

MMPI の臨床と研究 — 心理診断から研究へ（補遺） —

札幌学院大学大学院 臨床心理学研究科 井手正吾

I. はじめに（臨床的実践と研究）

臨床とは、何らかの悩み、苦しみ、痛みといったものをもつ人に対して、その問題、障害、病理がどういったものかを専門的な観点から理解し、その問題を消去あるいは軽減するための専門的な対処を行うことである。この2つが臨床家の中核的な仕事であり、これを、心理学分野では最近あまり使われことが少なくなったが、「診断と治療」といったり、最近よく使われる用語では、「アセスメントとトリートメント」といったりする。この2つは切り離せないもので、臨床の中核の表裏一体のものといえる。

また、その臨床実践と研究もしっかりと結びついたものである。土居（1977）が治療面接と事例検討（面接とケーススタディ）の密接性を強調しているが、専門家としての臨床実践は、現実的に役立つ理論や技法といったものを基盤としなければならないし、それを体系化し構築していくのは基礎的なものも含んだ臨床的な研究であり、それは臨床実践自体に含まれているところもあるのだろう。

臨床家は患者・クライアントとの臨床実践から得られ築かれた診断的な知識や治療的な技法を学び、専門的な立場から臨床的実践を行う。その実践を確認したり検証したり修正したりして、自分なりによりしっかりした理論や技術の体系を身につけていき、さらに専門的な臨床実践をすすめていかなければならない。個々の臨床家が自らの実践の理論や技法を洗練させたり修正することも、さらに研究としてまとめていくことも、その臨床の理論や技法の体系をより専門的にしっかりしたものへ発展させていくことにつながるであろう。

現実に生活する人間を対象とする臨床では、どのような分野でも同じであろうが、フロイト、S. をひとつの源とする心理臨床は、「こころ」という客体化しにくいものを主な対象とするため、専門家として依って立つ理論や技法がかなり多様となっており、すっきりとしたものではない。古いところでは、精神分析から行動療法まで様々な立場があり、一見すると矛盾したり対立するような理論や技法があり、複雑でまとまりにくい。「こころ」をもった人間、複雑で多様、それでいてひとつの全体的まとまりをもつ個人を対象にするため、いたしかたないところであろう。心理学や近代精神医学が学問として成立して、100年少しで分かるほど人間の「こころ」は単純ではないのは当然といえよう。あくまで、臨床実践は理論や技法のためにあるのではなく、患者・クライアントのためのものである。土居（1977）は「分からない」ということを治療面接の基本として強調しているが、これは臨床全般にもいえることで、分かった気にならずつねに謙虚に、臨床実践や研究に臨みたいものである。

心理臨床の重要な仕事の一つとして心理検査による心理診断・心理アセスメントがある。知能検査を始めとし、さまざまな種類の心理検査が開発され臨床現場で使用されているが、どのような検査であれ、なんらかの診断や治療にかかわるものである。なかでも、MMPI・ミネソタ多面的人格目録（以下 MMPI と表記）とロールシャッハ・テスト（以下ロールシャッハと表記）は、患者・クライアントの全体像をとらえることのできる検査として筆者の心理臨床のひとつの核となるものとして使い続けている。その一方の MMPI を取り上げ、他方のロールシャッハとの比較も交えて、

臨床実践と臨床心理の研究について述べていきたい。

II. MMPI という臨床心理検査：ロールシャッハとの相違と類似

MMPIは1943年に刊行された世界的に広く用いられている人格検査である。臨床的な心理診断・心理アセスメントのために最も役立つ心理的道具のひとつであるといわれる(井手, 2011 a)。これはロールシャッハと並び称される場所である。またロールシャッハとMMPIは、現在までの臨床的な使用量そして研究文献数は、他の検査と比較できない膨大な数となっている。ロールシャッハは投影法の、MMPIは目録法・質問紙法の代表とされ対称的な検査と扱われることが多い。意外に類似点も多いのだが、確かに大きな相違もある。ロールシャッハはインクのシミ図版を見て「何に見えるか」という比較的自由的な反応を得るのに対し、MMPIは項目文章を読んで「あてはまるか、あてはまらないか」という選択的な反応を得る検査である。検査の施行に際して、ロールシャッハはかなりの知識と修練が必要となるが、MMPIはある程度の留意を身につければ特別な訓練を積む必要はない。結果の処理に関しては、いずれも結果処理量は大量といえるが、ロールシャッハは基本的なスコアリングのためにかんがりの知識と修練を必要とするが、MMPIは機械的に処理できコンピュータを利用するとより容易に迅速におこなうことができる(井手, 2011 b)。

当然、ロールシャッハとMMPIは日本でも心理学や精神医学の基本的なテキストでさえ紹介され、名前はかなり知られている。しかし、日本におけるこの2つの最も大きな相違点は臨床的な使用や研究である。1986年から7年ほどの間隔で継続的に行われている日本での心理検査の使用状況の実態調査(小川, 2001; 小川, 2011)であきらかだが、ロールシャッハは欧米並み、あるいは欧米以上に使用されている印象さえあるのに、MMPIは上位10位の中に入ることはなく、米国と比べるとほとんど使用されていないといえる状況が続いている。研究をみると、ロールシャッハは1958年に刊行された「ロールシャッハ研究」その継続

の学会誌「ロールシャッハ法研究」をはじめ、心理学や医学などの広い分野で膨大ともいえるさまざまな研究が行われてきた。それに比べMMPIは、その使用状況にも関連しているが、ロールシャッハと比べるとその少なさは歴然としている。

小川(2001, 2006)は、臨床心理検査を反応の「自由度」と結果の分析・解釈における「ゲシュタルト的見方」という2つの観点から分類している。小川は、投影法は自由度があり、ゲシュタルト的見方が必要とされ、特にロールシャッハはゲシュタルト的見方が最も必要とされる検査と位置づけている。また、目録法を一括して、自由度が非常に低く、ゲシュタルト的見方はほとんど必要としない検査としている。MMPIも確かに施行手続きからすれば、自由度は低い。しかし、結果の分析・解釈については、実はゲシュタルト的見方ができるし必要とされる臨床検査である。

MMPIに限らず心理検査の解釈の方向は、大きく分けて臨床法 clinical method と統計法・統計記録法 actuarial method との2つに分けることができる(田中, 1990)。田中はMMPIの解釈では臨床法が主流である推奨している。村上・村上(2006)は、臨床法と統計法を対立的にならば、臨床的解釈は個人的体験や直感に頼った1970年代までの過去の古い妥当性のない解釈であり、統計記録的解釈が科学的で客観的な現代の正当な解釈法であるとして、コンピュータによる自動解釈を奨めている。村上らの主張は実証的で科学的な臨床が求められる現在の動向という点から納得されるところであろう。臨床における専門家としての客観性や距離をとった関わりの重要性もよく分かるところである。しかし、臨床において、特に人間全体を対象とする心理臨床においては、客観性に対する主観性(臨床家の責任ある主体性といった方がより適切と思われる)、中立性に対する積極性、はっきり「分かる」ところを明確にしながらも「分からない」ところを大事にするという側面も重要である。田中はMMPIの解釈における統計法、コンピュータによる自動解釈に古くから注目しており(田中, 1970)、そして臨床法と統計法を対立的ではなく相補いあうものとしてとら

えている。田中が臨床法を推奨しているのは、ゲシュタルトの見方が重要である MMPI の臨床心理検査としての特性によるところも大きい。統計法で陥りやすい blind analysis 目隠し分析的で機械的な分析・解釈への警鐘でもあろう。

MMPI は、それまでの内的基準による尺度構成の目録法とは異なった外的基準によって尺度を構成していき臨床の有用性を高めた。だが、その分、他の目録法とちがって尺度が多面的な意味合いをもつようになり結果の分析・解釈が単純なものではなくなった。そのためプロフィールパターンを始めとして、他尺度などを含めて総合的に結果を分析・解釈していかなければならない。また、MMPI は外的基準による尺度構成のため、特定の理論に基づかない550という被検者への負担が大きいという印象を抱かれる項目プールの検査となった。だが、そのため様々な理論や立場からの多くの追加尺度や指標が開発されてきた。MMPI の臨床的な活用としては、基礎尺度に加えて20～100ほどのさまざまな追加尺度や指標等を利用できる。ロールシャッハが領域、決定因、内容、形態水準などの基本スコアリングに加えて、言語表現など様々な結果処理ができ、患者・クライアントの全体的で広い側面をとらえられる情報を与えてくれる検査になったように、MMPI も被検者の全体的で非常に多くの情報を与えてくれる検査となっている。逆に言えば、ロールシャッハと同じく、その結果から、患者・クライアントの病理や脆さ、健康さや強さを含めた適切な人格像を描き出すためにはゲシュタルトの見方が必要とされる検査なのである。

MMPI の臨床的な使用として、心理的な弱さや強さ、パーソナリティの全体像を描き出すための主な MMPI の結果とその分析の手順を以下にあげてみる。

○基礎尺度関連

- ・基礎尺度、妥当性尺度・臨床尺度の個々の T 得点
- ・基礎尺度 (妥当性尺度・臨床尺度) の相対的高さ
- ・基礎尺度プロフィールパターン (妥当性尺

度、臨床尺度)

- ・特徴的プロフィールパターン (123 尺度, 456 尺度, 678 尺度等)

- ・2 点コードあるいは 3 点コード

- ・プロフィール指標 (AI・IR, Goldberg 指標, T 反応率等)

○下位尺度による臨床尺度の検討

○内的基準による尺度と臨床尺度の検討

- ・Wiggins Content Scales, Indiana Rational Scales, 他の追加尺度

○追加尺度

- ・個々の特殊尺度 (頻用・伝統的特殊尺度)
- ・追加尺度のパターン (A (不安) 尺度と R (抑圧) 尺度, Dy (依存) と Do (支配), I-De (依存・論理) と I-Do (支配・論理), Lb (腰痛) と Ca (前頭葉) 等)
- ・セット尺度 (TSC, パーソナリティ障害尺度, 等)

○個々の回答についての検討

- ・危機項目, ? 回答 等

以上のようなさまざまな結果からの個人的な情報を、そして臨床像なども含めてまとめていくのは、ロールシャッハと同じように難しくもある。だが、心理診断としての醍醐味もある。また、このような多くのさまざまな情報を得られるから、病理の理解や治療的な方向性などをとらえていける臨床検査となっているのである。

MMPI の結果のほとんどは、非常に客観的な数値として出されて統計的な処理をしやすい。コンピュータのハード的性能、それに随伴するプログラムの飛躍的な発展は、大量のデータのかなり複雑な処理を可能としている。ロールシャッハにおいても、エクスナーの反応数がある程度統制するような施行法や構造一覧表など、かなりゲシュタルトの見方を排し客観性を求めるとらえ方もある。コンピュータによる自動解釈的なとらえ方、はっきり「分かっている」ところを明確にしておくことも大事である。しかし、心理的な病理やパーソナリティ像というものがすべて分かっているわけではなく、コンピュータによる自動解釈といっても、帰する所、その自動解釈を作成した臨床家

の選択した蓄積データや解釈仮説であり、それは客観性が保障されているわけではない。臨床心理検査として、「分らない」ところを大事にする必要があり、ゲシュタルト的見方や臨床法による解釈も大きく意味あることと思われる。そして、さらなる研究が必要であり、また研究を進める価値がある。

Ⅲ. MMPI の研究：外的基準による追加尺度

MMPI の基礎尺度の殆どは外的基準によって作成されたところに大きな特長がある（田中，1990：井手，2010等参照）。そのため、内的基準で作成されたような目録法と異なり、その尺度が何を測っているのか分かりにくく隠蔽項目が多く、意図的な歪曲ができにくい尺度となっている。同時に分かりにくい多元的な意味合いをもった尺度ともなっている。外的基準で構成された尺度は、ある意味臨床的な研究で作成されたようなものであり興味を惹かれ、さらに検討していくのは臨床的にも意義深く思われる。

追加尺度では、基礎尺度をおぎなうような、Wiggins Content Scales や Indiana Rational Scales のように内的基準で作成されたものも多いが、外的基準で作成された尺度も少なくない。内的基準による尺度とは、項目内容の論理的整合性によって作られた尺度であり、外的基準による尺度とはある特性を持った人の反応に基づいて構成された尺度である。外的基準による尺度と内的基準による尺度の項目例をとりあげてみよう。O-H 敵意過剰尺度と第3尺度の下位尺度の Hy5 攻撃抑制尺度である。いずれも攻撃性や怒りの抑圧に関連する尺度であり、冊子式項目番号（たまたま原版冊子番号も新日本版連続番号も同一の項目となっている）と項目文章、そしてカッコ内は採点方向（Tは「あてはまる」、Fは「あてはまらない」回答で採点される）である。

Hy5（攻撃抑制）尺度

（内的基準による尺度の項目例）

- 6 犯罪に関する新聞記事を読むのが好きだ（F）
- 30 時には、悪い言葉を口にしたいくなる（F）

- 147 すぐに決心がつかないために、よく損をする（F）
- 170 他人が私をどう考えていようと、あまり気にならない（F）
- 128 血を見て怖がったり、気分が悪くなったりしない（F）

O-H（敵意過剰統制）尺度

（外的基準による尺度の項目例）

- 1 機械関係の雑誌が好きだ（F）
- 81 山林を警備するような仕事をしてみたいと思う（F）
- 78 詩が好きだ（T）
- 229 いろいろなクラブや団体に入りたい（T）
- 425 よく夢を見る（T）

Hy5は、第3尺度の下位尺度であるが、内的基準、すなわち項目内容でまとめられており、確かに攻撃抑制と解される文章でなりたっている。しかし外的基準で作成されたO-Hは、攻撃性に関する内容とは全く関係のないような文章である。他の構成項目もほとんどこのような隠蔽項目となっている。

O-Hは、Megargee, E. I., Cook, P. E. & Mendelsohn, G. A. (1967) による追加尺度で、彼らはかなり綿密な手続きを踏んで作成しているが簡略していうと、普段は穏やかだが攻撃衝動の統制が過剰と考えられる暴力的な犯罪者と非暴力的な犯罪者で回答率に違いがみられた31項目から作成された。非常に激しい衝動的な攻撃をみせるが普段は非常に強く抑制されているような特性をとらえているとしている。欧米では多くの研究がなされており、Levitt, E. E. & Gotts, E. E. (1995) は有用性の高い追加尺度と評価している。O-Hが高いから突発的な攻撃行動を生じやすいとはいえないが、臨床的な経験では、O-Hが高く、他の攻撃性をとらえる内的基準による尺度（Ho・敵意尺度、HOS 敵意尺度、等）が低いと、そのような暴発的な強い攻撃性を示すようなエピソードがみられるケースが少なくない。日本では、寡聞ではあるが、O-Hを取り上げた研究はまだみられないようである。

外的基準で作成されたからといって、隠蔽項目が多い分りにくい尺度になっているとは限らない。臨床尺度の第1尺度や第7尺度は、内容的には一元的で明瞭な項目で構成されている尺度となっている。しかし、外的基準で作られている尺度であるためか、その尺度の項目がある程度一元的なものとなっても、解釈となると少し微妙である。第7尺度は、強迫神経症患者と健常者を識別する項目で構成されており、解釈仮説としても強迫性や完全癖がとりあげられている。だが、7尺度の項目は不安や緊張に関連した内容となっており、強迫行為や強迫観念に直接関するような項目は含まれていない。にもかかわらず、7尺度が高い被検者は強迫的であったり完全癖が強い者が多く、その解釈が適切な場合が多い。

外的基準によって作られた尺度でも、妥当性尺度のF尺度やK尺度によって、大きく影響される尺度もあれば、あまり影響を受けない尺度もある。臨床実践の経験では、Es 自我強度尺度やSt 社会的地位尺度などは、F尺度が高得点であると低くなりやすく、K尺度が高いと上昇しやすい。O-H, Mac アルコール依存尺度やCn 統制尺度などは妥当性尺度の結果とあまり関連のない尺度という印象が強い。

外的基準で作成された代表的な追加尺度としてEs 自我強度尺度があり、日本においてもかなりの研究がみられる（小川, 1965; 堀尾, 1973; 木場, 1982, 等）。Es は, Barron, F. (1953) によって、外来患者で心理療法で改善した17名とそうではなかった者16名を識別する項目で構成されている。自我の強さや心理療法への適用可能性の指標ととらえられ、日本でもMMPIの解釈としても教科書的な解釈が適用されていることが少なくない。しかし、Levitt, E. E. and Gotts, E. E. (1995) は今までの多くの研究をまとめEs に対し否定的な結論を出している。たしかに、日常臨床での経験でも、Es はF尺度が高得点であれば低得点となりやすく、K尺度が高いと上昇しやすい。内省的で不安定感が強い患者はF尺度が高くなりやすいし、F尺度が高い場合、不適応感が強く治療意欲が高く心理療法へ適応しやすい者も少なくない。MMPIをあまり活用していない者が教科書通

りの解釈でとらえると誤った心理診断や治療的対応になったり、MMPIは役に立たない検査と評価されるかもしれない。F尺度が高くてもEsが50を越えていると、他の結果も加味しないとけいがないが、かなり自我の強さはあり心理療法で治療効果をあげる患者は多いという臨床的な印象は強い。やはり、MMPIはひとつの結果だけで一元的な結論はだせず、他の結果も加えたゲシュタルト的見方で結果をとらえていかなければならないし、そのような研究が望まれよう。

また外的基準による追加尺度として有名な尺度としてMac アルコール依存尺度がある。MacAndrew, C. (1965) は、300名の外来アルコール症患者と300名のアルコール症のない外来患者を識別する項目からMacを作成した。本来51項目で構成されているが明瞭性の高い2項目を除いて49項目で使われることが多く、かなり隠蔽性が高い尺度である。Macの研究では分割点として粗点で扱われることが多いが、日常的な臨床ではT得点で結果をみていくことが普通である。MacAndrewは分割点を24としているが、後の研究で適切な分割点とされるのは23~30あたりまで広範囲で、Levitt, E. E. & Gotts, E. E. (1995) は、男性で28、女性で25が妥当なところとしている。新日本版MMPIであれば、男性で粗点が28であれば、T得点は67、女性で粗点25はT得点64である。粗点24は、男性ではT得点57、女性ではT得点61である。外的基準で作成され隠蔽項目が多い追加尺度はT得点70を超えるような高得点になることは少ない。MacなどはT得点が60を越えると、かなり高いととらえていかなければならない。

Macも日本では比較的研究が少なくない尺度だが、当然ながらアルコール依存や薬物依存に関連した研究である（武山, 1982; 村山, 1997; 古川・新谷・塩谷, 2012など）。Levitt, E. E. & Gotts, E. E. もアルコール問題や嗜癖などを検討するために有用な尺度としている。臨床的な経験では、時にそのような病理には関係のない患者でMacが高い患者がみられる。そのような患者には、まだ明確にはいえないが共通するようなパーソナリティ特性や強さ、脆さがあるような印象をもたれる。外的基準による尺度の多次元性を、さ

らに追求し明確にしていくような研究も興味深く思われる。

ここでは、O-H, Es, Mac を取り上げたが、他にも Cn (統制) 尺度, Lb (腰痛) 尺度など妥当性尺度にあまり影響を受けない外部基準で作られた興味深い尺度はある。これらの単独、あるいは基礎尺度との関連を検討する研究もそれなりに意味あるだろうが、他の追加尺度や指標などとの関連をみる総合的な研究が望まれるし、それが MMPI の臨床的活用の発展にもつながっていくと思われる。

IV. おわりに：今後の MMPI 活用の発展へ

日本においてロールシャッハは戦後まもなく精神科をはじめとし、さまざまな分野で興味や関心をもたれ、地道に使用されてきた。片口安史先生のテキストを始め、多くの訳本なども出版されていた。そして、スコアリングや言語表現など健常者の標準値などの基礎的な研究から、種々の病理群や心理療法との関連を検討した研究などたくさんのおかがで、日本での臨床での使用は増えさらに発展してきた。筆者が臨床的で自分なりにロールシャッハを活用できるようになったのもその恩恵が大きいところである。

しかし、MMPI については1990年代までは、公刊版である日本版にいろいろと問題があったこともあり名前が知られているのみで研究も使用量も散々たるものであった (田中, 1997)。田中富士夫先生を中心とした金沢大学版などの研究版を用いた臨床的使用や研究が地道になされており、筆者はそれを知るようになって、ようやく MMPI という臨床心理検査を理解できるようになり、日常臨床で本格的に使用し始めた。だが、研究版ということもあり日本全体に普及することはなかった。1990年代はじめに、金沢大学版の発展版としての新日本版 MMPI (MMPI 新日本版研究会 (編), 1993), ならびに村上・村上 (1992) による MMPI-1 が公刊された。それから20年近くたつが、先に述べたように MMPI の臨床的な使用や研究は依然低調とはいえるが、1995年より研究会誌「MMPI 研究・臨床情報交換誌」が発行されるなど、基礎

的な研究も含めて MMPI の研究は以前と比べてわずかながら増えてきてはいる。

臨床心理検査としての MMPI に関心をもち理解を深め、臨床実践に活用しさまざまな研究をおこなって欲しい。そして MMPI の活用が拡がりさらなる研究へとつながるといふよき循環となることを望んでいる。MMPI は、ロールシャッハと同じような、あるいは少し異なる、さまざまな研究を行うことができ、さらに臨床的活用を上げていくことのできる臨床検査である。最後に、今後の研究にからむことをいくつか述べておく。

MMPI は、ロールシャッハと比べての大きな特徴、利点となるのは、施行と結果の処理の簡明さであろう。実施法は、さほどの修練はいらないし、結果の処理は追加尺度を加えると膨大ではあるが、機械的にできコンピュータを利用すれば迅速に行える。結果は、数値として処理しやすいものとして出てくる。統計法的な研究は行いやすいし、さまざまな尺度や指標などの日本における標準値をはじめとする統計法的な研究は、まだまだ必要であろう。

追加尺度は500を越えるほど作成されているが、その中で有用と思われる追加尺度も加えたゲシュタルトの見方をうながすような、MMPI から得られる多数の結果を総合的にみていく臨床法的研究がもっと必要であろう。臨床実践にむすびつき、臨床的な活用にも応用できる事例研究・報告がロールシャッハにくらべて少ない。特に、追加尺度やプロフィール指標や危機項目などもとりあげた、ゲシュタルトの見方や臨床法的な解釈をした事例研究が望まれるだろう。豊富な MMPI の結果を加味した事例報告は、村上・村上 (1992, 2009) と野呂・荒川・井手編 (2011) ぐらいであるが、ただし村上・村上は自動診断を用いた統計法的事例報告である。

また、ロールシャッハとのバッテリーでの研究も望まれるところである。いずれも、パーソナリティの全体的な側面をとらえることができるが、ロールシャッハでとらえやすいところ、MMPIの方がより明確にできるところがあるだろうし、その逆も当然あるだろう。このバッテリー研究が、より心理診断を深めてくれると思われる。ロール

シャッハとMMPIの違いは、投影法と目録法、無意識と意識（筆者としては多少違和感を覚えるが）、視覚的課題と言語的課題などが指摘される。しかし、最も大きな違いは、ロールシャッハは検査者-被検査者という直接的な対人的なやりとりが大きく結果に出てくること、MMPIは社会文化的な言語への反応で、ある程度の距離をとった結果である、と筆者は考えている。そのような観点が適切かどうかを明らかにしていくのは筆者の課題でもある。しかし、この2つの優れた魅力ある検査の組み合わせ、統合を考えていくことは心理診断という臨床実践や研究の幅を広げていくものと思われる。

データの解析や統計的処理などの研究の手法は、複雑な処理を高度に発展を遂げて日常生活にも深く入り込んだコンピュータを援用する現代的で洗練された手法であれ、ロールシャッハやMMPIの原点がそうであったような素朴で泥臭い手法であれ構わない。ともかく、「分からない」ところを大事にした臨床実践に直接的、間接的に結びついた、そしてさらなる臨床実践につながる臨床的な研究が大切だと、筆者は考えている。

*本稿は、井手（2013）において字数制限でやむなく省いたところを補ったものである。

文 献

- Barron F (1953) An ego strength scale with predicts response to psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 17, pp. 327-333.
- 土居健郎 (1977) 方法としての面接 - 臨床家のために - 医学書院.
- 古川夢乃・新谷紀子・塩谷亨 (2012) MMPIのMAC尺度の高得点者と低得点者の臨床尺度における比較-アルコール依存症者の男性データを用いて-. *日本心理臨床学会第31回大会論文集* 334.
- 堀尾治代 (1973) 自我の強さの尺度に関する一考察 BarronのEsスケールとRPRSの関係について. *心理学研究* 44(5), pp. 233-240,
- 井手正吾 (2011 a) MMPIの概要 野呂・荒川・井手(編) わかりやすいMMPI活用ハンドブック 金剛出版 pp. 15-24.
- 井手正吾 (2011 b) MMPIにおけるコンピュータ利用 野呂・荒川・井手(編) わかりやすいMMPI活用ハンドブック 金剛出版 pp. 297-309.
- 井手正吾 (2013) 心理診断から研究へ MMPIを通して *臨床心理学* 13. 3. pp.370-374.
- 木場清子 (1982) MMPI自我強度尺度(Es)の基礎資料 *臨床心理学の諸領域: 金沢大学臨床心理学研究室紀要* 1, pp. 34-38,
- Levitt EE & Gotts EE (1995) *The clinical application of MMPI special scales*. 2nd ed. New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates.
- MacAndrew C (1965) The differentiations of male alcoholic out-patients from nonalcoholic psychiatric patients by means of the MMPI. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 26, pp. 238-246.
- Megargee EI, Cook PE & Mendelsohn GA (1967) Development and validation of an MMPI scale of assaultiveness in overcontrolled individuals. *Journal of Abnormal Psychology*, 72, pp. 519-528.
- MMPI 新日本版研究会(編) (1993) 新日本版MMPIマニュアル 三京房.
- 村山治子 (1997) MMPI 新日本版におけるMacAndrew尺度の妥当性の検討. *中京大学文学部紀要*, 32, pp. 117-127.
- 村上宣寛・村上千恵子 (1992) コンピュータ心理診断法- MINI, MMPI-1自動診断システムへの招待- 学芸図書株式会社.
- 村上宣寛・村上千恵子 (2004) 臨床心理アセスメントハンドブック 北大路書房.
- 村上宣寛・村上千恵子 (2009) MMPI-1/MINI / MINI-124ハンドブック -自動診断システムへの招待- 学芸図書株式会社.
- 野呂浩史・荒川和歌子・井手正吾(編) (2011) わかりやすいMMPI活用ハンドブック 施行から臨床活用まで 金剛出版.
- 小川捷之(1965) 自我の強さ(Ego Strength)の測定に関する研究- 1 - *東京教育大学教育学部紀要* 11, pp. 107-122,

- 小川俊樹 (2001) アセスメント技法研究(1):
投影法 下山晴彦・丹野義彦(編) 講座臨床心
理学 2 臨床心理学研究 東京大学出版会
pp. 143-162.
- 小川俊樹 (2011) 「心理臨床に必要な心理査定
教育に関する調査研究」報告 日本臨床心理士
養成大学院協議会報 7(2); 3.
- 小川俊樹 (2008) 今日の投影法をめぐって 小
川俊樹(編) 投影法の現在 現代のエスプリ別
冊 5-20.
- 武山雅志 (1982) Mac Andrew 尺度の妥当性の
検討—アルコール依存症, 精神分裂病及び正常
者の比較—. 臨床心理学の諸領域 1, pp.
12-16.
- 田中富士夫 (1990) 質問紙法 土居健郎・笠原
嘉・宮本忠雄・木村敏(編) 異常心理学講座 8
みすず書房 pp. 17-69.
- 田中富士夫 (1970) 電子計算機による MMPI
自動解釈の現状と問題 金沢大学法文学部論集
哲学篇, 19, pp. 19-40.
- 田中富士夫 (1991) MMPI 安香宏・田中富士
夫・福島章(編) 臨床心理学大系 5 人格の理
解 金子書房 pp. 102-118.
- 田中富士夫 (1997) 我が国における MMPI 研
究のこれまでと新日本版の役割 中京大学文学
部紀要 32, pp. 157-166.