

完全主義への臨床心理学的アプローチの 概観と考察

Brief Review and Theoretical Discussion about Psychological Interventions for Perfectionism.

川 崎 直 樹
KAWASAKI Naoki

【要旨】完全主義は精神的健康に関わる重要な要因であり、多くの関心を集めてきたが、その変容に焦点を当てた介入アプローチの研究は、いまだ発展途上である。特に我が国では、基礎的な研究自体は蓄積されているが、介入に関する研究はほぼなされていない。本論では、完全主義への介入アプローチとして近年研究が進んでいる認知行動療法、および力動—関係性療法について、その特徴を短く概観する。そして両者の共通点や相違点、長所や短所などを整理し、より包括的・効果的なアプローチについて議論を行うことを目的とした。両アプローチの共通点として、完全主義それ自体が適応的機能を持っており、その変化には両価性がつきまとうことを前提としていることが確認された。また、両アプローチともに、一定のモデル図に基づいた定式化を個人ごとに行い、それをクライアントと共有しながら取り組む点も共通していた。一方で相違点として、認知行動療法では構造的でモジュール化された方法論がとられている点、力動—関係性療法は「関係」への欲求に焦点化した非構造的なアプローチがとられていた。特に力動—関係性療法のように、関係性を起点に定式化を行うことは、治療関係の問題まで含めた力動的な理解と対応を可能にする。治療同盟や治療継続に困難が生じやすい完全主義への介入においては、関係性への介入は重要であることが示唆された。以上を踏まえ、双方を包括するアプローチについて議論がなされた。

はじめに

完全主義 (perfectionism) は、うつ・不安・摂食行動・強迫性などと広く関連しており (Limburg et al., 2017; Patterson et al., 2021)、精神的問題の“診断横断的”な要因ともいわれる (Egan et al., 2011)。また心理療法が行われる際にも、完全主義のクライアントは、治療同盟が構築されにくく、治療の中断や治療効果の低下が生じやすいことが報告されている (Miller et al., 2017; Van Der Kaap-Deeder et al., 2016)。完全主義は、精神的健康に関わる重要な要因であるが、近年の資本主義諸国においては完全主義の得点が上昇傾向にあるという報告もある (Curran & Hill, 2019)。そのため、完全主義をより精緻に理解し、適切な介入方法を開発することは、現代の大きな課題である。

そうした背景の中、近年注目を集め、その治療効果のエビデンスを蓄積し始めている2つのアプローチがある。一つはShafranらの認知行動モデルによるアプローチ、もう一つはHewittらによる対人関係と力動性に注目したアプローチである。一方で国内においては、社会心理学やパーソナリティ心理学の手法による基礎的研究は多くあるものの、介入までを視野に入れた完全主義

の臨床心理学的な研究は十分になされていない。そこで本論文では、完全主義に関する概念を短く整理したあと、上記の2つのアプローチについて、その特徴を整理する。その上で、今後有用となるであろう介入のモデルについて議論することを目的とする。

1. 完全主義の定義と測定

完全主義をどのように定義し、どのような尺度で測定するのかについては、多くのアイデアが提起されており、統一されてはいない。本稿では、比較的多く用いられる測定尺度について、いくつか特徴を述べておく。

1-1 Hewitt の多次元完全主義尺度

完全主義の尺度としておそらく最も広く知られているものはHewitt et al. (1991) の多次元完全主義尺度 (Multidimensional Perfectionism Scale ; MPS) であろう。これは完全主義を自己志向的・他者志向的・社会規定的の3次元でとらえるものである。自己志向的完全主義は、自分自身に完全や完璧を求める傾向を表す。他者志向的完全主義は、他者に対して完全や完璧を求める傾向を表す。そして社会規定的完全主義は、他者が自分に完全や完璧を求めている、と考える傾向を表す。尺度研究の知見からは、自己志向的・他者志向的な完全主義よりも、社会規定的な完全主義が、抑うつ傾向や、社会的関係の疎遠さなどに関連が報告されており (Flett et al., 2022)、精神的健康のリスク要因として注目されている。なお、MPSは大谷・桜井 (1995) により日本語版が作成されている。

1-2 Hewitt の包括モデル

上述のHewittのモデルは、MPSの3次元モデルから拡張され、現在は「完全主義行動の包括モデル (Comprehensive Model of Perfectionistic Behaviour ; CMPB; Hewitt et al., 2017)」として整理されている。このモデルでは完全主義を、(1) 特性レベル、(2) 対人レベル、(3) 個人内レベルの3つのレベルでとらえており、各レベルにはそれぞれ測定する尺度が対応づけられている。

(1) 特性レベルは、先述のMPSの3次元モデルでの捉え方を指している。つまり、完全主義的な行動をとろうとする背景因となるパーソナリティ特性として位置付け、概括的に完全主義をとらえるレベルである。

(2) 対人レベルは、他者関係レベルとも呼ばれ、自分が完全・完璧であるということを、他者や世界に対して示すこと (= 完璧に“見せる”こと) を指している。先ほどの特性としての完全主義が、対人的なプロセスとして表現されたものと言われる。このレベルでの完全主義を測定するツールとしては、完全主義的自己呈示尺度 (Hewitt et al., 2003) があり、その日本語版も作成されている (片岡・福井, 2021)。

(3) 個人内レベルは、自己関係 (self-relational) レベルとも呼ばれ、完璧であることもしくは完璧に見えることへの欲求が、心の内側で表れたものである。完全主義的なテーマにもとづいて自分に向けられる自己教示、厳しい自己批判、さらには自己ネグレクトや自己ケアの欠如などの形をとることがある。個人内レベルでの完全主義を、「認知」として測定するツールとして、Flett et al. (1998) の完全主義認知尺度 (Perfectionism Cognitions Inventory; PCI) がある。日本語では、PCI

の因子構造が不安定であることなどを踏まえて概念を整理した小堀・丹野（2004）の多次元完全主義認知尺度などが提案されている。

1-3 Frostの多次元完全主義尺度

完全主義研究で、Hewittと同時期に研究を展開したのがFrost et al. (1990) である。Frostの尺度もHewittと同じく「多次元完全主義尺度」と命名されている。失敗への懸念（例：“仕事や学校で失敗したら、私は人間として失格だ”）、個人的基準（例：“私は多くの人よりも高い目標を設定する”）、親の期待（例：“私の両親は、私に非常に高い基準を課している”）、親の批判（例：“子供の頃、完璧でないことをすると罰せられた”）、行為への疑念（例：“私は普段、日常の単純なことでも自分のすることに疑問を感じる”）、体制化（例：“きちんとしていることは私にとってとても大事なことだ”）の6因子からなり、完全主義の研究で広く使用されている。日本においては、このFrostの尺度を参考に作成された桜井・大谷（1997）の多次元自己志向的完全主義尺度が広く知られている。

1-4 Almost Perfectionism Scale

Almost Perfectionism Scaleは、HewittやFrostと同じく、完全主義を多次元でとらえる尺度である。その最新の改訂版として公表されているRevised Almost Perfectionism Scale (APS-R; Slaney et al., 2004) は、高水準（例：“私は自分に高い期待をしている”）、秩序（例：“私は秩序を重んじる人間だ”）、不一致（例：“私は自分パフォーマンスに満足することはほとんどない”）の3つの特徴を測定するものである。このうち、「高水準」と「秩序」は適応的、「不一致」は不適応的な特徴と関連することが示されている。日本語版は、Nakano (2009) によって作成されている。

1-5 臨床的完全主義尺度

上記の完全主義の尺度は、いずれも多次元性を前提としている。一方で、完全主義を単次元の構成概念として捉えることをShafran et al. (2002) は提案し、それを「臨床的完全主義 (clinical perfectionism)」として概念化している。その定義は、“たとえ好ましくない結果になっているとしても、個人的に追求し自らに課す基準を、少なくとも1つの極めて重要な領域で設定し、その基準の頑なな追求に自己評価を過度に依拠させていること”というものである。そしてこの臨床的完全主義を測定するためClinical Perfectionism Questionnaire (CPQ; Shafran et al., 2002) が開発されている（例：目標を達成するために自分自身を厳しく追い込むことがありましたか）。この尺度では、先述の定義に基づきつつ、後述の認知行動モデルを反映して項目が作成されている。

なお概念上は先述のように単次元性が想定されているが、その後の研究では2因子構造など複数次元が報告されている（例えばStoeber & Damian, 2014）。また、CPQの日本語版は高野他（2020）によって作成されているが、そこでは3因子構造が報告されている。いずれにせよ、臨床的完全主義についても、複数次元で捉えることに、一定の妥当性がうかがえる。

2 完全主義への介入モデル：認知行動論的アプローチ

認知行動モデルによる介入アプローチは、Shafran, Egan, Wadeらによって研究が蓄積されている (Shafran et al., 2002, 2018, 2023)。彼女らの研究においては先述の臨床的完全主義が標的とされ、“好ましくない結果 (不安、うつ、摂食障害、燃え尽きなどの症状) をもたらすにもかかわらず、自己価値が達成・努力 (striving) に基づいていること”としてとらえられる。完全主義についての認知行動論的なモデルが、いくつかのバージョンで提示されているが、現時点で最新と思しきモデルはFigure1 のものである (Shafran et al., 2018)。以下、このモデルと、それに合わせた介入について説明していく。

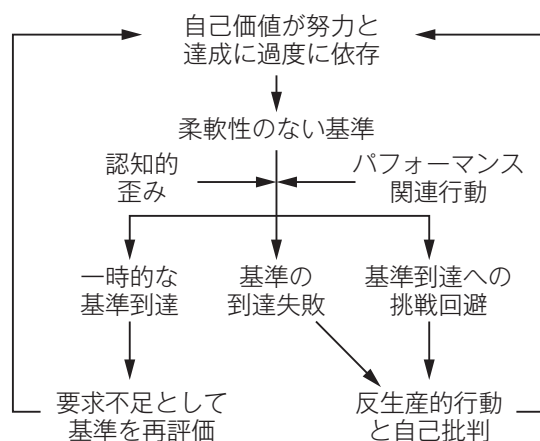


Figure1 認知行動モデルによる完全主義の維持プロセス (Shafran et al., 2018 を元に作成)

2-1 完全主義の認知行動モデル

このモデルによれば、完全主義者は、まず厳しいルールを自身で持っており、自分たちが到達すべき基準や、努力すべき範囲を自分自身に設定する。そして、基準を達成するために、彼らはさまざまな行動をとるが、その行動の多くは逆効果で反生産的 (counterproductive) でさえある。そのため、介入においては「全か無か思考」のような厳しいルールをより柔軟にし、逆効果になっている行動の変容を図る「行動実験」などが行われる。

完全主義者が自らに設定したルールや基準は厳格であるため、それに取り組んでも到達できなかった、という結果に終わることも多い。また達成に取り組むこと自体も非常に大変なことであり、課題の回避や先延ばしもよく起こる。そのため、この「回避と先延ばし」も介入の焦点となる。

完全主義者は、成功よりも、ルールや基準に従わなかったときの失敗に注意を払う。こうした「注意の偏り」についても介入の対象となる。

完全主義者は、自分の基準を達成できなかったり、ルールを守れなかったりしたことに對して、気分が落ち込んだり、自己批判をしたりする。これら「自己批判」への気づきやその代替となりうる「コンパッション」の醸成も焦点となる。また完全主義者は、ある仕事での失敗を、自分という人間の全体的な失敗に過度に一般化する。これにより、自己評価と達成の結びつき

が、より強まってしまう。こうした「自己価値」や「自己評価」の問題についても、介入の対象となる。

完全主義者は、もし自分の基準を達成することができても、“そのタスクは簡単すぎた”と成果を割り引き、次に達成することがさらに難しくなるようにルールを作り直す。こうした方略は、自分に“失敗した”と感じさせる確実な方法である。介入においては、こうした取り組み方について、“普通”はどのようにするのか聞き取り調査（「サーベイ」）をして情報収集し、どのような「認知再構築」を行えばよいかを探索する。

Table1 完全主義の認知行動療法のモジュール (Shafran et al, 2018; Grieve et al., 2022)

モジュール	内容
1 完全主義の理解	完全主義の基本的な特徴や背景、影響について心理教育的に理解を深める。
2 完全主義の行動とモデル	認知行動モデルに基づいて、自身についての事例定式化をクライアントと協働で行う。
3 サーベイと行動実験	クライアント自ら、他の人がどう考え・どう感じているのかについて尋ねて、情報を集める調査（survey）をする。完全ではない行動実験を計画し、結果を振り返る。
4 新しい考え方	完全主義的な考え方についての認知再構成を行う。
5 先延ばしと問題解決	完全主義と先延ばしや回避との関係について理解し、問題解決技法によってその変容を図る。
6 自己批判からセルフコンパッションへの移行	自己の非完全性に対する批判に気づき、より思いやりのある自己へのかかわり方を練習する。
7 自己価値の評価法の再定義	達成や努力に狭く自己価値を依拠させた状態であることに気づき、より多様な側面からの自己評価の方法を探る。
8 良い状態の長期的な維持	

2-2 介入のモジュールと特色

上記のように、具体的な介入手続きについては、特別に斬新なものがあるわけではなく、ベーシックな認知行動療法に基づいたアプローチであると言えよう。なおShafranらの介入のモデルは発展を続けており、文献によって異なっているが、基本的内容を整理した最新の8つのモジュール (Grieve et al., 2022) はTable1 のものとされる。

おおよその内容としては、まず完全主義について理解を深める心理教育を行う。そして個人ごとに自分の完全主義の功罪 (pros and cons) をふりかえり、変化への動機づけを確かめていく。自身の完全主義的思考や行動をモニタリングし、自分が成功や失敗にどのように反応しているかを明らかにしていく。また恥や自己批判、過剰な努力、先延ばしや回避などの問題がどのように起きているかを理解していく。そして行動や認知をより生産的・現実的・自己支持的なものへと変容していき、個人の長期的な適応を促していく。

なお特徴的と思われる点を挙げるとすれば、以下の点であろう。

(1) 自己価値を中心にしたモデル

このモデル (Figure1) の大きな特徴の一つは、「自己価値」を起点として概念化がされていることであろう。自己価値は、ある意味では個人が主体的に希求し制御を図るものである。単なる「症状」や「疾患」の説明をするモデルではなく、「どのようにして自己を価値あるものとして感じようとするのか」という個人の志向性や自己制御などを説明するモデルとなっている。ある意味では、「パーソナリティ・プロセス」ないし「生き方」を記述するモデルであるといえよう。

(2) 変化への両価性と動機づけの設定

完全主義にメリットを感じていたり、それを自分のアイデンティティーの一部としたりしているクライアントは多い。完全主義の「変容」を目指す前提として、クライアント自身が、変容の必要性を実感し、変化へのモチベーションを持つことが重要になる。そのため、クライアントと治療者は、Figure1 の図を個々に改変したオリジナルのモデル図を協働的に作成し、両者でそれを共有する。そして、クライアント自身が、完全主義を続けること・変化させることのメリットやデメリットをどのように感じているかも対比的に整理し、以降のモチベーションを確かめることが介入の出発点となる。

(3) “事実を知る”ためのサーベイと行動実験

完全主義の認知行動療法の介入技法として特徴的なのは、「サーベイ」と「行動実験」であろう。サーベイ (survey) は「聞き取り」や「世論調査」などの意味がある語であるが、まさにクライアントの関心ごとについて、他の人の実態や考えを調査することを指す。本人が思い込んでいる完全主義的な信念について、他の人の実態はどのようなものであるのか、具体的に尋ねてまわるものである。例えば、整理整頓を完璧にすることにこだわっているクライアントであれば、周囲の人に、「整理整頓にどのくらい時間をかけているか」「掃除機を何回かけるか」などを具体的に尋ねて、情報収集を行う。「成功している人たちは、いつも iPhone を持ち歩いている」という信念を持っている人であれば、客観的に見て成功を収めている誰かに、「休みの日に仕事のメールを見るか・仕事の電話に出るか」「完全な休みをとることが、「充電」になって仕事のパフォーマンスをあげるか」などと尋ねたりもする。そして、その結果を治療者と振り返り、自分の行動やその基準について、見直す、というものである。“Know your facts. (Shafran et al., 2018)”の原則である。

3 完全主義への介入モデル：力動－関係性療法と社会的断絶モデル

力動－関係性療法は、完全主義の研究者でもある Hewitt の他、Mikali、Tasca らによって提案されている (Hewitt et al., 2017; Mikail et al., 2022; Tasca et al., 2021)。このアプローチの基盤となっているのは、Hewitt et al. (2006, 2017) の社会的断絶モデル (social disconnection model) である。このモデルは、完全主義についての実証的な研究と、精神力動論や愛着理論に基づく臨床的な研究とを統合したものである。モデルは、完全主義が形成される過去の発達の背景を整理した部分 (Figure2) と、完全主義が現在の生活において社会的断絶や不適応状態をもたらす過程を表した部分 (Figure3) に分けることができるため、それぞれ説明する。

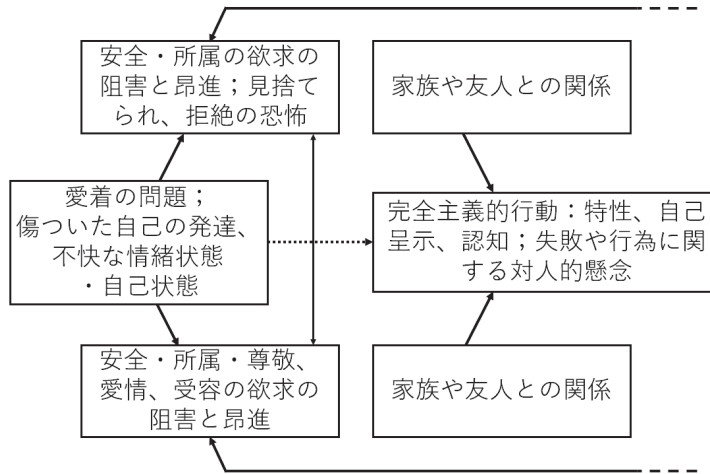


Figure2 完全主義の社会的断絶モデルの発達の部分 (Hewitt et al., 2017 を元に作成)

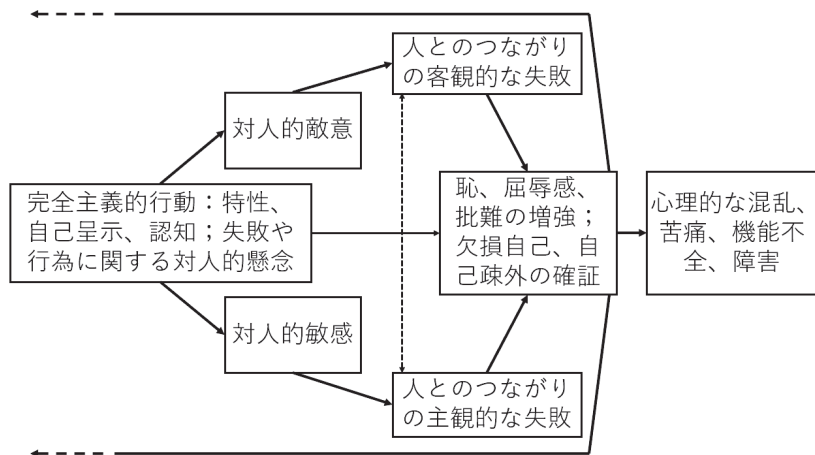


Figure3 完全主義の社会的断絶モデルの帰結・維持部分 (Hewitt et al., 2017 を元に作成)

3-1 社会的断絶モデル：発達の背景

このモデルでは、完全主義的行動は“自己の修復”のための方略とみなされる。それは、“もし私が完全であれば、批判するもの、価値判断するもの、拒絶するものは何もなく、恥じることもなく、私は受け入れられ、私は完全であり、私は価値を持つだろう” (Hewitt et al. 2017) と言い表される過程でもある。

このような“自己の修復”を絶え間なく必要とする背景には、発達早期の重要な他者との関係における自己の傷つきや、自己の欲求の不充足の経験があるとされる (Figure2)。なおここでいう欲求としては、主に“所属”の欲求と“自尊心”の欲求の2つが想定される。Hewittらは、養育者から自分の欲求に適切に応じてもらえなかった「非同期 (asynchrony)」の体験が重大な影響を及ぼ

していると考えている。

この「非同期」の体験により、欲求の充足が発達初期に阻害され、生涯にわたって満たされなさを抱えることが、完全主義の発達の基盤となると考えられている。欲求が満たされない体験を重ねる中で、子どもの中に一定の自己や他者のイメージ(内的ワーキングモデル)が形成される。それは“他者は、助けにならない、批判してくる、なだめる力がない”といった他者イメージ、“自分は、壊れやすく、バラバラで、欠陥があり、嫌な存在である”といった自己イメージである。

このような自己&他者イメージを持つと、そのイメージを通して、歪んだ形で世界を見ることになる。本人は、受容と肯定を切望しているにもかかわらず、否定的な「知覚レンズ」を通して見える否定的な自己や他者の姿に傷つき、拒絶を体験してしまう。本人の感情には、恥、不安、抑うつ、怒り、屈辱、拒絶、見捨てられの体験が生じる。

このように、非同期の体験から、“自分は弱くて価値がない”、“他者はあてにできない”といった傷ついた脆弱な自己が形成される。そしてこの脆弱な状態に対処し、所属と自尊心の欲求を満たすために、自己を“完璧・完全”なものと感じることを追い求めるようになり、それに即した認知や行動がとられるようになる。先述のように“もし私が完全であれば・・・”という形で、完全主義は、“傷ついた自己”に対する“自己の修復”の方略として形成されるのである。

3-2 社会的断絶モデル：社会的関係への帰結

上述のように完全主義は、拒絶や排斥の可能性から自らを遠ざけ、所属や自尊心の欲求を満たすための方略であると理解できる。しかしこうした完全主義的なやり方は、実際の現実世界においては、他者との交流を阻害し、かえって当人に「社会的断絶」をもたらすことになる(Figure3)。

モデルでは、これに2つのプロセスを仮定している。1つは、完全主義が「対人的な敏感さ」につながり、他者との関係で「主観的」なレベルで「対人関係の問題」が強く経験されることである。否定的な自己および他者イメージを「知覚レンズ」として世界を見ることによって、主観的世界の中での自己は、他者から疎まれ、拒絶される存在として過剰・過敏に知覚されることになる。

もう一つのプロセスは、完全主義が「対人的な敵意性」につながり、実際の「客観的」なレベルで「対人関係の問題」が生じる、というものである。完全主義者は、他者に対しても頑なで柔軟性がない関わりをすることも多い。そのため、反発的で不適応な対人交流がそこで生じて、実際に本人が相手を遠ざけたり、阻害したり、実際に嫌な思いをさせることになる。つまり、主観的な「レンズ」の中だけでなく、実際の現実的なレベルでも、社会的な問題が生じうるのである。

このようにして、主観的・客観的プロセスの双方を通じ、完全主義者が何とか避けようとしていた「断絶や拒絶」が生じてしまうことになる。そしてそれが抑うつをはじめとした種々の精神的問題につながっていくのである(メタ分析として、Smith et al., 2020)。

さらにこうした主観的・客観的な問題が対人関係の中で多く生じると、“自分は他者に拒絶される存在だ”という体験が本人の自己や他者のイメージにフィードバックされる。つまり、“人間関係が内的作業モデルを形成し、内的作業モデルが人間関係を形成する”(Hewitt, 2019)という完全主義の維持サイクルが形成されてしまうのである。

3-3 力動-関係性療法の理論的枠組み

社会的断絶モデルを基盤として、精神力動論、対人関係論、認知行動論などを統合して提案されているのが力動-関係性療法である。このアプローチでは、つながり、安心感、自尊心への欲求を重視する。完全主義者にとって、完全主義的行動は、他者から、ひいては自己から、愛、受容、尊敬を得ることを約束する手段となっている。しかし完全主義的な行動が、何のためのものであるのか、あるいはその発達の起源についても、本人には意識されていないことが多い。

そのため、治療の目的のひとつは、自己や他者に完璧を求めるという対人関係のパターンに対して、本人の気づきを高めることである。このアプローチでは、洞察と理解が重視され、完全主義が生まれた原因や背景に焦点があてられる。最終的な治療目的は、安心感、つながり、自尊心といった欲求を満たす、より適応的で柔軟な方法を発見する手助けをすることである。

3-3-1 臨床的定式化と適応のトライアングル

力動-関係性療法で用いる重要なツールが、「臨床的定式化 (clinical formulation)」と、「循環的關係パターン」 (cyclical relational pattern) である。そして定式化に主に用いられるのが「適応のトライアングル」と「対象関係のトライアングル」の図式である (Figure4)。

適応のトライアングルは、個人の関係性や愛着の欲求、不安やその他の情緒、防衛、そしてこれらの構成要素の相互作用を表している (Figure4 左側)。下の頂点の「愛着と対人的欲求」は、その人の愛着関係にまつわる欲求や、対人関係上の欲求を表している。なお発達早期の関係でのこの欲求の充足・不充足は、現在の対人関係での欲求にも影響し、意識的・無意識的な動機づけの源となるものである。右上の頂点の「不安／情緒」は、満たされなかった欲求によって生じる恥、屈辱、拒絶や見捨てられへの恐怖、孤独など、不安やその他の不快な情緒を表している。そしてそうした不快な情緒がもたらす苦痛に耐えるためにとられるのが「防衛／対処」である。形成された防衛は、本人の感情の平静を保つために、自尊心を守る役割をもつ。

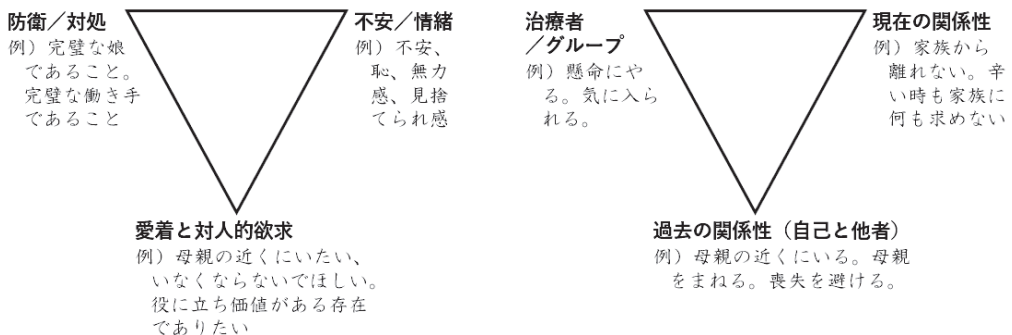


Figure4 適応のトライアングル (左図) と対象関係のトライアングル (右図)

(Hewit et al., 2017 を元に作成)。

3-3-2 対象関係のトライアングル

対象関係のトライアングルは、過去の関係、現在の関係、そして治療者やグループとの治療関係についてのパターンをあらわしている (Figure4 右側)。なお適応のトライアングルは、対象関係のトライアングルの各頂点の中に組み込まれていると考えることができる。

下の頂点の「過去の関係」は、典型的には主に養育者など重要な他者との関係を表している。また養育者などからの関わりが取り入れられ (introjected)、内在化され「自己との関わり」となったものも含まれる。そしてその過去のパターンは現在の人間関係 (現在の頂点) でも、治療関係 (治療者/グループの頂点) でも繰り返される可能性が高い。いわゆる「転移」のような形で、過去のパターンは治療関係や集団の場でも表れる。治療においては、それを“いま・ここ”での体験として取り上げ、現在の関係や過去の関係とのつながり、背景にある情緒や欲求について理解を深め、洞察を得ることが焦点となる。

3-3-3 完全主義と2つのトライアングル

完全主義者の場合、適応のトライアングルの下の頂点に来るのは、自分が不完全であっても親や重要な他者から受容やケア、愛情を得ることへの欲求・渴望であると考えられる。自己志向的な完全主義者は、受容やケアを得るための完全性を求めるが、それが自己への期待として取り入れられ内在化している、と考えられる。他者志向的な完全主義の場合は、他者に向けた外在化行動によって、欲求自体が意識されないようになっている場合もある。社会規定的な完全主義の場合には、愛や受容への欲求に対してより意識的・自覚的であるかもしれない。いずれにせよ、完全主義的行動は、内的な混乱や満たされない対人関係の欲求に対する不適応的な解決策として理解できるのである。

3-4 循環的關係パターン

力動-関係性療法において、トライアングルの図式とともに、もう一つ重視されるのが、Figure5にある循環的關係パターンの図式である。これは循環的不適応対人パターン (cyclical maladaptive interpersonal pattern; Tasca et al., 2021) という名でも呼ばれ、クライアントが自分や他者と関わる時に、どのような反応や行動を示し、他者からどのような反応を受けて、問題や症状が形成・維持されているのか、その循環状のパターンを理解するものである。

Hewitt et al. (2017) があげた例をもとに見ていくと、ある人は、自分について自信がなく受け身だと思っている (自己の行為; 内的な認知や感情も含む)。その人は、「自分の自己主張が強いと、他者から自分は嫌われる」という強い確信を持っている (他者への期待)。実際のその人の同僚や家族は、彼女を都合よく利用する (他者の行為)。そうすると彼女は自分を弱く、無能で、ダメな人間だと思うに至る (取り入れ)。そうした自己への見方や取入れが、自己卑下や受け身性のさらなる源となってしまう (自己に対する自己の行為) という循環を表している。

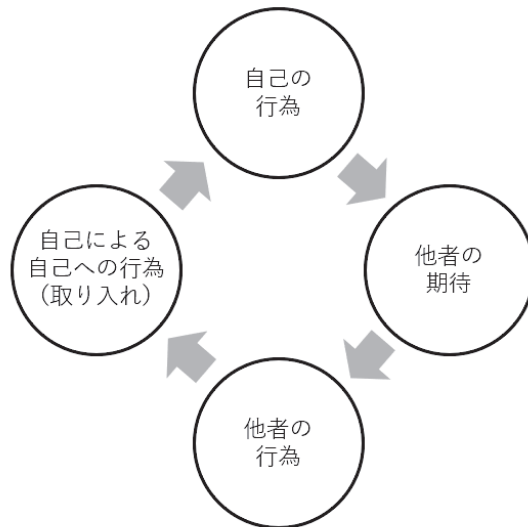


Figure5 循環的關係パターン (Hewitt et al., 2017 を元に作成)

先述のトライアングルがクライアントの成育歴を含めた全体像の理解を助けるのに対して、循環的關係パターンの図式は、クライアントの対人関係上の困難がどのように維持されているのか、より直接的な理解を助け、“いま・ここ”での介入をガイドするものとなっている。

3-5 力動－関係性療法の流れ

力動－関係性療法は、個別形式と集団形式がそれぞれ提案されているが (Hewitt et al., 2017)、認知行動療法のようなモジュール式のプログラムが提案されているわけではない。また基本原則として力動－関係性療法は、完全主義的行動や現存する症状の軽減に直接焦点を当てるものではない。むしろ、先述の社会的断絶モデル、適応と対象関係のトライアングル、循環的關係パターンの図式などの視点から、クライアントの対人的欲求や関係の持ち方、その発達の背景など、完全主義の根底にあるプロセスに焦点を当てる。

集団であれ個別であれ、クライアントがこれまでに経験した、見捨てられ、拒絶、批判、親密さ、葛藤や緊張、自己批判などに対して、安全を自ら作り出そうとする適応的な努力として完全主義を理解することが重要となる。

3-5-1 アセスメントとフィードバック

力動－関係性療法においては、セラピー導入前のアセスメントとそのフィードバックが重要とされる。種々の心理検査や上述の包括モデルに基づいた完全主義の質問紙尺度が実施されるほか、個別の面接も行われる。面接では、本人の気質や愛着スタイルなどの発達の側面を探索したり、感情の状態、早期の記憶やトラウマ、現在の人間関係やサポートなどを探索したりする。なお、臨床的面接は完全主義者にとっては不快な感情を喚起しやすい (Hewitt et al., 2008) ため、その背景にある適応や対象関係のトライアングルを含めた配慮が重要となる。

そして、それら検査と面接の結果をまとめ、クライアントの循環的關係パターンや、それが形

成され持続されているプロセスについて、説明がなされる。Hewitt et al. (2017) によれば、“クライアントが最初の定式化や関係パターンに驚いたり、ショックを受けたり、動揺したりすることはめったにない”という。フィードバックはクライアントに安心感をもたらし、困難の本質を理解するモデルを提供するとともに、希望を感じてもらうことも重要となる。また、クライアントに明確化や補足を求め、治療関係をより協働的なものにしていくことも重要である。

3-5-2 個人療法での流れ

個人療法において、決められた手順やモジュールがあるわけではないが、その流れをHewitt et al. (2017) は、3期の段階に分けて記述している。

a) 初期段階

先述のアセスメントのフィードバックのあと、初期段階の面接では、適応のトライアングルが焦点となる。クライアントの主訴に近い不安や怒りなど、観察されやすい“第1層 (first layer)”の情緒に焦点を当てることから始める。そしてその情緒の背景にある欲求や、情緒に対する防衛がどのようなものであるのか、クライアントと探索を始めていく。

この段階において治療者は解釈的発言よりは、省察や観察を促すことになる。クライアントの情緒的体験に注意を向け、プレゼンスを言語的・非言語的に示すことで、クライアントに聴いてもらった、わかってもらった、受け入れてもらえた、と感じてもらうことが重要である。それによって、クライアントは自分の感情を自分のものとして感じられるようになっていく。

b) 中期段階

治療の中間段階では、適応のトライアングルと対象関係のトライアングルの両方を統合した介入が行われる。あるクライアント (Figure4の適応のトライアングルの“例”) が、愛情や受容への「欲求」が満たされなかったことに、怒りや絶望や嫉妬などの「情緒」を体験したが、他者をケアする完全なる支援者となることでそれらを「防衛」していたとする。この適応のトライアングルは、幼少期の家族内の養育者との間で「過去に」形成されたものであっても、それが本人の「現在」の仕事場面や夫婦・家族関係でも何らかの形で再現される。そしてまたそれが、「治療者」と向き合う場面においても再現される (Figure4の対象のトライアングルの“例”)。このように適応のトライアングルと対象関係のトライアングルの図式に基づいて、個々人のありようについて気づきを広げる方向で介入は行われる。

そうした探索を続けて、完全主義がクライアントの人生においてどのような役割を果たしてきたか、一方でどのような代償をもたらしてきたのか、その全体を明らかにすることが重要である。自身の完全主義が過去のどんな不安から身を守るためのものなのか、そして現在においてはどんな循環的パターンを築いて自分をさらなる断絶の中に陥らせているのか、これに向き合うことは、クライアントにとって重要であると同時に恐ろしいことでもある。治療者はそうした情緒に波長を合わせ、クライアントがこれらを十分に表現できるように支える。前進と後退をくりかえす試行錯誤のプロセスに、それまでに確立された信頼関係の中で取り組むことになるのである。

c) 後期段階

治療が順調に進んでいけば、クライアントの感情表現の性質は、葛藤が少なく、複雑でないようになる。たとえば、悲しみと怒りの入り混じった複雑な表現ではなく、悲しみがありのままに表現されるようになったりする。言語と非言語の感情表現がより一致したものとなる。

親に対して感じていた怒りが、親の感情的限界を認識するにつれ、受容的になっていくこともある。パートナー、上司、同僚、家族など、現在の人間関係に関しても同様のプロセスが展開される。治療者は、クライアント本人を含め、クライアントが出会ったすべての人の人間性、つまり不完全さに気づくような交流へと促していく。

4 両アプローチの効果についてのエビデンス

両アプローチについては、その効果に関する実証的な検討も進んでいる。完全主義に対する認知行動療法の有効性については Shafraan ら以外にもいくつかの研究が公表され、メタ分析も進められている。Galloway et al. (2022) によれば、集団・個別・ウェブなど様々な形式で行われた 15 件の認知行動療法の RCT のメタ分析において、完全主義について $g = 0.57 \sim 0.89$ の効果が見られた他、摂食障害症状 ($g = 0.61$)、うつ ($g = 0.60$)、不安 ($g = 0.42$) に対しても有効性が見出されている。一方で、Smith et al. (2023) のさらに慎重なメタ分析によれば、指標によって介入効果は限定的である他、ドロップアウトが介入群で 27 % で統制群より有意に多かったり、フォローアップでは群間効果がなくなるなど、複数の課題も指摘されている。

力動－関係性療法は、個別形式と集団形式がそれぞれ提案されているが、効果研究のエビデンスは集団形式に集中している (Hewitt et al., 2015, 2020, 2023)。その効果研究はまだ報告が少ないが、待機群との比較において完全主義の諸側面に対して大きな効果量を示しており (Hewitt et al., 2015)、その効果は親密な他者からの評価においても有意であったとの報告がある (Hewitt, 2020)。より近年では、支持的な力動療法との効果の比較を行っており、両アプローチとも改善はもたらすものの、完全主義の諸側面においては、力動－関係性療法の効果が優位であったことが示されている (Hewitt et al., 2023)。

5 両アプローチの理論的な統合と拡張

上述の 2 つのアプローチを対比すると、いくつかの共通点と相違点を指摘することができる。

共通点の第 1 点目としては、個人の問題について「定式化」を行い、モデル図なども用いながらそれを共有している、という点である。モデル自体が、一般的な用語で構成されているため、クライアントとの共有もしやすいことがそれを可能にしていると言えよう。

2 点目として、完全主義自体を単なる問題行動とはみなしておらず、多くのメリットを持った行動でもあり、また自らの不安を和らげ自分を守ってくれる防衛的・適応的な機能を持っていたものと理解している点である。完全主義の治療モデルでありながら、完全主義それ自体を単に低減することのみに焦点を当てず、「自己価値」や「関係性」などより大きな視点でとらえ直していることが特徴的であるとも言える。

相違点の 1 つ目は、治療手続きの構造化の程度であろう。力動－関係性療法には、定式化の図式やアセスメント・フィードバックなど大枠は存在するが、具体的な治療のプロセスは“いま・

ここ”での体験を重視し、力動的で流動的である。認知行動療法によるアプローチは、モジュールやエクササイズが具体的に規定されており、やることが明確である。双方ともに対面実施の場合は治療者に力量が求められることは自明であるが、プログラムの構造の程度は、治療プロセスの支えにもなり、制限にもなるであろう。

2つ目は、モデルの基本仮説の違いである。細かな差異は多くあるが、認知行動モデルは「自己価値の依拠のさせ方」をその中心に置いている。対して力動－関係性療法では、愛着や受容など「関係性への欲求」を中心に置いている。認知行動モデルがある意味では一者完結的な個人内過程に焦点が絞られていることに対して、力動－関係性療法のモデルでは、対象関係のトライアングルや対人関係の循環サイクルなど、完全主義を一貫して「関係性」の問題として理解していく。特に完全主義者には、治療同盟の停滞や治療中断など、治療の場での「関係性」にも問題が生じやすい。“いま・ここ”で生じる関係性の問題への介入を支えるモデルがあることは、治療自体を大きく支えるであろう。

このように、両アプローチには共通性も相違性もあることが見て取れるが、今後は両者を統合し発展させたアプローチの開発が期待される。近年では、Cheli et al. (2022) がメタ認知療法、力動－関係療法に加え、コンパッションフォーカストセラピー (CFT) を組み合わせたアプローチを少数事例で報告し始めている。その理論的詳細は開示されていないが、自己価値にも愛着システムにも焦点を当てるCFTは、両アプローチの統合的な基盤となる可能性がある。また従来型のCFTに、認知行動療法のサーベイや行動実験を組み入れることで、より完全主義に最適化して有効性を高められるかもしれない。また力動－関係性療法のように治療関係も含めた関係性への図式化を組み入れることで、治療中断の予防や治療同盟の促進につなげられるかもしれない。

冒頭に述べたように、完全主義は精神的健康に関わる重要な変数である。同時に、完全主義（もしくは完璧主義）という用語は、日常語としても広く用いられており、人々が自分の精神的健康について考えるきっかけになりやすい概念でもある。完全主義に対する客観的な理解と有効性のある介入法を議論することは、多くの人の精神的健康に役立つアプローチの開発につながる可能性がある。今後のさらなる研究が必要であろう。

付記

本研究はJSPS 科研費 JP20H01770 の助成を受けたものである。

引用文献

- Cheli, S., Cavalletti, V., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2022). Perfectionism unbound: An integrated individual and group intervention for those hiding imperfections. *Journal of Clinical Psychology*, 78 (8), 1624–1636.
- Curran, T., & Hill, A. P. (2019). Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychological Bulletin*, 145 (4), 410–429.
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31 (2), 203–212.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R., & Gray, L. (1998). Psychological distress and the frequency of perfectionistic thinking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75 (5), 1363–1381.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Nepon, T., Sherry, S. B., & Smith, M. (2022). The destructiveness and public health significance of socially prescribed perfectionism: A review, analysis, and conceptual extension. *Clinical Psychology*

- Review, 93, 102130.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14 (5), 449–468.
- Galloway, R., Watson, H., Greene, D., Shafran, R., & Egan, S. J. (2022). The efficacy of randomised controlled trials of cognitive behaviour therapy for perfectionism: a systematic review and meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*, 51 (2), 170–184.
- Grieve, P., Egan, S. J., Andersson, G., Carlbring, P., Shafran, R., & Wade, T. D. (2022). The impact of internet-based cognitive behaviour therapy for perfectionism on different measures of perfectionism: a randomised controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 51 (2), 130–142.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Mikail, S. F. (2017). *Perfectionism: A relational approach to conceptualization, assessment, and treatment*. The Guilford Press.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Sherry, S. B., & Caelian, C. (2006). Trait Perfectionism Dimensions and Suicidal Behavior. In *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy*. (pp. 215–235). American Psychological Association.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Sherry, S. B., Habke, M., Parkin, M., Lam, R. W., McMurtry, B., Ediger, E., Fairlie, P., & Stein, M. B. (2003). The Interpersonal Expression of Perfection: Perfectionistic Self-presentation and Psychological Distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84 (6).
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & York, N. (1991). Perfectionism in the Self and Social Contexts: Conceptualization, Assessment, and Association With Psychopathology. In *Journal of Personality and Social Psychology* (Vol. 60, Issue 3).
- Hewitt, P. L., Habke, A. M., Lee-Baggey, D. L., Sherry, S. B., & Flett, G. L. (2008). The Impact of Perfectionistic Self-Presentation on the Cognitive, Affective, and Physiological Experience of a Clinical Interview. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 71 (2), 93–122.
- Hewitt, P. L., Kealy, D., Mikail, S. F., Smith, M. M., Ge, S., Chen, C., Sochting, I., Tasca, G. A., Flett, G. L., & Ko, A. (2023). The efficacy of group psychotherapy for adults with perfectionism: A randomized controlled trial of dynamic-relational therapy versus psychodynamic supportive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 91 (1), 29–42.
- Hewitt, P. L., Mikail, S. F., Flett, G. L., Tasca, G. A., Flynn, C. A., Deng, X., Kaldas, J., & Chen, C. (2015). Psychodynamic/interpersonal group psychotherapy for perfectionism: Evaluating the effectiveness of a short-term treatment. *Psychotherapy*, 52 (2), 205–217.
- Hewitt, P. L., Qiu, T., Flynn, C. A., Flett, G. L., Wiebe, S. A., Tasca, G. A., & Mikail, S. F. (2020). Dynamic-relational group treatment for perfectionism: Informant ratings of patient change. *Psychotherapy*, 57 (2), 197–205.
- 片岡春奈・福井義一 (2021). 完全主義的自己呈示尺度 (PSPS) 日本語版作成の試み —その信頼性と妥当性の検討—. 甲南大学紀要文学編, 171, 237–252.
- 小堀修・丹野義彦 (2004). 完全主義の認知を多次元で測定する尺度作成の試み. パーソナリティ研究, 13, 34–43.
- Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., & Egan, S. J. (2017). The Relationship Between Perfectionism and Psychopathology: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 73 (10), 1301–1326.
- Mikail, S. F., Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ge, S. (2022). Group dynamic-relational therapy for perfectionism. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 25, 249–257.
- Miller, R., Hilsenroth, M. J., & Hewitt, P. L. (2017). Perfectionism and therapeutic alliance: a review of the clinical research. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 20 (1), 19–26.
- Nakano, K. (2009). Perfectionism, Self-Efficacy, and Depression: Preliminary Analysis of the Japanese Version of the Almost Perfect Scale-Revised. *Psychological Reports*, 104 (3), 896–898.
- 大谷佳子・桜井茂男 (1995). 大学生における完全主義と抑うつ傾向および絶望感の関係. 心理学研究, 66, 41–47.
- Patterson, H., Firebaugh, C. M., Zolnikov, T. R., Wardlow, R., Morgan, S. M., & Gordon, B. (2021). A Systematic Review on the Psychological Effects of Perfectionism and Accompanying Treatment. *Psychology*, 12 (01), 1–24.
- 桜井茂男・大谷佳子 (1997). “自己に求める完全主義”と抑うつ傾向および絶望感との関係. 心理学研究, 68, 179–186.
- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis.

Behaviour Research and Therapy, 40 (7), 773–791.

Shafran, R., Egan, S. J., & Wade, T. D. (2023). Coming of age: A reflection of the first 21 years of cognitive behaviour therapy for perfectionism. *Behaviour Research and Therapy*, 161, 104258.

Shafran, R., Egan, S., & Wade, T. (2018). *Overcoming Perfectionism: a self-help guide using scientifically supported cognitive behavioural techniques* (2nd ed.). Little Brown Book Group.

Slaney, R. B., Rice, K. G., & Ashby, J. S. (2002). A programmatic approach to measuring perfectionism: The Almost Perfect Scales. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 63–88). American Psychological Association.

Smith, M. M., Sherry, S. B., Vidovic, V., Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (2020). Why does perfectionism confer risk for depressive symptoms? A meta-analytic test of the mediating role of stress and social disconnection. *Journal of Research in Personality*, 86. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2020.103954>

Stoeber, J., & Damian, L. E. (2014). The Clinical Perfectionism Questionnaire: Further evidence for two factors capturing perfectionistic strivings and concerns. *Personality and Individual Differences*, 61–62, 38–42.

高野裕太・辻由依・青木俊太郎・坂野雄二 (2020). Clinical Perfectionism Questionnaire 日本語版の作成 精神科診断学, 13, 131-143.

Tasca, G. A., Mikail, S. F., & Hewitt, P. L. (2021). *Group psychodynamic-interpersonal psychotherapy*. American Psychological Association.

Van Der Kaap-Deeder, J., Smets, J., & Boone, L. (2016). The impeding role of self-critical perfectionism on therapeutic alliance during treatment and eating disorder symptoms at follow-up in patients with an eating disorder. In *Psychologica Belgica* (Vol. 56, Issue 2, pp. 101–110). Societe Belge de Psychologie.