움과는 낮은 상관을 나타낸다(Blankstein & Dunkley, 2002). 하지만 몇몇 연구에서는 개인기준 완벽주의가 우울, 불안과 같은 부정적 정서와 관련이 있다는 일관되지 않은 결과가 보고되고 있다(김예원, 2008; Hewitt, Flett, & Ediger, 1996). 반면에, 평가염려 완벽주의는 자신의 행동을 과도하게 비판적으로 평가하고 성공적인 수행에도 불만족스러워하며, 타인의 비판과 기대에 대하여 만성적으로 염려하는 것을 말한다(Dunkley et al., 2000). 이러한 평가염려 완벽주의의 특징들은 일관되게 우울과 관련될 뿐만 아니라 불안, 스트레스, 걱정 등 다양한 심리적 문제와 관련된다(Wei, Mallinckrodt, Larson, & Zakalic, 2005). 국내의 연구에서도 평가염려 완벽주의는 우울, 불안, 스

트레스, 걱정, 부정적 평가에 대한 두려움, 사회불안, 학교 부적응과 같은 대학생의 다양한 심리적 어려움과 관계된다고 보고되었다(김민선, 서영석, 2009; 김현정, 손정락, 2006a; 진소연, 2010; 최문선, 유재민, 현명호, 2005). 또한, 평가염려 완벽주의는 자아 존중감, 정서안정성, 문제해결능력, 대인관계능력, 대인신뢰감과 부적 상관이 있으며(송창호, 2010; 정옥경, 2001; 진소연, 2010; 하정희, 조한익, 2006; Eills, 2002), 부적응적 분노표현과 정서조절 곤란과 정적 상관이 있다(고희경, 현명호, 2006; 김정화, 2011). 이러한 배경을 바탕으로 본 연구에서는, Dunkley 등(2000)의 기준에 따라 부적응적이고 역기능적인 완벽주의로 분리되는, 대학생들의 평가염려 완벽주의에 초점을 맞추고자 한다.

부정적 평가에 대한 두려움은 스스로 높은 기준을 세우고, 완벽함을 추구하며, 수행능력에 대한 의심 등을 포함하는 완벽주의의 특성과 관련된다. Frost 등(1990)은 완벽주의 성향이 강한 대학생들은 평가에 대한 압력이 존재하는 글쓰기 과제에서 평가에 대한 두려움 등 부정적인 정서를 경험한다고 보고하였다. 또한, 사회적으로 부과된 완벽주의와 부정적 평가에 대한 두려움은 유의한 정적 상관이 있으며(Flett, Hewitt, & De Rosa, 1996), 평가염려 완벽주의의 특성인 실수에 대한 염려, 수행에 대한 의심차원의 수준이 높을수록 부정적 평가에 대한 두려움도 높은 것으로 보고되었다(Kawamura, Hunt, Frost, & DiBattolo., 1998). Wei 등(2004)은 높은 수준의 평가염려 완벽주의를 가진 사람들은 다른 사람들로부터 인정과 사랑을 얻고자 완벽해지는 것이 동기화되며, Wu와 Wei(2008)는 평가염려 완벽주의적 대학생들은 타인의 기대를 달성하지 못하는 것과 부정

적 평가에 대하여 걱정하는데 너무 많은 에너지를 쏟는다고 하였다. 국내에서도 김민선과 서영석(2009)은 평가염려 완벽주의 성향이 강할수록 부정적 평가에 대한 두려움이 높고 이는 사회불안을 야기한다고 보고하였다.

평가염려 완벽주의는 경험회피와 관련된다. 경험 회피는 자신에게 발생하는 혐오적인 경험(예, 신체적 감각, 정서, 사고, 기억 등)의 상태에 머물러 있는 것을 거부하고, 이러한 경험이나 이를 발생하게 한 사건을 바꾸려는 시도를 하는 것이다(Hayes, Wilson, Gilford, Follette, & Strosahl, 1996). Santanello와 Gardner(2007)는 대학생을 대상으로 한 연구에서, 부적응적 완벽주의는 경험 회피를 예측하고, 경험 회피는 부적응적 완벽주의와 걱정 사이를 부분 매개한다고 보고하였다. 이와 유사하게, 김우정(2011)은 청소년의 부적응적 완벽주의 수준이 높을수록 경험 회피 수준이 높고, 걱정수준도 높아짐을 확인하였다. 김승완(2011)은 강박증상과 경험회피에 대한 회귀분석에서 강박증상의 하위차원인 완벽주의와 불확실성이 경험회피와 유의한 상관을 보였으며, 강박신념 중 완벽주의는 경험 회피와 유의한 상관을 보였다. 이들의 연구는 부적응적 완벽주의 수준이 높으면 경험 회피의 수준이 높을 뿐만 아니라 걱정이나 다른 심리적 장애를 유발시키는 요인이 될 수 있다고 시사하였다. 또한, 대처방식으로 회피전략을 사용하는 경우가 있는데, 완벽주의와 대처방식에 대한 선행 연구들을 보면, 부적응적 완벽주의 성향이 강한 사람들은 회피와 같은 정서중심적 대처양식을 사용하며, 이는 심리적 고통에 영향을 미친다(Blankstein & Dunkley, 2002; Flett, Hewitt, Blankstein, Solinik, & Van Brunschot, 1996). 이러한 경험 회피 및 회피적 대처양식을 가진 평

가염려 완벽주의가 높은 대학생들은, 학업 성적과 같은 사회적 평가를 받을 수 있는 과제에 직면한 경우 지연행동을 보이는 등 대학생 생활에서 수행과 관련된 부적응을 경험하며(추상엽, 임성문, 2009), 사건의 부정적 측면에 초점을 맞추면서 일상적인 일도 쉽게 스트레스로 지각하는 경향을 보였다(Flett, et al., 1996). 또한, 적응적 완벽주의 집단에 비해 상대적으로 높은 우울과 불안을 느끼는 것으로 나타났다(전미경, 2009; Dunkley & Blankstein, 2000). 완벽주의는 자기효능감과 관련되는데, 자기효능감은 스스로 어떤 일을 수행할 수 있다는 믿음이며, 특정과제를 수행하기 위해 요구되는 행위를 조작하고 실행해 나가는 자신의 능력에 대한 판단이다(Bandura, 1977). 문경(1998)은 완벽주의가 높더라도 자기효능감이 높으면 우울감이 증가되지 않은 반면, 자기효능감이 낮은 경우 완벽주의 성향이 높으면 우울을 더 많이 경험한다고 보고하였으며, 김근홍과 이민규(1998)는 완벽주의 성향이 강하고 자기효능감이 높으면 실수를 더 적게 하고 자기효능감이 낮으면 과제 수행수준이 현저히 떨어짐을 확인하였다. 또한, Dunkley, Zuroff 및 Blankstein(2003)은 평가염려 완벽주의는 자기효능감과 상호작용하기 보다는 실패에 민감하고 자기를 비난하는 자체의 속성으로 인해 자기효능감을 저하시킨다고 보고함으로써 평가염려 완벽주의의 자체의 부정적 특성을 강조하였다.

지금까지 완벽주의의 감소에 초점이 맞추어진 치료들은 정서중심적 치료, 정신역동치료 및 인지행동치료 등이 있다. Greenberg와 Bolger(2001)의 사례연구에서는 심리적 불편감을 경험하고 있는 완벽주의자의 정서적 고통을 줄이는데, 정서 중심적 치료가 효과적임을

보고하였지만, 이 연구는 완벽주의 자체에 초점을 둔 것으로 보기 어려우며, 적용된 내담자의 사례도 완벽주의 문제를 주로 보이는 사례가 아니었다. 또한, 정신역동-대인관계 치료적 접근에서는, Hewitt과 Flett(2004)이 높은 수준의 완벽주의를 가진 환자들에게 애착양식과 대인관계 및 성격구조에 초점을 다룬 치료를 적용하여 완벽주의의 감소와 우울, 불안 및 대인관계문제에서 유의한 효과를 보고하였지만, 단기적인 치료로서 정신역동치료를 활용하는데 한계점을 제시하였다. 현재 가장 많이 적용되고 있는 인지행동치료는 완벽주의적 사고를 완화시키고, 우울 및 불안 감소, 자아 존중감 증진 등의 효과가 있었다(김미정, 2002; 서영숙, 2000; 정승진, 1999; King, 1986; 김현정, 손정락, 2007에서 재인용). 하지만 몇몇 연구들의 경우, 인지행동치료에서 크게 향상된 효과를 보지 못하였거나, 치료 후 사후검사와 추적검사에서 완벽주의 수준이 유지되거나, 오히려 증가되는 결과를 보고하였다(Pleva & Wade, 2006). 또한, Flett과 Hewitt(2008)은 최근 보고된 완벽주의에 대한 인지행동치료의 한계점들을 제시하면서, 완벽주의에 대한 인지행동치료가 완벽주의와 관련된 부정적 정서나 심리적 장애에만 효과를 미치며, 이는 참가자들의 가족과 작업환경이 완벽주의를 유지시키도록 영향을 미쳤을 것이라 제안하였다. 이는 완벽주의에 대한 치료적 개입에서, 완벽주의를 유지시키는 환경에 대한 중재와 이를 바라보는 개인적 태도의 변화가 필요함을 시사한다. 한편, 김도연(2006)은 마음챙김 명상이 포함된 합리적 정서프로그램이 마음챙김 명상이 포함되지 않은 합리적 정서프로그램에서 보다 부적응적 완벽주의 수준을 더 감소시켰음을 확인함으로써 마음챙김이 완벽주의를 감소하

는데 효과적임을 제시하였다. 또한, 몇몇의 연구에서는 완벽주의를 치료할 때, 긍정적인 측면인 완벽주의 노력과 부정적 측면인 완벽주의적 요구를 구별할 필요가 있으며, 완벽주의 자체에 대한 수용과 태도가 중요함을 시사하였다(Lundh, 2004; Scott, 2007). 따라서 완벽주의를 치료할 때, 완벽주의의 인지적특성에 중점을 두는 인지행동치료의 한계를 보완하기 위해 새로운 심리치료가 필요하며, 평가염려 완벽주의자들의 비합리적 신념뿐만 아니라 완벽을 요구하는 환경에 대한 개인의 태도 및 완벽주의 자체에 대한 이해와 수용을 모두 다룰 필요가 있다. 따라서, 본 연구에서는 수용전념치료를 적용하고자 한다.

수용전념치료는 지난 15년간 행동주의 치료의 흐름이었던 인지행동치료에서 출현한 제3의 흐름으로 주목받고 있는 행동치료이다(Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). Hayes, Strosahl, 및 Wilson(1999)는 심리적 고통은 인간에게 있어 매우 보편적이고 정상적인 현상으로, 심리적 고통에 직면하게 될 때, 이를 정상적으로 받아들이지 않고 통제하는 것이 오히려 인간에게 고통을 유발한다고 보는 파괴적 정상적의 가정을 제안하였다. 즉, 인간이 원치 않는 생각, 감정, 기억이나 신체적 감각과 같은 내적 사건의 형태나 빈도 및 상황을 제거하거나 통제하려는 경험회피의 과정에서 심리적 고통이 오는 것이다(Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). 따라서, 수용전념 치료는 심리적 고통을 없애는 데에 몰두하기 보다는 고통을 삶의 한 부분으로 수용하고, 가치 있는 삶을 향해 나아가는 것이 심리적 고통이나 증상을 완화시키고 가치실현에 도움이 된다고 가정한다. 이러한 수용 전념 치료의 목표는 심리적 유연성을 기르는 것이

며, 이는 수용, 인지적 탈융합, 맥락으로서의 자기, 현재에 존재하기, 전념적 행동, 가치는 6가지 핵심 치료과정을 통해서 이루어진다. 수용전념치료의 효과는 다음과 같은 여러 경험적 연구를 통해서 보고되었다. 수용전념치료는 심리적 유연성 및 정신 건강 도식(Hayes, Lillis, Bunting, Herbst, & Fletcher, 2009), 우울, 불안, 물질 사용 문제, 흡연, 당뇨, 만성통증, 간질, 직무 스트레스를 포함하는 광범위한 행동 및 건강 문제(Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006) 그리고 강박장애(Twohig et al., 2010)에서 효과가 보고되었으며, 국내의 연구에서도 분노(염승훈, 신희천, 2008), 발달장애 아동 어머니의 심리적 안녕감과 우울(김미하, 손정락, 2011), 신체 상 존중감 및 자아 존중감(최유영, 손정락, 2011)의 연구에서 효과가 보고되었다.

평가염려 완벽주의를 직접적으로 다루는 수용전념 치료 연구는 존재하지 않지만, Somov(2010)는 완벽주의를 다루기 위한 마음챙김과 수용적 접근과 관련된 여러 가지 연습들을 강조하였으며, Shahar(2010) 역시 그의 저서에서 긍정적 완벽주의자가 되기 위한 마음챙김과 수용과 관련된 연습들을 제안하였다. 문현미(2006)는 대학(원)생에게 실시한 수용 전념 치료 프로그램 결과 수용행동이 유의하게 증가하고 부정적인 자동적 사고에 대한 믿음 및 역기능적 태도 수준의 감소에서 효과를 확인하였다. 또한, Flett과 Hewitt(2008)은 완벽주의에 대한 치료적 제언으로 비합리적 신념과 부정적인 자동적 사고에 대한 중재를 제언했는데, 이는 수용 전념 치료 프로그램이 지나치게 높은 기준을 제시하고 타인의 평가를 염려하는 평가염려 완벽주의자들의 비합리적인 신념과 부정적인 자동적 사고, 역기능적 신념을

자각하고 수용하도록 도움으로써, 가치를 향해 나아가도록 하는데 효과적임을 기대해 볼 수 있다. 또한, 평가염려 완벽주의자들은 경험 회피를 하기 때문에 이들은 어려움에 직면했을 때 변화하기 위해 나서기보다는, 그 문제를 억압하며 심리적 고통을 경험한다. 이러한 악순환을 벗어나기 위해서 수용전념 치료의 과정인 수용과 인지적 탈융합이 적용될 수 있다. 또한 수용전념치료프로그램은 불안장애에 일관된 치료효과를 보고하는데 이는 불안장애와 사회공포증의 핵심변인인 부정적 평가에 대한 두려움의 감소에 대한 효과를 기대해 볼 수 있다. 또한, 가치의 적용은, 완벽주의에 대한 태도를 변화시킴으로써 평가염려 완벽주의자들의 자기효능감의 수준을 높여줄 것이라 기대해 볼 수 있다. 한편, 몇몇의 완벽주의에 초점을 맞춘 인지행동치료에서는 사후검사 후 추적검사에서 완벽주의의가 다시 증가하거나 전체적인 완벽주의 점수가 유지됨을 볼 수 있었는데(Pleva & Wade, 2006; Cox & Enns, 2003; Ashbaugh et al., 2007), 문현미(2006)의 연구에서는 수용전념프로그램을 실시한 결과 우울, 스트레스 수준은 유의하게 감소하고 심리적 안녕감 수준이 유의하게 향상되었을 뿐만 아니라 추적검사에서 그 효과가 증가되었음을 확인하였다. 이는 기존의 수용전념치료의 효과를 비교한 연구들(Gifford, 2002; Hayes et al., 2003; Zette & Hayes, 1986; Zettle & Raines, 1989; 문현미, 2006에서 재인용)에서 사후효과는 비슷하며 추적검사 시 효과는 더 높고 재발률은 더 낮았던 결과와 일치한다. 이는 수용전념치료가 완벽주의의 수준을 추적검사에서 까지 유지시키고, 그 효과를 증가시킬 수 있음을 기대할 수 있다.

따라서, 본 연구에서는 수용 전념 치료가

평가염려 완벽주의적 대학생들의 평가염려 완벽주의와 부정적 평가에 대한 두려움, 경험 회피 및 자기효능감에 어떠한 영향을 미치는지 살펴보고자 한다. 이러한 배경을 토대로 하여 설정한 본 연구의 가설은 다음과 같다:

가설 1: 수용전념치료 집단의 평가염려 완벽주의는 통제집단에 비해 치료 후 더 감소될 것이다.

가설 2: 수용전념치료 집단의 부정적 평가에 대한 두려움 수준은 통제집단에 비해 치료 후 더 감소될 것이다.

가설 3: 수용전념치료 집단의 경험 회피 수준은 통제집단에 비해 치료 후 더 감소될 것이다.

가설 4: 수용전념치료 집단의 자기효능감 수준은 통제집단에 비해 치료 후 더 향상될 것이다.

방 법

참가자

본 연구는 2011년 5월에서 6월까지 전북지역에 소재한 대학교에 재학중인 400명의 대학생을 대상으로, 다차원적 완벽주의 척도(MPS-F), 다차원적 완벽주의 척도(MPS-H), 부정적 평가에 대한 두려움 척도, 수용 행동 질문지 및 일반적 자기효능감 척도를 사용한 설문 조사를 실시하였다. 조사에 응한 사람들 중 선별 점수에 해당하는 사람들에게 참여 의사를 묻는 연락과 프로그램 소개를 위한 e-mail을 보냈다. 수용 전념 치료 프로그램 참여에 동의한 참가자 24명 중 12명은 수용전념 치료

집단에, 나머지 12명은 대기통제 집단에 무선 할당 되었다. 수용 전념 치료집단과 대기통제 집단에서 개인적인 사정으로 치료 도중 3명씩 탈락하여 최종적으로 본 연구에 참여한 참가자는 치료집단 9명, 대기통제집단 9명으로 총 18명이다.

측정도구

다차원적 완벽주의 척도(Multidimensional Perfectionism Scale: MPS-H)

Hewitt과 Flett(1991)이 개발한 다차원적 완벽주의 척도는 완벽성향의 개인적 측면과 사회적 측면을 평가하며, 한기연(1993)이 번안한 척도이다. 이 척도는 7점 척도로 총45문항으로 구성되며, 자기지향적 완벽주의, 타인지향 완벽주의, 사회적으로 부과된 완벽주의 3가지 하위척도가 포함된다. 본 연구에서는 평가염려 완벽주의에 속하는 사회적으로 부과된 완벽주의척도를 사용한다. 이 도구의 Cronbach's α 계수는 .88이었고 본 연구에서의 Cronbach's α 계수는 .86이었다.

다차원적 완벽주의 척도(Multidimensional Perfectionism Scale: MPS-F)

Frost 등(1990)의 다차원적 완벽주의 척도를 정승진(2000)이 번안한 척도이다. 이 척도는 5점 척도로 총35문항으로 구성되어 있으며, 실수에 대한 염려, 수행에 대한 의심, 부모의 기대, 부모의 비판, 개인적 기준 및 조직화의 6차원으로 이루어져있다. 본 연구에서는 평가염려 완벽주의에 해당하는 실수에 대한 염려, 수행에 대한 의심척도를 사용한다. 이 도구의 Cronbach's α 계수는 .83이었고 본 연구에서의 Cronbach's α 계수는 .79이었다.

수용 행동 질문지(Acceptance and Action Questionnaire, AAQ-16)

자신의 가치와 목적에 일치하는 방식으로 행동하면서 생각이나 감정을 기꺼이 수용하는 정도를 측정하는 척도로써, 수용전념치료 이론에 기초하여 Hayes 등(2004)에 의해 구성되었다. 총 16문항, 7점 척도로서 총 범위는 16-112점이며, 점수가 높을수록 심리적 수용의 정도가 높음을 의미한다. 이 도구의 Cronbach's α 계수는 .82이었고 본 연구에서의 Cronbach's α 계수는 .81이었다.

부정적 평가에 대한 두려움척도 단축형(Brief-Fear of Negative Evaluation Scale: B-FNE)

이 척도는 타인의 부정적 평가에 대한 공포의 정도를 측정하기 위하여 1969년 Watson과 Friend가 제작한 총 30개의 문항에서 1983년 Leary가 단축형으로 제작한 것이다. 본 연구에서는 이정운과 최정훈(1997)이 신뢰도와 타당도를 입증한 한국판 단축형 척도를 사용하였다. 이 도구의 Cronbach's α 계수는 .90이었고 본 연구에서의 Cronbach's α 계수는 .92이었다.

자기효능감 척도(SES)

이 척도는 일반적 자기효능감을 측정하는 것으로, 김아영과 차정은(1996)이 제작한 것을 김아영(1997)이 수정한 것을 사용하였다. 일반적 자기효능감은 자신감, 자기조절 효능감, 과제난이도 선호의 세 가지 하위요인들로 구성되며, 총24문항으로 Likert식의 6점 척도로 되어있다. 이 도구의 Cronbach's α 계수는 .85이었고 본 연구에서의 Cronbach's α 계수는 .86이었다.

표 1. 수용전념치료 프로그램 내용

회기	주 제	내 용
1회기	창조적 절망감	<ul style="list-style-type: none"> • 프로그램 소개 및 프로그램 규칙에 대한 약속 정하기 • 집단원 소개 및 동의서 작성 • 인간의 심리적 고통에 대한 ACT 소개 • 완벽주의에 대한 이해 • 완벽주의로 인한 대가 확인하기, 변화의 동기 일으키기
2회기	통제의제의 비효과성, 기꺼이 경험하기	<ul style="list-style-type: none"> • 지금-여기의 경험 자각하기 • 변화 의제의 비효과성 확인하기(생각 안하기 게임) • 타인의 평가, 실수에 대한 염려, 수행에 대한 의심을 통제하기 위한 완벽에 대한 노력이 문제임을 알기 • 수용에 대한 안내와 평가에 대한 염려 기꺼이 경험하기
3회기	인지적 탈융합	<ul style="list-style-type: none"> • 언어의 평가적 기능 깨뜨리기 • 사실과 언어 간의 융합 깨뜨리기 • 마음을 관찰하는 방법을 통해 완벽주의로 촉발되는 생각과 감정 알아차리기
4회기	수용, 현재 경험에 접촉하기	<ul style="list-style-type: none"> • 완벽주의 발대배경 확인하기 • 실제 타인의 평가와 자신이 자각하는 평가의 차이 알기 • 현재에 머물러 있는지 확인하기 • 미래의 평가나, 비현실적 기준 및 실수에 대한 염려를 하고 있는지 확인하기 • 단지 알아차리기 연습
5회기	관찰하는 자기	<ul style="list-style-type: none"> • 자기와 사적 경험을 구별하기 • 모든 것이 완벽할 수 없고, 타인에게 완벽해 보일 필요가 없음을 알기 • 내적 경험을 관찰하고 받아들이는 일관된 관점으로 자기에게 접근하기 • 장기관 비유 • 자기-평가의 지배 무너뜨리기
6회기	가치	<ul style="list-style-type: none"> • 가치와 목표 구별하기 • 결과로서의 목표가 아닌 과정으로서의 목표에 대해 이해하기 • 가치 영역작업
7회기	기꺼이 경험하기, 전념행동	<ul style="list-style-type: none"> • 완벽주의로 인한 평가와 실수에 대한 염려를 수용하고 가치 있는 행동에 전념하기 • 비현실적 기준을 내려놓고 현재 순간에서 가치를 선택하기 • 장애물에 기꺼이 노출하기 • 수용-전념 공식 익히기
8회기	프로그램 총정리	<ul style="list-style-type: none"> • 각 회기별 치료 요소 정리하기 • 프로그램을 마치며 드는 감정과 생각 나누기 • 프로그램 내용을 평가하고 프로그램을 통해 도움이 된 점 나누기

처치 프로그램 및 절차

수용전념 치료 프로그램은 2011년 7월부터 총 8회기로 주 2회기씩 4주, 매 회기 120분간 진행되었다. 마지막 8회기가 끝나는 시기에 사후검사를 실시하였으며, 6주 후 추적 검사를 실시하였다. 본 프로그램은 문현미(2006)의 수용 전념 치료 모델을 중심으로 개발된 심리적 수용 촉진 프로그램을 기반으로 재구성하였으며 인지적 탈융합 과정을 통해 사실과 언어 간의 융합을 깨뜨리고 완벽주의로 촉발되는 생각과 마음을 알아차리며 기꺼이 경험하기를 통해 이를 수용하고 비현실적인 기준을 내려놓고 현실에서 보다 가치 있는 것을 선택할 수 있도록 하였으며, 프로그램 진행자는 연구자와 동일하다. 본 연구에서 실시한 구체적인 프로그램 내용은 표 1에 제시되어 있다.

자료분석

수용 전념 치료 집단과 대기통제집단의 동질성 확인을 위해 독립 집단 *t* 검증을 실시하였다. 또한, 수용 전념 치료 프로그램이 평가염려 완벽주의, 부정적 평가에 대한 두려움, 경험회피, 자기효능감에 미치는 영향을 알아보기 위하여 수용 전념 치료집단과 대기통제 집단의 사전-사후-추적검사에 대한 변량분석을 실시하였다. 모든 자료는 SPSS 17.0을 통해 이루어졌다.

결 과

수용 전념 치료 집단과 대기통제집단의 평가염려 완벽주의(실수에 대한 염려, 수행에 대한 의심, 사회적으로 부과된 완벽주의), 개인 기준 완벽주의(자기-지향적 완벽주의, 개인적

표 2. 수용 전념 치료집단과 대기통제집단의 동질성 검증

	치료 집단 (<i>n</i> =9) <i>M</i> (<i>SD</i>)	대기 통제 집단 (<i>n</i> =9) <i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t</i>
평가염려 완벽주의	125.23(4.206)	124.66(4.555)	.269
실수에 대한 염려(CM)	35.56(3.005)	35.33(2.000)	.185
수행에대한 의심(DA)	16.00(1.936)	15.22(1.202)	1.024
사회적으로 부과된 완벽주의(SOP)	73.67(2.236)	74.11(2.804)	.513
개인기준 완벽주의	109.33(4.690)	105.45(3.087)	2.078
자기지향 완벽주의(OP)	83.11(3.822)	80.78(2.333)	1.563
개인적 기준	26.22(2.836)	24.67(1.685)	1.411
부정적 평가	49.11(4.485)	48.89(3.219)	.121
경험회피	77.67(5.809)	76.00(7.141)	.543
자기효능감	95.11(8.115)	92.56(5.855)	.766

표 3. 치료집단과 대기통제집단의 검사시기에 따른 평가염려완벽주의, 부정적평가에 대한 두려움, 경험회피, 자기효능감에 대한 반복측정 변량분석

	집단	사전 M(SD)	사후 M(SD)	추적 M(SD)	집단(A) F	검사시기(B) F	A×B F
평가염려 완벽주의	치료집단	125.22 (4.206)	104.11 (5.395)	95.67 (8.485)	64.689***	76.115***	84.223***
	대기통제집단	124.67 (4.555)	125.44 (4.275)	125.33 (3.500)			
실수에 대한 염려(CM)	치료집단	35.56 (3.005)	27.56 (4.157)	25.22 (1.986)	35.729***	36.047***	43.519***
	대기통제집단	35.33 (2.000)	35.56 (2.351)	35.89 (1.453)			
수행에 대한 의심(DM)	치료집단	16.00 (1.936)	14.00 (2.345)	14.44 (1.333)	.507	3.864*	4.589*
	대기통제집단	15.22 (1.202)	15.44 (.882)	15.00 (.707)			
사회적으로 부과된 완벽주의(SOP)	치료집단	73.67 (2.236)	62.56 (2.603)	56.00 (7.331)	59.434***	36.159***	39.178***
	대기통제집단	74.11 (2.804)	74.44 (2.789)	74.44 (2.186)			
부정적 평가에 대한 두려움	치료집단	49.11 (4.485)	41.89 (5.183)	38.78 (2.774)	20.272***	10.317***	22.123***
	대기통제집단	48.89 (3.219)	50.44 (4.096)	50.78 (3.420)			
경험회피	치료집단	77.67 (5.809)	65.78 (6.667)	63.00 (2.872)	11.575**	12.977***	16.764***
	대기통제집단	76.00 (7.141)	76.22 (6.099)	77.22 (6.037)			
자기효능감	치료집단	95.11 (8.115)	85.33 (16.225)	103.33 (7.089)	2.060	3.593*	11.972***
	대기통제집단	92.56 (5.855)	91.67 (7.616)	85.78 (4.893)			
개인기준완벽주의	치료집단	109.33 (4.690)	96.11 (9.212)	87.00 (7.089)	17.455***	25.218***	30.158***
	대기통제집단	105.44 (3.087)	106.89 (4.372)	106.33 (3.841)			
자기-지향 완벽주의(OP)	치료집단	83.11 (3.822)	72.11 (8.418)	63.89 (5.510)	22.120***	26.323***	30.479***
	대기통제집단	80.78 (2.333)	81.56 (3.005)	81.44 (3.358)			
개인적 기준	치료집단	26.22 (2.863)	24.00 (2.062)	23.11 (2.848)	17.455**	25.218***	30.158***
	대기통제집단	24.67 (1.685)	25.33 (1.500)	24.89 (.928)			

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

기준), 부정적 평가에 대한 두려움, 경험회피 및 자기효능감 수준의 동질성 검증을 위해 독립 집단 *t* 검증을 실시하였다. 그 결과 두 집단이 동질적임을 확인하였다. 결과는 표 2에 제시되었다.

평가염려 완벽주의(실수에 대한 염려, 수행에 대한 의심, 사회적으로 부과된 완벽주의), 개인기준 완벽주의(자기-지향적 완벽주의, 개인적 기준), 부정적 평가에 대한 두려움, 경험회피 및 자기효능감에 관한 수용 전념치료 집단과 대기통제집단의 검사 결과는 표 3에 제시되었다.

평가염려 완벽주의

평가염려 완벽주의 점수는 집단 간 주 효과 [$F(1, 16) = 64.689, p < .001$], 측정 시기의 주 효과 [$F(2, 32) = 76.115, p < .001$], 상호작용 효과 [$F(2, 32) = 84.223, p < .001$] 모두 유의하였다. 상호작용 효과를 구체적으로 알아보기 위해 수용 전념 치료 집단과 대기 통제 집단 별 사전-사후, 사전-추적 검사 점수에 대한 대응 표본 *t* 검증 결과, 수용 전념 치료집단에서는 평가염려 완벽주의가 사전-사후 점수에서 유의한 감소를 나타냈으며($t = 15.539, p < .001$), 사전-추적 점수에서도 유의한 감소가 있었다($t = 11.124, p < .001$). 그러나 대기통제 집단에서는 사전-사후 점수, 사전-추적 점수에서 모두 유의한 차이가 없었다.

평가염려 완벽주의의 하위 영역인 실수에 대한 염려, 수행에 대한 의심, 사회적으로 부과된 완벽주의의 결과는 다음과 같다:

실수에 대한 염려(CM)

실수에 대한염려(CM) 점수는 집단의 주효과

[$F(1, 16) = 35.729, p < .001$], 측정 시기의 주 효과 [$F(2, 32) = 36.047, p < .001$], 상호작용 효과 [$F(2, 32) = 43.519, p < .001$] 모두 유의하였다. 상호작용 효과를 구체적으로 알아보기 위해 수용 전념 치료 집단과 대기 통제 집단 별 사전-사후, 사전-추적 검사 점수에 대한 대응 표본 *t* 검증 결과, 수용 전념 치료집단에서는 실수에 대한 염려가 사전-사후 점수에서 유의한 감소를 나타냈으며($t = 7.077, p < .001$), 사전-추적 점수에서도 유의한 감소가 있었다($t = 10.960, p < .001$). 그러나 대기통제 집단에서는 사전-사후 점수, 사전-추적 점수에서 모두 유의한 차이가 없었다.

수행에 대한 의심(DA)

수행에 대한 의심(DA) 점수는, 집단의 주효과는 유의하게 나타나지 않았으며 [$F(1, 16) = .487, p > .1$] 측정 시기의 주 효과 [$F(2, 32) = 3.864, p < .05$], 상호작용효과 [$F(2, 32) = 4.589, p < .05$]는 모두 유의하였다. 상호작용 효과를 구체적으로 알아보기 위해 수용 전념 치료 집단과 대기 통제 집단 별 사전-사후, 사전-추적 검사 점수에 대한 대응 표본 *t* 검증 결과, 수용 전념 치료집단에서 수행에 대한 의심은 사전-사후 점수에서 유의한 감소를 나타냈으며($t = 2.753, p < .05$), 사전-추적 점수에서도 유의한 감소가 있었다($t = 2.485, p < .05$). 그러나 대기통제집단에서는 사전-사후 점수, 사전-추적 점수에서 모두 유의한 차이가 없었다.

사회적으로 부과된 완벽주의(SOP)

사회적으로 부과된 완벽주의(SOP) 점수는 집단의 주효과 [$F(1, 16) = 59.434, p < .001$], 측정 시기의 주 효과 [$F(2, 32) = 36.159, p <$

.001], 상호작용효과 [$F(2, 32) = 39.178, p < .001$] 모두 유의하였다. 상호작용 효과를 구체적으로 알아보기 위해 수용 전념 치료 집단과 대기 통제 집단 별 사전-사후, 사전-추적 검사 점수에 대한 대응 표본 t 검증 결과, 수용 전념 치료 집단에서는 사회적으로 부과된 완벽주의는 사전-사후 점수에서 유의한 감소를 나타냈으며($t = 12.964, p < .001$), 사전-추적 점수에서도 유의한 감소가 있었다($t = 7.020, p < .001$). 그러나 대기통제집단에서는 사전-사후 점수, 사전-추적 점수에서 모두 유의한 차이가 없었다.

부정적 평가에 대한 두려움

부정적 평가에 대한 두려움 점수는 집단 간 주 효과 [$F(1, 16) = 20.272, p < .001$], 측정 시기의 주 효과 [$F(2, 32) = 10.317, p < .001$], 상호작용효과 [$F(2, 32) = 22.123, p < .001$] 모두 유의하였다. 상호작용 효과를 구체적으로 알아보기 위해 수용 전념 치료 집단과 대기 통제 집단 별 사전-사후, 사전-추적 검사 점수에 대한 대응 표본 t 검증 결과, 수용 전념 치료집단에서 부정적 평가에 대한 두려움 점수는 사전-사후 점수에서 유의한 감소를 나타냈으며($t = 6.022, p < .001$), 사전-추적 점수에서도 유의한 감소가 있었다($t = 7.358, p < .001$). 그러나 대기통제집단에서는 사전-사후 점수, 사전-추적 점수에서 모두 유의한 차이가 없었다.

경험회피

경험 회피 점수는 집단 간 주 효과 [$F(1, 16) = 11.575, p < .01$], 측정 시기의 주 효과 [$F(2, 32) = 12.977, p < .001$]. 상호작용효과는 유의

하였다 [$F(2, 32) = 16.764, p < .001$]. 상호작용 효과를 구체적으로 알아보기 위해 수용 전념 치료 집단과 대기 통제 집단 별 사전-사후, 사전-추적 검사 점수에 대한 대응 표본 t 검증 결과, 수용 전념 치료집단에서 경험회피 점수는 사전-사후점수에서는 유의한 감소가 나타났으며($t = 4.322, p < .01$), 사전-추적 점수에서 유의한 감소가 있었다($t = 7.748, p < .001$). 그러나 대기통제집단에서는 사전-사후 점수, 사전-추적 점수에서 모두 유의한 차이가 없었다.

자기효능감

자기효능감 점수는 집단 간 주 효과는 유의하지 않았고 [$F(1, 16) = 2.060, p > .05$], 측정 시기의 주 효과 [$F(2, 32) = 3.593, p < .05$]. 상호작용효과는 유의하였다 [$F(2, 32) = 11.972, p < .001$]. 상호작용 효과를 구체적으로 알아보기 위해 수용 전념 치료 집단과 대기 통제 집단 별 사전-사후, 사전-추적 검사 점수에 대한 대응 표본 t 검증 결과, 수용 전념 치료집단에서 자기효능감 점수는 사전-사후점수에서는 유의한 향상이 나타나지 않았으나($t = 1.871, p > .05$), 사전-추적 점수에서 유의한 향상이 있었다($t = -3.038, p < .05$), 반면에, 대기통제집단에서는 사전-추적 점수에서 유의한 감소가 나타났다($t = 3.731, p < .01$).

개인기준 완벽주의

개인기준 완벽주의 점수는 집단 간 주 효과 [$F(1, 16) = 17.455, p < .001$], 측정 시기의 주 효과 [$F(2, 32) = 25.218, p < .001$], 상호작용효과 [$F(2, 32) = 30.158, p < .001$] 모두 유의하였다. 상호작용 효과를 구체적으로 알아보

기 위해 수용 전념 치료 집단과 대기 통제 집단 별 사전-사후, 사전-추적 검사 점수에 대한 대응 표본 t 검증 결과, 수용 전념 치료집단에서는 개인기준 완벽주의가 사전-사후 점수에서 유의한 감소를 나타냈으며($t = 4.644, p < .01$), 사전-추적 점수에서도 유의한 감소가 있었다($t = 9.139, p < .001$). 그러나 대기통제집단에서는 사전-사후 점수, 사전-추적 점수에서 모두 유의한 차이가 없었다.

개인기준 완벽주의의 하위영역인 자기지향 완벽주의, 개인적 기준의 결과는 다음과 같다:

자기지향 완벽주의

자기-지향 완벽주의 점수는 집단의 주효과 [$F(1, 16) = 22.120, p < .001$], 측정 시기의 주효과 [$F(2, 32) = 26.323, p < .001$], 상호작용효과 [$F(2, 32) = 30.479, p < .001$] 모두 유의하였다. 상호작용 효과를 구체적으로 알아보기 위해 수용 전념 치료 집단과 대기 통제 집단 별 사전-사후, 사전-추적 검사 점수에 대한 대응 표본 t 검증 결과, 수용 전념 치료집단에서는 자기-지향 완벽주의가 사전-사후 점수에서 유의한 감소를 나타냈으며($t = 4.315, p < .01$). 사전-추적 점수에서도 유의한 감소가 있었다($t = 8.851, p < .001$). 그러나 대기통제집단에서는 사전-사후 점수, 사전-추적 점수에서 모두 유의한 차이가 없었다.

개인적 기준

개인적 기준 점수는 집단의 주효과 [$F(1, 16) = 17.455, p < .01$], 측정 시기의 주효과 [$F(2, 32) = 25.218, p < .001$], 상호작용효과 [$F(2, 32) = 30.158, p < .001$] 모두 유의하였다. 상호작용 효과를 구체적으로 알아보기 위해 수용 전념 치료 집단과 대기 통제 집단 별 사전

-사후, 사전-추적 검사 점수에 대한 대응 표본 t 검증 결과, 수용 전념 치료집단에서 개인적 기준은 사전-사후 점수에서 유의한 감소를 나타냈으며($t = 2.530, p < .05$). 사전-추적 점수에서도 유의한 감소가 있었다($t = 2.935, p < .05$). 그러나 대기통제집단에서는 사전 점수와 사후 점수, 사후 점수와 추적 점수에서 모두 유의한 차이가 없었다.

논 의

본 연구는 수용 전념 집단 치료 프로그램을 활용하여 평가염려 완벽주의를 가진 대학생들의 평가염려 완벽주의, 부정적 평가에 대한 두려움, 경험 회피 및 자기효능감에 미치는 효과를 알아보고자 하였다. 수용 전념 치료 프로그램을 통해 변화된 효과는 다음과 같다.

첫째, 수용 전념 치료 프로그램에 참여한 치료집단의 평가염려 완벽주의 수준은 대기통제집단에 비해 치료 후 더 감소될 것이라는 가설 1이 지지되었다. 수용 전념 치료집단의 평가염려 완벽주의는 사전보다 사후에 유의하게 감소되었으며, 6주 후 추적 검사에서도 유의하게 감소되었다. 반면, 대기통제집단은 사전-사후-추적에서 유의한 차이가 없었다. 이는 수용 전념 치료 프로그램이 평가염려 완벽주의에 효과가 있었던 것으로 볼 수 있으며, 그 효과가 프로그램이 끝난 이후에도 지속적으로 영향을 미치고 있다고 볼 수 있다. 또한, 수용 전념 치료 집단 참가자들의 전체 완벽주의 수준의 변화를 추가적으로 알아보기 위해서 개인기준 완벽주의 수준의 변화를 살펴 본 결과, 수용 전념 치료집단의 개인기준 완벽주의는 대기통제 집단의 개인기준 완벽주의 수준보다

유의하게 감소되었다. 이는 수용 전념 치료가 평가염려 완벽주의의 감소뿐만 아니라 전체 완벽주의 수준의 감소에도 영향을 미쳤다고 볼 수 있다. 이 같은 결과는 수용 전념 치료 프로그램이 자동적 사고의 믿음의 정도를 변화시킨다는 문헌미(2006)의 연구에서처럼, 본 연구의 치료집단의 참가자들이 자신의 실수나 실패 등을 걱정하고, 자신의 수행을 왜곡해서 지각하는 자동적 사고의 믿음의 정도를 변화시킨 데서 나타난 결과라고 생각된다. 또한, 비합리적 사고의 과정에 따라 완벽주의의 순기능과 역기능이 달라지는데(하정희, 조한익 2006), 수용 전념 치료의 치료기법인 수용과 인지적 탈융합이 비합리적 사고를 변화시킴으로서, 평가에 민감하고 높은 기준을 달성하지 못하면 패배자가 된다는 평가염려 완벽주의를 왜곡된 신념에서 벗어나 자신을 있는 그대로 수용하도록 하여 완벽주의를 변화시켰을 것이라고 생각된다. 특히, 치료집단의 참가자들은 회기 중 가장 도움이 되었다고 보고한 ‘생각바라보기 일지’를 통해서, 자신이 실수에 대해서 지나치게 걱정하는 것을 깨달았으며, 자기 비난적인 생각이나 감정이 들 때 쉽게 빠져나올 수 있었다고 보고하였다. 이는 ‘생각바라보기 일지’가 인지적 탈융합을 촉진 시키는데 도움이 된 것으로 생각되며, 그 결과 자기 비난적이고 부적절한 자기 개념을 형성하는 언어적 융합에서 벗어나 관찰하는 자기를 깨닫고 실천함으로써 자신을 있는 그대로 수용하여 평가염려 완벽주의의 감소를 이끌어낸 것이라 생각된다. 이러한 결과는 마음챙김 명상이 부정적 완벽주의의 감소에 효과가 있었다고 보고한 김도연(2006)의 연구와 수용 전념 치료가 강박장애 환자의 강박 사고 및 각박 행동을 감소시키고 가치영역에 전념하도록 도

움이 되었다는 Twohig 등(2010)의 연구와 일치한다.

둘째, 수용 전념 치료 프로그램에 참여한 치료집단의 부정적 평가에 대한 두려움 수준은 대기통제 집단에 비해 치료 후 더 감소될 것이라는 가설 2가 지지되었다. 수용 전념 치료집단의 부정적 평가에 대한 두려움은 사전보다 사후에 유의하게 감소되었으며, 6주 후 추적 검사에서도 유의하게 감소되었다. 반면, 대기통제집단은 사전-사후-추적에서 유의한 차이가 없었다. 이는 수용 전념 치료 프로그램이 치료집단의 부정적 평가에 대한 두려움에 효과가 있었던 것으로 볼 수 있으며, 그 효과가 치료 회기가 끝난 이후에도 지속적으로 영향을 미치고 있는 것으로 볼 수 있다. 이러한 결과는 마음챙김 훈련을 통해 부정적인 정서를 있는 그대로 경험하고, 부정적 정서 상태에서 자신의 가치에 전념할 수 있는 능력을 키울 수 있다는 Hayes(1994)의 연구와 같이, 수용 전념 치료집단의 참가자들은 마음챙김을 통해, 타인평가와 자기비난에 에너지를 집중하기보다는 지금 현재를 자각하고 마음상태를 조절하여, 부정적인 평가에 대한 두려움에서 변화가 나타났다고 생각해 볼 수 있다. 또한, 수용 전념 치료 프로그램에 참여한 참가자들은 ‘생각은 생각 일 뿐 실재는 아니다’라는 수용 전념 치료의 치료적 전제를 강조했던 2회기 프로그램 피드백에서, 타인의 평가는 실제로 존재하지 않는데, 그 동안 스스로 두려워하고 걱정하는 것을 깨달았다고 보고하였다. 이는 이선영(2010)의 연구를 통해서 알 수 있듯이, 생각이나 감정 등 내적 경험을 한 후, 자신을 비난하거나 반추하기 보다는, 타인의 평가를 ‘평가’ 일뿐이라고 구분하는 수용 전념 치료의 인지적 탈융합 기법이 영향을 미친 것

이라고 생각해볼 수 있다. 이러한 결과는 수용 전념 치료 프로그램이 불안을 감소시키고 (Eifert & Frosyth, 2005), 일반화된 사회 불안 장애를 가진 참가자들의 부정적 평가에 대한 두려움을 감소시켰다는 연구와 일치한다 (Dalrymple & Herbert, 2007). 또한, 인지적 탈융합이 두려운 결과에 대한 확신, 부정적 생각에 대한 믿음을 감소시켰다는 김기평(2011)의 연구와 일치하는 결과이다.

셋째, 수용 전념 치료 프로그램에 참여한 치료집단의 경험 회피 수준은 대기통제 집단에 비해 치료 후 더 감소될 것이라는 가설 3이 지지되었다. 수용 전념 치료집단의 경험 회피는 사후검사에서는 유의하게 감소되었으며, 6주 후 추적 검사까지 유지되었다. 반면, 대기통제집단은 사전-사후-추적에서 유의한 차이가 없었다. 이는 수용 전념 치료 프로그램이 치료집단의 경험회피에 효과가 있었던 것으로 볼 수 있으며, 그 효과가 프로그램이 끝난 이후에도 지속적으로 영향을 미치고 있는 것으로 볼 수 있다. 이러한 결과는 수용 및 전념 경향성이 증가했음을 의미하는 것으로, 수용 전념 치료집단의 참여자들은 ‘생각 안하기 게임’을 통하여 자신의 통제 전략이 오히려 회피와 지연행동을 야기 시켰음을 깨달았다고 보고하였으며, 기꺼이 경험하기 기법인 장기관 비유가 도움이 되었다고 평가하였다. 즉, 기꺼이 경험하기와 수용이 치료집단의 참가자들에게 타인의 평가에 대한 염려를 통제하기 보다는 통제 가능한 행동에 집중하도록 도움을 주었다고 생각해 볼 수 있다. 이는 수용 전념 치료가 경험 회피를 감소시키고, 심리적 수용을 향상시켰다는 연구들과 일치한다 (문현미, 2006; Block, 2002). 또한, 가치명료화 작업을 통해 참가자들이 자신이 추구하는 가

치를 향해 전념행동을 선택하는 것이 경험 회피 감소에 영향을 미쳤을 것이라고 생각된다.

넷째, 수용 전념 치료 프로그램에 참여한 치료집단의 자기효능감 수준은 대기통제집단에 비해 더 향상될 것이라는 가설 4가 지지되었다. 수용 전념 치료집단의 자기효능감은 사후검사에서는 유의하게 향상되었으며, 6주 후 추적 검사에서도 유지되었다. 반면, 대기통제집단은 사전-사후에서는 유의한 차이가 없었으며, 사후-추적에서 유의하게 자기효능감이 감소되었다. 이는 수용 전념 치료 프로그램이 치료집단의 자기효능감에 효과가 있었던 것으로 볼 수 있으며, 그 효과가 프로그램이 끝난 이후에도 지속적으로 영향을 미치고 있는 것으로 볼 수 있다. 이러한 결과는 수용 전념 치료프로그램이 참가자들의 심리적 수용을 촉진시킴으로써 자신을 비난하는 ‘평가하는 자기’에서, 실제의 경험과 사고, 감정을 구분하는 ‘관찰하는 자기’로 변화하여 자신의 능력을 신뢰하고 존중하게 된 것으로 보인다. 즉, 참가자들이 실수를 두려워하고 자신의 능력을 의심하기 보다는 자신에게 확신을 가지고 가치에 전념하게 되었다고 볼 수 있다. 수용 전념 치료 프로그램에서 참가자들은 가치 명료화 작업을 수행할 때 가장 힘들어 하였지만, 완수해 내고 닳을 때 가장 만족감이 컸으며, 그러한 작업을 통해 삶의 활력을 찾게 되었다고 보고하였다. 또한, 참가자들이 프로그램에 참여한 후 자신감과 더 변화하고 싶은 마음을 가지게 되었으며, 원하는 과제에 집중하게 되었다고 프로그램 평가지에서 보고하였다. 이러한 결과는 수용 전념 치료 프로그램의 가치 기법이 심리적 안녕감과 삶의 질 개선 및 자아 존중감에 유의한 효과를 나타냈다는 연구들과 일치하며(김미하, 손정락, 2011; 문현미,

2006; 최유영, 손정락, 2011), 수용 전념 치료 모델을 적용한 진로개발 프로그램에서 진로결정 자기효능감이 향상되었다는 연구와 일치한다(최태환, 2011). 한편, 수용전념 치료 프로그램의 참가자들은 평가염려 완벽주의 뿐만 아니라 완벽주의 자체에서 유의한 감소를 보였는데, 여기에는 자기효능감이 영향을 미쳤을 것이라 추측된다. 선행연구에서 자기효능감은 적응적 완벽주의와 부적응적 완벽주의의 조절 변인으로서 주목받아왔는데, 수용 전념 치료가 타인의 인정이나 평가에 관심을 두기 보다는, 자신의 수행 결과에 만족하고 적절하게 자기보상을 하도록 스스로 북돋아 줌으로써 자기강화를 시켰을 것이라고 생각해 볼 수 있다. 이는 적응적 완벽주의의 속성인데, 치료 집단의 참가자들은 자기효능감이 향상됨으로써 자신을 수용하고 자신으로부터 인정을 추구하는 적응적 완벽주의인, 개인기준 완벽주의로 변화하게 되었음은 물론 전체 완벽주의의 감소로 이어졌다고 생각해 볼 수 있다. 끝으로, 대기 통제 집단의 자기효능감의 수준은 추적 검사 동안 유의한 수준으로 낮아진 것을 확인할 수 있었는데 이는 추적 검사 기간이 새로운 학기가 시작되는 기간이었기 때문에, 대기 통제 집단의 참가자들이 환경의 변화에 스트레스를 많이 받은 것으로 생각해 볼 수 있다.

본 연구의 의의는 다음과 같다. 첫째, 본 연구는 부적응적 측면인 평가염려 완벽주의의 수준을 감소시키는 것은 물론 전체 완벽주의의 수준을 감소 시켰다는 의의가 있다. 기존의 연구들은 평가염려 완벽주의의 감소만을 확인 했을 뿐, 개인기준 완벽주의를 추가적으로 확인하여, 전체 완벽주의의 변화를 확인하지 않았다. 본 연구에서는 참가자들의 높은

수준의 개인기준 완벽주의 역시 유의한 수준으로 감소하였다. 따라서 완벽주의 자체에 대한 효과성을 확인한 연구라는 의의를 동시에 가진다.

둘째, 완벽주의 치료로서 수용 전념 치료 프로그램의 적용 가능성을 제시하였다. 기존의 완벽주의에 대한 효과성을 검증한 치료에서는 완벽주의는 고유한 성격 특성으로 치료 후에도 변화가 어렵거나 추적 검사에서도 완벽주의 수준이 다시 높아진다는 등 연구자들마다 서로 다른 연구결과를 보고하였다. 본 연구는 평가 염려 완벽주의에 대한 수용 전념 치료 프로그램의 효과성을 입증 하였으며, 동시에 높은 수준의 개인 기준 완벽주의 및 완벽주의 자체에 대한 효과성을 확인하였기 때문에, 완벽주의로 고통 받는 사람들에게 수용을 강조하고 가치에 전념하는 수용전념 치료 기법이 완벽주의 자체의 감소에 효과적일 것임을 시사하였다.

셋째, 수용 전념 치료 프로그램이 정신장애와 통증장애 같은 부정적 증상의 감소 뿐 만 아니라 성격과 주관적인 안녕감 및 삶의 질과 같은 광범위한 영역에서 효과를 가질 수 있음을 입증하였다. 본 연구에서는 성격적 특성으로 알려져 있는 완벽주의와 자신의 능력에 대한 믿음인 자기효능감을 살펴봄으로써 수용 전념 치료 프로그램이 다양한 영역에서 효과를 가질 수 있다는 하나의 가능성을 제시하였다.

넷째, 평가적인 환경에서 완벽주의로 부터 고통을 예방하는 단기 프로그램의 개발의 가능성을 제시하였다. 본 연구에서는 부정적 평가에 대한 두려움에 대한 수용 전념 치료 프로그램의 효과성을 입증하였다. 완벽주의로 고통 받고 있는 사람들은 특히, 평가적인 상

황에서 심리적 어려움을 보고한다. 아동, 청소년, 대학생 및 직장인 등 다양한 연령대의 사람들은 평가적인 환경에서 생활하고 있다. 따라서 완벽주의와 평가에 대한 두려움을 극복할 수 있는 예방적 교육 프로그램이 개발될 필요가 있다. 4주 동안의 치료 효과를 보고한 본 연구가, 단기적인 완벽주의 예방 프로그램의 개발에 있어서 자료로 활용될 수 있을 것이다.

본 연구의 제한점과 후속연구에 대한 제언은 다음과 같다. 첫째, 본 연구에서 수용 전념 치료 프로그램을 통해 개인기준 완벽주의와 평가염려 완벽주의의 모두가 감소되는 변화를 보았는데, 이러한 변화가 자기효능감과 변화와 관계될 수 있다. 완벽주의는 적응적이고 부적응적인 측면을 모두 포함하고 있는 안정된 개인차 변인으로서, 결과적으로 완벽주의를 가진 사람이 적응 또는 부적응적으로 기능하는 데에는 심리적 과정이 개입한 결과일 수 있다. 이에 대해, 최근 연구에서는 자기효능감이 조절 변인으로 주목받고 있다. 따라서 후속 연구에서는 완벽주의를 가진 사람들에게 자기효능감 수준의 향상에 초점을 맞춘 프로그램을 통해서 평가염려 완벽주의와 개인기준 완벽주의 감소에 어떠한 영향을 미치는지 그 관계를 살펴볼 필요가 있다.

둘째, 본 연구에서는 어떠한 치료과정 요인과 효과 기제들이 수용 전념 치료 프로그램의 결과에 영향을 미쳤는지 명확하게 알 수는 없다. 따라서 후속 연구에서는 치료 과정 변인에 대한 척도를 사용하여 정확한 측정을 통해서 과정 변인의 변화와 효과 기제를 분석할 필요가 있다.

셋째, 추적 검사의 기간이 비교적 짧았다는 제한점이 있다. 연구기간 및 연구 협조 상의

어려움을 이유로 6주정도 추적 검사가 이루어졌는데, 향후에는 3개월 또는 6개월 이후 효과를 평가하여 성격특성인 완벽주의의 변화 여부를 보다 더 검토해볼 필요가 있다.

참고문헌

- 고희경, 현명호 (2009). 완벽주의와 분노 표현양상 간 관계에서의 인지적 대처전략의 매개효과 검증. *한국심리학회지: 임상*, 28(1), 97-116.
- 김근홍, 이민규 (1998). 완벽주의 성향과 자기효능감이 우울과 과제수행에 미치는 영향. *한국심리학회지: 임상*, 17(1), 211-222.
- 김기평 (2011). 인지적 탈융합 처치가 발표불안의 부정적인 자동적 사고와 불안반응에 미치는 효과. *중앙대학교 대학원 석사학위 청구논문*.
- 김도연 (2006). 마음챙김 명상 및 합리적 정서적 행동치료가 부적응적 완벽주의와 스트레스 감소에 미치는 효과. *전북대학교 대학원 석사학위 청구논문*.
- 김미하, 손정락 (2011). 수용전념 집단치료가 발달장애아동 어머니의 심리적 안녕감과 우울에 미치는 효과. *한국심리학회지: 임상*, 30(1), 207-223.
- 김민선, 서영석 (2009). 평가염려 완벽주의와 사회불안의 관계: 부정적 평가에 대한 두려움과 자기제시동기의 매개효과 검증. *한국심리학회지: 일반*, 28(3), 525-545.
- 김승완 (2011). 강박적 신념과 강박증상의 관계에서 경험적 회피의 매개효과. *가톨릭대학교 대학원 석사학위 청구논문*.
- 김아영, 차정은 (1996). 자기효능감의 측정. *산*

- 업 및 조직 심리학회 동계학술발표대회 논문집, 51-64.
- 김예원 (2008). 다차원적 완벽주의와 심리적 부적응간의 관계에 미치는 지각된 스트레스의 영향. 가톨릭대학교 대학원 석사학위 청구논문.
- 김우정 (2011). 청소년의 완벽주의와 걱정관의 관계: 경협회피의 매개효과. 인천대학교 교육대학원 석사학위 청구논문.
- 김정화 (2011). 평가염려 완벽주의와 개인기준 완벽주의가 정서조절곤란에 미치는 영향: 정서표현 양가성의 매개효과. 아주대학교 대학원 석사학위 청구논문.
- 김현정, 손정락 (2006a). 대학생의 완벽주의와 자아존중감 및 우울, 주관적 안녕감간의 관계. 한국심리학회지: 건강, 11(2), 345-361.
- 김현정, 손정락 (2007). 평가염려적 완벽주의와 불안 및 우울관의 관계에서 스트레스와 반복사고의 매개효과. 한국심리학회지: 일반, 26(2), 183-205.
- 문 경 (1997). 완벽주의 차원과 자기효능감이 우울에 미치는 영향. 가톨릭대학교 대학원 석사학위 청구논문.
- 문현미 (2006). 심리적 수용 촉진 프로그램의 개발과 효과: 수용-전념 치료 모델을 중심으로. 가톨릭대학교 대학원 박사학위 청구논문.
- 송창호 (2010). 영역별 완벽주의 성향과 자기효능감 및 대학생활적응 간의 관계. 연세대학교 대학원 석사학위 청구논문.
- 염승훈, 신희천 (2008). 분노수용 집단프로그램 개발 및 효과검증-ACT 모델을 중심으로. 연차학술발표대회 논문집, 336-337.
- 이선영 (2010). 수용-전념 치료에서 과정변인이 불안에 미치는 매개효과. 고려대학교 대학원 박사학위 청구논문.
- 이정윤, 최정훈 (1997). 한국판 사회공포증 척도의 신뢰도 및 타당도 연구. 한국심리학회지: 임상, 16(2), 251-264.
- 전미경 (2009). 완벽주의와 부정적 정서의 관계에서 대처방식의 매개효과. 부산대학교 대학원 석사학위 청구논문.
- 정승진 (2000). 완벽성 감소를 위한 인지행동 집단상담 프로그램 개발. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 12(2), 147-167.
- 정옥경 (2001). 완벽주의성향이 불안과 대인관계 문제에 미치는 영향. 홍익대학교 대학원 석사학위 논문.
- 진소연 (2010). 평가염려 완벽주의와 우울의 관계: 자기개념의 매개효과. 성신여자대학교 대학원 석사학위 청구논문.
- 최문선, 유재민, 현명호 (2005). 평가 염려 및 개인 기준적 완벽주의와 우울간의 관계: 자기 효능감의 매개효과와 중재효과. 한국심리학회지: 건강, 10(1), 1-15.
- 최유영, 손정락 (2011). 수용전념 치료(ACT)가 부정적인 신체 상을 가진 여대생의 신체 상 존중감, 회피 및 자아존중감에 미치는 효과. 한국심리학회지:건강, 16(4), 657-673.
- 최태환 (2011). 인지정보처리 이론에 기반 한 대학생 진로개발 프로그램과 수용-전념 치료 모델의 적용. 아주대학교 대학원 석사학위 청구논문.
- 추상엽, 임성문 (2009). 사회적으로 부과된 완벽주의와 학업적 지연행동 간의 관계: 수행회피 성취목표의 매개효과와 인지전략, 메타-인지력의 조절효과. 한국청소년학회: 청소년학 연구, 16(1), 467-490.
- 하정희, 조한익 (2006). 비합리적 신념에 따른

- 완벽주의의 순기능과 역기능. *한국심리학 회지: 상담 및 심리치료*, 18(4), 873-896.
- 한기연 (1993). 다차원적 완벽성: 개념, 측정 및 부적응과의 관련성. *고려대학교 대학원 박사학위 청구논문*.
- Ashbaugh, A., Antony, M. M., Liss, A., Summerfeldt, L. J., McCabe, R. E., & Swinson, R. P. (2007). Changes in perfectionism following cognitive-behavioral treatment for social phobia. *Depression and Anxiety*, 24, 169-177.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Blankstein, K. R. & Dunkley, D. M. (2002). Evaluative concerns, self-critical, and personal standards perfectionism: A structural equation modeling strategy. In G. L. Flett, & P. L. Hewitt(Eds.), *Perfectionism: Theory, Research and Treatment*(pp.285-315). Washington, DC: American Psychological Association.
- Block, J. A. (2002). *Acceptance or change of private experiences a comparative analysis in college students with public speaking anxiety*. Unpublished Doctoral dissertation, University at Albany, State University of New York.
- Buhlmann, U., Ertcoff, N. L., & Wilhelm, S. (2008). Facial attractiveness ratings and perfectionism in body dysmorphic disorder and obsessive - compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 540-547.
- Chang, E. C. (2006). Perfectionism and dimensions of psychological well-being in a college student sample: a college student sample: A test of a stress-mediation model. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(9), 1001-1022.
- Cox, B. J. & Enns, M. W. (2003). Relative stability of dimensions of perfectionism in depression. *Canadian Journal of Behavioural Sciences*, 35, 124-132.
- Dalrymple, K. L., & Herbert, J. D. (2007). Acceptance and Commitment Therapy for Generalized Social Anxiety Disorder: A pilot study. *Behavior Modification*, 31, 543-568.
- Dunkley, D. M., Zuroff, D. C., & Blankstein, K. R. (2003). Self-critical perfectionism and daily affect: Dispositional and situational influences on stress and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 437-453.
- 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. & Blankstein, K. R. (2000). Self-critical perfectionism, coping, hassles, and current distress: A structural equation modeling approach. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 713-730.
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance & Commitment Therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- Ellis, A. (2002). The role of irrational beliefs in perfectionism, In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds), *Perfectionism: Theory, research and treatment* (pp.217-229). Washington, DC: American

- Psychological Association.
- Enns, M. W., Cox, B. J., & Borger, S. C. (2001). Correlates of analogue and clinical depression: A further test of the phenomenological continuity hypothesis. *Journal of Affective Disorders*, 66, 175-183.
- Flett, G. L. & Hewitt, P. L. (2008). Treatment interventions for perfectionism-a cognitive perspective: Introduction to the special issue. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 26(3), 127-133.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R., & Solnik, M., & Van Brunschot, M. (1996). Perfectionism, social problem-solving ability, and psychological distress. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 14, 245-274.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., & De Rosa, T. (1996). Dimensions of perfectionism, psychosocial adjustment and social skills. *Personality and Individual Differences*, 20, 143-150.
- Frost, R. O., Martten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Greenberg, L. G. & Bolger, E. (2001). An emotion-focused approach to the over regulation of emotion and emotional pain. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 197-211.
- Hayes, S. C. (1994). Content, context, and the types of psychological acceptance. In S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette, & M. J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pp.13-32). Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance* (pp.1-29). New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Lillis, J., Bunting, K., Herbst, S., & Fletcher, L. B. (2009). The relation between psychological flexibility and mental health stigma in acceptance and commitment therapy: A preliminary process investigation. *Behavior and Social Issues*, 18, 25-40.
- Hayes, S. C., Luoma, F. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes, *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M. A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth, J. P., Karekla, M., & Mccurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.

- Hewitt, P. L. & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social context: Conceptualization, assessment and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.
- Hewitt, P. L. & Flett, G. L. (2004). *The Multidimensional perfectionism scale: technical manual*. Toronto: Multihealth Systems Inc.
- 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., Flett, G. L., & Turnbull, W. (1994). Borderline Personality Disorder: An investigation with the Multidimensional Perfectionism Scale. *European Journal of Psychological Assessment*, 10, 28-33.
- Kawamura, K. Y., Hunt, S. L., Frost, R. O., & DiBartolo, P. (1998). *Perfectionism, anxiety and depression: are the relationships independent?* Poster presented at the meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC.
- Lundh, L. G. (2004). Perfectionism and acceptance. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive -Behavior Therapy*, 22(4), 255-269.
- O'Connor, R. C. (2007). The Relations between perfectionism and suicidality: a systematic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(6), 698-714.
- Pleva, J. & Wade, T. D. (2006). Guided self-help versus pure self-help for perfectionism: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 849-861.
- Sassaroli, S., Lauro, L. J. R., Ruggiero, G. M., Mauri, M. C., Vinai, P., & Frost, R. (2008). Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 757-765.
- Santanello, A. W. & Gardner, F. L. (2007). The role of experiential avoidance in the relationship between maladaptive perfectionism and worry. *Cognitive Therapy and Research*, 31(3), 319-332.
- Scott, J. (2007). The effect of perfectionism and unconditional self-acceptance on depression. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 25(1), 35-64.
- Shahar, T. B. (2010). *완벽의 추구*. (노혜숙 역). 서울: 위즈덤 하우스. (원전은 2009에 출판)
- Slaney, R. B. & Ashby, J. S. (1996). Perfectionists: study of a criterion group. *Journal of Counseling and Development*, 74, 393-398.
- Somov, P. G. (2010). *Present perfect: A mindfulness approach to letting go perfectionism and the need for control*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- Stoeber, J. & Stoeber, F. (2009). Domains of perfectionism: Prevalence and relationships with perfectionism, gender, age, and satisfaction with life. *Personality and Individual Differences*, 46, 530-535.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H., & Woidneck, M. R. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive

- disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 705-716.
- Wei, M., Mallinckrodt, B., Russel, D. W., & Abraham, W. T. (2004). Maladaptive perfectionism as a mediator and moderator between adult attachment and depressive mood. *Journal of Counseling Psychology*, 51, 201-212.
- Wei, M., Mallinckrodt, B., Larson, L. A., & Zakalik, R. A. (2005). Attachment, depression, and validation from self and others. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 368-377.
- Wu, T. F. & Wei, M. (2008). Perfectionism and negative mood: the mediating roles of validation from others versus self. *Journal of Counseling Psychology*, 55(2), 276-288.
- 원고접수일 : 2012. 2. 16.
1차 수정 원고접수일 : 2012. 6. 12.
게재결정일 : 2012. 6. 27.

**Effects of Acceptance and Commitment Therapy on
Evaluative Concerns Perfectionism, Fear of Negative Evaluation,
Experiential Avoidance, and Self-Efficacy of University Students
with Evaluative Concerns Perfectionism**

Jeong-Eun Kim

ChongNak Son

Department of Psychology, Chonbuk National University

The purpose of this study was to explore the effects of **Acceptance and Commitment Therapy(ACT)** on evaluative concerns perfectionism, fear of negative evaluation, experiential avoidance, and self-efficacy of university students. Four hundred university students in Chonbuk province completed Multi dimensional Perfectionism Scale(FMPS), Multi dimensional Perfectionism Scale(HMPS), Brief Fear of Negative Evaluation Scale(BFNE), Acceptance & Action Questionnaire-16(AAQ-16) and Self-Efficacy Scale. Eighteen patients who selected by those scales were randomly divided into an ACT group and control group (nine each). ACT program was administered for eight sessions. All participants completed the Multi dimensional Perfectionism Scale(FMPS), Multi dimensional Perfectionism Scale(HMPS), Brief Fear of Negative Evaluation Scale(BFNE), Acceptance & Action Questionnaire-16(AAQ-16) and Self-Efficacy Scale at pre-test, post-test, and at 6 week follow-up periods. The results of this study were as follows: evaluative concerns perfectionism, fear of negative evaluation, and experiential avoidance of therapy group decreased in the therapy group more than in the control group, whereas self-efficacy increased in the therapy group. Finally, the implications and limitations of this study, along with suggestions for future study were discussed.

Key words : Evaluateve Concerns Perfectionism, Fear of Negative Evaluation, Experiential Avoidance, and Self-Efficacy, Acceptance and Commitment Therapy