第47回
日本外来臨床精神医学会
研究会

2022年10月16日

於　立正大学品川キャンパス 1号館第7会議室

第47回研究会　講演

「リモートワークと精神科診療」

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

今回のウィルスパンデミックとそれによって生じたリモートワークにより、我が国でも在宅勤務が多くなった。この就労環境の変化を背景に、精神科外来においても特徴的な臨床像を示す患者が散見されるようになった。この専門研修では環境への適応をめぐる反応という理解のもと、元来のパーソナリティ特性の分析と環境変化に関する分析から、その本質と対策を考察し、産業医業務の可能性を模索する材料を提供する。

第47回JCOP研究会
在宅勤務者のメンタルヘルス

リモートワークと精神科診療

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

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．

この10年ほどの精神科診断のトレンド

- 難治性うつ病，○○型うつなどの非定形なうつ状態を呈する病態
  - 病像変化or双極スペクトラムという議論の結果，最近は後者優勢．
- ASD，ADHDなどの発達障害の表面的な増加
  - うつ病，双極性障害，統合失調症，パーソナリティ障害の「中には」発達障害である人が含まれているという論調：「まず診断カテゴリーありき」というプラグマティズムの乱用．
  - 「成人発症」？：医療者側がライフステージにおけるタスクの質の変化を理解できていない．社会人は並列タスク，プライオリティの設定などが要求される．
  - 「発達障害として過剰診断している」など，”専門医師”の“診断基準”への固執．
- BPDの減少とNPDの増加
  - パーソナリティ障害という診断カテゴリー自体の衰退．
- 当時の私の疑問
  - 精神分析などによる神経症理論，パーソナリティ理論では臨床的には不十分であること．うつ病のモノアミン仮説は「結果」を「原因」にすり替えた「内因」仮説ではないか．

精神医学に関しての自明風な非自明性

- **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．

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

Case 1

- 26歳 女性
- 主訴：不安，泣いてしまう，息が苦しくなる
- 生活歴
  - 一人っ子．父親は商社勤務で転勤のため本人は生後すぐ某国で生活．６歳で帰国．高校２年で再び同某国．良い大学に入らねばならないと思い，必死で勉強していた．しかし家の中の物を壊したり，ベランダからテーブルを落として壊す，『神様は私を苦しめている』と思い，チャペルに行き，布を引きずって歩いたり，ろうそくを倒して焦がし，仲の良かった子のせいにする，父親のシーツを切り裂くなどを呈した．
  - 一流私立大学に入るが２年次で中退し，一流国立大学経済学部に入る．卒後一流外資系証券会社に就職し２年目．勤務時間が長く，徹夜のことも多い．
- 現病歴
  - 仕事２年目になり，休みなく毎日出社していたため，映画のチケットは無駄になり，友人とも疎遠になった．７月からは恋人と過ごす事もなくなった．誰も頼れず，会社のクリニックの女医とクスリだけが頼りになった．全員から見放される感じがある．8月に主訴が出現．11月になり3週間会社を休み，現在1週間延長している．X年12月初診．

Case 1

- 現症：
  - 不眠，離床困難，呼吸困難感．
  - 不安感，情動不安定：泣く，怒る
  - 解離症状：情動と関連して非常にaggressiveになることがある．
  - 職場は変えたくない．折角手にした職を変えたくない．２ヶ月休むと解雇されそうな気がする．
  - MDI，BPD，解離性障害などが考えられた．
- 経過：
  - 待合室の患者同士が仲良さそうにしていると「仲間外れにされた」と思う．胸痛，頭痛，動悸，落涙．17歳の時校庭に人参を植えた，カウンセリングを受け，生きていることが楽しくなった．会社では紙コップを包丁で切る，警備室にいたずら電話をするなどがあった，などと語る．泣いたりはしゃいだりする，物事の効率にこだわる，化粧水を買うため寝間着でタクシーに乗り買いに行くなど，情動不安定，強迫的思考・行動が見られた．
  - 非定型精神病様でもあり，リスペリドン，VPAなどを投与し興奮する局面はやや軽減した．

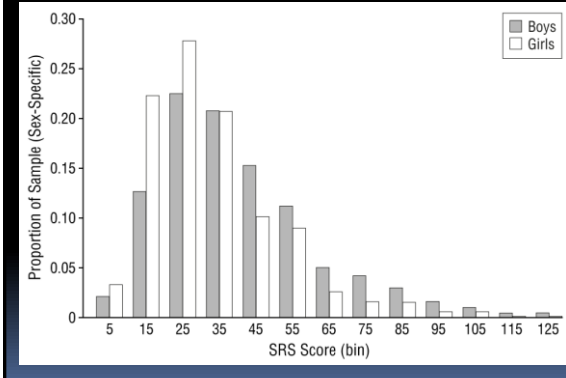
Case 1

- 経過：
  - しかし気分の変動，ある考えが浮かぶとそれに没頭する，対象への激しい言動による攻撃などが続いた．
  - ある事をしている途中に，別の事に注意が行き，片づけられないという．ADHDの可能性を伝えるが，納得しない．
  - その後徐々に落ち着きジアゼパム，ロラゼパムを頓服する形で安定化していた．
- 経過：
  - X+8年，2年ぶりの受診．生活は問題ないが，対象への怒りが生じると「殺してやる」「逆さ吊りにして血を全部抜いてやる」などのメールを300通送信するなどが見られた．婉曲表現が理解できない．
  - ここでASD+ADHDとして対応することとしたが，薬剤は副作用が出やすいため，アリピプラゾール6mgとした．
  - すると怒りに歯止めがかかるようになった，そんなに怒らなくていいと思い，明るくなったという．また，やるべきこと以外の事をして1日費やすことがなくなった，ながら仕事ができる，強いこだわりを持たなくても生きていける，仕事量を調節できるという．計画的に買い物できるという．
  - 以後安定している．

Case 2

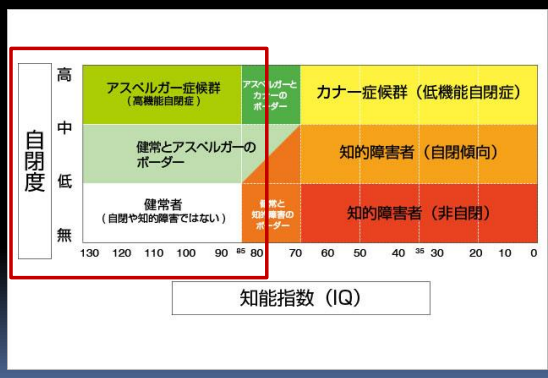
- 40歳　女性
- 現病歴
  - 20年前に洗浄強迫が出現．15年前に大学病院精神神経科通院開始．入院歴もある．しかし強迫症状に加え，抑うつ気分，希死念慮が続いていた．人格水準は境界レベルで治療関係が不安定であった．症状が増悪し自傷行為などにいたると入院していた．
- 経過
  - 14年前から当院に通院開始．幻聴を主体とした症状を呈し，時にうつ状態が悪化し希死念慮が増して自殺企図に至るため，大学病院に入院したりしながら，基本的には当院での外来で治療を続けていたが，4年前を最後に来院していなかった．
  - 経過中職場の金を取る，発達障害の男性と結婚してDV被害にあうなどがあった．
  - 1年前から睡眠発作様の状況が続いており，元来のASD傾向を踏まえて，コンサータを54mgまで処方しある程度活動性は安定した．
  - 現在は会社組織でのマネジメント的業務さえ行えており，評価も悪くないらしい．
- BPDからSchizophreniaの様相であったが，実際はADHDを主体としたASD圏と考えるべきであった．

神経発達の分布：SRS（対人応答性尺度）から

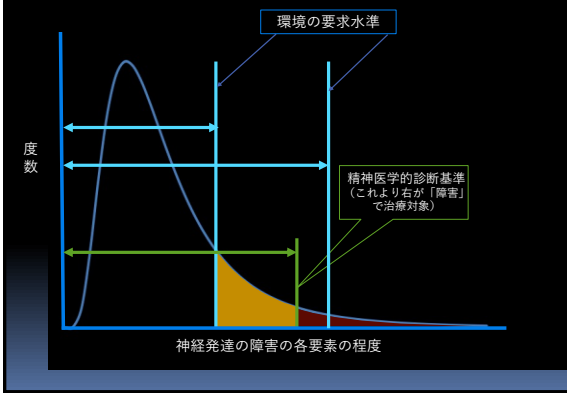


John N Constantino, MD ; Richard D. Todd, PhD,MD 2003

自閉度とIQ



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

- Lorna Wing
  - Triad：(1)Social Interaction, (2)Communication, (3)Imagination(Rigidity of thinking)
  - 「過去の記憶の中や今起きている事からあらゆる情報をまとめ上げ，経験した事の意味を理解し，将来何が起こりうるのかを予測して計画を立てる能力が欠けている」

Wing, L., THE AUTISTIC SPECTRUM (1998)

- 「現在直面している新たな体験を，過去の体験と照らし合わせ，帰納的に本質を見出すように認識し，共通する要素を持つ事象同士をリンクさせて収納する」というプロセスの乏しさが非定型発達度を示す.

Iwatani, Y., (2019)

- 仮説
  - ある時点の思考は，ある一つのローカルネットワークをベースに動いていて，他のネットワークとのリンクが弱く，フィードバック機構が働かない．また，そのネットワークだけでループしやすい.
  - データベースの構築の仕方が，体験を単体でランダムに格納するため，他の体験と本質を共有するようなネットワーク形成がなされない．帰納的プロセスに乏しく，新しい状況でDBを有効利用することができない.
  - このため，内的葛藤を保持・統合・止揚（しよう）する機能などが発達せず，情緒発達上も，深みのある人格を醸成したり，複雑な心理への共感能力を発達させることができない.

Iwatani, Y., (2019)

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

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．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．

非定型神経発達の理解に関して

- 作業記憶
  - 狭い範囲“A”に限定した思考をするという固執性があり，かつその範囲内ではすべてのデータベースに均等な重みを与えるようなシステム系では，A以外の範囲における考察は極めて低くても，Aの中での考察は隅々まで見渡せており，無意識な重み付けや経験則からの重み付けをするような思考では想定外であったユニークな視点でのヒラメキを生じうる．これが領域Aにおける天才的プロセスと言える．
  - したがって，今まで「作業記憶容量が小さい」と揶揄していたような精神活動特性が，実は領域Aの内部においては極めて広範囲のリンクを実現しており，Aの内部においては定型発達といわれるシステムはスカスカであって，AにおけるIQが低い，ということになる．これがいわゆる一般人と学者の違いという形で現れるのであろう．
- 作業記憶という概念への認識．
  - であるとするならば，作業記憶という概念よりも，「ある領域内での自在性」という概念をもとにして，その領域の範囲が何であるかを同定することが各個体の精神システムの動作への理解につながるのではないか．
  - 「作業記憶容量が云々」と一括してASDを語る，というのは，WAISの成り立ちや利用の仕方のスタンダードに影響を受けすぎていると言える．

パーソナリティ類型の軸

パーソナリティ（障害）：Millon, T.

- Millon, T.のディメンション分類
  - 能動性・受動性という２特性と，依存・独立・両価・離反の４特性をかけ合わせて８つの類型を理論的に作り上げる．DSM-IIIのPDの原案を提唱．
  - しかし，実際にはいないような理論上のPD（e.g. 依存性（服従性）人格）を想定したり，臨床的に大きな問題になっているPDカテゴリーがない，などの問題を生じた．

		行動パターン			
		能動性		受動性	
		ミロン名称	DSM-III名称	ミロン名称	DSMM-III名称
対人関係	依存型	社交性 Personality	演技性 PD	服従性 Personality	依存性 PD
	独立型	攻撃性 Personality	反社会性 PD	自己愛性 Personality	自己愛性 PD
	両価型	反発性 Personality	受動攻撃性 PD	順応性 Personality	強迫性 PD
	離反型	回避性 Personality	回避性 PD	非社会性 Personality	Schizoid PD
その他		境界性PD 妄想性PD		Schizotypal PD	

パーソナリティの特性論：Five-Factor Model (FFM)

- 特性論：Allport,G.W. が代表的．九州大学式気質分類，Akiskal, H.S.の気質分類．
- Goldberg,L.R. : The Big-Five factor structureによるディメンション分類，その他．
- イメージを持ちにくい．各要素にはASD特性と解釈できるものもある．

	日本語	傾向	特徴
Neuroticism	神経症傾向	落ち込みやすいなど感情面・情緒面で不安定な傾向	不安・敵意・抑うつ・自意識・衝動性・傷つきやすさ
Extraversion	外向性	興味関心が外界に向けられる傾向	温かさ・群居性・断行性・活動性　刺激希求性・よい感情
Openness to Experience	開放性	知的，美的，文化的に新しい経験に開放的な傾向	空想・審美性・感情・行為・アイデア・価値
Agreeableness	調和性	バランスを取り協調的な行動を取る傾向	信頼・実直さ・利他性・応諾・慎み深さ・優しさ
Conscientiousness	誠実性 勤勉性	責任感があり勤勉で真面目な傾向	コンピテンス・秩序・良心性・達成追求・自己鍛錬・慎重さ
IQ	Miller, G. (Big-Six)		

パーソナリティ：FFSディメンション評価

- FFS(Five Factors & Stress)：小林 惠智
  - 5つの因子と陰陽２つのストレス状態で評価する．
  - ビジネスシーンでの業務適性や業務遂行力ポテンシャルの評価には適しているか．

因子	特性	ストレス状態	
		positive	negative
凝縮性	こだわりの強さ，頑固さ	指導的	独善的，支配的
受容性	面倒見の良さ，柔軟性，優しい．世話好き．注目されたい．ないがしろにされる不安	養育的	介入的，お節介 逃避的
弁別性	白黒と２律に分ける力． 合理性，計算性．ドライ． 曖昧がだめ．	理論的	機械的，詭弁的 義理人情など割り切れない状況がストレス
拡散性	興味のあることにすぐ動く力．創造性，活動性．直情的．挑戦的． 飽きっぽい．制約を嫌う．	活動的	衝動的，破壊的
保全性	興味のあることにじっくり取り組む力．慎重，工夫，改善，協調性，几帳面．周囲と歩調を合わせる．きちんと仕組み化する． 急な変更がだめ．	協調的	追随的，従属的 思考停止

パーソナリティの分類：類型論

- 特性論と類型論
  - 特性論よりも類型（気質）論の方がイメージが持てるので臨床的．
  - 引き換えに，個別性，バリエーション・スペクトラムが表現できない．

分離個体化水準	パーソナリティ類型	特徴
主観的世界 （未分化）	サイクロイド	一体化への固執
	スキゾイド	自己の世界への没入・固執
	スキゾタイパル	スキゾイドの破綻．空想世界への固執
	妄想性	投影して被害妄想を構築？
	強迫性	Samenessへの固執・反復性
	反社会性	サイコパス　情性欠如者
主観と客観の間 （分化途中）	境界性	Imagination能力が低い故に一体化願望の充足が困難．社会文化的な影響で病像が変化する．
	自己愛性	Oblivious type ／ Hypervigilant type 支配／隷属という対象関係への固執
外界との対峙 （分化後）	回避性	Nervosität：主観的他者評価による優勝劣敗への固執
	演技性	Hy性格：被注目という優位性への固執

Iwatani, Y., 2019

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． 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． 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． 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)

大仰型	青年期後期，成人以降に入るまでは見られない． マイペースである一方，決めたルールに対しては徹底的にこだわる． 過度に礼儀正しく堅苦しい振る舞い．行動の微妙な違いに対応することが困難．
尊大型	コミュニケーションは取れるものの，自分の意思や主張を相手に対して一方的に押し付けてしまう．本人としては悪気はないが，相手の気持ちや考えなどを考慮せずに発言してしまう為，相手を不快にさせたり傷つけてしまう．
適応型	特に問題なく社会や人間関係に適応できる．自閉傾向や知的にほぼ問題ない軽度な人．

ASDの分類と気質の対応

- Wing分類と気質・パーソナリティ類型の相関関係
  - Wingの社会的状況での反応の分類は，表のように対応するといえる．
  - したがって，神経発達の軸とは別軸であることが明らかである．

Wing分類	気質・状態像
積極奇異型	サイクロイド：同調性
受動型	回避性パーソナリティ（神経質） 演技性パーソナリティ 自己愛性パーソナリティ
孤立型	スキゾイド：分裂性

受動型～神経質へのスペクトラムを想定せざるを得ない

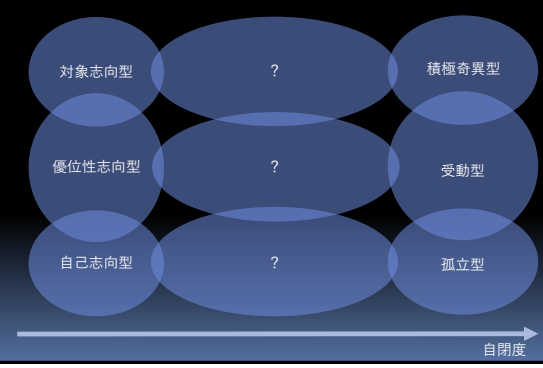
その他の型	気質・状態像
大仰型	大人に多い．社会参加スキルとしての慇懃さに固執している． 受動型や孤立型で生じると考えられる．
尊大型	Narcissistic PD Oblivious type

ASDの分類と気質の対応

- 社会志向性
  - 「気質」をWingの社会的状況での分類に準拠した捉え方とすると，社会的指向性のベクトルの向きで分類できる．それぞれを表の右列のように表現した．指向性の主体が心的存在なので，「志向」という言葉としている．
    - 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） 演技性パーソナリティ 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



神経発達とパーソナリティ類型の統合仮説

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いち郡がいる．その場合，優勝劣敗は比較的早々に軽減しやすい．

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．

パーソナリティと神経発達の関係性

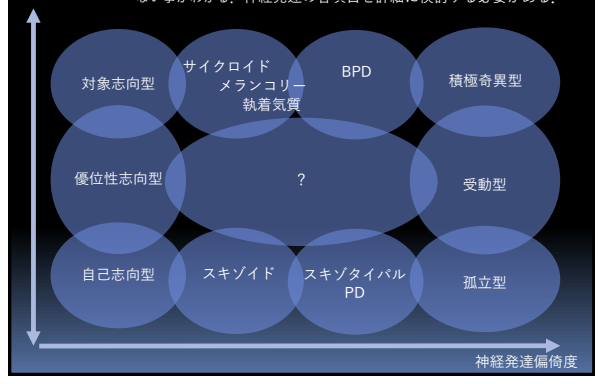
- 境界性パーソナリティ： Borderline Personality：BPD
  - 気質はサイクロイド（対象志向型），他者との一体化願望が強い．ASD要素が強い（対象分析能力，共感能力が低い）と，対人相互反応にズレを生じ，一体化できず傷つき，この歪んだトラウマ的体験が補正されずに保持される（固執・反復強迫）．
  - ASD傾向故に，ストーリーとしての認識，葛藤処理の積み重なりなどからIdentityを形成するという事ができないため，「口愛期の対象関係への固執」と，それが成立しない場合の混乱から生じた自傷行動というコーピングに固執し，反復強迫を呈する．
  - 言い換えると，一体化願望故に対象喪失危惧への不安が生じるが，関係性の構築・維持スキルが低い故に対象喪失が実現してしまいやすい．その結果，自己定位ができず虚無化するため，行動化という自己確認的コーピングを生じているといえる．
  - 自分オリジナルのストーリーを紡ぎ出せないため，文化的風潮；例えばダイエットが流行ればそれに固執し，拒食の破綻で過食・嘔吐を生じるとこれにまた固執する．
  - 1960年代のアメリカ，1980年代の日本では，「あり方のスタンダード」「同一性の型」が消失したため急増したと考えられる．特に「女性の社会進出」という社会トレンドとなったものの，新たな女性像の「型」が確立されていない状況であり，同一化対象像が不明確であるが故にBPDは女性に多かった．その後，キャリアウーマンという「像」「型」が確立されてくると，それへの同一化がテーマとなって，BP2型に吸収されている．

パーソナリティと神経発達の関係性

- 境界性パーソナリティ： Borderline Personality：BPD
  - 「見捨てられ不安」という概念を「わかったように感じる」のは，観察者の内的世界（認知スタイル）の投影（無意識の共感努力）に過ぎないと考えられる．前述のとおり，本人は「見捨てられる」という「ある程度成熟した心性から生じる感情」ではなく，一体化対象の喪失危惧から，怒り，焦燥，依存的反応などが混沌として自己定位困難となっている内的状態であるといえる．
  - BPDは対象志向型でASD傾向が高い人に当時の文化的要因が絡んで生じたパーソナリティ類型である．そして次に示す図中にプロットしたエリアに位置する個体は，この病理を持ちながら，社会文化的背景によって臨床像・様相は様々に変化する．
  - DSM等の診断基準にあるような形のままのBPDは今後更に減っていき，違う形の病態で出現すると考えられる．たとえば新型うつ病といわれた人たちの一部がその時代のBPDであったと考えることができ，その後BP 2 カテゴリーに吸収されている．
  - 本質は自己同一性が対象との一体化によってしかなされないため，一体化対象を探してさまよい，見いだせないと混沌とした状態＝ボーダーライン状態をきたすということである．一体化対象の性質（親，友人，恋人，種々のコミュニティ，SNSの相手，ネットの視聴者など多様）やボーダーライン状態の様相（自己破壊的行動が多様）は文化的背景によって異なるのである．

パーソナリティ論：気質と神経発達の関係から

- 受動不満型のブロードから，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．



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） Oblivious narcissist	Kernberg, G.O. 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） Hypervigilant narcissist	Kohut, H.. 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．

パーソナリティと神経発達の関係性

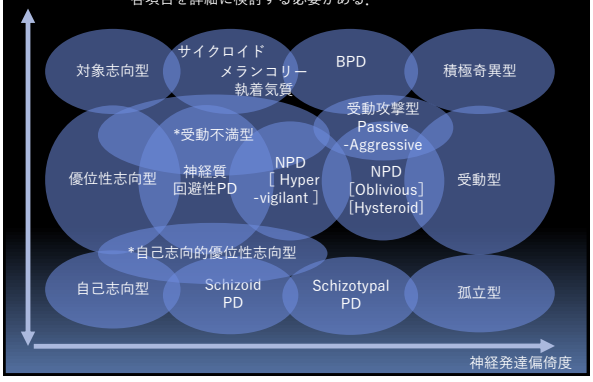
- 神経質：回避性パーソナリティ
  - 妬み＝優勝劣敗
  - 限定された自我防衛機制の反復（固執）により，葛藤処理困難パターンが続くが，この自我防衛機制への固執性は，ASD的要素そのものであると言える．
  - 葛藤処理のために人格が多層化，複雑化することで正常範囲の優位性志向型に成熟できる．
  - 結論： 神経質は優位性志向型で，ASD傾向が一般平均より高く，自我防衛機制の利用スキル，内的ストレスコーピングスキルが低く，症状形成に至りやすい．
- 退却神経症：笠原嘉
  - 笠原は，退却神経症者の語る「空しい」という感覚は，カーンバーグが「空しい」という感情を「寂しい」という感情と対比しながら語った次の言葉に近いことを指摘している．『寂しい感情とは，今まであった人間との望ましい関係が失われたときのものである．前提として，少なくとも一度は満足すべき人間関係の成立があった．また再びあの関係が欲しいと望む．それが寂しさの体験である．これに対して空しいとか無意味とかいう感情は，そもそも望ましい人間関係が構成されておらず，したがってまた他人の心情に共感できる能力にいささか難のある人のものだ』．（『精神科と私 二十世紀から二十一世紀の六十年を医師として生きて』中山書店、2012年）

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．
- 自己志向的優位性志向型
  - スキゾイド傾向を持つが対象希求性もあるタイプ．NPD～神経質までのブロードがある．

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．



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

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．

パーソナリティと神経発達の関係性

- 定型発達領域～非定型発達領域の視点（１）
  - 発達障害の人の「生きづらさ」は，「神経発達の偏倚が高いため種々の状況への適応が不器用である」と換言できる．
  - Schizoidあるいは自己志向型で述べた，「As If」「False Self」は，それが単純な構造であるほど，意外な状況への対応力＝汎用性が低いということができるので「不器用」ということになる．
  - 定形度が高いと，生育プロセスの中でFalse Self をより多種多層な複合体として構築することが可能となり，引き出しが増え，対応可能な状況の幅が広がる．つまり「器用さ」が高まるのである．
  - 精神分析的には，自我機能が高度に発達するほど，現実原則的プロセスがより高いレベルで進められるという事になる．
  - いずれにせよ，現実適応能力の向上は，True Selfの願望充足あるいは実現をより高めることに繋がると言える．
  - 「False Self Complex」ともいえるこの人格の最外層部分が厚いほど，プリミティブな気質を覆い隠していくため，観察者側からは元来の気質を同定しにくくなるため，幼少時の様子を聞き出し，False Self Complexを作り出すプロセスの「癖」＝「固執スタイル」を見出して，その力動を理解し，元来の気質へのイメージを見出すことが肝要である．

パーソナリティと神経発達の関係性

- 定型発達領域～非定型発達領域の視点（2）
  - 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．False Self Simplexともいえるその場合は，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．

会社で
「生きづらい」と
思ったら読む本

Now On Sale

精神科診療で
「診断する前」に
読む本

Not For Sale
電子書籍版のみ「第5章」に同内容を収録

リモート・ワークと精神科医療

リモートワークから得られる知見

- 対人関係の希薄化
  - 「対人関係で気を使う」状況がないため，コミュニケーション上の苦労/種々の心的プロセスが軽減する，あるいは不要になる．
  - 交渉/折衝的業務があったとしても，相手の考えを読む/仮説を立てる/判断する/提案するなどのプロセスで生じていたストレスが軽減する．
- 業務内容の明確化
  - Mgtサイドからはどのメンバーに如何なる業務を振り分けるかを明確にする必要があり，受ける側からはやるべきことが明確になりやすいため，イマジネーション能力の要請が少なくてすむ．
- 業務遂行上の阻害要素の減少
  - 受電や「その場にいたから振られる業務」がないため，自分の立てていた予定通りに業務を進められるため効率が高まる．「8hかかっていた作業が2hになった」など．
- その他
  - 通勤での公共交通機関で生じるパニック発作などが回避できる．
  - 通勤時間がないので，睡眠覚醒リズムの乱れへの許容度が高い状況となる．

在宅ワークで好転するケース

- ASD傾向が高い人には種々の次元でプラスに作用する
  - 対人関係でのイマジネーション能力が問われにくい．コミュニケーションの要素の内，雰囲気，ニュアンス，話の流れなどでの展開が生じにくいため，結論として出たものへの対応に専念すればよく，「デジタル思考」や「０／１思考」でも問題が生じにくい．
  - 作業への固執，自分のペースへの固執がむしろ良い形で展開できる．
- 集団，対人などの社会的状況が回避できる
  - SADのケースでは，症状発生状況を回避できることが多い．
  - しかし，オンライン会議などでは緊張する．その理由としては，相手の様子を一生懸命見て，「読んだ」気になって安心しようとするプロセスが得られないため，緊張が高まると考えられる．
- 受動型・受動不満型
  - 受動的で済むので適応しやすい．
  - 不満のたまり方も当初は低かったと思われる．

在宅ワークと気質・神経発達（1）

- 自己志向型
  - 会議があっても，自分の時間が作りやすく，切り替える時間がある感じで，自分のペースでやれるため，非常に適応性が高い．
  - 意外と自己志向型が多く，隠れNPDならぬ，隠れSchizoid（As If)が多い．
  - そういう人たちが，リモワでは活き活きしてくるということ．
  - 背景に自分の時間・空間を自分のペースで作れるということが挙げられる．
  - 対人距離はより快適で適応的な方向となる．
  - マイペースで事が進められるので，生産性も高まる．
  - ただし，自分だけの空間が確保されていないとか，同居者との距離が近い状態が続くと，ヤマアラシのジレンマを生じやすい．
- 自己志向型と神経発達．
  - 元来集団との関わりが薄くてもコミュニティとの関係が保てていた場合でも，自己志向型は基本的に対人スキルの要請が減るため快適．
  - 集団との関わりが作りづらく，引きこもり傾向だった場合も，気分的に良い方向に向き，安定化する．

在宅ワークと気質・神経発達（2）

- 対象志向型
  - いわゆる循環気質では一体感が得られにくく，一体化対象を求めて家族などに向かうが，結果としてBPD的な心性に退行し，情動不安定，うつ症状発生などの結果をもたらす．場合によってはDVを生じる．
  - 逆に社会参加できていないBPD水準のASDでは，そのような自分でも許容される状況なので，症状はむしろ軽減することも少なくない．ただし一時的なものである．
- 対象志向型と神経発達
  - 対象志向型はテレワークが続くと，コミュニティへの帰属感，コミュニティとの関係から得られる所在感が感じられにくくなるため，自己の存在実感が感じられにくく，情緒的に不安定になりやすい．情緒的関わりを身近な対象に求めて，過剰な依存やそれがかなわない時は攻撃的になるなどのBPD状態を呈しやすくなる．
  - 就学環境で集団で行動することが内在化されてるように，これがASD要素として固執のパターンとなっている場合（チームスポーツの部活など）は，このパターンが作れないため，準拠する形態を見いだせず混乱する．その結果，情緒的に不安定になり，行動・発言も一貫しにくくなる．
  - 特に対象志向型で上記ASD的要素のスタイルを持つ個体は，不安定になりやすいと言える．

在宅ワークと気質・神経発達（3）

- NPD
  - 自己肯定感を得るための反応や結果が見えにくくなるため，自己愛的危機をきたす．その不安から自己肯定のための手段としての対象役割の多くを家人求めるため，DV状況を生じやすい．
  - 逆に社会参加できていないNPD水準のASDでは，BPD同様，そのような自分でも許容される状況なので，症状はむしろ軽減することも少なくない．ただし一時的なものである．
- Nervosität
  - 対象との関係での優位性をめぐる葛藤が軽減するため，一時的にではあるが症状は軽減する．

COVID-19後のビジネスシーンに関しての予想

- 対象との距離
  - 対象との距離が大きく取れるので，微妙なニュアンスをお互いに求めなくなる．その事によるコミュニケーションのあり方の変化が生じてくる可能性がある．それは世の中の潮流の見える化：明確化の推進という形になるかもしれない．
- 表面的には「さらなる明確化」が進む
  - 産業現場では，業務に関わるやり取りが，より明確化（見える化）することが求められると思われる．
  - コミュニケーション内容がデジタル化すると共に，感情・情緒の表現も単なるひとつの情報として「記号化」していく可能性がある．これは表現から漏れた背景の種々の葛藤・含みなどアナログ的「間」「ゆらぎ」要素が省略されてしまい，場合によっては今後の展開に影響を及ぼすかもしれない情報が欠落することもあり得るわけで，業務展開の可能性の幅を狭めることになるかもしれない．
- 一見よりロジカルに
  - リモートワークでは，より演繹的なコミュニケーションになりやすい．
  - 前述のように，見えない要素としてのパラメーターが少なくなり，帰納的思考，より本質的・深みのある理解・認識を得られにくくなる．

COVID-19後のビジネスシーンに関しての提案

- アナログとデジタル
  - 前述のごとくアナログだったものをデジタル化することのメリット・デメリットをしっかり理解しておく．
  - ASD傾向の強いメンバーにはデジタルな業務遂行を期待すべきである．
  - アナログ的処理が可能なメンバーはイマジネーション能力が求められる業務処理に向いており，アナログなコミュニケーション；直接会話することなど：が良いパフォーマンスにつながると考えられる．
- 気質要因
  - 対象志向性が高いメンバーは，チーム的状況にするべきだが，その上でアナログのままか，デジタル化かを選ぶ必要がある．
  - 自己指向性が高いメンバーは，個人の裁量としてマイペースで良しとするが，これもASD傾向が低い場合はある程度の直接コミュニケーションが必要であり，そうでない場合はデジタル的に徹することが良いだろう．

資料

マネジメント・ソリューションに関する考察

適応性と神経発達の特性，IQ，気質の関係

適応性 ＝ 想像する能力 × 固執性・強迫性 × 知的能力（e.g.IQ,WM） × F(気質)

適応能力は，イマジネーション能力，固執性，IQおよび気質の関数の積として表現できる（先述のBPOの別表現となっている）．
想像する能力の低さを固執性が補完する可能性が示唆される．
気質の関数とは，環境そのものの選別，「型」の導入，生活史上の工夫，トレーニングなどで社会化形態を工夫するなどの対処操作を指す．

適応性と神経発達の特性，IQ，気質の関係

低い適応度 精神病性反応 ＝ 想像する能力の低さ故に予測ができず不安や被害的思考となる． × 非適応的固執：無関係な作業への没頭・過剰品質を求める,被害妄想の形成． × 知的能力（e.g.IQ,WM）が無駄な固執を発展させ，妄想も高まる．

想像する能力が乏しく，行き当たりばったりで気になった点に着目して偏倚した認知を生じ，それゆえに非適応的な思考，行動に固執する．ＩＱの高さはこのプロセスを発展させることに貢献する．

適応性と神経発達の特性，IQ，気質の関係

想像する能力の低さ故に予測出来ないが，現状を現象として捉える．

×

高い適応度 ＝ 適応的固執：必要な部分に完璧性を求めてよいOutputを生じる．

×

知的能力（e.g.IQ,WM）がOutputの質と量を高める．

想像する能力が低くても，現実的な分析が可能で，適応的な固執による建設的活動に結びつけば，高いパフォーマンスを発揮するケースもある．
作業記憶の大きさの評価も必要である．小さすぎるとある程度のまとまった仕事ができないため，Stuckしやすい．

適応性と神経発達の特性にみる介入ポイント

想像する能力の低さ故に予測出来ない．

↓

高い適応性 ＝ 現状を現象として捉え，論理的理解を元に，適応的ポイントを明確にする．

解決に向けた具体的アルゴリズムを作成し，注力するポイントを明確にする．

×

適応的固執：そのポイントに完璧性を求めて高いOutputを生み出す．

×

知的能力（e.g.IQ,WM）が高い場合，Outputの質と量が高まる．

適応性と神経発達の特性にみる介入ポイント

想像する能力の低さ故に予測出来ない．

↓

高い適応度 ＝ Mgtサイドが適応的ポイントを明確にし，型にはめた作業をアサインする．

×

適応的固執：そのポイントに完璧性を求めて高いOutputを生み出す．

×

知的能力（e.g.IQ,WM）が低い場合にも有効．

社会適応と「型」

- f(社会志向性)
  - 環境の選別
    - 対象志向型や自己志向型では，それぞれの特性が活かせる環境であれば適応性は良いであろうし，その逆もまたありえる．
  - 社会的人格という「型」による適応法
    - 循環気質（対象志向型）の現実主義者としての型．
    - 環境の要望通りの型＝メランコリー親和型（対象志向型）．
    - Schizoid（自己志向型）の職人気質的スタイルという型．
    - 神経質（優位性志向型）の自我理想を目指す姿という型．
- 「型」の消失＝「自由」による適応困難化
  - 60年代のアメリカ，80年代の日本におけるBPDの台頭．90年代の日本におけるNPDとその後DIDの出現．
  - ASD傾向が高い人の社会適応スキルとしての「型」が消失したことが，これらの新しい病態の出現の土壌を作ったと考えられる．
  - ASD要素が高くても，環境の要求内容が一定で，本質の流動性や変動があまりない場合は，その環境に適応的な「型」にはまることで適応する事ができる．すなわち，「型」とはスキルである．

境界人格構造（BPO）に関する考察

- PI : Projective Identification：「投影性同一視」「投影・同一化」
  - Klein, M.が提唱し，Kernberg, O.も解説したが，専門家の理解は様々である．
  - McWilliams, N. ：「投影現実を作り出すことによって自己の投影を有効化している」：つまり，自己のネガティブ感情を対象に投影し，対象を投影されたものと同一化させて（逆転移と同じメカニズム）「悪い」対象化させ，悪い対象に苦しめられる自己（という同一視をする），という構図を作り出すということらしい．ちなみに「良い」感情の投影版が「理想化」であるというが，どちらも発達に必要なプロセスの一部と考えられる．
  - 病態水準の重い患者との精神療法では，治療者もしばしば治療者自身の内的問題を賦活されつつ，意識的・無意識的に患者の内的世界の一部の役割をとらされるという広い意味での逆転移が起きやすい．

境界人格構造（BPO）に関する考察

- PI「投影・同一化」
  - 対象が投影された感情をコントロール下においたり，この感情をポジティブに操作できた場合，対象のこの能力に自己を同一化，摂取することにより安定化する．Kernberg, O.はこのプロセスを利用した治療方を提唱した．
  - ただ，このようなことは親子関係などで普通に行われているだろう．親にうまく甘えられるように持っていったり，あえて怒らせるように持っていく事はよく見られる行動であるし，親もHolding的対応で育てるものである．また私がよく提案する「上司マネジメント」もこの応用である．
  - したがって議論すべきは，PIやスプリッティングへの考察ではなく，「いつまでも投影ばかりして」，「矛盾する感情を保持できない」ため，「内的対象や自己像を統合できない」不器用さの原因である．

境界人格構造（BPO）に関する考察

- PI「投影・同一化」
  - Borderline MotherやNeglectなどの原因・根拠を想定して，その理由として「世代を超えた連鎖」云々では説得力に乏しい．親も子も，その生物学的個体要因を軽視しすぎてはいまいか．
  - PIに固執するのは，分析者側の「知性化性合理化」とでも呼びたい防衛と考えることができる（広義の逆転移）．
  - 共感という心的活動を，自己の経験から想定される感情体験を対象の中に見出そうとすることとするならば，共感は投影メカニズムの所産である．
    - 投影⊃共感（Empathy or Sympathy）
  - 単純な感覚に関しては自己の体験との共通性から共感することは可能でも，対象の内的プロセスの個別性をイメージして，一部は共感し，一部は想像上の理解をし，これらを統合させた形の対象理解となると複雑であり，ASD傾向が高ければ困難になってくると考えられる．
  - このPI現象は治療者患者関係や，病棟内力動だけではなく，Mgr，人事担当者などで共感性や熱心な職員にも生じやすい．

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．

境界人格構造（BPO）に関する考察

- 境界人格構造とPI
  - 作業記憶容量と帰納的思考と予測能力は相補的関係のように考えられるが，この３つの総合能力が低く，象徴機能やメタ認知力が乏しく，一方で反復性・強迫性・固執性が高く，これらによってネガティブな対象との関係性を反復していると考える事ができる．この流れからは，BPOを下記の如く表現できるが，これはASD特性の(1)(2)そのものである．

BPO ＝ 作業記憶容量の少なさ / 帰納的思考能力の低さ / 予測能力の低さ × 反復強迫的固執性

＝ Imagination能力の低さ × 固執性／強迫性

＝ ASD要素(1)(2)

境界人格構造（BPO）に関する考察

- 境界人格構造とASD

BPO ＝ ASD要素(1)(2)

  - 精神分析は防衛などの心理プロセスは描けたものの，その真の原因に関して明確な仮説を提示できなかった．しかし現在は，精神が中枢神経繊維の作り出すネットワークによって構成されるシステムであるという視点が得られており，この事から光明を見いだせる．
  - そして，これに基づくマネジメント・ソリューションを考案する事の方が，精神分析的治療よりも現実的だといえるだろう．
  - 治療者側の無意識の共感努力がPIを生み出す．無意識の共感努力を生じないASD傾向の高い治療者は，ある局面ではむしろ良い対応ができる．

非定型神経発達の生物学的知見

- トップダウン処理：曖昧で膨大な情報から，行動の目的に応じた情報の選択を行う認知様式．前頭前野の関与が示唆されてきた．
- ボトムアップ処理：一つ一つの全ての情報を綿密に組み合わせて全体を理解する認知様式．脳の後方部（入力に近い部分）が主に関与していると考えられている．
- 認知科学的に，自閉症スペクトラム障害者は，トップダウン式の認知が苦手．
- Frith, U.：統合的一貫性虚弱説（WCC; weak central coherence）：ASDは思考過程において全体的統合の働きが弱いと述べ，全体的な処理よりも，部分的な処理を優先して行う認知様式のため，細部へ集中し，結果として全体的な輪郭や文脈的意味が犠牲にされ，細かな特徴が知覚され記憶されると説明している．
- レスティングステート fMRI（Resting—State fMRI：R— fMRI）研究
  - ディスレクシア児童の R— fMRI ネットワーク：背側前頭頭頂注意ネットワーク内の脳部位間の結合が弱く，ADHD症状を示す傾向にあることも示されたことが示された．
- 心理的虐待の脳の発達への影響における DTI（拡散テンソル画像）研究
  - 児童期の虐待などの特異的な逆境によって，感受性の高い時期に，前頭部，側頭部や辺縁系を結ぶ経路に変化をもたらすと考えられた．

Case 0

- 33歳　女性
- 主訴：おちこむ．仕事に行けない．夫への暴力．
- 生活歴：女子大学社会情報学部卒．新卒で編集プロダクション．7年．化粧品編集業半年．フリーでライターをしながら，スタートアップの広報の業務委託1年．2019年1月から，事業所の広報．退職が決まっている．
- 家族：夫：33歳　長女：1歳10ヶ月
- 既往歴：特になし．

Case 0

- 性格：
  - 自己肯定感が低い：仕事で認められる事で承認欲求が満たされていた，恋愛関係でも相手に認められる事で自分を肯定できる．
  - 酒，たばこなどへの依存．
  - （元々）普通に明るい．普通です．怒りっぽいのはある．感情の起伏が激しい．我慢が効かない．
  - （幼少時）人見知り．慣れると良い．8歳からバレエを習う．
  - 中学：陸上部1年間．バレエを習っていた．
  - 高校：進学校だったが，出来が悪く，遊ぶようになった．部活なし．
  - 大学：わからない．記憶がない．バイト（キャバクラ）ばかり．大学生活に記憶に残る出来事がない．
  - 負けず嫌い，他者評価を気にする．
  - 仕事には没頭して，時間もわからなくなる．食事を忘れる，話しかけられても聞こえないなど．
  - ⇒関係が浅いと受動攻撃だが，少し深まるとNPD的な状態となる．局部的な過剰集中はあるようだ．優勝劣敗への固執もあると言える．

Case 0

- 現病歴
  - 仕事を始めたが，契約が思い通りに行かず，落ち込み，行けなくなり，以後長く落ち込み，夜泣く，夫に暴言・暴力，家事ができない，育児できない．仕事を辞める事になり，大分元気になり状態は良くなり，荒れる事は無くなった．
  - 何かあるたびにそういうサイクルを繰り返している．
  - ストレスがたまると，どう対処したらいいのか，どう適応したらいいのか．
- 現症
  - 受動攻撃でNPD化している．
- 経過
  - セルトラリン25mgで開始したところ，第2回受診時には攻撃性，アルコール乱用はある程度は収まったようであった．また，夫が発達障害の本を持ってきて思い当たると思った．
  - しかし2ヶ月半後第3回受診となり，再び夫への攻撃性が高まり，アルコール乱用も再燃したという．グアンファシン2mgと頓服でリスペリドン液を処方．
  - 第4回来院時には，激しい感情の高まりは無い．普通に生活は出来ている．リスペリドンは衝動が高まり夫に詰め寄るので，服薬するようにしている．
  - 家の片付け，料理を始めた．友人にやり方を聞いて，実践するのが順序立ててできた．それも今までにない事である．以来生活が楽になっている．

Case 0

- 経過
  - 夫との関係で離婚方向にあったが，発達障害なのだと思うと，納得できるという話があった．経済的に就労は求められているが，周囲との関わり方も「出来ない」と言える事が必要で，ADHDだとするとそれを表現できる方がいいだろうと思う，と語った．
  - その後夫とADHDへの理解を共有し，サポートが得られる様になったこともあり，夫への攻撃性は出現しなくなり，安定した状態となっている．

DSM-5の利用方法

- 1 で神経発達に関する評価
  - はじめに神経発達症群に関しての診断を行う．
  - 神経発達症要素自体は全ての人類に存在しているので，その質・程度に関しての評価を行い，ベースとなる状態の把握をする．
- 2 で統合失調症に関する評価
  - ASDには合併が多いなどの報告もあるが，Schizophreniaという"Psychosis"かどうかの鑑別
- 3 で躁うつ病に関する評価
  - まずBP type 1 という"Psychosis"かどうかの鑑別．
  - 臨床像としてのtype 2 を呈しているかどうかを記述．
- 4 ～ 1 9 で特徴的な臨床像を記述

神経発達水準を同定し，精神病ではないとなった場合，臨床像が従来で言うところの気分障害系，神経症系，パーソナリティ障害系などの記述をする．

そうすることで，「ある性質の非定型発達」をベースに，「ある状況」に対しての反応としての「ある臨床像」を生じている，という診立てが可能になる．

Severity levels for autism spectrum disorder

Severity level	Social communication	Restricted, repetitive behaviors
Level 3 "Requiring very substantial support"	Severe deficits in verbal and nonverbal social communication skills cause severe impairments in functioning, very limited initiation of social interactions, and minimal response to social overtures from others. For example, a person with few words of intelligible speech who rarely initiates interaction and, when he or she does, makes unusual approaches to meet needs only and responds to only very direct social approaches	Inflexibility of behavior, extreme difficulty coping with change, or other restricted/repetitive behaviors markedly interfere with functioning in all spheres. Great distress/difficulty changing focus or action.
Level 2 "Requiring substantial support"	Marked deficits in verbal and nonverbal social communication skills; social impairments apparent even with supports in place; limited initiation of social interactions; and reduced or abnormal responses to social overtures from others. For example, a person who speaks simple sentences, whose interaction is limited to narrow special interests, and who has markedly odd nonverbal communication.	Inflexibility of behavior, difficulty coping with change, or other restricted/repetitive behaviors appear frequently enough to be obvious to the casual observer and interfere with functioning in a variety of contexts. Distress and/or difficulty changing focus or action.
Level 1 "Requiring support"	Without supports in place, deficits in social communication cause noticeable impairments. Difficulty initiating social interactions, and clear examples of atypical or unsuccessful response to social overtures of others. May appear to have decreased interest in social interactions. For example, a person who is able to speak in full sentences and engages in communication but whose to- and-fro conversation with others fails, and whose attempts to make friends are odd and typically unsuccessful.	Inflexibility of behavior causes significant interference with functioning in one or more contexts. Difficulty switching between activities. Problems of organization and planning hamper independence

ASDの重症度分類

重症度水準	社会的コミュニケーション	限定された反復的な行動
レベル 3 非常に十分な支援を要する	言語的および非言語的社会的コミュニケーション技能の重篤な欠陥が，重篤な機能障害，対人的相互反応の開始の非常な制限，および他者からの対人的申し出に対する最小限の反応などを引き起こしている．例えば，意味をなす会話の言葉がわずかしかなくて相互反応をほとんど起こさなかったり，相互反応を起こす場合でも，必要があるときのみに異常な近づき方をしたり，非常に直接的な近づき方の診に反応したりするような人．	行動の柔軟性のなさ，変化に対処することへの極度の困難さ，またはあらゆる分野において機能することを著しく妨げるような他の限局された反復的な行動，焦点または活動を変えることへの強い苦痛や困難さ．
レベル 2 十分な支援を要する	言語的および非言語的社会的コミュニケーション技能の著しい欠陥で，支援がなされている場面でも社会的機能障害が明らかであったり，対人的相互反応を開始することが制限されていたり，他者からの対人的申し出に対する反応が少ないか異常であったりする．例えば，単文しか話さず，相互反応が狭い特定の興味に限られ，著しく奇妙な言語的コミュニケーションを行うような人．	行動の柔軟性のなさ，変化に対処することへの困難さ，または他の限局された反復的な行動，事情を知らない人にも明らかなほど高頻度に認められ，さまざまな状況で機能することを妨げている．焦点または活動を変えることへの苦痛や困難さ．
レベル 1 支援を要する	適切な支援がないと，社会的コミュニケーションの欠陥が目立った機能障害を引き起こす． 対人相互反応を起こすことが困難であるし，他者からの対人的申し出に対して非定型のまたはうまくいかない反応をするような事例がいくつもはっきりとある．対人的相互反応への興味が低下しているように見えることもある．例えば，会話のやり取りに失敗したり，友人を作ろうとする試みが奇妙でたいていうまくいかないような人．	行動の柔軟性のなさが，１つ以上の状況で機能することに著しい妨げとなっている．いろいろな活動相互で切り替えをすることの困難さ．組織化や計画の立案をすることでの問題（自立を妨げている）．

DSM-5の利用方法

- １で神経発達に関する評価
  - はじめに神経発達症群に関しての診断を行う．
  - 神経発達症要素自体は全ての人類に存在しているので，その質・量に関しての評価を行い，ベース（デフォルト）となる状態の把握をする．
- ２で統合失調症に関する評価
  - ASDには合併が多いなどの報告もあるが，Schizophreniaという"Psychosis"かどうかの鑑別
- ３で躁うつ病に関する評価
  - まずBP type 1という"Psychosis"かどうかの鑑別．
  - 臨床像としてのtype 2を呈しているかどうかを記述．
- ４～１９で特徴的な臨床像を記述

神経発達水準を同定し，狭義の精神病ではないとなった場合，臨床像が従来で言うところの気分障害系，神経症系，パーソナリティ障害系などの記述をする．

そうすることで，「ある性質の非定型発達」をベースに，「ある状況」に対しての反応としての「ある臨床像」を生じている，という診立てが可能になる．

しかし，残念ながらDSMには気質概念が欠落している．

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．

感情に関する考察

- 感情の自覚
  - 自分の感情を自覚し，それに名前を付けるためには，他者が同様の感情体験をしている事を想像でき，皆がその感情体験を共有するために名称を与えていることを理解できる能力(＝Imagination能力)が必要である．
  - この"Imagination"のプロセスで，偏倚した，あるいは誤った認知を生じていると，コミュニケーション上，共有性の質的量的乖離を生じる．つまり共感に障害を生じる．
- 投影と共感
  - 共感という心的活動を，自己の経験から想定される感情体験を対象の中に見出そうとすることとするならば，共感は投影メカニズムの所産である．
    - 投影⊃共感

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．

BPOに関する考察

- PIのホモサピエンス種としての特性からの考察
  - PIは集団を創る上で必要な「心的プロセスを共有する」現象を得るために，本能的形質として備わっていると考えることができる．PIによって同じ感情体験を共有するという現象が生じる事により，共感能力，目的を共有する能力などを持ち得るがゆえに，集団を形成・維持できるという仮説が考えられる．
- 自験例からの考察
  - PIとして定義された現象は確かに私自身の人生経験にあったように感じる．
  - しかし，BPOと診断された人たちの治療経験から私が見て取れるのは，
    1. 主観的な視点でしか外界を認識できない（他者視点をイメージできない）人たちである．
    2. したがって，第三者視点でストーリーを見出す事ができない．さらには「対象の反応や展開を予想できない」あるいは「短期間の予想しかできず予想外の展開に直面しやすい」などのため混乱をきたす．
    3. その結果，被害的認識を持ったり，次々に自己中心的な要求を対象に提示し，叶えさせる事によって，自分が理解できるストーリーにしようとする．
    4. これは客観的にはいかにもPIであるが，患者の内的にはKernberg, O.が言うような内的プロセスがあるとは思えない（そもそも証明は不可能だが）．

BPOに関する考察

- 論理的考察
  - Klein, M.やKernberg, O.が言うようなPIの説明は，成熟した人格と言われる人たち（治療者）が，自分たちの心理を投影した空想ではないかと考えることができる．
  - というのは，矛盾する感情や関係性を保持できないからPIやスプリッティングを生じせしめるという発想自体に，観察者側の「自分たちなら矛盾が苦しいから」という前提（バイアス）が見て取れるからである．それを「矛盾を保持できない」と無理やり言い換えているように感じる．そのような内的プロセスが幼少時から存在するならば，その頃から発病しているはずで，思春期青年期で明らかになるというのは論理的に破綻していると思う．そこに思春期心性云々を絡めるのも詭弁だと受け取られても仕方ないだろう．
  - そもそも「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」という内的認知が（無意識的にでも）あるならばすでに治りかけていると言える．
  - むしろ，例えば断片化・自我拡散，スプリッティング云々に関しては，「作業記憶容量が小さいため，一貫したストーリーをイメージできない」と考えるほうが，仮説としては論理的曖昧さやバイアスがないといえるのではないだろうか．
  - 摂食障害者の「元来，親の言うことを聞くいい子であった」というのは同調性をイメージさせ，すなわち口愛期性格＝循環気質であり，親の要求に答える形で一体化していたものが，思春期の自分探しで混乱し，一般通念である痩せている事が良い事＝拒食への固執を呈したと考えるのが自然ではないか．

非定型神経発達と解離性同一性障害

1. 一貫した内的ストーリーが紡げない事が根底にある．
2. 対人関係上の共感性は低くはないが，生育環境のバイアスがかかりやすく修正されにくい．
3. シンプルで葛藤を生じずに済むOSをつくりだす．
4. 葛藤を生じると別OSに切り替えて対処というストレスコーピングに固着，固執する．
5. 葛藤が本質的に多彩になると，OSをふやす．
6. 作業記憶容量が小さいと，対応可能な葛藤状況の範囲が狭いため，OSを増やさねばならない；副人格が増える．
7. 各OSはシンプルなため内的葛藤を生じにくいが，処理困難な葛藤状況があって，新たにOSをつくりだす過程では表面的には一時的に不安定になる．
8. 言語や一部の記憶などは共有ストレージを利用する．
9. 単一OSではMulti-Taskが困難であるがゆえに，別OSを作って個別処理をするためにMultiple-Personalityになる，と言える．

精神分析が教えてくれたこと

- 精神力動理論
  - 内的プロセスをエネルギー：力動的に理解する．
- 自我防衛機制
  - 転換・否認・歪曲・投影・分裂・躁的防衛
  - 行動化・途絶・心気症・取り入れ・理想化・受動的攻撃・PI・退行・身体化
  - 統制・置き換え・解離・外在化・静止・隔離・合理化・反動形成・抑圧・打ち消し・逃避
  - 受容・愛他・禁欲・勇気・感情の自己コントロール・許し・感謝・謙虚・ユーモア・同一視・慈悲・マインドフルネス・節制・忍耐・尊敬・昇華・抑制・寛容
- 心的装置
  - 意識・無意識，自我・イド，超自我．
- 神経症・ヒステリー理論
  - 固着＝固執＝バージョンアップの困難性
  - ヒステリー研究のPTSD診断と発達障害傾向の虚言
- 情緒発達理論
  - 正常＞神経症水準＞境界水準＞精神病水準
- 対象関係論とパーソナリティ理論
  - 境界性，自己愛性，回避性，強迫性，受動攻撃性，演技性

発達障害の治療にも有用：IQが十分高ければ有効性があると考えられる．

Case 7

- 大学院卒後，入社．
- 28歳，職場の人間関係，女性上司のパワハラ，スタッフの転職による人手不足があった．自分の存在が希薄な感じになって不安になって涙が出る，どうでも良いと思うようになった．上司に診断書を提出しても反応がなかったという．自律神経失調症の診断で近医通院開始．
- 31歳，合併，新会社となった．新しい環境で仕事を理解出来ず，業務量も多く，終電で帰ることも多かった．大きな会社へのプレゼンテーションを担当したが，仕事のやり方がわからないのに，ある時突然先輩に『自分でやれ』と言われ，『組織とはこんなものか』とショックを受けた．涙もろくなり感情の浮き沈みが強まり近医精神科受診開始した．
- 健保に電話があり，『仕事の取り組み方が変わり，先輩も姿勢が変わってしまい混乱した．決断力がなく，左突発性難聴をきたし，精神科主治医に当分休養するよう言われた』と言って，産業医（内科医）面談となった．
- 上司のパワハラや同僚との人間関係がうまくいかない，合併直後で休むのが不安という．
- 家族：両親は本人が29歳時に別居，父親とは連絡なし，8歳年下の妹はうつ病で母親と同居．母親はリストラで失業中．
- 深夜残業禁止（22時以降の勤務不可）の措置となったが，翌月には産業医に対しての不信感を訴え医師の変更を要求する．『22時までは大丈夫と言われたが，耳症状が増悪した．主治医も22時まで残業という判断はありえないといっているし18時退社にしたら体調が改善した．自分自身で体調を判断できないのに，産業医の指示で悪化した』という．結局引継ぎ後1月から休職となる．復職したいというため，精神科の女性医師（30代後半）の面談施行．
- 『休職に際して上司からいわれのない事を一方的に言われた，仕事の仕方を他者と比較されて否定された．謝罪，反省を上司に求めたが応じてくれない』という．かなり攻撃的な抗議のメールを送る．

Case 7

- 話し合いの場を持ち，上司は平謝りとなったのだが，『文化の違い，言葉が通じないから社長と話したい』『実家では母親の仕事がなく，妹のうつ病も悪いから自分がしゃんとしなければならない』と語る．上司のマネージャーには土下座による謝罪をさせている．自分の考え通りに運ばないと頑なで主張が強い印象．元来完璧主義で，職場での同僚と相容れないという．この時点では一人でいると不安になる，鍵の確認強迫がみられた．その翌日，健保に電話をしてきて，『女性の産業医との面談を主治医に話したところ『慎重に対応していない』という評価だった』という．
- 統合され，まわりの人と次元が異なる，なじめない．しかし相手を責められない．自分の中でどう折り合いをつけていくかに不安がある．自分の仕事が周りに評価してもらえるか不安．
- 上司：仕事は一気にやって疲労している．時に周りとトラブルがある．休職中も心配して配慮したのに，逆に反感をかった．
- 本人より電話で『産業医面談で何度も復職について『大丈夫ですか』と念を押された事で大変気持ちが不安になった．『自分はダメ』といわれているようだった．それを主治医に話したら，出社後すぐ夏休みになるのだからよいタイミングである，といわれた．産業医ではなく，主治医の指示に従いたい』という．保健士が『復職後体調が悪い状況になったら連絡ください，連絡できない時はかまわないです』というと，『体調が悪いのに連絡しなくてもよい』と受け取り，攻撃が始まる．『自分の方が病人で気をつかわれる立場なのに，自分がどうして気をつかわねばならないのか』とクレーム．担当の保健士を替えるよう要求する．

Case 7

- 復職後，夏休み明けから不調になった．仕事が高度で，自己嫌悪，自責となった．職場で孤独である．上司から『出来ないのに，その方向で上を求めている』と指摘された．イライラしてかんしゃくを起こしたり，自信が無く死にたくなる．実家の母親が不調で仕事は続けたい．
- 上司『不調となるとメールがある．相談に乗ると気分不安定になり，泣き出したりする．企画なので単純作業はない．本人は今の業務を続けたい』．１０－１５時勤務．
- 本人より『主治医は単純作業が原則と言っているのに，上司に多くの判断が必要な仕事を与えられた．産業医も具体的な指示もなく休むことを提案されショックで寝込んで出社できない．直接電話して不手際を土下座して謝って貰いたい』という抗議の電話があった．
- さらにメールで『産業医のシステムは逆効果で心的ダメージを受けました．
- ①主治医は６月から復職可能と言ったのに『７月は自宅から会社まで行って帰りなさい』と指示され，更に『本当に大丈夫ですか？』と私と上司に何度も聞くため，困惑した．医師としての判断をせず，私たちに押しつけた．
- ②前もって主治医から単純作業と言われたが，上司には『本人はプライドが高いので，単なる単純作業は与えないように』と言ったと聞いた．結果，思考と分析と判断を要する仕事となって調子を崩し，かんしゃく，自暴自棄，遅刻を生じた．
- ③１５分の尋問で『休むかどうかぎりぎりの状態』であり『休むか業務を変えるか』と言われた．２ヶ月間リハビリと職場復帰をやってきたのに軽々しく『休む』という言葉を聞き，気力を失い，夕食をとれなくなった．主治医には『休むことは治療の妨げになる』と言われた』といった内容であった．

Case 7

- 臨時産業医面談．産業医に上記の件で『傷ついた』『人としてこの対応はどうなのか』と訴えた．結局①産業医は指示的なアドバイスをする②上司とのやりとりを密にする③主治医と産業医が連携して本人の状態を事前に把握することで補うという取り決めをした．
- その後，大体順調，単純作業になって楽になった．10-15時勤務，その後人事に電話で『主治医と産業医の情報共有が出来ていない．二人の間でどういう話がなされ，どう判断されたか説明して欲しい』．
- 人事担当者より産業医が面談前に適宜主治医に情報収集すると返事したが，反応に４日かかったこと，適宜ではなく必ずという約束であったはずである．人事にも信頼と安心が持てなくなったという．産業医の信頼は失墜しており，必ず１週間前には主治医と連絡を取ることを要求する．
- 人事担当者から健保に連絡があり，４時間勤務は長期は出来ないこと，ミッショングレード制に移行するため給与は下がること，欠勤分のカットがあることを伝える予定．上司からは，まあまあ順調である，今は産業医や人事に攻撃が向いているので，職場では落ち着いていると．
- 健保より主治医に電話する．これまでのクレーム頻回の件等を伝える．主治医は『この１－２週疲れがみられる．一時仕事にやりがいないと言っていたが，締め切りのない仕事となったのでよいようだ．まだ勤務時間は４時間が適当』という回答であった．
- 産業医面談．仕事が要約作業でのめり込んでしまったり，ミーティングに出て疲れた．産業医よりミーティングは避けることを伝える．主治医と産業医の連絡には納得している．

Case 7

- 主治医より『業務内容を単純作業とすることは納得している』．上司より『他人の発言の正当性に敏感，単純作業を用意するのが難しい．業務は単純作業であるが負担を訴えられた』．本人『旅行に行ったり，業務で疲れた．調子がよいのに仕事がない日がある．急に振ってくる仕事があり，上司がきちんと監督していない．上司との面談は形式的で自分のつらさをわかってもらえていない』．
- 休みなく，食事の支度できた．営業の挨拶もいった．仕事がないとネットしている．自分が人に当たる，彼に攻撃的になったことを反省する．１０－１６時勤務．
- 主治医『具合はまあまあ．仕事に期限があるのか明確でないのが不満．単純作業も平行してあり負担であると言っている．勤務時間延長は避けたいと』
- 産業医面談．『業務はある商品の白書を作る仕事．インタビューだけで，一般作業ははずして貰った．上司に状態を伝えられない．主治医の反応をみて自分が危ういのだと思う』．
- 唐突に異動の提示があった．この部署では自分は必要とされていないと思った．その夜家で暴れて，大声，物を壊し，警察沙汰になった．これまでも上司の言葉でそうなったことがある．上司から『社長から仕事が少ないので異動を発案した』とわかったが，初めから言うべき．こうなった責任を上司に追及したがわかってもらえない．こちらの感じていることをくみ取ってくれず，不安定になる．『今日はどうだ』の声かけもないし，試しに残業しても何も言わない．どういう事か．上司，職場に対して安心感が持てないのが大問題．仕事は下手に上司に口を出して欲しくない．それで自分で異動を希望した．定型業務があり『是非来て欲しい』と言われて良かった．主治医は『（異動は）直感で決めればよい』と言っている．主治医と彼が支え．
- 上司：異動は『そういう話もある』という話であった．声かけもしているが，彼女が不足と思うなら仕方ない．１０－１７時勤務となる．

Case 7

- 『産業医は判定機能が主であると言われた．前産業医に３ヶ月間言われたとおりやっていたが，いきなり『今度ダメなら休んで貰う』と言われた．自分の状態を把握していないと思ったので主治医と連絡を取るよう言った．今の主治医は天職であって，役割とかではなくきちんと患者をみている．前産業医は劣っている．精度を高めるために主治医と連絡を取って貰っていた』
- 産業医より『産業医は基本的に職場や業務に関わる指示を出すものである．職員の状態把握に関しては，必要性があると判断したときに主治医との連絡を行う．必ず定期的に行うという約束はしない』事を伝える．上司：今は与える業務の準備段階．
- 翌日より３勤務日欠勤．本人と交流のある他部署の管理職社員より人事に感情的なクレームがあった．『産業医が毎月主治医と連絡を取るから安心出来ていた．今後産業医の判断で連絡すると聞いて不安になっている．患者を安心させるために本人の要望に応えるべきだ．スタートがつまずいたのは産業医の『過失』だ．人事の管理職を出せ！』という内容．人事より直接産業医にあって聞くよう伝えた．
- 本人より人事担当者へ電話があり，『（人事に対して）連絡が遅くて怒りをおぼえる．ずっと不安である．うつ病の人の気持ちにたって対応していない．ナーバスになっているのに冷たい．産業医まかせで何もやらない．産業医は自分にとって大きな存在だが，人事は最後に頼るところなのに頼れない』など．攻撃的→泣く→落ち着くという展開で40分話す．
- 産業医より主治医に電話したところ『Depressionとして診ております』との返答のみ．人格診断を追求したところBPDというがそれ以上の言及はない．なお，本人からは特に制限なく連絡を取り合う事は許可されている状況であった．
- 人事と産業医で相談．他の社員同様の対応として常識的な限界設定を意識すること，投影制同一視機制があるので『頼れないと言われたら，拒絶したり逆に頼らせられるようにしなければ』とならない様にすること，話を聞くにも時間を明確にすること，などを上司，人事に伝える．

Case 7

- 『産業医は判定機能が主であると言われた．前産業医に３ヶ月間言われたとおりやっていたが，いきなり『今度ダメなら休んで貰う』と言われた．自分の状態を把握していないと思ったので主治医と連絡を取るよう言った．今の主治医は天職であって，役割とかではなくきちんと患者をみている．前産業医は劣っている．精度を高めるために主治医と連絡を取って貰っていた』
- 産業医より『産業医は基本的に職場や業務に関わる指示を出すものである．職員の状態把握に関しては，必要性があると判断したときに主治医との連絡を行う．必ず定期的に行うという約束はしない』事を伝える．上司：今は与える業務の準備段階．
- 翌日より３勤務日欠勤．本人と交流のある他部署の管理職社員より人事に感情的なクレームがあった．『産業医が毎月主治医と連絡を取るから安心出来ていた．今後産業医の判断で連絡すると聞いて不安になっている．患者を安心させるために本人の要望に応えるべきだ．スタートがつまずいたのは産業医の『過失』だ．人事の管理職を出せ！』という内容．人事より直接産業医にあって聞くよう伝えた．
- 本人より人事担当者へ電話があり，『（人事に対して）連絡が遅くて怒りをおぼえる．ずっと不安である．うつ病の人の気持ちにたって対応していない．ナーバスになっているのに冷たい．産業医まかせで何もやらない．産業医は自分にとって大きな存在だが，人事は最後に頼るところなのに頼れない』など．攻撃的→泣く→落ち着くという展開で40分話す．
- 産業医より主治医に電話したところ『Depressionとして診ております』との返答のみ．人格診断を追求したところBPDというがそれ以上の言及はない．なお，本人からは特に制限なく連絡を取り合う事は許可されている状況であった．
- 人事と産業医で相談．他の社員同様の対応として常識的な限界設定を意識すること，投影制同一視機制があるので『頼れないと言われたら，拒絶したり逆に頼らせられるようにしなければ』とならない様にすること，話を聞くにも時間を明確にすること，などを上司，人事に伝える．

Case 7

- 人事，保健士，産業医で話し合う．今後は依存欲求を満たす対応はせず，むしろ会議の場で話し合うこととする．自殺企図などの脅しに関しては，会社として家族に報告，弁護士に相談しておく．産業医より主治医に対して会社での枠組みを伝える．
- 人事部長にメールがあり，泣き喚き興奮して攻撃的な内容であった．本人の期待している通りのことを無限定に聞いたり，期待通りの対応をし続けることを信用というなら信用できないのは当たり前で，そんなことはできない．病気のことをわかってくれないというが，本人も周りへの理解がない．こういう電話が続くなら受け入れられない，と言い伝えるとその後あやまってきた．
- 主治医より週1日のカウンセリングを始めるというメールあり．
- 勤務７時間でやっている．上司に『フツーではない．俺を怒らせる気か』と罵られた．自分の中で処理できない．病気なのに頑張って来ている人間に対して理解がない．通院先のカウンセラーは同じように苦労した人なので自分のことをわかってくれる．
- 上司；興奮して電話で休むといったがその後は大丈夫．
- 職場の上司，人事がかなり疲弊している状態であった．しかし職場での限界設定が明確にできず，本人に振り回されている状態であった．
- 本人は主治医から『うつ病』としてしか告知されていないため，古典的うつ病の対応を主観的にイメージして，それと情緒的な依存と攻撃性が出てくるパターンであると考えた．このため本人に対し，いわゆる未熟型うつ病の説明を行い，『他責性』の問題を伝えた．しかし『カウンセラーは会社が悪いといっている』と言い納得しなかった．そして『産業医は就労判定だけにしてください』といって退室した．

Case 7

- 後日『未熟型うつ病の文献を教えろ』『産業医面談の結果具合悪くなった．面談中の録音をしたい』『面談記録のコピーをもらいたい』などの苦情，要求が見られた．
- 会社としては顧問弁護士と相談し，録音は個人情報漏洩，転用などの恐れがありできないことを伝えた．面談記録はそのものではなく，保健士のサマリーをメールすることで納得した．録音に関しては保険センター長から上記のごとく説明し，あっさり納得した．
- その後は，現症の把握と就労時間に指示のみとし，上司からは職場での状態と対応に関してのアドバイスをしているのみとなっている．

パーソナリティ構造水準　～自我防衛機制の水準で分類する～

- 正常水準
- 神経症水準（ノイローゼ）
  - 抑圧，反動形成，投影，解離などが主体
  - 不安障害・身体表現性障害・解離性障害・強迫性障害など
- 境界水準（パーソナリティ障害）
  - 行動化が主体
  - 境界性，自己愛性，回避性など
- 精神病水準
  - 病的防衛を主体とする
  - 統合失調症・躁うつ病・症状性精神病など

精神病理学的重症度

病前性格

Kraepelin Eの病前性格分類

- 循環気質　cyclothymic disposition
  - 躁鬱病になりやすい病前性格．
  - 軽躁・うつ状態・怒りやすい・情緒不安定といった要素を持つ．
- 自閉的気質　autistic temperament
  - 早発性痴呆になりやすい病前性格
- サイコパス　psychopath
  - 人格障害概念のはじまり．
  - 反社会性と非道徳性・情性欠如を特徴とする精神病質

Schneider K.の精神病質

- 発揚者
  - 常に明朗，活動的で社会環境に適応している限りは，優れたリーダーとして評価される場合がある一方で，低いIQや自制心の欠如のため軽率かつ興奮しやすいために問題行動が表れる可能性がある．

Schneider K.の精神病質

- 意志薄弱者：持久性欠如（転校や転職），自発性欠如（周囲の環境の影響を極端に受けやすい）．
- 発揚者：常に明朗，活動的で社会環境に適応している限りは，優れたリーダーとして評価される場合がある一方で，低いIQや自制心の欠如のため軽率かつ興奮しやすいために問題行動が表れる可能性がある．
- 爆発者：興奮しやすく暴力的な行動に訴える傾向が強い．刺激型（小さな物事でも過敏に反応して逆上する），興奮型（不安感が鬱積した後に突然暴力をふるう）．
- 自己顕示者：仮想と現実を混合する．自己顕示という願望を充足させるために自分を実際よりも誇大化する，嘘をつくなどの特徴がある．
- 人間性欠落者：人間性（同情，良心，羞恥）が欠如している．自己の危険や苦痛だけでなく他人の不幸に対しても情動的な関心や反応を示さない．
- 狂信者：ある特定の観念のために自分の生涯をかけて戦う人々．その観念の内容にかかわらず，彼らは一般的に些細だと思われる問題を重要視する特徴があり，そのために自分の地位や財産をいくらでも費やす行動を示す．
- 情緒易変者：明確な理由なく抑鬱状態に陥る傾向が強い．目的や理由なく，不機嫌，抑うつ気分などの状態が自生的に生じ，反復されるため，体質的なものだという．
- 自信過小者：周囲の評価に対して過敏．規範意識や倫理観などを強迫観念としたり，状況によっては被害妄想や関係妄想を抱く．
- 抑鬱者：生来的に悲観的で厭世的．気分が常に暗く，深く苦悩しており，状況によってはその偏執性から問題行動を示す．
- 無気力者：常に無気力で身体的にも何かしらの痛みを訴えることが多い．

「うつ」は他の精神疾患と同列に扱えるのか

- 「うつ」はネガティブな体験の処理プロセス
- 環境のサポート体験の程度
  - 例えば，HoldingあるいはContainingあるいは自己対象機能の程度によって処理能力変化する．
- ネガティブな体験への処理能力が低い場合
  - 発達障害系：情動興奮，突発的暴力
  - 統合失調症：緊張状態⇒幻聴，妄想への加工．
  - パーソナリティ障害：対象関係的問題．
  - PTSD：対象関係的問題，フラッシュバック．
  - 解離性障害
  - 身体表現性障害
  - 強迫性障害

つまり精神疾患全般に認められるプロセスであり，
一疾患としてのみ扱う事に終始するべきではない．

発達過程でのうつ状態

- 依存性抑うつ
  - SpitzRA：生後半年までに満足な母子関係を出来た乳児が母親的養育環境から引き離された状態で呈する．
  - 子供が「本来の養育環境（温かい親，家庭）」が失われた時にうつ状態を呈する．
- 思春期青年期のうつ
  - 思春期青年期の課題は，「親的保護からの離脱」＝「主体としての自己のある程度の確立」．
  - 「サザエさん症候群」の特効治療法がない事で失望する新入社員．調子のいい状態のみを本来の姿であると思う幻想がある．
  - それまでの「問題を感じなかった状態」が失われて，自己の主体・同一性に直面する．False Self Defenceが強いと，空虚感，疎外感が強く感じられる．
  - 二者関係への没頭，消化管領域症状，身体表面領域症状
  - つまりBPDは思春期挫折症候群．最近はそこからの（それ以前に）退行する．
- 当たり前のうつ
  - 死別，身体機能や財産の喪失などのうつ．
  - 普通はMourning process/workで処理する．

アンビバレンスとスプリッティング

- アンビバレンス
  - 『神経症』的な両価的葛藤状況
  - 1960年代の出勤（登校）拒否
  - 出社したい気持ち ⟷ したくない気持ち
  - 負い目を感じて，自己嫌悪，社会的羞恥という形になるが，個人の内的問題として包括できていた．
- スプリッティング
  - 分裂機制により葛藤への直面を回避．原始的防衛．
  - 現在の出勤（登校）拒否（いわゆるうつ状態）
  - 出勤時：ひどい緊張と落ち込み　：悪い対象
  - 休職時：元気溌剌，趣味の活動　：良い対象
  - 出勤を促す親・治療者 ⟷ 出勤したくない本人
  - 葛藤を包括できず，テーマの一翼を外在化させ，他者と対峙する形になっている．

参考：牛島　2010

うつ状態となる状況

- 対象喪失
  - 『心の支え』（自己対象）である人物・物品・状況の喪失．
  - 主体としての「自分」の成立が不十分であるほど，対象との原初的一体化が強い．それ故，その喪失は『自分自身の喪失』と感じられる．
- 挫折
  - 原始的受動的万能感を有する未熟な幼児性自己愛には対応困難である．
  - 『現実の喪失』と『喪失したつらい気持ち』に区別をつけられないと，『自身の喪失』という認識になる．
- 破綻
  - 周囲の期待や役割に過剰適応し，それが周囲から一定の評価を受けることによって，専らそこに自分を定位してしまっている場合．実は本当の自己がなく，一体化幻想を持っている状態．
  - Jung,C.G.「ペルソナ」，Winnicott,D.W.「偽りの自己」．
  - テレンバッハ「typus melancholicus」，クラウス「役割同一性 Rolenidentität 」．
  - これら一種の『社会的人格』様の対応法が破綻することによって，『自己の喪失』に直面する．

うつ状態となる内的な状況　～「認めたくない現実」への反応～

1. Freud,S.
   - 通常の悲哀とメランコリィ（古典的な鬱(うつ)病）の比較
   - 通常の悲哀が実在の大切な人や物を失った時に見られるが，メランコリィの場合には失われた対象が外部には見当たらない，という観察を残す．
   - 「自我感情」の著しい低下を指摘．
   - 喪失したのは内的対象であり，「自分」の幻想＝自己愛幻想である．
2. 快感原則
   - 「ネガティヴな体験は排除する」
   - 「問題を感じなくていられた」体験を失う苦痛に耐えられず，「病気」とする．
   - 具体的には「病気」として，自己本来の在り方とは無縁のものとして排除され，「病気（うつ病）」となる．
3. 原初的無力感/罪悪感
   - 「周囲を幸せにすることができなかった」という，万人に存在するであろう「半幻想的無力感/罪悪感」．
   - 一体化願望を自己を周囲に投影した姿といえる．

回復（成長？）過程のモデル：Kübler-Ross,E.

悲哀の過程（喪の作業：末期癌に限らず普遍的）「認めたくない現実」に対する「正常な反応」

1. ショック（マヒ状態）：思いがけない現実に茫然自失してしまう段階．
2. 否認（現実への没頭）：その思いがけない現実を見ようとせず，別の事柄に没頭したりする（躁的防衛）．
3. 怒り：ある程度現実を認めるが納得はできず，その現実に対して怒りが湧いてくる．
4. 取引：その現実にさまざまな意味づけを行って自分を納得させようとする．
5. 抑鬱：結局はどうにもならないことを悟り，打ちひしがれる．
6. 受容（再起）：どうにもならない現実を受け容れ，その中で生きて行く気持ちになる．

表面化した場合

paranoid-schizoid position

depressive position

「未熟な依存」から「成熟した依存」へ，自己愛的幻想から社会的現実へと脱皮し，成長を遂げる

パーソナリティの分類

	パーソナリティ類型	備考（TEMPSなど）
病前性格型	サイクロイド (牛島)	循環，執着，メランコリー 発揚気質
	スキゾイド スキゾタイパル	分裂気質
	妄想性パーソナリティ	被害妄想を構築しやすい
	反社会性パーソナリティ	サイコパス
未熟性格型	境界性パーソナリティ	焦燥気質 （類境界型サイクロイド）
	自己愛性パーソナリティ	焦燥気質
	回避性パーソナリティ	不安気質
神経症型	演技性パーソナリティ	不安・焦燥・発揚
	依存性パーソナリティ	不安気質
	強迫性パーソナリティ	不安気質

回避性パーソナリティ障害

- 他人から拒否されたり，批判されたりすることにひどく敏感で，それを恐れるがゆえに，人と会ったり，行動を起こしたり，社会参加することに困難を生じる．
  - 「人前で恥をかきたくない」「嫌われたり軽蔑されたらどうしよう」と思い，行動できない．
  - 一方で，社会参加への欲求もあり，絶対に拒絶されない相手を選んで，親密な関係を結びたい．
- 不登校，退却神経症，引きこもり，フリーター．
- 自尊心の傷つきやすさ，自信のなさ＝森田神経質．
  - 親の期待を背負い，それにこたえようとするが果たせなかったという思いに由来する．
  - 親の価値観・考え方⇒「自我理想」＝「性の欲望」≒「甘えの構造」
  - 理想と現実を比較して生じる葛藤を周囲に投影し，「周りは自分をだめな人間と思っている」と感じる．
- 自己愛の問題
  - 「理想的な自己」と「現実の自己」のギャップに悩む．
  - 非常に主観的な判断：「自分はだめな人間」「皆自分をダメ人間と思っている」

参考：牛島　2011

サイクロイド・パーソナリティ障害

- 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
- 執着性，メランコリー：「人の喜びが幸せ」＝同調性
- 悲哀が収まっても，制止症状がある一方で，攻撃的となる．
- 喪失不安　⇒　躁的防衛
- 喪失体験　⇒　激しい行動化，妄想形成の一方で，全く平然としていることが併存している．
- 類境界型サイクロイド・パーソナリティ障害
- 一体化願望充足の欠如
  - 幼少時の母子関係での共感不全
  - ギャングエイジでの仲間体験の欠如
- 関係性が作れるという自信が持てないと，断片化を生じ，部分的現実検討能力の著明な低下を生じる．

参考：牛島　2011

自己愛性人格障害（DSM-IV）

- 誇大性
  - 業績や才能を誇張する．特権意識：特別有利な取り計らいを理由なく期待する．尊大で放漫な行動，態度．
  - 自分が特別，独特，他の特別な，地位の高い人たちにしか理解されないと信じている．
- 賞賛されたいという欲求
  - 十分な業績がないのに優れていると認められることを期待する．過剰な賞賛を求める．
  - 限りない成功，権力，才気，美しさにとらわれている．
  - 他人への嫉妬，他人が自分を嫉妬していると思い込む．
- 共感の欠如
  - 対人関係で相手を不当に利用する．
  - 他人の気持ち，欲求を認識しようとしない，気づこうとしない．

ICD-10ではあまり重視されていない．

Gabbard による自己愛性人格障害の分類

- 無関心型　oblivious type
  - 他人の反応に気づかない
  - 傲慢や攻撃的
  - 自分に夢中である
  - 注目の的である必要がある
  - 送信者であるが受信者でない
  - 見かけ上は，他の人びとによって傷つけられたと感じることに鈍感である
- 過敏型　hypervigilant type
  - 他の人びとの反応に過敏である
  - 抑制的，内気，表立とうとしない
  - 自分より他の人に注意を向ける
  - 注目の的になることを避ける
  - 屈辱や批判の証拠がないかどうか他人の言動に注意する
  - 容易に傷つけられたという感情をもつ(羞恥や屈辱を感じやすい)
- 悪性自己愛型　malignant narcissism
  - 他者に無関心
  - 攻撃的・衝動的: 自分や他者に攻撃性を表現するときに自己の誇大性を確認する
  - 他者との情緒的な交流がない
  - 自己評価の満足に歪みがある(現実世界ではなされない)
  - 病的誇大性が傷つけられたときに外傷的感覚を抱き，怒りや抑うつの発作が起こる

固定的ではなく，同じ個体でも交替性・同時的に混在する

スキゾイド・パーソナリティ障害

- 他人に無関心な態度を示し，非社交的で，一人で行動することを好む．
  - ごく身近な少数の人を友とする．
  - 気持ちは内面に向き，読書，自然を好み，宇宙に関心をもち，社会的活躍よりも，内面的な充実に生きがいを感じやすい．
- 感情の起伏が小さいが，実は繊細．
  - 喜怒哀楽の感情表出に乏しい．
  - 内面は意外と繊細で豊かである．手芸，料理，芸術鑑賞など内面を充実させることに喜びを感じる．気持ちの表現は絵画，彫刻などの制作．作家，アーティスト．
- 統合失調症の病前性格
  - 内気で控えめ，非社交的で孤独を好む，神経質で傷つきやすい一方で，他人・外界に無頓着，内向的な施策や独自の精神世界に没入しやすい．
- 社会性を求められると障害化する：状況反応
  - 他人と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に立たなければならない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．

参考：牛島　2011

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

Schizothymia(スキゾサイミア）：Kretschmer,E

「正常」者のSchizoidと同じ気質はSchizothymiaと呼ばれ，

- 敏感（過敏）と鈍感（冷淡）の共存
- 突飛さと頑固さの共存
- 感情と思考の二者択一的様式
- 緊張し固まったぎこちない動作
- （『増補版精神医学事典』弘文堂「分裂病質」より）
- 「強い感情を持った個々のコンプレクスに対しては極めて敏感に反応し，何か他の刺戟がいきなりそれからもぎ離すのでなければ，何時までも強くその中に固着している．一方彼等はその他の種々の刺戟に対しては鈍感，冷淡で全然反応を示さない．その上彼等には印象受容能力と表現能力との間に不一致があり・・・」
- 「従って分裂気質の精神的テンポは，しばしば飛躍性と固着不変性との間を往来する」
- 「生活態度は自閉，つまり自分の殻の中に閉じ籠った生活に傾き易く，境界を作った個人的区域を作り上げてしまい，内面的な現実離れした夢想や観念や原理の世界を作り，自我と外界とを鋭く対立させ，無関心或は過敏な為に人間仲間から退却し，或は人間仲間の間を冷たく平然と動き廻るが，相手に対する顧慮や内面的な交通を欠く」

Case 5　スキゾイド・パーソナリティ

- 男性 24歳
- チームリーダー
- 上司からの情報・職場での問題点
  - 常駐先でチームのチームリーダーであるが，メンバーに対する応対がきつい時があり，反感をかっている場面も見られる．自分より上・下の関係で態度を使い分けている．現状リーダースキルが高いメンバーが潤沢にいないのですぐに交代もできない．
- 問題点
  - リーダー的だがメンバーへの接し方が荒い（メンバーからは横暴との声がある）
  - 顧客とのタスク調整が不得手．
  - 自身でも精神的な弱さは認識しており，通院している．
- メンタルの状況
  - 睡眠障害でメンタルクリニックに通院している．葛藤処理ができず，胸痛を訴えている．産業医からは，コミュニケーション，適応能力不足のため，リーダーという職務から外ほうが良いとのアドバイスを受けている．

Case 5　スキゾイド・パーソナリティ

- ストレス
  - 客の無茶なスケジュールを提案されてあわててしまい，部下に仕事を振りすぎるなど，マネジメントに困る事はある．部下に対して心苦しい．
  - 後輩の指導，業務の割り振り．トラブルがあっても部下が報告してくれない．
  - 退社時刻が22時，帰宅が24時．通勤時間は2時間．
  - やりたかったことと最近の業務が乖離して来て，先が見えない．希望しない部署に入り，そこで何とかと思ったが部署がなくなった．今後の会社の方針を聞いても違うように思う．本来はネットワーク系をやりたかった．しかし当初は営業部隊で激務だった．部署がなくなり，客先で研究業務．
- 現在症
  - 胸痛：ホルターでは異常なし．1日1回出現．30分～2時間続く．
  - 不眠：浅眠，中途覚醒．
  - 胸痛，不眠に関しては，身体化と考えられるので心療内科受診を勧める．
  - プライドは高そうである．
- SchizoidのSomatization
  - メンバーとコミュニケーションがとれていない．
  - コミュニケーション能力，適応能力不足のため，マネージメント業務は無理．リーダーという職務から外すこと．

第47回研究会　事例検討

「在宅勤務者の「怠業」、「孤独」と「過剰適応」
～パンデミック後の環境変化に適応できない人たちにどう対処するかを考える」

海老澤 佐知江
（アルバ・メンタルクリニック　院長）

抄　録

新型コロナウィルスのパンデミックにより、職場環境が大きく変わり、多くの勤労者が在宅勤務を強いられることとなった。業務実態が見えない「怠業」は、パーソナリティや発達の特性などが背景にある場合が多くみられるが、コミュニケーションの欠如による「孤独」や公私が分けられず業務過多になってしまう「過剰適応」などでメンタルヘルス上の問題が生じるケースも少なからず認められる。本研修では，在宅勤務者の休復職のケースの紹介と、ケース２例の検討を予定している。

在宅勤務者の「孤独」と「過剰適応」
～パンデミック後の環境変化に対応できない人たちにどう対応するかを考える～

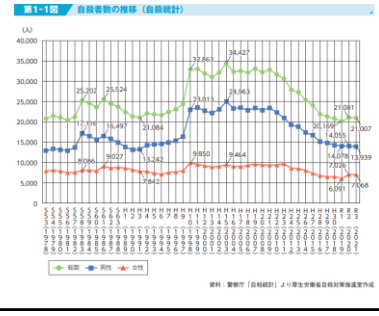
２０２２年１０月１６日（日）立正大学
アルバ・メンタルクリニック
海老澤　佐知江

本日の予定

本講習の主旨
最近の動向
最近の精神科外来の状況
産業医が精神科主治医の望むこと
精神科主治医が産業医に望むこと
ケース１
ケース２
ケース３

最近の動向

- 若い女性の自殺者の増加
- 虐待の増加
- 各科フレイル

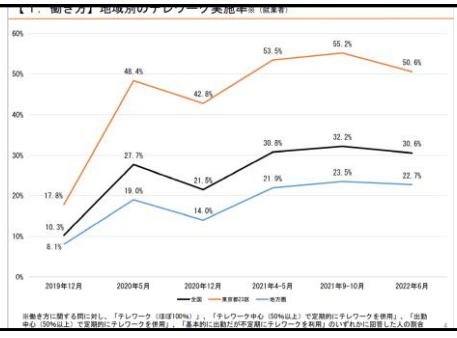


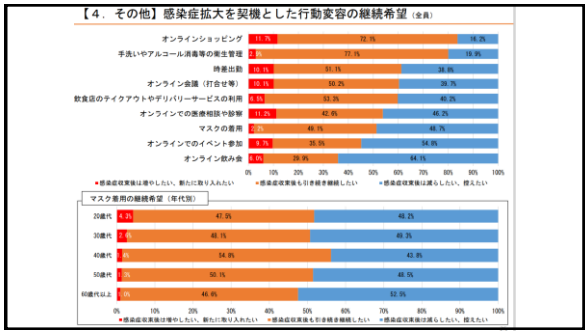
第５回　新型コロナウイルス感染症の影響下における生活意識・行動の変化に関する調査

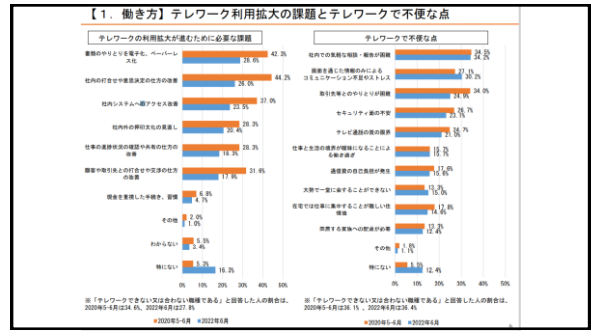
（項目一覧）
1. 働き方　　3. 地方
2. 子育て　　4. その他

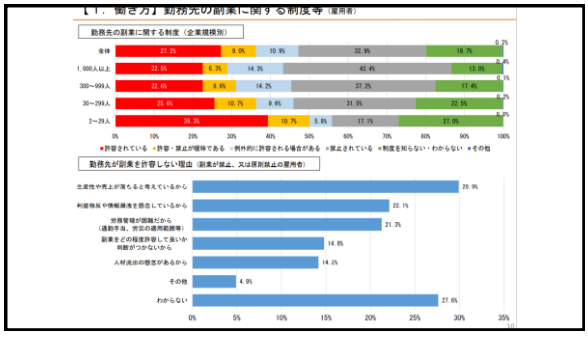
令和４年７月22日

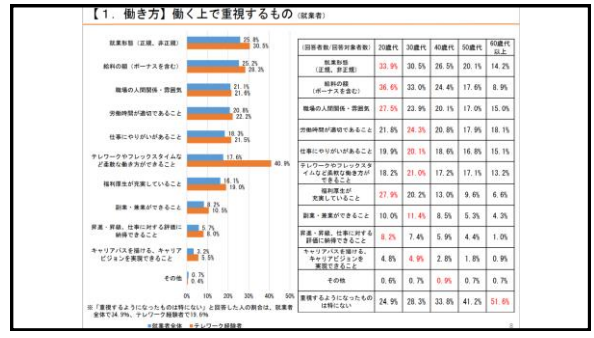
内閣府
政策統括官（経済社会システム担当）

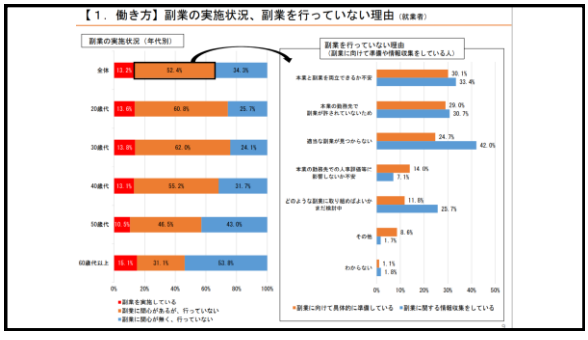


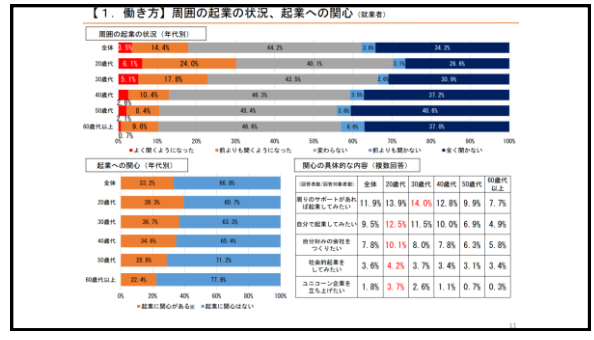

【4．その他】感染症拡大を契機とした行動変容の継続希望（全員）
オンラインショッピング
手洗いやアルコール消毒等の衛生管理
時差出勤
オンライン会議（打合せ等）
飲食店のテイクアウトやデリバリーサービスの利用
オンラインでの医療相談や診察
マスクの着用
オンラインでのイベント参加
オンライン飲み会
マスク着用の継続希望（年代別）
20歳代
30歳代
40歳代
50歳代
60歳代以上


【1．働き方】テレワーク利用拡大の課題とテレワークで不便な点
テレワークの利用拡大が進むために必要な課題
テレワークで不便な点


【1．働き方】勤務先の副業に関する制度等（雇用者）
勤務先の副業に関する制度（企業規模別）
全体
1,000人以上
300～999人
30～299人
2～29人
勤務先が副業を許容しない理由（副業が禁止、又は原則禁止の雇用者）
生産性や売上が落ちると考えているから
利益相反や情報漏洩を懸念しているから
労務管理が困難だから（過勤手当、労災の適用範囲等）
副業をどの程度許容して良いか判断がつかないから
人材流出の懸念があるから
その他
わからない


【1．働き方】働く上で重視するもの（就業者）
就業形態（正規、非正規）
給料の額（ボーナスを含む）
職場の人間関係・雰囲気
労働時間が適切であること
仕事にやりがいがあること
テレワークやフレックスタイムなど柔軟な働き方ができること
福利厚生が充実していること
副業・兼業ができること
昇進・昇級、仕事に対する評価に納得できること
キャリアパスを描ける、キャリアビジョンを実現できること
その他
重視するようになったものは特にない


【1．働き方】副業の実施状況、副業を行っていない理由（就業者）
副業の実施状況（年代別）
副業を行っていない理由（副業に向けて準備や情報収集をしている人）
全体
20歳代
30歳代
40歳代
50歳代
60歳代以上


【1．働き方】周囲の起業の状況、起業への関心（就業者）
周囲の起業の状況（年代別）
よく聞くようになった
前よりも聞くようになった
変わらない
前よりも聞かない
全く聞かない
起業への関心（年代別）
起業に関心がある
起業に関心はない
関心の具体的な内容（複数回答）

最近の精神科診療所の傾向

・２０２０年４月より、在宅勤務が推奨されたのと同時に電話再診が増加、最近は、発熱、咽頭痛などの症状がある人以外は電話再診がない。

・しかし、都心部の診療所は患者さんが戻らない、パンデミックを機に完全在宅勤務になった会社もあり、そのため電話再診を望む人も少なからずいる。

・在宅勤務が続くのが嫌で転職をする

・在宅勤務を希望して転職をする

・家族問題が勃発

精神科外来の動向

- 在宅勤務になり、通勤時間がなくなり、時間の余裕ができた一方、業務がない、雇用主からは業務実態が分からない。
- ぎりぎりの体力・体調・精神状態で休職寸前が、在宅勤務が始まり、何とか勤務を続けられるようになった。出社が再開し、週に1日行くのがやっとの状態で休職どうしよう。
- 在宅勤務中、時間があったので副業を始めた。
- 在宅勤務開始を機に、実家に帰り、電話診察で薬を処方してもらっている。実家近くに転医しない。

そもそも精神科医のとは？

精神保健指定医ー昭和６２年精神保健法の成立により創設
５年以上の診断・治療の経験
３年以上の精神障害の診断・治療の経験
厚労大臣が定める精神障害につき、厚労大臣が定める程度の診断と治療に従事の経験
厚労省令が定める研修

日本精神神経学会専門医

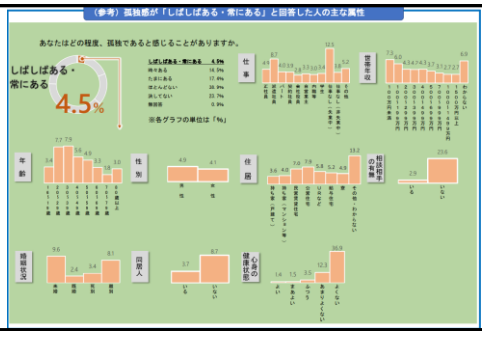
診療報酬では、通院在宅精神療法が主

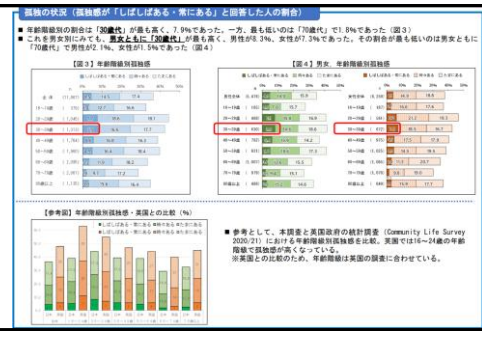
精神障害者福祉手帳、自立支援、介護など診断書の作成

従来の精神科診療所オンライン診療はあまり普及していない

産業医が精神科主治医に望むこと

- 的確な診断と治療
- 復職するときに、どの程度の労働をさせて良いか、具体的な提案
- 原因





精神科主治医が産業医に望むこと

- 復職するときの条件、所定の診断書用紙
- 傷病手当の期限や休職期限など、具体的な日付
- 連絡方法について（産業医からの電話や突然のスタッフの同伴は困る）
- 治療めいたことをやりだすのは困る
- 復職後の業務指示を求める

ケース１

４７歳女性、事務職。２０２０年４月より在宅勤務開始。はじめは、業務時間を守れていたが、次第に業務時間が延長した。業務時間の割に仕事は進んでいない。２０２１年になり、週２日程度出社する日が必要となったが、具合が悪くて出社できないと出社拒否。産業医面談で休職を提案されたがそれも拒否。産業医の紹介で渋々受診。

抑うつ気分、悲哀感が続いているが、業務はできていると言い張る。倦怠感があり、横臥しながら仕事をすることもあるが大丈夫です。通院も薬も必要ありませんという。

休職の勧めに、「休んだら、何をして良いかわからない。」仕事に依存した生活が続いていた。会社まではいけないが、自宅最寄り駅のコワーキングスペースなら行けると、勝手に上司に交渉し、上司も医師の診断書があればよいと言っていると診断書作成を希望。

ケース２（オンライン受診）

２７歳女性。未婚。単身生活。コロナ禍で在宅勤務となり、３か月経過したころより、不眠、不安、流涙、憂鬱な気分、Web会議に集中できないなどの症状が出現。ミスや業務効率の低下なども生じるようになり、上司より会社の健康相談室に相談があった。産業医面談をすることになったが、本人は外に出ることが困難とのことで、会社での面談は拒否。ＷＥＢ面談となった。産業医は、休職と精神科受診を促したが、なかなか応じなかった。外出が億劫とのことで、オンライン診療をしているクリニックを探して受診。「適応障害」と診断され、休職の診断書が提出された。２か月すると、同じオンライン診療のクリニックからの復職の診断書が提出された。

ケース３（休職中の副業）

３０歳男性。転職したばかりで、パンデミックとなり、リモートワークが続くようになった。中途入社であり、業務内容がよくわからないこともあり、上司はいつも多忙であまり教えてくれない。チーム内での意思の疎通もあまりできていない。不眠、不安、焦燥感などの症状が出現。能率も下がり、休職を希望して産業医面談。産業医からの紹介で受診。半年ほど休職をして回復、復職を希望したが、同時に起業準備もしていたことが発覚。復職のためのリワークを勧めたが、起業の準備がリワークにつながると拒否。

療養専念義務

- 私傷病休職程度ー労働契約を維持しながら、労働者に治療の機会を与える

→労働提供義務免除

社員は休職中療養に専念する義務（療養専念義務）

→副業を辞めて療養に専念するように業務命令を下すことができる

（ジャムコ立川工場事件ー東京地裁八王子支判H.17．3．16）

休職中の副業①

会社側

主治医からの情報収集（面談や情報提供依頼書）

・当該社員の病状

・副業が病状に与える影響の有無やその程度

主治医に聞く時の注意点：本人の同意書がないと診療情報の提供に応じてもらえない場合が多い。診療情報提供書または診断書の料金はだれが払うか。（会社側に踏み倒された医師あり）

休職中の副業②

- 主治医
  傷病手当金の書類の作成依頼など就労不能の診断書の記載に迷う
  事実の確認が必要

  リワーク施設に通所する代わりに自営知人の手伝い、選挙活動、ボランティアなど無給の仕事などもいる

  元々、副業をしている場合、どこまで許可するか
  アフェリエイト、転売業、大学講師、飲み屋、デリバリー等

診断書

１ 医師法（昭和 23 年法律第 201 号）（抄） 第 20 条 医師は、自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しく は処方せんを交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しく は死産証書を交付し、又は自ら検案をしないで検案書を交付してはな らない。但し、診療中の患者が受診後二十四時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りでない。

- ２ オンライン診療の適切な実施に関する指針（平成 30 年 3 月 30 日付け 医政発 0330 第 46 号厚生労働省医政局長通知の別紙）（抄） Ⅴ１⑵②ⅱ 初診は、原則として直接の対面による診療を行うこと。 ⅲ 急病急変患者については、原則として直接の対面による診療を行うこと。なお、急病急変患者であっても、直接の 対面による診療を行った後、患者の容態が安定した段階に 至った際は、オンライン診療の適用を検討してもよい。 ⅳ ⅱ及びⅲの例外として、患者がすぐに適切な医療を受け られない状況にある場合などにおいて、患者のために速や かにオンライン診療による診療を行う必要性が認められる ときは、オンライン診療を行う必要性・有効性とそのリス クを踏まえた上で、医師の判断の下、初診であってもオン ライン診療を行うことは許容され得る。ただし、この場合 であっても、オンライン診療の後に、原則、直接の対面診 療を行うこと。

- Ⅴ１⑹②ⅱ オンライン診療では、可能な限り多くの診療情報を得る ために、リアルタイムの視覚及び聴覚の情報を含む情報通信手段を採用すること。直接の対面診療に代替し得る程度 の患者の心身の状況に関する有用な情報が得られる場合に は補助的な手段として、画像や文字等による情報のやりと りを活用することは妨げない。ただし、オンライン診療 は、文字、写真及び録画動画のみのやりとりで完結しては ならない

厚労省医事課　令和2年8月26日

- １．初診からの電話や情報通信機器を用いた診療の実施について（1）初診からの電話や情報通信機器を用いた診療の実施の要件の遵守の徹底について 4 月 10 日付け事務連絡１．（1）に記載している以下の要件を遵守しない処方が見 られたことから、初診から電話や情報通信機器を用いた診療を実施する医療機関は当 該要件の遵守を徹底すること。 ２①麻薬及び向精神薬を処方してはならないこと ②診療録等により当該患者の基礎疾患の情報が把握できない場合は、処方日数は 7 日間を上限とすること ③診療録等により当該患者の基礎疾患の情報が把握できない場合は、診療報酬におけ る薬剤管理指導料の「１」の対象となる薬剤の処方をしてはならないこと また、当該要件を遵守しない処方が行われた医療機関については、厚生労働省から 都道府県へ情報提供を行うこととするので、情報提供を受けた都道府県は、当該医療 機関における電話や情報通信機器を用いた診療の実態を調査の上、行為の速やかな停 止を勧告するなど必要な指導を行うこと。また、かかる調査や指導等の結果について は、厚生労働省に随時情報提供すること。

- (２) 初診から電話や情報通信機器を用いた診療を実施する際の留意事項について 医療機関の所在地から大きく離れた地域の患者に対して診療が行われた事例が見 られたが、概ね医療機関と同一の２次医療圏内に生活・就労の拠点を有する患者を対 象とすることが望ましいことから、初診から電話や情報通信機器を用いた診療を実施 する医療機関は、その点を踏まえた上で実施するよう留意すること

Q＆A　令和4年3月31日厚生労働省医政局医事 課 厚生労働省医薬・生活衛生局総務 課

- Q２ 新型コロナウイルス感染症の感染が収束するまでの間に行う全ての診療につ いて、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の適用が除外されるのか。
- Ａ２ 事務連絡による対応は、新型コロナウイルス感染症が拡大し、医療機関の受診 が困難になりつつあることに鑑みた時限的・特例的な対応であるため、原則、既に 指針に基づくオンライン診療を行っていた患者に対しては、指針の内容を遵守し、診療を行うこと。

Q５ なぜ麻薬や向精神薬は処方できないのか。

- Ａ５ 麻薬及び向精神薬については、濫用等のおそれがあることから、麻薬及び向精 神薬取締法によりその取扱いについて厳格に規制されているところ。この点、初診 から電話や情報通信機器を用いた診療を行う場合は、患者のなりすましや虚偽の申 告による濫用・転売の防止が困難であることを考慮し、麻薬及び向精神薬取締法に 指定する麻薬及び向精神薬の処方はその対象から除外することとした。

Q６ 初診からの電話や情報通信機器を用いた診療の実施において、診療録等によ り患者の基礎疾患の情報が把握できない場合、なぜ処方日数は７日間を上限とさ れているのか。

- Ａ６ 電話や情報通信機器を用いた診療においては、患者の基礎疾患の情報等の診断 に必要な情報が十分に得られないことが多いと予想されるため、処方医による一定 の診察頻度を確保して患者の観察を十分に行う必要があるという観点から、処方日 数については７日間を上限とした。

Q８ 「初診から電話や情報通信機器を用いて診療を行うことが適していない」場 合とは具体的にどのような場合か。

- Ａ８ できるだけ早期の処置や服薬が必要であると医師が判断した場合、診断にあた って検査が必須となる場合等が考えられる。また、初診から電話や情報通信機器を 用いた診療により診断や処方が可能であるかの判断は、個別具体的に医師の責任の 下で行われるものであるが、電話や情報通信機器を用いた診療は症状が出現し、電 話やオンラインによる診療の予約をしてから診察までに時間を要することが予想さ れること、重篤な症状でなくても緊急的な処置や治療が必要なことがあること（軽 い胸痛や突然の頭痛等）や触診や聴診を行うことが困難であること等に鑑み、電話 や情報通信機器を用いた診療には適していない症状をあらかじめ示しておくか、電 話による予約などにおいて確認しておくことが望ましい。

Q10 本人確認は事務連絡における内容で対応しきれるのか。また医師のなりすま しが横行するのではないか。

- Ａ10Q10 本人確認は事務連絡における内容で対応しきれるのか。また医師のなりすま しが横行するのではないか。視覚の情報を含む情報通信手段を用いて診療を行う場合、医師については顔写 真付きの身分証明書により本人確認を行うこと、また医師の資格を有していること を証明すること。なお、都道府県において不適切な事例の報告があった際には当該医 療機関を管轄する貴管下の保健所に対し、当該医療機関における電話や情報通信機 器を用いた診療の実態を調査した上、行為の速やかな停止を勧告するなど必要な指 導を行うほか、指導を行っても改善がみられず、医師法第 17 条違反が疑われる悪質 な場合においては、刑事訴訟法第 239 条の規定に基づく告発を念頭に置きつつ、警察 と適切な連携を図ること。