# 第22回学術大会　シンポジウム

# 「双極性うつ病の小精神療法」

中村 稔（青山メンタルクリニック 院長）

抄　録

双極性感情障害に占める、うつ状態の病期は躁状態よりも圧倒的に長い。躁転を避けながら、双極性うつ病の治療をするに当たり、抗うつ作用を有する薬剤に対して抵抗性であったり、薬剤の効果が短時間で減弱することはよく経験するところである。また、双極性感情障害の基盤に発達障害を有している症例も多く、治療をより難しいものにしている。このような薬剤抵抗性、難治性のうつ状態に対する治療においては精神療法の意義が大きくなる。時間に制約のある外来で行える小精神療法の要点について考えてみたい。

青山メンタルクリニック
Aoyama Mental Clinic

# 双極性うつ病に対する小精神療法

2022.12.04

医療法人社団　Intuition　青山メンタルクリニック

中村　稔

---

青山メンタルクリニック
Aoyama Mental Clinic

日本精神神経学会
利益相反（COI）開示
発表者名：　中村　稔

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業など：

会議出席・講演など労力の提供に対する支払：なし

---

青山メンタルクリニック
Aoyama Mental Clinic

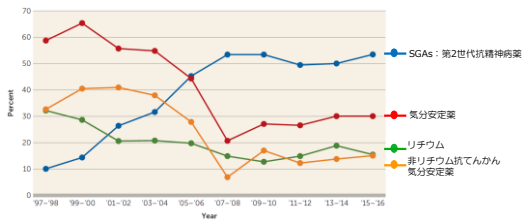
## 双極性うつ病に小精神療法が重要である背景について

双極性感情障害において抑うつ病相は躁病相より圧倒的に期間が長いと言われている。
双極性感情障害の抑うつ状態は双極性うつ病と呼ばれ、入院や自殺リスクを高める傾向がある。
双極性感情障害の再燃予防の重要性を改めて確認しつつ、薬物療法の困難さと共に、外来における小精神療法の重要性を提示したい。
まずは、改めて薬物療法の基本を振り返ってみたい。

---

青山メンタルクリニック
Aoyama Mental Clinic

## 20年間の双極性障害の薬物治療のトレンド




Data are from the National Ambulatory Medical Care Survey. 1997–2016.

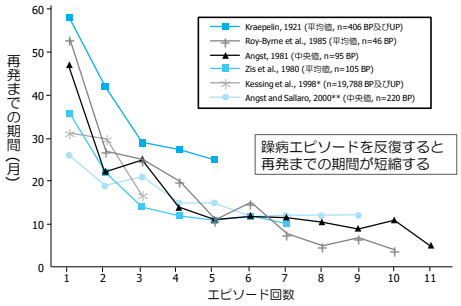
- 双極性障害の外来患者において抗精神病薬は1997-2000年の12.4%から2013-2016年の51.4%に増加した（調整オッズ比= 5.05, 95%CI = 3.65-7.01）
- 気分安定薬の使用は1997-2000年の62.3%から2013-2016年の26.4%に減少した（調整オッズ比= 0.18, 95%CI = 0.13-0.27）

Rhee, TG., et al: Am J Psychiatry. 177: 706–15, 2020

---

青山メンタルクリニック
Aoyama Mental Clinic

## 気分障害のエピソード回数と再発までの期間



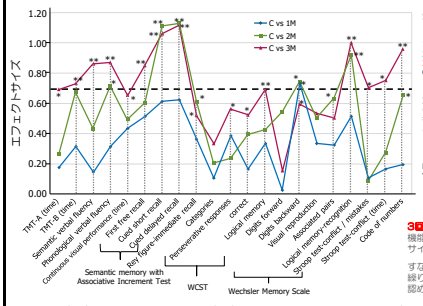

BP = 双極性障害, UP = 単極性障害. (source: Update of Goodwin and Jamison, 1984.)

Goodwin, FK, and Jamison KKR. Manic-Depressive Illness : Bipolar Disorders and Recurrent Depression. Second Edition. Oxford University Press, 2007.

---

青山メンタルクリニック
Aoyama Mental Clinic

## 双極Ⅰ型障害における再発と認知機能への影響




対象：6カ月以上寛解している双極I型障害の外来患者

1M群：躁病エピソード1回　n=24
2M群：躁病エピソード2回　n=27
3M群：躁病エピソード3回以上　n=47
C群：健常者 n=66

方法：
各患者群と健常者群の神経認知能力の違いについて
エフェクトサイズ>0.70を有意とした

※寛解の定義：HAMD<8およびYMRS<6
HAMD：ハミルトンうつ病評価尺度
YMRS：ヤング躁病評価尺度

3M群の方が1M群よりも各認知機能スコアにて有意にエフェクトサイズが大きかった

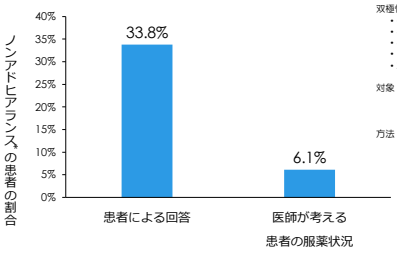
すなわち、躁エピソードの再発を繰り返す群はより認知機能低下が認められる結果となった

TMT-A = Trail Making. Test-part A; TMT-B = Trail Making test-part B; WCST = Wisconsin Card Sorting test;
*p <0.01; **p < 0.001.

Lopez-Jaramillo,. et al : Bipolar Disorders, 12: 557–567, 2010.

## 双極性障害における服薬アドヒアランスの比較検討

青山メンタルクリニック Aoyama Mental Clinic




双極性障害患者（n=429）
- 外来患者割合：97.9%
- 平均年齢：42.9歳
- 平均罹病期間：8.6年
- 1日平均服薬剤数：2.5剤
- 2剤以上の服薬の割合：76.2%

対象：無作為に抽出された精神科医が治療している双極性障害患者

方法：過去10日間の双極性障害治療薬の服薬状況を患者の自己記入によって回答および治療者が考える患者の服薬状況

＊ノンアドヒアランスの定義： 10日間で1回以上服薬しなかった

Baldessarini., et al : Hum. Psychopharmacol Clin Exp,23: 95–105, 2008より作成

## CANMAT 2018 Guideline for the management of patients with bipolar disorder 双極性障害維持治療の推奨薬

青山メンタルクリニック Aoyama Mental Clinic

| | 治療の時期毎によるエビデンスレベル | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 維持期 | | | | |
| | あらゆる気分エピソードの予防 | うつ症状の予防 | 躁病の予防 | 急性うつ病 | 急性躁病 |
| 第一選択薬 | | | | | |
| リチウム | 1* | 1* | 1* | 2* | 1 |
| クエチアピン# | 1* | 1* | 1* | 1 | 1* |
| Divalproex | 1* | 2* | 3* | 2* | 1* |
| ラモトリギン | 1 | 1 | 2 | 1* | -1* |
| アセナピン | 2* | 2* | 2* | n.d.* | 1* |
| クエチアピン＋リチウム/DVP | 1* | 1* | 1* | 4*[c] | 1** |
| アリピプラゾール＋リチウム/DVP | 2* | n.d.*[a] | 2* | 4* | 2 |
| アリピプラゾール | 2* | n.d.*[a] | 2* | -1* | 1 |
| アリピプラゾールLAI | 2 | n.d.[a] | 2 | n.d.*[b] | n.d.*[b] |
| 第二選択薬 | | | | | |
| オランザピン | 1* | 1* | 1* | 1[b] | 1 |
| Risperidone LAI | 1* | n.d.*[a] | 1* | n.d.* | n.d.* |
| Risperidone LAI（adj） | 2* | 4* | 2* | n.d.* | n.d.* |
| カルバマゼピン | 2* | 2* | 2* | 3* | 1 |
| Paliperidone（>6mg） | 2* | n.d.*[a] | 2* | n.d.* | 1* |
| ルラシドン＋リチウム/DVP | 3*[c] | 3*[d] | 4* | 2*** | n.d.*** |
| Ziprasidone＋リチウム/DVP | 2* | n.d.*[a] | 2* | -3* | -2* |

・英語表記は、本邦未承認あるいは未発売。#クエチアピンは本邦で徐放剤のみ双極性障害のうつ症状のみ適応有
　*本邦で未承認
　**クエチアピンは本邦で徐放剤のみ双極性障害のうつ症状のみ適応有、リチウムは本邦で双極性障害の躁症状のみ適応有
　***ルラシドンは本邦で双極性障害のうつ症状のみ適応有、リチウムは本邦で双極性障害の躁症状のみ適応有
・DVP：divalproex　・数字はエビデンスレベル、マイナス表記は非ガディフェビデンス、n.d.no data
[a] インデックス時が躁病の患者でプラセボと差がない、インデックス時がうつ症状の研究はない
[b] うつ病の本精症状について、プラセボと差がない
[c] 主要な有効性評価項目で重大な傾向を示しているため、評価が低い
[d] インデックス時がうつ症状の場合、有効。

Yatham,L. et al. : Bipolar Disorders, 20,97–170,2018より作成

## 主な抗精神病薬の受容体に対する結合親和性（Ki値：nM）（in vitro）

青山メンタルクリニック Aoyama Mental Clinic

| 受容体 | ブレクスピプラゾール[1)] | アリピプラゾール[1)2)] | オランザピン[3)] | クエチアピン[4)] | リスペリドン[4)] | ハロペリドール[4)] | パリペリドン[5)] | ブロナンセリン[6)] | ルラシドン[8)] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| D2 | 0.30 | 0.34 | 11* | 180 | 2.2 | 1.4 | 6.6 | 0.142 | 1.68 |
| D3 | 1.1 | 0.8 | 16 | 940 | 9.6 | 2.5 | 7.5 | 0.494 | 15.7 |
| 5-HT1A | 0.12 | 1.7 | >1000* | 230 | 210 | 3600 | 1030 | 804 | 6.75 |
| 5-HT2A | 0.47 | 3.4 | 2.5 | 220 | 0.29 | 120 | 0.83 | 0.812 | 0.36 |
| 5-HT2C | 34[7)] | 15 | 28.6 | 1400 | 10 | 4700 | 19.0 | 26.4 | 415* |
| 5-HT7 | 3.7 | 39 | 104* | 1800 | 3.0 | 1100 | 6.8 | 183 | 2.1 |
| α1 | 3.8# | 57* | 19* | 15 | 1.4 | 4.7 | 11.0# | 26.7* | 47.9* |
| H1 | 19 | 61 | 7* | 8.7 | 19 | 440 | 34 | 765 | >1000 |
| M1 | >1000 | 6800 | 1.9* | 100 | 2800 | 1600 | >10000 | 100 | >1000 |

＊ラット由来； #α1a受容体


1） Citrome, LK. et al.: Expert Rev. Neurother., 15, 1219-1229,2015（Table1）,
2) 菊地哲郎ら: 臨床精神医学, 34, 461-468, 2005 （表2）
3) Bymaster, F.P. et al.: J. Clin. Psychiatry, 58, 28-36, 1997
4) Miyamoto, S. et al.: Curr. Opin. in CPNS. Invest. Drugs, 2, 25-39, 2000 （Table2）
5) Corena-McLeod, M.: Drugs R. D., 15:163-174, 2015 （Table1）
6) 米田昭ほか：臨床精神薬理, 10, 1263-1272, 2007（表1）
7）レキサルティ　承認申請資料
8）PMDA審査報告書, 2020


## 双極性うつ病における薬物療法の困難さについて

青山メンタルクリニック Aoyama Mental Clinic

双極性感情障害Ⅰ型では、躁病エピソードを避けるために、抗うつ薬以外の気分安定薬、非定型抗精神病薬を用いることが一般的である。そのため、低位安定を目指すことが基本と言われてきた。

双極性感情障害Ⅱ型では、抗うつ薬、気分安定薬、非定型抗精神病薬など薬剤に反応して容易に躁転することもあるが、薬剤抵抗性のうつ状態が遷延する症例に遭遇することも稀ではない。

また、アドヒアランスは主治医が想像するよりも低い。

以上より双極性うつ病のおける薬物療法には一定の限界があると言える。それを補完するのが小精神療法であろう。

## うつ病における小精神療法の基本

青山メンタルクリニック Aoyama Mental Clinic

うつ病の精神療法は大きく二つに分けて考えられる。

対象となる人のパーソナリティや考え方の変化や成長を積極的に目指してゆく治療。

そうした変化を目指さず、その人が現在持っている資質を十全に活かせるようにすることで適応力を上げることを支援する治療。

後者は「支持的精神療法」と呼ばれることが多いが、医師からの直接的働きかけを好むように感じられる場合には、患者の持つ不安を明らかにして「〇〇しましょう」と明確な指示や指導を試みるし、直接指示されることを好まないと推定される場合は、選択肢を提示する程度に留めて本人の積極性を引き出そうと試みる。

## 双極性うつ病における小精神療法

青山メンタルクリニック Aoyama Mental Clinic

「自分は精神病である」という患者のStigmataを受け留め共感する

アドヒアランスを高めるための工夫を患者と一緒に考えること
（セルフモニタリングによる病識の形成など）

医師も薬物療法の効果を信じること
（効かないだろう、と思って処方をするのは禁物）
（ある程度のエビデンスに対する知識は必要）

心理療法、CBTなど薬物以外の治療による改善の可能性を諦めないこと

## 双極性うつ病と発達障害の併存

青山メンタルクリニック Aoyama Mental Clinic

過活動の反動としての消耗、抑うつ状態

不注意、課題遂行困難による評価低下、適応不全

コミュニケーション不足による孤立から起きる抑うつ

社会適応力、共感性、想像力の欠如、こだわりの強さ

上記の特性を疾病教育して、本人がある程度は理解して、消耗、閉塞状況を作らないよう生活指導してゆくことが重要。

## まとめ

青山メンタルクリニック Aoyama Mental Clinic

双極性うつ病の外来における小精神療法は洞察的精神療法よりも支持的精神療法が基本。

治療抵抗性のうつ状態に苦しむ患者に如何に治療者が共感できるか、が大事なポイント。

さらに治療者が治療をあきらめない態度を患者に示し続けることが重要だと考える。

病者と共に過ごす短い外来診察を丁寧に心がけたい、という医療者の基本的な姿勢を再考させられる貴重な症例群である。

青山メンタルクリニック Aoyama Mental Clinic

ご静聴ありがとうございました。

# 第22回学術大会　シンポジウム

# 「外来診療と精神療法」

岩谷 泰志
（ペディ汐留こころとからだのクリニック 院長）

抄　録

演者は大学在籍時，「思春期・青年期の精神療法」研究グループで精神力動的精神療法をテーマとしていた．しかし構造化した精神療法ではなく，通常の外来診療に有用な，汎用性のある精神療法を求めていた．それはテーマの「少精神療法」という概念と同じものといえる．最近の演者の外来診療の形態は，病態を「明確化」し，「診立て」を患者本人に理解できる形で伝え，問題解決へのソリューションを模索するための知識や事例を提供する，というものである．その詳細を提示して，演者の外来診療の本質を考察したい．

第22回JCOP学術大会

# 外来診療と精神療法

COI開示：この演題発表に関連し，開示すべきCOI関係にある企業法人組織や営利を目的とした団体はありません．

ペディ汐留こころとからだのクリニック
岩谷　泰志

## 外来診療の精神療法に関する印象

- 外来の精神療法は精神科医によって千差万別
  - いわゆる「支持的」対応に終始している場合が多い．
  - 「説教外来」と言われるやり方をする者もいる．クレームを生じることもある．
  - 内的理解に関して，どういう理論を柱にして病態をとらえているかも様々であり，その精神科医師の個人的「常識」であることが多い．
  - 逆に，精神分析療法や対人関係療法などの理論，手技の正しいとされる方法論に強く固執する者もいる．
- 精神科の診察法をどこで習得するのか：大学病院などの場合
  - 大学の研修医時代は初めは教授の外来につく．原型イメージの一つになる．
  - 病棟では先輩医師の診察をみて取り入れていく．
  - 大学病院病棟ではケース・カンファレンスなどで，治療の方向性の議論，薬物治療に関する議論，精神療法的な指導を受けることはある．
  - その後，外来診療を一人で行い始めるが，大概の場合そこでその精神科医の唯我独尊の精神療法が形成されていきやすい．
- 精神療法をどこで学ぶのか
  - 様々な精神療法理論の先達に師事する者もいるが，構造化面接の枠組みのことが多く汎用性に乏しい．
  - 「〇〇療法」という立ち位置への固執が問題にもなり得る．

## 精神医学に関しての科学的ではない認知

- **真の寛解**
  - 疾病モデルでは到達できないと考えるべき．ただし「真の内因性疾患」への狭義の生物学的治療上は最優先である．
- Presenteeism，Absenteeism
  - 適応性，ポテンシャル，能力などの「前提」が抜け落ち，「やればできる」という認知が間違った形で理解されている．
- **脆弱性（健康度？）**
  - 脆弱性の実態は何かという議論の定説はなく，極めて感覚的な概念．
- **葛藤処理能力**
  - 古くは神経症理論がその中心にあり，精神分析理論の独壇場であったが，その内容，実態には医療者各自のバイアスが大きいという印象がある．
- **内因性**
  - 例えば「内因性うつ病」という概念に関する論理的な議論がない．
  - 「メランコリー親和型の人のうつ病」が内因性うつ病の典型例であるという論理的に破綻している認知をもつ精神科医の存在．
- 心因性
  - 「心因性」という概念に関して，それが準拠すべき心理プロセスに関する“正当な心因論”などは少なくとも卒後研修で教える教室は乏しいという実態．

## メンタルヘルスへの２つのアプローチ

| 疾病モデル | 適応モデル |
|---|---|
| 「疾病」として理解する | 「適応」という視点で理解する |
| 障害受傷者が対象 | すべての人が対象 |
| 「器質性」「内因性」「心因性」 | 不適切なコーピングによるストレス反応の集積として考える |
| 原因の除去を治療と称する | 本人と環境との関係性に原因を見出す |
| 原因を除去 | コーピングによる改善 |
| “病的”性格との因果関係を追及 | 内的プロセスを追求 |
| 性格を固定的にとらえる | 性格を動的にとらえる |

- 疾病モデルと適応モデルのどちらが正しいということではなく，統合した理解が必要である．
- 適応モデル的視点は精神医学教育ではほぼ抜け落ちている．
- 産業医現場では疾病の説明ではなく，Mgt上のポイントを明確にできる医師側の能力・スキルが求められる．

## 神経発達の軸

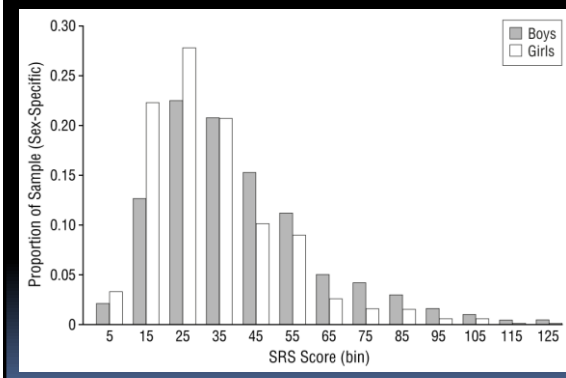
## ICD-11 mental, behavioral or neurodevelopmental disorders

1. Neurodevelopmental disorders
2. Schizophrenia or other primary psychotic disorders
3. Mood disorders
4. Anxiety or fear-related disorders
5. Obsessive-compulsive or related disorders
6. Disorders specifically associated with stress
7. Dissociative disorders
8. Feeding or eating disorders
9. Elimination disorders
10. Disorders of bodily distress or bodily experience
11. Disorders due to substance use or addictive behaviour
12. Impulse control disorders
13. Disruptive behavior or dissocial disorders
14. Personality disorders and related traits
15. Paraphilic disorders
16. Factitious disorders
17. Neurocognitive disorders
18. Conditions related to sexual health

## DSM-5 Section II：diagnostic criteria and codes

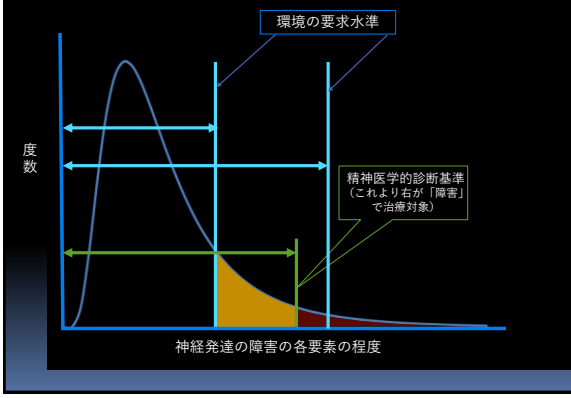
1. Neurodevelopmental disorders
2. Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders
3. Bipolar and related disorders
4. Depressive disorders
5. Anxiety disorders
6. Obsessive-compulsive and related disorders
7. Trauma- and stressor-related disorders
8. Dissociative disorders
9. Somatic symptom and related disorders
10. Feeding and eating disorders
11. Elimination disorders
12. Sleep–wake disorders
13. Sexual dysfunctions
14. Gender dysphoria
15. Disruptive, impulse-control, and conduct disorders
16. Substance-related and addictive disorders
17. Neurocognitive disorders
18. Personality disorders
19. Paraphilic disorders

## 神経発達の分布：SRS（対人応答性尺度）から




John N Constantino, MD ; Richard D. Todd, PhD,MD 2003

## 神経発達の分布（概念図）




## ASDの診断基準

- DSM5
  - 社会的コミュニケーションおよび相互関係における持続的障害
    - 社会的・情緒的な相互関係の障害.
    - 他者との交流に用いられる非言語的コミュニケーションの障害.
    - 年齢相応の対人関係性の発達や維持の障害.
  - 限定された反復する様式の行動，興味，活動
    - 常同的で反復的な運動動作や物体の使用，あるいは話し方.
    - 同一性へのこだわり，日常動作への融通の効かない執着，言語・非言語上の儀式的な行動パターン.
    - 集中度・焦点づけが異常に強くて限定的であり，固定された興味がある.
    - 感覚入力に対する敏感性あるいは鈍感性，あるいは感覚に関する環境に対する普通以上の関心.
- 簡潔にすると
  - Social Communication Disorder (SCD)
  - こだわり；行動，興味.
  - 感覚の敏感／鈍感

## ASDの本質

(1) Imagination能力の低さ

- 他者の思考，感情（心の理論）を想像する能力が低い
  - 主観視点の認知のため，他者視点・客観視点をイメージすることができない.
  - SCD：Social Interaction：興味／感情の共有ができない.
  - 低コミュニケーション能力：対象が必要とするであろう情報を選別し，理解しやすく伝えることが困難.
  - メタ認知が困難．ストーリー的認知が困難
  - 0/1思考：「中間領域」「プロセス」が想像できないため，結果だけで認識する．可能性を含んだ認知ができない．職場では「注意・指導」＝「人格否定」と捉える.
  - 過去：物事が生じた背景・経緯を想像する能力が低い.
  - 未来：対象物事の展開の予測を想像する能力が低い.
  - 人間の思考，行動などの要素が入ると予測がより困難となる.
- 帰納的に理解する能力が低い
  - 事象の「本質」「法則」「流れ」などを想定，仮定し，これを検証して理解するプロセスに乏しい．限局的な状況でしか適用できない主観的理解に基づくルールを，広範囲に適用して，処理不能の葛藤に至る．象徴機能が乏しい.
  - IQが高いと，具体的で明確になっている業務・表面的な社交機能などに関しては対応できる.

## ASDの本質

(2) 固執性（強迫性）

- 変化への抵抗と反復性，Repetitive behavior，Insistence on Sameness
- モノへの固執：気に入ったモノしか使わない.
- 対象関係：転移を生じやすく，関係性を修正できない.
- 防衛機制：防衛のバリエーションに乏しく，葛藤処理が困難.
- 認知への固執・強迫.
  - 既知の自己的ルール・価値基準への固執．見聞きした倫理観や風潮，優勝劣敗，幼稚な正義感，嘘はつかない，あるべき論，教条的思考など.
  - 精神分析でいう固着，反復強迫．体験の記憶を新しい認知へ修正したり，アップデートしたりできない.
  - 自己理解に偏倚したルールを，真実と認識・認知して，これを他者・コミュニティなどの対象や状況にも適用し，従わせようとする.

(3) 感覚の過敏さ：情報の取捨選択ができない.

- 視覚：羞明感
- 嗅覚：他者・自己・環境の匂いに敏感：自己臭恐怖
- 聴覚：人の話声，騒音に敏感：気が散る，被害関係念慮，耳栓の使用.
- 触覚：衣類へのこだわり：皮膚感覚が敏感なことによる.
- 味覚：食材・調理法への固執.

- imagination能力が低いゆえに，反復・強迫・固執となるので，本質は同じものであり，ネットワークという観点が理解しやすい.

## 非定型神経発達の本質の仮説

- ASD症状
  - Impaired Imagination
  - Insistence on sameness
  - Sensory Hypersensitivity

恒常的に
ローカルネットワーク
でリンクが限局的

- ADHD症状
  - Inattention
  - Hyperactivity・Impulsivity

瞬間的に
ローカルネットワーク
でリンクが限局的

## X軸：神経発達偏倚要素

| 特性 | No | Factor | コメント |
|---|---|---|---|
| imagination | 1 | 心の理論の認識力 | 対象の心理プロセスの評価能力 |
| | 2 | SCDの程度 | social interaction, communication |
| | 3 | 0/1思考 | 中間領域・プロセスの想定・保持能力 |
| | 4 | ストーリーの想像力 | 来歴／今後の展開の想像能力 |
| | 5 | 帰納的思考能力の弱さ | 本質・共通する法則や要素への洞察力 |
| Obsessive-compulsive | 6 | モノへの固執・没頭 | 物品・状況・状態などへの固執・没頭 |
| | 7 | 概念・観念・ルールへの固執 | “思考の強迫性” ”強迫性への固執性” |
| | 8 | 対象関係への固執 | 投影性同一視（PI），支配／隷属など |
| sense | 9 | 視覚, 嗅覚, 聴覚, 触覚, 味覚 | 特に光・嗅い・音への過敏性 |
| ADHD | 10 | 注意力 | 集中力・並行処理能力の程度 |
| | 11 | 多動性（含・思考） | 行動・思考の多動性の程度 |

## CBTからわかること

| ネガティブ思考の型 | 神経発達特性 |
|---|---|
| 全か無か思考 | 0/1思考．中間イメージを持てない． |
| すべき思考，レッテル貼り | 状況要素・物事の流れを理解せず，定型的価値観をステレオタイプな形で取り入れて，それに従うことに固執している． |
| 過度の一般化，選択的知覚，マイナス化思考 | 「一般化能力」＝帰納的思考ができず，見えている範囲だけで一般論に帰結させてしまう． |
| 感情的決めつけ，結論の飛躍，恣意的推論，先読みの誤り | ある視点だけのルール，本人の理解可能なルールへの固執，最悪を想定する． |
| 心の読みすぎ | むしろ「心が読めない」故に，最悪を想定．<br>対象の心的プロセスを読み取る能力が低い． |
| 拡大解釈と過小評価，個人化 | 第三者視点をイメージできない． |

- すべてASDの症状である．
- したがってCBTはASD症状に対する治療である．
- ASD傾向が軽度で，IQが高ければ有効性が高い．

## パーソナリティ類型の軸

## ASDの分類：社会性から（Lorna Wing）

| | |
|---|---|
| 積極奇異型 | 自分から積極的に他者と関わろうとするが，コミュニケーションがちぐはぐしている．人との関わりが「じゃれる」「ちょっかいを出す」という印象が多い．<br>相手が嫌がっていても状況が読めず嫌がられたり，相手に対しての距離感が近すぎるといった問題を持つ． |
| 受動型 | 自分から積極的に他者と関わろうとはしないが，相手が関わってきたら応じる．従順で言うことを聞く子だと思われやすい．<br>他者からの言うことを聞いてばかりで，ストレスを貯めやすい． |
| 孤立型 | 周囲の人から離れる傾向がある．<br>聴覚や視覚に過敏さがあったり，人からの関わりを不快に感じる． |

Wing, L., THE AUTISTIC SPECTRUM (1998)

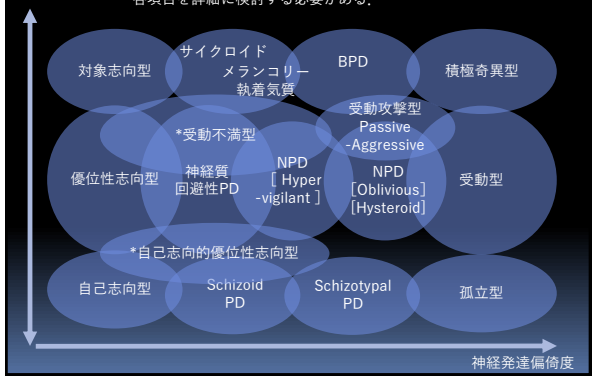
## ASDの分類と気質の対応

- 社会志向性
  - 「気質」
    - 対象志向型
    - 優位性志向型
    - 自己志向型
  - 集団の中での比率は２：６：２という印象がある．

| Wing分類 | 気質・状態像 | 社会的志向性：気質 |
|---|---|---|
| 積極奇異型 | 同調性：サイクロイド | 対象志向型 |
| 受動型 | 回避性パーソナリティ（神経質）<br>演技性パーソナリティ<br>自己愛性パーソナリティ | 優位性志向型 |
| 孤立型 | 分裂性：スキゾイド | 分裂性：自己志向型 |

## パーソナリティ論：気質と神経発達の関係から

- 情緒発達と神経発達の総合点はパラレルではない事がわかる．神経発達の各項目を詳細に検討する必要がある．




## パーソナリティと神経発達の関係性

- サイクロイド・パーソナリティ：循環性格：対象志向型
  - Minkowski M：「環境とともに振動し，外界との接触を失うことはなく，融合共感する」「このため自我と環境との極端な対立は彼らにとって存在しない」「彼らは環境の事物の中に生き，それと融合同化し，環境とともに生き，ともに感じる」
  - Abraham K：「対象と対峙できず，対象との一体化による安堵を求める」
  - Freud S：口愛性格：「対象を自己愛的な同一化によって自己の中に内在化させる」
  - 「孤立する」不安：一体化願望
  - 「人の喜びが幸せ」＝同調性（Kretchmer）
  - 対象との一体化・融合：具体的には，対象と同じ認知，価値観，判断基準などに自己を準拠させ対象との融合をはかることである．
    - 循環病質：社交的，善良，親切，温厚，明朗，ユーモア，活発，激しやすい，寡黙，平静，気が弱い．
    - 執着気質：仕事熱心，凝り性，徹底性．
    - メランコリー親和型：几帳面，勤勉，律儀，他者配慮
  - 対象が存在しないと成立しない：一体化・融合という安定化方法は，分離個体化が不完全ということであり，対象から独立できていない，無構造な人格といえる．
  - ASD度合いが高く一体化能力が低いと，自己の定位が不可能になり，虚無的となり，自己感覚の消失をきたす（うつ状態）．また，一体化できない対象への怒りが，一部一体化している自身への攻撃となり，更なる自責・うつをきたす．
  - Pseudo NPD type：NPDな家族などに一体化して一見NPDに見える対象志向型の一群がいる．その場合，優勝劣敗は比較的早々に軽減しやすい．

## 対象志向型の精神療法

- 対象思考型のパーソナリティ特性，神経発達特性の診立てを説明する．
- 一体化対象を見出すことが不可欠．ASD傾向が高いとその技術が低い．
- 対象：人
  - 家族：「実家で静養する」のは居場所の実感を持つこと．それがなければ今の家族を交えた面談をする．
  - 職場：同僚，上司，部下等との関わりでの居場所感を作るためのソリューションをともに考える．
  - 趣味のコミュニティ：業務外の比較的利害関係のない集団に帰属感を作り出すように進める．
- 対象：組織
  - 仕事上の組織：業務上のチーム，グループで帰属感を得るためのソリューションをともに考える．
  - 趣味のコミュニティ：業務外の比較的利害関係のない集団に帰属感を作り出すように進める．
- Pseudo NPD type：
  - 優位性を求めていたのではなく，一体感を求めていたことへの気づきを実感させる．

## 対象志向型の精神療法

支配的な母親との関係があり，反対を押し切って結婚したが，夫は浮気，乱費などが激しく，相手方から離婚を申し出されたケースの例

- 前述のごとく，パーソナリティ特性から，病歴のストーリーを読み解き，本人にフィードバックする形の対応とした．

「体調は相手弁護士から連絡が来る前より落ち着いてますが、1人だと喪失感を感じてしまうため寝る前などにいただいた薬を飲んでいます」

「岩谷先生によると、私は相手がどんなに酷い人間でも関係性を築く事によって自分の居場所を見つけるタイプとのことでした。(昔は境界性パーソナリティ障害の要素といわれたもの？だそうです)母親といい相手といい、本当に当てはまってると思います」

「今が堪えどころで、自分の考えを整理するために通院するのがいいと仰ってくださいました」

「岩谷先生のプロファイリングが凄過ぎて納得してばかりです」

「1人なら自分の世界に籠って落ち着いているのに、人間関係となると「ヒモを生産して不幸になるタイプ」だそうで…そんな気がしてます」

## パーソナリティと神経発達の関係性

- スキゾイド・パーソナリティ：分裂性格：自己志向型
  - Kretschmer,E.の記載したSchizoid，同じ気質のSchizothymiaは程度の差であるが，その内容はASDとADHDの両特性に関する記載が多くを占めている．
  - 一般的なパーソナリティ特徴としては，他人に無関心な態度，非社交的，一人で行動することを好む．感情の起伏が小さいが，実は繊細というものである．
  - 「個別性」の不安：社会性を求められると障害化する：状況反応，他人と渉外的コミュニケーションをとる必要が生じたり，社会的責任をとる立場や状況になると困難が一挙に増大する．断片化，精神病的側面を呈する．
  - 精神分析的には，他者との関係で「飲み込まれる不安」を生じるため，対象との間の情緒交流を回避するために心的距離を大きく取ったり，壁を作るような対応をするなどの対象関係上の特徴を生じる．
  - 対人関係：初対面はラク，関わりが濃くなると苦手．
  - 「状況適応的な表層人格」を作り，演じることで，環境に適応するスキルを発達させている．
    - Guntrip, H.：in and out program
    - Deutsch, H.：as if personality
    - Winnicott, D. W.：false self
  - ただし，非定型発達の度合いが高いと，この防衛コーピングスキルが低いため，表層で演じる人格が破綻する．ASD度が更に高いと，被害妄想を中心とした各種の妄想形成による防衛や，超自然的世界の空想に逃避し，精神病的な反応をきたす=スキゾタイパル化する．更にASD度が高いと完全に孤立する．

## 自己志向型の精神療法

- 自己志向型のパーソナリティ特性，神経発達特性の診立てを説明する．
- 対人関係で十分な厚みのあるAs IFあるいはFalse Selfが作れていないため，その環境において適応上の困難をきたしている．
- 現在のFalse Selfで対応可能な環境に移るか，新たに演技可能な「適応的パーソナリティの型」を創造する必要がある．
- 休養した場合は，復職時に適応可能なポジショニングを得るための，休養期間の調整をしていく．また，診断書に本人へのヒアリングをして配慮を考えるようにすることなどの文章を入れる．
- 適応的パーソナリティの型を作るには，対人関係をメリット・デメリットで理解するなどの視点を提示して取り入れるように促す．
- また，「自分ひとりの世界」に耽溺できる時間・場所を1日のどこかに用意するように指導する．
- マネジメント，折衝／交渉要素などが生じる状況／立場を意識的に避けるよう意識付けする．

## 自己愛とパーソナリティ

- Narcissism：自己愛
  - 自己愛は，古くはFreud, S.の二次性，Kohut, H.のナルシシズムの発達理論が有名だが，森田神経質の研究からは「高い自我理想」，最近の流行り言葉では「自己肯定感」「承認欲求」などと表現される文脈の根底に存在する概念であると言える．
  - これは他者と関わり，そこに肯定的な形で定位する事によってテリトリーを広げるという本能的欲求の精神機能領域での表出だと考えることができる．
  - 母子分離プロセスで授乳という受動形態であったものが，その後の反抗期で自己主張をし始め，他者に対して攻撃・支配という変化がみられるが，これは自己愛の顕在化といえる．
  - 精神分析的理解では，対象を自己ではない存在として認識すると，支配しようとして攻撃するようになるという．ということは，「自己でない存在への支配欲求」という心理反応が通常の情緒発達プロセスに組み込まれているということになる（肛門サディズム）．
  - そして，その次の展開として，下記のごとく分かれる．
    - 対象との再接近と関係性の再構築：正常なプロセス(Mahler, S M.)
    - 対象との一体化に戻る：口愛期性格＝サイクロイド：対象志向型
    - 対象との距離を大きく取る／壁を作る：スキゾイド：自己志向型
    - 支配への固執：空想上（あるいは現実世界で）の支配：自己愛性パーソナリティ～神経質：優位性志向型

## パーソナリティと神経発達の関係性

- 自己愛性パーソナリティ： Narcissistic Personality：NPD
  - テーマは「孤・個」から「優・劣」に移行．
  - 躁的防衛：支配感，征服感，軽蔑などが主となり，傷つき，落胆，喪失の悲哀などから防衛する．あるいは躁的償いなどの浅薄な認知．これへの固執が強いと，自己愛が成熟せず，情緒発達上は未熟な状態が続く．
  - 一体化願望はなく，支配者と被支配者という「優劣」「上下」構図でとらえている．これは受動型がSM的対象関係は維持したまま，主従の逆転を行った形態であると考えることができる．自分が相手より優位な存在であろうとする固執が支配する内的世界である．
  - NPDが神経質化できないのは，他者視点をイメージする能力が低すぎること（共感性欠如），対象攻撃の罪悪感の処理をめぐる葛藤などを持てないことなどのためである．対象関係パターン（支配／隷属＝S／M）が固定化し，自己愛の満たし方がそれに固執する事でNPDの形態を取ることとなる．精神分析的にはBPOであり，全体対象関係が作れていない．
  - その中でも，神経発達偏倚度が高いと，対象希求性や対象の内的世界への志向性が乏しいため， Gabbard, G.O.のOblivious typeとなる．偏倚度が少し低い場合は対象の反応を気にするためHypervigilant typeとなる．
  - 結論：NPDは優位性志向型でASD傾向が高いが，その中でも無関心型はASD傾向が相対的に高く，過剰警戒型NPDはASD傾向が相対的に低い．

## パーソナリティと神経発達の関係性

- 自己愛性パーソナリティ： Narcissistic Personality：NPD

  Gabbard, G.O.の分類

  神経発達偏倚度が高いと，対象希求性や対象の内的世界への志向性が乏しいためOblivious typeとなる．偏倚度が少し低い場合は対象の反応を気にするためHypervigilant typeとなる．

| | |
|---|---|
| 無関心型（誇大型）<br>Oblivious narcissist | Kernberg, G.O.<br>傲慢，自己没頭，注目願望，自己主張性，他者への関心の低さ． |
| 過剰警戒型（過敏型）<br>Hypervigilant narcissist | Kohut, H..<br>内気，自己抑制性，他者回避，傷つき易さ． |

- NPD Hysteroid Type
  - NPD範疇だが，注目されて，思い通りに周りが動くことを求める．被害者として演じる事も多い．依存的被注目的優位性への固執．
- NPD Pseudo Cycloid Type
  - 対象志向型的に周囲とワイワイやって中心に立ちたいように見えて，実はNPDというケースが有る．これは循環気質的振る舞いが集団の中で有用な生活史を保つ場合，スキルとして身につけたのでえあり，偽性循環気質状態と言える．

## パーソナリティと神経発達の関係性

- 神経質：回避性パーソナリティ
  - 森田神経質（自尊心の傷つきやすさ，自信のなさ，高い自我理想），精神分析でいう不安神経症者のパーソナリティに相当する．
  - Freud, S.：対象を保持する能力を獲得していて，対象と対峙し，それを支配しようとする心性が前面に立つ．対象を傷つける不安，競争して打ち勝ちたいという自己愛欲求が両価的に存在する自我組織．
  - 優勝劣敗への固執，他者希求の両価性故に，劣等感，加害不安を持ちやすい．また「理想的な自己」と「現実の自己」のギャップに悩む．
  - NPDは「支配する側」「他者より優位な自己」への固執が中心病理であったが，神経質では，「受け入れられることへの希求」が併存しており，これら両方の欲求充足を求める形態である．この両価的（ambivalent）状況で葛藤処理が行き詰まると内的世界の混乱を生じ，臨床的問題を呈する．
  - Imagination能力の低さがあると，対象の考え・感情を上手くイメージできない．したがって「人目を気にするが，どう思われているかわからないため，不安が高まる」というパターンに陥る（無意識でも）．あるいは「仕事がうまく展開するイメージが持てない（無意識でも）」等があると，これが不安障害，パニック障害を始めとする，従来の神経症症状を呈する．

## 優位性志向型の精神療法

- 優位性志向型のパーソナリティ特性，神経発達特性の診立てを説明する．
- 他者より優位に立つことの目的：サバイバル率を上げる．より贅沢する．支配するなどであって，悪いものではないことを確認する．
- 「評価」は評価者にとってメリットが有る場合に高くなる．評価者による高評価で優位性を求めるならば，評価者のメリットが何であるかを理解して，そのメリットを高めることが必要になる．
- ０／１思考で「優位でなければ劣位」は正しいのかを検討してもらい，そこから価値の物差しを複数作れるかどうか，何でも上下だけでは語れないという気付きが得られるかどうかをみる．
- 共感的洞察能力が低い場合は，ある程度の型やFalse Selfを創作する．
- NPD Hysteroid Type
  - 洞察は難しいことが多いが，優位性を求めているというくらいの共通認識は持てることもあり，少しずつ自己分析を進める．
- NPD Pseudo Cycloid Type
  - 今までの対象志向的Social Skillは維持しながら，内的に優位性を求めていることを自覚させる．

## パーソナリティと神経発達の関係性

- 受動不満型
  - 元来受動型であってもASD度が高いと，自己の欲求が周囲の要請と相反した場合，不満＝怒り＝攻撃性が生じるが，拒絶を恐れて表出させない．しかし，これが蓄積すると除で文句を言う，拒絶するなどを呈し，場合によってはキレる．
  - ただし積極的な支配へのベクトルはなく，あくまで受動的であり，根底には同調志向性があるため，受動型ながら対象志向性寄りの分化系統として理解できる（後述の図参照）．
  - 受動的だが，自分ルールへの固執が強く，主観的視点の域を脱せず，不満を生じる．
  - こういう系統を「受動不満型」とカテゴライズした．
  - 受動型だが対象志向型のように振る舞うタイプもいる．
  - 従来受動攻撃（Passive-Aggressive）と言われている概念とほぼ同義と考えてよいが，過去に「受動攻撃型パーソナリティ障害」などの診断概念があったため，混乱を避けるため別の命名を行っている．
  - この型は神経発達特性のブロードが広く，偏倚度が高い場合だけでなく，比較的定形度が高くても，この型のままであることが少なくない．我が国の社会文化的には汎用性が高いスタイルのためではないかと考えられる．
  - 結論：受動不満型は対象志向型寄りの優位性志向型でASD傾向は様々．

## パーソナリティと神経発達の関係性

- False Self Complexの分析には精神分析学の知見が役立つ．ただし，精神分析自体はその性質上，神経発達が進まねばできない事を追求するため，適応となるケースは，定型発達度の高い者といえる．
- つまり，精神分析は，教育的アプローチによる発達可能性や生来的可塑性を仮定しており，その治療ゴールである理想的状態とは「神経発達が進んで内的外的に対処能力が高まった状態」であると言える．したがって，精神分析療法が奏功しない背景には，対象者が神経発達が進まない形質を持っている（非定型発達度が高い）ことが想定される．その場合は，結果が出ないばかりか，いわゆる陰性治療反応を召喚してしまう可能性も高まる．
- 現実的には神経発達が進むことは僅かであろうから，精神分析療法が奏功したように見える時，実際に生じているプロセスは，症状形成しないで済むようにFalse Self Complexを多少補完する操作が成功したにすぎないといえるだろう．これをより具体的，プログラム的にしたものがCBTである．前述の「リンク」の習得と同様に，「状況適応的人格の型」を習得するプロセスだと言える．
- 神経発達の見立てをきちんとすることによって，精神分析的知見を活かしながら，個々人に合ったマネジメント・ソリューションを考えることができるようになるので，これが治療につながる．

## 精神療法の方向性

- 治療者の中立性
  - 精神分析治療にみられるように，治療者は中立性が重要であり，基本的に介入はNGであり，“治療的解釈”のみOKであるという．
- 治療と教育
  - 神経発達特性および気質が基本的に生来的に決定されているとするならば，精神分析の言うような「人格構造の変化」を目指す「情緒発達上の成熟」を目指すような視点では無理があるだろう．むしろ，“治療”ではなく“教育的対応”によって，内的葛藤を生じさせにくくしたり，環境への適応スキルを向上させる事のほうが現実的（＝臨床的）であろう．
  - 精神面での教育とは，まずその時点の環境に順応するための文化，哲学的素地，知識などを伝授し，また各個体の持つ潜在能力を引き出せるような成長プロセスを促進する人的働きかけや物質的資源を提供することだと言えないだろうか．だとするならば精神科臨床での精神療法的アプローチとは教育そのものとさえ言える．
  - 精神科治療は実は教育的要素が主体と考えることができるため，単に疾病論的に脳内科としての対応では問題解決のソリューションは提示しきれないといえる．

## 資料

## 各カテゴリーの適応性からのヒント

- 定型発達の３型
  - 対象志向型：その高い社会感覚を利して環境に同調，順応，融合し，更には求められる理想に同一化し，能力が高い者は，高いパフォーマンスを発揮し，リーダーとしても機能する．
  - 優位性志向型：優勝劣敗を根底に持ちながら，受容希求性を他者配慮性に転換させ，より理想に近づくべく努力し，周囲を巻き込みながら高いパフォーマンスを発揮する．
  - 自己志向型：自分の求める真実を突き詰める姿勢を持つ一方で，基本的な社交的振る舞いもでき，同じ目標を共有できるメンバーとともに，課題解決・テーマの探求をすることで高いパフォーマンスを発揮する．
  - 定型発達は人格構造が多層化・複雑化しており，表面的には逆の気質に見えることも少なくない．より個性化が進んでいると言える．
- 口愛期性格：未熟な対象志向型
  - Cycloid PD：同調方法が見いだせないと破綻する．
  - メランコリー：几帳面，律儀，他者配慮という型で対応できないと破綻する．
  - 執着気質：コミットして没頭しても成果が得られないと破綻する．

## Schizoid：Kretschmer,E

- 非社交的，静か，控え目，真面目，変わり者
- 臆病，恥ずかしがり，敏感，繊細，神経質，興奮し易い，自然や読書の友
- 従順，気立てよし，正直，冷静沈着，愚直
- 人格像
  - 過敏型
    - 敏感かつ情緒不自然な人
    - 怒りっぽく神経質な人
    - 繊細で内向的な人
    - 熱情的で純粋な理想家
  - 中間型
    - 冷淡な支配者
    - 首尾一貫した体系的理論家/形而上学者
    - 繊細冷静な貴族的形式主義者
    - 粘り強い精力家
  - 鈍感型
    - 冷淡で傍若無人な人
    - 素直でない変わり者
    - 怒りっぽくデリカシィ不足の人
    - 注意散漫で不活発な人

## 境界人格構造（BPO）に関する考察

- 反復強迫　Repetitive compulsion：Freud, S.
  - 人は生まれながらにして強い快感原則を持ち，年をとるにつれて現実原則とのバランスを取ろうとする．しかしながら，反復強迫はこれら二つの力に影響されていないように思われる．
  - 「反復強迫はトラウマに由来し，なんら快感の見込みのない過去の体験，すなわち，その当時にも満足ではありえなかったし，ひきつづき抑圧された衝動興奮でさえありえなかった過去の体験を再現するということである」「精神生活には，実際に快感原則の埒外にある反復強迫が存在する」「反復強迫は快感原則をしのいで，より以上に根源的，一次的，かつ衝動的であるように思われる」と結論づけ，この反復強迫は人間に備わっている本性の一つだと考えた．
  - 反復強迫が人間関係に再演されるのをフロイトは転移と呼んだ．

## 境界人格構造（BPO）に関する考察

- 反復強迫　Repetitive compulsion：Freud, S.
  - PIを用いた対象関係はBPOに特有ではないが，彼らはこれを頻回に作り出すという反復強迫を呈しているのは確かである．
  - 母子分離＝一体化願望への固執がこの反復強迫＝PIを作っているが，対象を別に向けるなどの抽象化機能（代替対象を想定して置き換える）が乏しいと，具体的な対象に固執し，問題行動が継続されることになる．
- 素因
  - フロイトは神経症の原因は幼児期体験と生まれ持った体質（素因）に現実の偶発的体験（トラウマ的）が加わって起きると考えた．100年以上経っているが，素因の正体は未だに不明である．
  - イマジネーション能力の低さと固執・反復強迫という「素因」によって，防衛機制のバリエーションを作り出す能力が低く，特定の防衛機制への反復強迫（固執）により，葛藤処理能力が向上しないことが神経症発病につながると考えられる．

反復強迫は，「独立した性質」＝「形質」と考えるほうが自然である．

## 境界人格構造（BPO）に関する考察

- 境界人格構造とPI
  - 精神分析側のバイアスを取り去って，単純に乳幼児の内的世界を考えてみると，彼らは「自己の行動に対応した対象の反応」という体験を集積し，新しい状況に直面したときに，そのDBを利用していると考えられる．だが，その能力；取り扱い可能なデータ容量（作業記憶容量），帰納的ストーリー的理解能力，対象の反応を予測する能力など；には当然個体差があるはずである．つまり「才能」「センス」と言っても良い．
  - 「同調的振る舞いを定型化することへの固執」が一体化に役立つ事もあるが，思春期，人事改変，異動，M&Aなどの非定型的状況では破綻しやすい．そして，固執と予測力の低さの度合いが強ければ，良い結果どころか悪い結果をきたす行動を，むしろ積極的に繰り返すこともありえる（先述の反復強迫）．これは対応に難渋するASDケースの「行動の反復性」「同一性のこだわり」そのものとも考えられ，ここに内的プロセスの本質はBPOとASDで共通であるという仮説が想定可能となってくる．
  - 「作業記憶容量が小さいため，一般平均よりも一貫したストーリーをイメージすることが困難である」「自分の行動がより困難な結果をきたすことを予測できず，同じ行動を反復する」というメカニズムがあるといえる．

## 論理学的思考(1)

- 演繹法
  - 「ルール」と「観察事項」から「結論」を導く．
  - 新しく知った情報をルールや一般論(すでに知っている情報)に照らし合わせて，その観察事項がルールに合っているかどうかで結論を出すという思考方法．
  - 一般論や観察事項という仮定が正しければ，結論も正しい．
- 帰納法
  - 観察されるいくつかの事象の共通点に注目して，ルールまたは無理なく言えそうな結論を導き出す．演繹法とは流れが逆．
  - 自動的に結論が導き出されることはなく，結論を導くための想像力が求められる．
  - より正確な結論（仮説）をみちびきだすには，広範な知識，多角的視点が必要になる．
- 弁証法的論理学
  - 命題（テーゼ），それと矛盾あるいは否定する反対命題（アンチテーゼ），それらを本質的に統合した命題（ジンテーゼ）．止揚・揚棄・アウフヘーベン．
  - 精神分析のいう「葛藤解決」とは止揚であることが多いが，このプロセスが得られないと固着を生じ，「神経症症状」を生じる．これには元来の固執性が関与していると考えることができる．

## 論理学的思考(2)

- 演繹法の陥りやすいパターン
  - 自分がたまたま見聞きしたルールを，それが適応されないような状況に当てはめて結論を引き出してしまう．
- 神経発達偏倚が強く，不適応になる場合
  - 前述の「陥りやすいパターン」のごとく，限局的な状況でしか適用できない主観的理解に基づくルールを，広範囲に適用して，周囲に負担となったり，内的矛盾から処理不能の葛藤状態に至る．
  - 帰納的思考の力が弱く，偏倚した独自のルールを作り出し，これに演繹的に準拠した認知をする．
- 神経発達偏倚が強くても適応できる場合
  - 環境の要求が質的に演繹的思考でも対応可能な場合．
  - 帰納的思考が部分的に可能である場合：例えば，仕事でアサインされている業務の「仕事の仕方」が帰納的思考によって見いだせる事がある．このためには業務との相性やそれに適した知的能力の高さが必要である．
  - ただし，ある状況に適応できていても，状況や環境が変わると，一般平均よりも適応できる確率は低いと考えられる．

## BPOに関する考察

- 投影
  - 自身が受け入れることができない「自身に関する，我慢出来ない，苦痛に満ちた，また危険な考えや信念」を対象の内部にあるとみなし，自己の内的緊張，矛盾を解消しようとする心理活動である．
- 投影性同一視：Projective Identification（PI）
  - 「Bに帰属するのにBがアクセス出来ない感情を，代わりにAの内部に(単に外的にでなく)投影することで，Aが経験する」状況に対して言及される概念である．（wikipediaより）
  - 自己の保持できない処理困難な感情を相手にあるものとして接するため，対象の心理・行動に影響を与え，その結果，「対象の感情から生じた現実」という体にする．これによって，自己の処理困難な感情を対象を用いて実現する．
  - この自己処理できない投影された感情を対象が処理できる場合：感情を投影された対象がその感情を成熟した人格の能力・スキルによって処理できると，投影した自己側もその感情を処理できたような感じになる．
  - そして，感情の処理（葛藤解決）をする対象との関わりを繰り返し体験することによって，その対象の処理技術を学習（内在化）する事が可能になる．

## BPOに関する考察

- PIの続き
  - Kernberg, O.は，これを治療に利用し，治療者患者関係で生じたPIを治療者が処理する事により，この治療者の活動を患者側が内在化するプロセスを作り出すことを目的に，転移焦点化精神療法を考案した．これにより矛盾する葛藤を統合できる能力を醸成しようとした．
- 変異のメカニズム
  - 自他における未統合で未分化な情動と表象では，心的ユニット（自と他の表象の一部の対）が，否定的ユニットと理想的ユニットにスプリットした精神構造であり，これらの分極した情動の諸状態や自他表象をより首尾一貫した全体へと統合すること．
- BPO
  - 自我拡散は病的な対象関係の結果なのであり，矛盾的な性格特性や，自己と非常に理想化されるか価値を引き下げられるかした対象との関係の不連続を含んでいる．しばしばBPO患者により使用される防衛機制は，スプリッティング，否認，投影性同一視，原初的な理想化と脱価値化，全能感，である．