

多数の尺度・指標を用いたMMPI結果の実用的解釈例

平松記念病院 本 多 悠
札幌学院大学大学院臨床心理学研究科 井 手 正 吾

要 約

本論文では、プロフィールで8尺度高点を示した2事例を用い、基礎尺度以外の追加尺度や指標の得点布置も意識しながら相対的に把握するという、臨床で実用的な解釈例を呈示した。2事例の一方は過剰な感情の統制・否認がベースとなっていること、もう一方は思考や行動に混乱が生じやすく精神病的傾向が8尺度の高さにつながっていると考えられた。相対的把握は、複数の追加尺度をセットにして見たり、基礎尺度から推測される傾向を裏付けする追加尺度・指標を見つけるという、少しの工夫から可能となる。解釈のコツをつかめば、単一尺度が示し得る複数の意味合いが狭まり、被検者の人格・行動特徴を明らかにできるだけではなく、背景要因を推測し治療の方向付けにも役立てることができる。さいごには、その解釈のあり方は、ロールシャッハテストをはじめとした日本で使用頻度の高い投影法の解釈と共通しているという考えも示した。

I. はじめに—MMPIの活用可能性について—

MMPIの構成や解釈法については、各種マニュアルやテキストが存在し、新日本版MMPIマニュアル(1993)のほか、Friedman, Webb & Lewak(1989/1999)やGraham(1977/1985)が参考にされていることが多いことだろう。そのほか、出版年が最近のものであると野呂・荒川・井手(2011)、追加尺度に関してはLevitt & Gotts(1995/2012)がある。

解釈の際には、マニュアルやテキストを併用し、14の基礎尺度をもとに2点コードや3点コード、その他の追加尺度・指標も利用しながら、被検者の人格・行動特徴を把握しまとめていく。しかし、MMPIの尺度は、一つの尺度でも色々な解釈が可能であり、そのすべてを報告書に書いてしまうと、被検者の人格・行動特徴がわかりにくくなってしまふ。参考書に載っていることを丸写しただけで、実際の被検者の特徴を十分に反映できていない報告書ができあがる危険性もある。このような報告書は本来好ましくないが、少なくとものではなからうか。

たとえば8尺度が高いとする。8尺度は統合失

調症尺度とされており、抽象的思考や自分なりの世界観を持っていること、消極的な対人交流、疎外感を抱いているといった特徴が考えられる。思考障害を中心とした精神病的傾向を表わすこともあるが、ときには論理的思考や総合的に把握しようとする傾向が8尺度の高さとして表れることもある。また、攻撃感情の表出のできなさを、不機嫌を表わす一方で、寛大さと関係していることもある。このような解釈の多義性が、MMPIの解釈を難しく感じさせ、MMPIが敬遠される理由の一つとなっていることは否めない。しかし本当は、多様な解釈が可能な一つの尺度であっても、基礎尺度をはじめとした各尺度の全体的な布置つまり相対的結果を考慮することで、その値が示している人格・行動特徴の意味合いをはっきりさせることができる。田中(1990)は、プロフィール特徴のとらえ方の解説の中で“単一尺度の情報に加えて尺度間の相互関係から得られる情報にも目を向けるのが普通”であるとし、“尺度得点間の相対的位置関係(得点布置)”を考慮することの重要性を示唆している。また、小川(2008)の“ゲシュタルトの見方”という投影法で用いられる観点が

MMPIを解釈する上でも必要という見解もある(井手, 2014)。MMPIの解釈において、このように尺度や指標の相対的關係について言及した論文は散見される程度である。また、相対的の把握に焦点をしばり具体的な解釈の進め方を紹介する文献は筆者らの知る限り見当たらない。野呂・荒川・井手(2011)では、複数の事例が紹介されており非常に臨床的解釈に役立つものの、尺度が持っている複数の人格・行動特徴の意味合いのうち、どのようにして意味合いの選択を行ったかの詳細な説明はされていない。

尺度や指標の相対的關係に目を向けることで、どのような意味合いで得点が上昇しているのか、または下降しているのか、それとも高くも低くもないのかを把握することが可能であり、それにより実際の被検者の人格・行動特徴を詳細に知ることができる。そして、その特徴が症状にどのように影響しているのか推測することも可能となる。たとえば、抑うつ傾向が強い被検者だとしたら、なぜそのような抑うつ傾向が存在するのか見立てられるということである。田中(1991a)は、MMPIによる査定について“臨床の場で用いられる場合には、(1)適応水準や病態水準、(2)症状、主要な要求、環境・自己の認知、ストレスに対する反応、性同一性、情緒の統制、対人関係、心理的資質等の人格・行動特徴とそれらを規定していると仮定される背景要因、(3)精神医学的診断印象、(4)治療的介入への示唆、が期待されている”と述べている。MMPIの結果から多くの情報を得ることができるのは、尺度数の多さからも明らかである。田中が挙げているような観点から報告書をまとめることで、治療において医師や心理士だけではなく他職種にも有益な情報を提供することが可能となる。

では、実際にはどのように解釈をすすめればよいのか。解釈方法をわかりやすくするために、本論文では8尺度が高点となった2事例を挙げる。どちらの事例も8尺度が高いが、それぞれ8尺度高点の意味合いが異なることを他の尺度および指標の布置との関連性や2事例の対比を織り交ぜながら説明する。解釈の流れをつかみやすくするために便宜上8尺度が高いことに焦点を当てるが、

本論文のねらいはあくまでも実用的なMMPIの解釈方法を呈示することにある。なお、事例として挙げる2者には、病院の研究倫理方針に従い医師の指示のもと検査を実施し、得られた情報については治療または研究目的以外で使用しないことを口頭で説明した上、病院のサービスポリシーに則った情報管理を行った。また、プライバシー配慮のため、臨床的事実に差支えない程度に本人が特定されないよう情報に一部変更を加えている。

II. MMPIの解釈例—相対的の把握という視点から—

【事例1：Aさん】

Aさんは、40代の女性で睡眠時に移動・摂食行動をしてしまうという症状をもっていた。睡眠時の特異な行動は元々あったようだが、特に気にせず生活しており病院を受診したことはなかったようだ。しかし、出張先でも同様の行動がみられたため会社側の勧めで受診に至る。AさんのMMPI基礎尺度プロフィールおよび追加尺度・指標等の結果をFigure 1, Table 1に示す。各尺度の数値はT得点で表記している。

L・F・K尺度は山型ではあるがL・K尺度が高く、構えが強い人物である可能性が高い。1・2・3尺度はV字型で、楽天的であり人との関わりには抵抗を感じない傾向が示されている。追加尺度からも、Lb(腰痛)>Ca(頭頂前頭葉損傷)となっており、さらにDEP-wig(抑うつ)やD-tsc(抑うつ・無感動)も低く、あれこれと悩むことが少なく、検査時に抑うつ感はなかったと推測される。また、5C(因習性)・Hy2(愛情欲求)・Pa3(無邪気)が低くないため、人懐こい

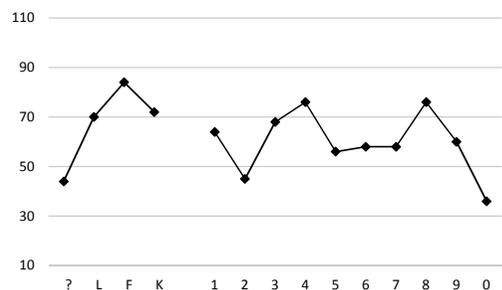


Figure 1 事例1：Aさんの基礎尺度プロフィール

Table 1 事例1：AさんのMMPI結果

Validity Scales				Clinical Scales											
?	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0		
44	70	84	72	64	45	68	76	56	58	76	60	36			
Common Additional Scales															
A	R	MAS	Es	Lb	Ca	Dy	Do	Re	Pr	St	Cn	Mt	MAC	O-H	
42	57	48	44	68	42	37	61	49	48	51	41	47	58	71	
Wiggins Content Scales(-wig)															
SOC	DEP	FEM	MOR	REL	AUT	PSY	ORG	FAM	HOS	PHO	HYP	HEA			
40	42	36	40	36	49	51	53	63	37	59	37	47			
TSC Cluster Scales(-tsc)							Friedman Overlap Scales (FOS)								
I	B	S	D	R	A	T	POS	NOS	MOS						
35	48	36	44	34	59	56	59	50	39						
Indiana Rational Scales							Various Additional Scales								
I-De	I-Do	I-DS	I-OC	I-SC	I-RD	I-SP	Astvn	5C	E/Cy	Ho	Pe	S+	WA		
44	43	65	54	44	52	51	51	65	46	40	47	50	45		
Various Indices							Scale 2 Sub Scales								
CLS	F-K	AI	IR	GI	Tper	D-O		D-S	D1	D2	D3	D4	D5		
3	-10	30	0.82	78	0.32	44		52	40	48	51	41	36		
Scale 3 Sub Scales															
Hy-O	Hy-S	Ad	Dn	Hy1	Hy2	Hy3	Hy4	Hy5							
57	66	54	67	64	59	51	56	69							
Scale 4 Sub Scales							Scale 5 Sub Scales								
Pd-O	Pd-S	Pd1	Pd2	Pd3	Pd4A	Pd4B	Mf1	Mf2	Mf3	Mf4	Mf5	Mf6			
53	75	62	71	66	49	43	38	41	53	60	60	64			
Scale 6 Sub Scales						Scale 8 Sub Scales									
Pa-O	Pa-S	Pa1	Pa2	Pa3	Sc1A		Sc1B	Sc2A	Sc2B	Sc2C	Sc3				
52	59	63	45	56	66		52	41	45	50	50				
Scale 9 Sub Scales						Scale 0 Sub Scales									
Ma-O	Ma-S	Ma1	Ma2	Ma3	Ma4	Si1	Si2	Si3	Si4	Si5	Si6				
61	45	55	48	66	36	36	48	52	33	44	42				
Personality Disorder Items by Levitt & Gotts(-LG)															
His	Nar	Bdr	Ant	Dep	Obs	Pag	Par	Sty	Avd	StyC	SzdC				
52	44	41	63	43	40	44	53	53	36	36	44				

傾向があると考えられる。Hy1（社会不安の否認）・Pd3（社会的平静）・Ma3（平静）はT=65前後とやや高くなっており、対人場面では緊張することなく振舞うことができているようだ。このようなパターンの場合、対人交流に消極的である方向性を示す8尺度は上昇しないことが多いが、Aさんの場合は2点コードに含まれるほど8尺度が高くなっている。

8尺度の次に高いのが攻撃性と関連する4尺度だが、攻撃的方向性を示す追加尺度の上昇はみられず、O-H（敵意の過統制）やHy5（攻撃抑制）からむしろ敵意の統制・抑制が強いと考えられた。

L・K尺度の高さから考えられる構えの強さの意味合いには、心理的弱点を否認する傾向、怒りや不満・敵意などネガティブな感情に目を向けない傾向も含まれていると考えられ、上述した敵意の統制・抑制の傾向の裏づけともなる。

1・2・3尺度がV字型であるということは、解釈の方向性としては、神経症的傾向が強いのと思われ、Aさんの心理的問題の中心を抑圧・否認、身体へのとらわれ、心身症的傾向とすることが妥当であろう。よって、攻撃性の統制や抑制がこのようなベースに起こっているという仮説が成り立つ。

問題の8尺度であるが、8尺度は統合失調症的傾向を示す尺度であるから、すでに示した神経症的傾向が人格・行動特徴の軸になっているという人格・行動特徴と矛盾することになってしまう。もちろん8尺度の上昇=統合失調症ではなく、あくまでも人格・行動傾向であり、具体的には、抽象的思考や自分なりの世界観を持っていたり、疎外感を抱いている可能性が高いということである。それではAさんの場合、8尺度が高いことを、どのように考えればいいのだろうか。

まずは、8尺度に関連する追加尺度を見てみる。すると、Sc1A（社会的疎外）以外は基本的に高くなっていないことがわかる。ということは、周囲に馴染めないという疎外感があるものの、Aさんは自分のことを「なんだかおかしい」と思っていたり「変わっている」と思っているわけではなさそうである。消去法になるが、難しく考えるのが好きで、自分のことを風変わりだと思ふことを好む人物でもないようである（逆に、8尺度に関連する追加尺度のほとんどが高いからと言って、既述の傾向があるとも言えるとは限らない）。補足になるが、Sc1AはT=66で70を越えていないため、「高い」という表現は本来適切ではないのかもしれない。しかし、MMPIのプロフィールをみるときは、T得点の数値のみから高低を判断するだけでは不十分である。たとえばL・F・K尺度が極端な山型になった場合は基本的には全体に臨床尺度および追加尺度は上昇傾向となり、T=70を越えるものが多くなる。反対にV字型の場合は、臨床尺度は下降傾向になることが多い。したがって、解釈の際には、T得点から判断するだけでなく、数値を「相対的」に評価する、つまりバランスを考慮することが必須である。

Aさんは、明るく気さくで物事を難しく考えない楽天的傾向があることは1・2・3尺度のV字型や追加尺度からすでにわかっている。ということは、8尺度はものごとを難しく考える傾向を表わしているわけではないと考えられる。また、Aさんはどちらかという神経症的傾向が強いということもすでにわかっているため、現実的・具体的に物事を考える人物であると考えられ、8尺度の解釈の一つである抽象的にとらえるという傾向

もあまりあてはまらないと思われる。ちなみに、なぜ楽天的傾向や神経症的傾向を優先するかというと、それを裏付ける追加尺度・指標が多いからである。Aさんの結果が、8尺度と関連する追加尺度等も一緒に高くなっていけば、また解釈の仕方は変わってくる。

このようにして、8尺度の上昇から考えられる人格・行動特徴は狭められていく。残っている解釈の方向性としては、疎外感を抱いていた、人と積極的に関わらないという傾向である。Aさんは、人と抵抗なく関わるができるとすでに推測されており、一見この解釈は矛盾しているように思われる。しかし、情緒的であったり親密な人付き合いを避けたり面倒に感じる傾向を示すとされるMf6（社会的隠遁）が相対的にやや高いことから、人と関わること自体に自信はあるが、一線を引き、距離をとって関わる場所があり、それが8尺度の高さとして表れている可能性が考えられる。そのような傾向があるために、人とそれなりに接していてもなじまない感覚がAさんの中にあり、追加尺度ではSc1Aだけがやや上昇気味となったと考えられないだろうか。

Aさんは仕事をしていて睡眠時の特異な行動以外は問題なく生活できており、検査の時に本人はさほど困っていないように言っていた。確かに、敵意などを含めた攻撃的感情の抑圧や否認は一貫して、本人が葛藤を意識することはほとんどないだろう。この過剰な感情の統制という内面の問題が、睡眠時の行動に影響しているとAさんがすんなり納得するとは考え難い。ある意味、感情を不自然なまでに統制することで、自分の内面と向き合わないで済んでいる。このような精神的・心理的問題の根深さが8尺度に表れているという考え方もできよう。

ここでF尺度の上昇について触れたいと思う。一般的にF尺度の上昇は、心理的苦痛を感じているほか、自分を否定的にとらえ自信がない傾向としてとらえられる。しかし、Aさんの場合K尺度がT=70を超えるほど高いことに加え、Es（自我強度）は低めであるもののMOR-wig（意気消沈）やI-SC（自己概念）が高くなっておらず、自己否定的傾向は見受けられない。L・K尺度が高い

にも関わらずF尺度が上昇しているのは、対処方法として抑圧・否認傾向をもってしても、心理的苦痛を感じていたり、「うまくいっていない」という感覚があるからではないだろうか。本人は、睡眠時の行動以外では困っていないと言っているが、その睡眠障害が日常にも支障をきたしている可能性がある。Aさんには、うまく周囲に頼れない、助けを求められない強がりの一面もあるのかもしれない。

本人が「困っている」と認めたり、周囲に援助を求めない限り心理的援助・介入は難しいと思われる。しかし、対処方法を抑圧・否認傾向に偏らない心理的バランスに少しでもなるような関わりを医療者側から提供できたとすれば、それは薬物療法と並行して実施できる一つの治療方法となるだろう。

【事例2：Bさん】

Bさんは、50代の男性である。20代で統合失調症を発症し、数回の入院を経験している。MMPIを施行した時期には明らかな陽性症状は認められず、ひとり暮らしをしながら一日を精神科デイケアで過ごしていることが多い。概ね落ち着いて過ごしているものの、人に敏感で集団行動や人の多い街中は苦手で、まとまりがなくなると混乱し衝動的行動をとることがあるのが特徴である。BさんのMMPI結果は以下の通りである（Figure 2, Table 2）。

このBさんも、Aさんと同じように8尺度が高い。2点コードは78だが、4尺度も3番目に高くなっている。1・2・3尺度もAさんほどではないが、V字型を示している。では、Bさんの場合

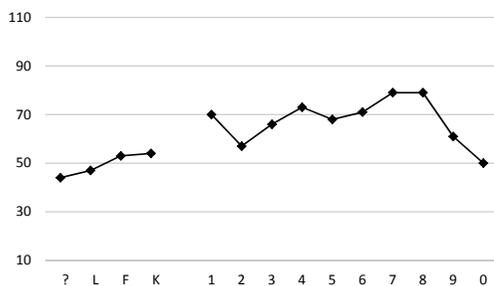


Figure 2 事例2：Bさんの基礎尺度プロフィール

はどのように解釈できるのだろうか。

5C・Hy2・Pa3はT=60前後で低いことから、他者を肯定的にとらえ人懐こい面があると考えられる。SOC-wigやI-tscといった社会的内向性に関する尺度の上昇もみられず、人との関わりに抵抗がない傾向はAさんと共通しているように思われる。しかし、L・F・K尺度はAさんのように上昇していない。K尺度が低いものの、EsやMOR-wig, I-SCから自分に自信が持てないところがあると考えられる。Sc2B（自我統制の欠如、能動面）が高いことから、自分の弱点が気になっていることがわかる。1・2・3尺度がV字型であるにも関わらず、Lb<Caとなり、DEP-wigやD-tscはT=60以上を示しており、考え込む傾向があるようだ。したがって、Aさんほど楽天的ではなく、対人場面ではさほど気楽にできないようなところがあるという予測ができる。

そして、5尺度は高く異性性つまり女性的方向を示しており、受動的・依存的傾向がうかがわれる。追加尺度でもDy>Do, I-De>I-Doとなり、自信がなく自分自身で物事を判断することが苦手と感じているようで、周囲の影響を受けやすいと推測される。さらに、6尺度が高いうえにPa2（過敏）も高く人に敏感なようである。したがって、周囲からの刺激に容易に反応するところがあると考えられる。このような5・6尺度の配置から、お人好しで人に対して物腰柔らかな面もあると思われる。一方で、4尺度の高さからは自分なりの考えを持っており頑固なところも垣間見える。お人好しで直接的な主張はなかなかできないため、不満を溜め込んでしまうのではないだろうか。では、この不満の溜め込みはAさんでいうところの攻撃性をはじめとした感情の抑圧と繋がっているのだろうか。

Bさんの場合、抑圧傾向を表すRは高くなく、Ad（症状の自認）>Dn（症状の否認）となっていることから抑圧・否認傾向はみられない。AさんのようなHOS-wig, R-tsc, Hoが一貫して低いという特徴もみられず、攻撃性を溜め込んでしまうことがあっても抑え込むようなことはないようだ。したがって、1・2・3尺度のV字型は、溜め込んだ感情を結果的に感情的に表出する傾向

Table 2 事例2：BさんのMMPI結果

Validity Scales				Clinical Scales										
?	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
44	47	53	54	70	57	66	73	68	71	79	79	61	50	
Common Additional Scales														
A	R	MAS	Es	Lb	Ca	Dy	Do	Re	Pr	St	Cn	Mt	MAC	O-H
68	40	70	32	41	59	69	35	44	44	54	66	63	62	56
Wiggins Content Scales(-wig)														
SOC	DEP	FEM	MOR	REL	AUT	PSY	ORG	FAM	HOS	PHO	HYP	HEA		
46	75	56	60	64	42	54	63	61	58	58	68	69		
TSC Cluster Scales(-tsc)							Friedman Overlap Scales (FOS)							
I	B	S	D	R	A	T	POS	NOS	MOS					
49	60	48	65	65	64	71	63	64	73					
Indiana Rational Scales							Various Additional Scales							
I-De	I-Do	I-DS	I-OC	I-SC	I-RD	I-SP	Astvn	5C	E/Cy	Ho	Pe	S+	WA	
65	42	65	54	56	51	62	31	57	45	42	73	53	56	
Various Indices							Scale 2 Sub Scales							
CLS	F-K	AI	IR	GI	Tper	D-O	D-S	D1	D2	D3	D4	D5		
2	-9	64.3	1.03	52	0.48	63	41	58	62	54	65	58		
Scale 3 Sub Scales														
Hy-O	Hy-S	Ad	Dn	Hy1	Hy2	Hy3	Hy4	Hy5						
66	53	67	51	47	60	65	64	48						
Scale 4 Sub Scales							Scale 5 Sub Scales							
Pd-O	Pd-S	Pd1	Pd2	Pd3	Pd4A	Pd4B	Mf1	Mf2	Mf3	Mf4	Mf5	Mf6		
70	57	63	60	49	73	74	69	53	39	52	66	42		
Scale 6 Sub Scales						Scale 8 Sub Scales								
Pa-O	Pa-S	Pa1	Pa2	Pa3	Sc1A	Sc1B	Sc2A	Sc2B	Sc2C	Sc3				
65	63	52	78	61	59	68	61	78	62	71				
Scale 9 Sub Scales						Scale 0 Sub Scales								
Ma-O	Ma-S	Ma1	Ma2	Ma3	Ma4	Si1	Si2	Si3	Si4	Si5	Si6			
60	56	47	54	56	53	55	54	40	77	44	55			
Personality Disorder Items by Levitt & Gotts(-LG)														
His	Nar	Bdr	Ant	Dep	Obs	Pag	Par	Sty	Avd	StyC	SzdC			
68	61	66	59	66	54	68	51	36	61	71	47			

や、人懐こさの傾向が主に表れていると考えられる。そして、Aさんのように人と距離をとるような傾向は示されておらず、どちらかという人と関わりたいけれども上手く関わるることができないと感じているところもあるようだ（Pd4A社会的疎外、Pd4B自己疎外）。人と気さくに関わる一方で、情緒的な関わりとは一線をおくAさんとは反対のタイプといえるかもしれない。

このようなBさんは、人と関わりたいけど近づきけれども、うまく関わるることができないという感覚や疎外感を抱き、対人関係でひっかかりを感じることが多くなり、気楽な関わりをしにくいと思

われる。周囲の意見や変化の影響を受けやすく、場合によっては真に受けすぎて振り回されてしまうかもしれない、8尺度の高さは思考の混乱、まともなづらさに結びつきやすいと考えられる。つまり、Bさんの場合の8尺度の上昇は、より精神的傾向を表しているものと推測できる。外界との接触が増えるほど、対人関係の中で感じる複雑な感情も生じやすく、一見ある程度うまく人付き合いができていように見えていても本人は疎外感を抱いていることが多いという見立てができる。

Pd4B、Sc1B（情緒的疎外）から自分自身への違和感も抱いている可能性が示唆され、自分がな

んだか変であるという感覚もあるようだが、F尺度は上昇していない。なおかつK尺度としてはやや高め、T=54であることから、自分の心理的問題には無自覚であり、内省的ではないと考えられる。これはある意味、病識のなさにつながる可能性がある。このような非内省的傾向は、混乱やまとまりのなさが生じたときに、それを大きくしてしまう一つの要因といえるかもしれない。ただし、7尺度とCn（統制）の高さから、受検時は現実検討力がある程度保たれていたと考えられる。7尺度の高さは不安や緊張の感じやすさの表れでもあろうが、そのような自分の状態や気分を自覚できる状態というとらえ方もできる。しかし、Aさんと比較すると明白だが、Bさんは妥当性尺度の布置に比べ臨床尺度が上昇傾向となっている（Figure 3）。本人が自覚しているよりも病状が深刻である場合このような傾向が示されやすく、Bさんの場合は、精神病的傾向が妥当性尺度と臨床尺度の相対的關係にも表れていたと考えられる。

また、AさんはHOS-wig, R-tsc, Hoが低くO-H, Hy5が高かった。ある意味、徹底して敵意が抑えられているため、敵意を含めた自分の攻撃的感情を自覚することはほとんどないと思われ、睡眠中の異常行動以外の症状の訴えもなく、日常生活を脅かすような不安定さには繋がっていないと考えられる。その一貫性の強さがAさんの問題でもあるのだが、一方でBさんの場合はそれらの尺度の値に一貫性がみられない。つまり、攻撃性の表出はその時々によってまちまちで、感情のコントロールはAさんより難しくなるという推測ができる。この傾向が、既に述べたような受動的傾向や衝動的傾向、考え込みやすさなどの特徴と絡

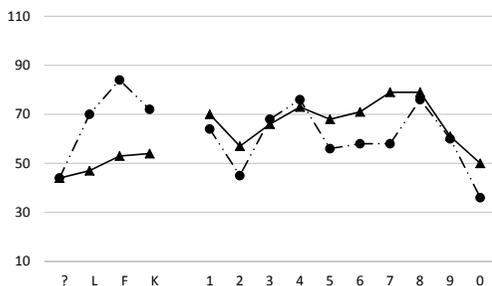


Figure 3 事例1・2の基礎尺度プロフィール比較

み合うため、Bさんは日常生活全般で問題を抱えやすいと思われる。50代であることを考慮すると9尺度は高めであり、活動性の高さがうかがわれる。この活動性の高さは、精神が不安定なときには衝動的行動や攻撃的言動に結び付きやすいだろう。

以上述べてきた特徴から、Bさんの場合、自己判断で服薬を止めたり治療中断にならないような配慮が必要になるという治療の方向性を示すことも可能である。大きな思考の混乱や衝動的行動に結び付かないように、Aさんと比べると治療者がより介入する体制をとることが治療上必要となるケースだと思われる。

Ⅲ. さいごに一相対的に把握することの意義

解釈の方向性が異なることで、見立ても治療的な方針も変わってくる。参考書やテキストに記載されている言葉を羅列しただけでは、このような治療の方向付けもできない。

はじめにも述べたが、追加尺度や指標が多いためMMPIは使いにくいという印象を受ける人もいるかもしれない。しかし、Dy・Do, I-De・I-Doなどのようにセットとして扱うことで解釈に役立つ尺度・指標も数多い。また、基礎尺度から考えられる傾向を追加尺度や指標がどの程度裏付けているかを意識することも相対的に解釈する上で役立つ。利用の仕方のコツをつかむことで、解釈が難解であるという意識は和らぎ、得られる情報の多さに気づくことができる。もちろん解釈には慣れが必要ではあるが、尺度・指標の多さを逆手にとり利用することで、プロフィールパターンが示している人格・行動特徴の意味合いを絞ることができ、より明確で具体的な被検者の特徴を把握できると考えている。また、物事への反応の仕方、とらえ方、感じ方など被検者の全体的なあり様が見えてくるだろう。そして心理検査の解釈にあたって基本的なことではあるが、年齢や性別、家族構成などの情報はもちろんのこと、生育歴などの情報も可能な限り収集しておくことも、解釈のズレを最小限にとどめるには必要なことであろう。

どちらの事例も8尺度が高かったが、それぞれ8尺度の高さに表れていた意味合いは異なる。他

の尺度の結果を踏まえ、相対的に把握することで尺度に表れている意味合いが鮮明になることを2事例紹介することで示した。田中(1991b)は、複数の解釈仮説群から特定の解釈仮説一つに絞り込む作業について、外国語の翻訳に例えて“たいていは複数個の訳語が原義からの派生順や使用頻度順の番号を付して並んでいるから、訳者はこのなかから最も適切な語を選ばなければならない。どの訳語が相応しいかという選択は、おそらく訳語の利用(出現)頻度と文脈と文脈との関係から決められるのであろう”と述べている。MMPIに限らず、どのような心理検査であっても解釈するときには田中が述べている視点が必要となる。そしてMMPIの場合には、出現頻度と文脈と文脈の関係、すなわち筆者らでいう尺度や指標の相対的把握が欠かせないのである。MMPIは質問紙法であるため自由度という観点から考えると投影法とは異なる性質を持っているものの、“一つの反応が他の反応との関係で解釈の意味が異なり、個々の反応や特徴は多義的で、全体を見ることによって図として解釈が浮かび上がってくる”というロールシャッハテストをはじめとした投影法についての説明(小川, 2008)に通じるものがなかろうか。これは、井手(2011)が述べているように、MMPIが経験的手法で作成され、ロールシャッハのように“[回答された内容(what)]ではなく、[どのように回答したか(how)]”に焦点を当てていることが関係しているのだろう。

小川(2010)の調査によると、ロールシャッハは“いつの時代でもよく用いられ”ており、2004年には最も使用頻度の高い心理検査だった。したがって、ロールシャッハテストの解釈に慣れている臨床家は数多い。そのロールシャッハテストと実施手続きは違っても、解釈の基本的視点は大きく変わらないという理解が広まることでMMPIが実用的に使用される機会も増えることを期待している。少なくとも、MMPIを解釈するとき、個々の尺度にとらわれず全体的なイメージを持ってデータを読むことで、マニュアルやテキストの書き写しにならない、被検者の臨床像を反映した所見が作りやすくなると筆者らは考えている。

本論文では、施行する側の視点からMMPIの解

釈方法について述べた。しかし、検査の主体は被検者(クライアントや患者)である。MMPIは質問が550問という多さのため、被検者への負担が大きいと言われている。ただ意外にも項目文章という言葉の刺激であることが明確であるせいか、被検者が意識的操作をできると受け取りやすく、検査を受けることを拒否する被検者は少ない。MMPIから得られる情報は、他の心理検査バッテリーを組んだり、心理面接を重ねることでわかるものでもある。そのため、検査目的や被検者の状態に合わせて検査内容を選ぶことは大前提である。MMPIを実施する場合、多くのバッテリーを組まずに被検者についての情報を得ることができ、結果的に負荷の軽減にもつながるといことも付け加えておきたい。

IV. 引用文献

- Friedman, A.F., Webb, J.T. & Lewak, R. (1989) : *Psychological assessment with the MMPI*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. (MMPI 新日本版研究会 (1999) : MMPIによる心理査定 三京房.)
- Graham, J.R. (1977) : *The MMPI: A Practical Guide*. New York: Oxford University Press. (田中富士夫 (1985) : MMPI 臨床解釈の実際 三京房.)
- 井手正吾 (2011) : 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 (2014) : MMPIの臨床と研究 - 心理診断から研究へ(補遺) - 札幌学院大学心理臨床センター紀要, 14, pp.11-18.
- Levitt, E.E. & Gotts, E.E. (1995) : *The clinical application of MMPI special scales. 2nd ed.* New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. (木場深志 (2012) : MMPI追加尺度の臨床的応用第2版 三京房.)
- 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 pp.5-20.

小川俊樹（2010）：投影法（ロールシャッハ・テストなど）臨床精神医学 第39巻増刊号 pp.477-482.

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（1991a）：MMPI 安香宏・田中富士夫・福島章（編）臨床心理学体系5 人格の理解 金子書房 pp.102-118.

田中富士夫（1991b）：心理アセスメントの基礎理論 安香宏・田中富士夫・福島章（編）臨床心理学体系5 人格の理解 金子書房 pp.2-31.