

## 日本版 P I L の妥当性、信頼性の検討

佐藤文子, 山口浩, 斎藤俊一<sup>1)</sup>, 田中弘子<sup>2)</sup>, 千葉征慶<sup>3)</sup>, 岡堂哲雄<sup>4)</sup>

### 1 はじめに

P I L (Purpose-in-Life test) は Crumbaugh らが Frankl の理論に基づいて、人生の意味、目的意識を測定する道具として考案したものである。Frankl は、人間の動機づけの基本となるものは「意味への意志」であると考えた。われわれは常に自分の人生の意味を求めている。しかし不運な状況、あるいは極限状況においては意味を見出すことは難しい。また現代は豊かな時代といわれながら、無意味感に悩む人々が多いと言われている。人は自分の人生に独自性の感覚を与える意味と目的を見出せない時、実存的空虚 (existential vacuum) を経験する。この空白状態は主として退屈、倦怠として現れ、それが持続すると「実存的欲求不満」となる。これは意味、目的が見出せないことに対する情緒的反応であるが、神経症的な人の場合、昂じると精神因性神経症 (noögenic neurosis) となる。

Frankl は、問題は意味が見出せない状況があるということではなく、どの様に意味を見出すかであると考えた。彼は、意味実現に関して、1) 創造価値、2) 体験価値、3) 態度価値の3つの価値領域を考える。これに応じてわれわれは3つの観点から人生に意味を与えることができる。すなわちわれわれは創造的、生産的活動を通して、あるいは他の人への奉仕などにより、世の中に何かを与えることによって、自分の人生に意味を見出すことができるし、自然や芸術の美しさを体験し、あるいは他の人から愛される等、世の中から何かを受け取ることによって、人生を意味で満たすことができる。このようにわれわれは創造価値、体験価値の実現を通して人生を豊かで充実したものとする事ができる。

しかし人生はいつもこのような経験で満たされるとは限らない。病気、事故、災害、死…といったわれわれの生命を制限し、拘束するような状況においても、われわれは意味を見出さなければならない。変更や避けることの出来ない運命的状況において、どのような態度をとるかが問われるのである。不可避の運命を苦悩をもって受入れること、これが人間が究極的に問われることである。態度価値を価値領域に取入れることによって、人生はどのような極限状況においても、最後の一瞬まで意味をもちうると Frankl は考える。

Frankl によれば、人間は本来精神的な存在である。心と身体は密接に関連し、また状況に左右されるが、精神は心や身体、そして状況から自由に存在の呼びかけに応答するのである。そしてこの呼びかけに対する応答—責任として意味が生ずるのである。この人間実存の「精神性」、「自由性」、そして「責任性」という性質のゆえに、人間はいつでも、どこでも自由な態度をとりうるのである (Frankl, 1956)。この様な彼の理論を踏まえると、3つの価値領域は並列するのではなく、態度価値の実現が最も基本的なものと考えられる。このように人々の意味への意志は非常に強いにもかかわらず、現代においては「実存的欲求不満」を経験している人が増えていると彼は考える。実存的空虚はそれ自体は神経症でも異常でもなく、人間のひとつの心理的状

態であり、Frankl はそれを現代という時代の産物、すなわち生活の機械化とそれにとまなう個人の主体性の喪失の結果であると述べている。

精神因性神経症は、人間存在の意味を求めようとする欲求が満たされないことから生じる神経症であるから、その治療はロゴセラピー、つまり個人が人生の意味を見出すことを援助することになる。

アメリカの Crumbaugh らは Frankl のいう精神因性神経症が、力動的に解釈されている従来の神経症と異なるものなのかどうかを知ることを最終的なねらいとし、「人生の意味、目的」という実存的概念の数量化を進めること、特に、Frankl の記述した実存的欲求不満の状況を数量的に測定することを目指して、Purpose-in-Life Test (PIL) を考案した(1964)。本論文においては我々が翻訳した日本版 PIL のテストとしての妥当性、信頼性を検討した結果を報告する。なお Crumbaugh らの PIL の標準化は A についてのみであるが、我々は B、C についての数量的評価法も試みた。

## 2 PIL の構成と改定翻訳版 PIL の作成

### (1) テストの構成

PIL は 3 つの部分から構成されている。A は態度スケールと呼ばれており、個人がどの程度に「人生の意味、目的」を体験しているかを問う 20 の質問項目から成っている。項目は全て 7 段階尺度で示めされている。そして各項目の回答欄の両端に、その項目が測定しようとする態度の量的な両極と理論的に一致すると考えられる質的な両極を表す文句が記されている。なお被検者が回答欄中の特定の位置を偏好することや光背効果を最少にするために、いくつかの項目はその段階づけの方向が逆になっている。

B は 13 項目の文章完成法、C は自由記述の形式で、人生の意味、目的、そしてそれをどのように経験し、あるいは達成しているかについて記述を求める。

A の部分の採点は各項目の点数を加算して総得点を出す。したがって得点は 20 から 140 点の間に分布することになる。B と C については Crumbaugh らは臨床的に使用しており数量化はしていない。

### (2) 改訂翻訳版 PIL の作成

日本においては、佐藤らが 1966 年に Crumbaugh らの PIL を翻訳し、日本人被検者に施行したが、結果は Crumbaugh らの結果を全面的に支持するものではなかった。この点については別の所で(佐藤 1975)詳述されているので省略する。

日本においても近年 PIL に対する関心が高まり、研究等に使用されることも多くなっており、日本版 PIL の早急な標準化が望まれているが、その際これまでの結果を考慮すると、以下のことが課題となる。1) 年齢要因は PIL 得点に影響を与えるのか。2) PIL の項目には死生観等にかかわる項目があるが、文化的要因が日米の被検者の PIL 得点差に反映してはいないだろうか。つまり PIL のように文化的・価値的的要因が関与していると思われる質問紙をそのまま翻訳して日本で用いることに問題はないか、ということである。

しかし我々の翻訳文についても直訳調で固いところも感じられるので、質問文を全面的に検討し直して、改訂翻訳版 PIL を作成し、これを新たな被検者に施行して、PIL のテストとしての妥当性、信頼性を再検討することにした。

その際、これまでは佐藤、田中が主として研究してきたが、PIL研究会を構成して検討を進めることにした。以下の報告は研究会メンバー（岡堂哲雄、斎藤俊一、佐藤文子、田中弘子、千葉慶一、山口浩）の協同研究の結果である。改訂翻訳版の作成は、CrumbaughらのPIL-A20項目を佐藤、田中が翻訳し直し、それを研究会メンバー全員で検討して、改訂翻訳版PILを作成した。旧版に較べると、Part-Aについては、No.5を除いて、殆どが僅かな語句の修正であるが、全項目が改訂された。Part-B, Cは従来のままである。

### 3 日本版PILの妥当性と信頼性

#### (1) 被検者群の構成

被検者群を表1のように設定した。先ず正常者群を、高適応群(HA)——社会において人生の意味、目的の実現にむけて積極的に活動していると思われる人々——ロータリークラブ、ゾントクラブ会員——、一般の健康成人群(AD)——地方公務員、看護婦、教員、会社員等——、大学生群(US)、高校生群(HS)に分けた。次に企業のメンタル・ヘルスセンター、大学の学生相談室に来談した人々を不適応群(MA)として設定し、さらに最も実存的空虚感が強いと思われる精神科患者群(PA)を加えた。正常者群と不適応群の間におかれた内科患者群は難治といわれる慢性疾患や不治の病にかかっている人々であり、非行群は矯正施設に入所中の人々であるが、今回はこの群についてはPILの理論的観点からの位置づけにややあいまいなところがあり、参考とする。

表1 被検査者群の構成

群	男	女	不明	計	(人数)	年齢平均	標準偏差
正常者群 (NOR)							
高適応群 (HA)	39	8	2	49	47	60.1	12.11
成人群 (AD)	1,820	862	21	2,703	2,670	34.4	13.20
大学生群 (US)	372	350	113	835	831	19.6	1.66
高校生群 (HS)	79	160	0	239	239	16.7	0.51
内科患者群 (IT)	171	116	0	287	287	51.9	12.27
非行群 (HK)	245	0	0	245	240	25.6	3.91
不適応群 (MA)	43	21	1	65	63	25.9	5.84
患者群 (PA)	130	133	7	270	267	36.0	13.67
計	2,899	1,650	144	4,693			

#### (2) 性差

改訂翻訳版PIL-Aを表1の群よりなるn=4693に施行した。

性差については、男性(n=2899)、女性(n=1650)について比較したところ(表2)、総得点では男性93.0(SD19.96)、女性90.5(SD20.12)で $p<.01$ の有意差がみられた。項目別では12項目において男性の得点が高い(5%水準以上の有意差)。群別では(表3)内科、精神科両患者群、高校生群で、総得点において両性間に有意差が見られたが、その他の成人群においては性差はみられなかった。

以上の様に一部の群において男性の得点がやや高いという性差は見られたが、以下の分析は

男女を分けずに行った。

表2 性差 (全体 n=4,549)

項目	男性 (n=2,899)		女性 (n=1,650)		
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	
1	4.6	1.63	4.7	1.60	
2	5.0	1.38	5.0	1.37	
3	5.0	1.59	4.9	1.63	
4	5.0	1.48	4.7	1.51	*
5	3.9	1.79	3.9	1.83	
6	4.8	1.40	4.7	1.41	**
7	5.1	1.96	5.0	2.11	*
8	4.4	1.72	4.3	1.76	
9	4.9	1.39	4.9	1.40	
10	4.2	1.86	4.5	1.78	**
11	4.5	1.72	4.2	1.83	**
12	4.2	1.50	4.1	1.52	**
13	5.0	1.70	5.0	1.65	
14	4.5	1.82	4.3	1.84	**
15	3.6	1.97	3.3	2.04	**
16	5.6	2.00	5.0	2.33	**
17	4.6	1.63	4.3	1.69	**
18	4.9	1.65	4.5	1.71	**
19	4.5	1.60	4.4	1.64	
20	4.8	1.51	4.6	1.55	**
総得点	93.0	19.96	90.5	20.12	** [t=4.068 df=4547]

\* p < .05 \*\* p < .01

表3 性差 (群別)

群	男			女			有意水準
	(人数)	平均	標準偏差	(人数)	平均	標準偏差	
高適応群 (HA)	39	119.5	15.81	8	117.6	14.65	n.s
成人群 (AD)	1,820	94.2	19.07	862	93.8	19.17	n.s
大学生群 (US)	372	90.4	17.24	350	92.1	16.88	n.s
高校生群 (HS)	79	86.6	18.00	160	80.0	15.60	** (t=2,935 df=237)
不適応群 (MA)	43	78.9	24.10	21	78.2	15.78	n.s
患者群 (PA)	130	87.0	24.08	133	80.5	23.60	* (t=2,231 df=261)
内科患者群 (IT)	171	95.1	24.28	116	87.2	26.60	** (t=2,613 df=285)
〔非行群 (HK)〕	245	89.7	19.91	—	—	—	

\* p < .05 \*\* p < .01

### (3) 項目分析

まず全被検者 n=4693のうち総得点105点以上の者1186人をG群とし、80点未満の者1152人をP群として(両群それぞれ約25%)、G-P分析をした結果(表4)、全項目及び総得点いずれにおいてもG群の得点はP群に較べて有意に高く(P<.001)、改訂翻訳版PIL-Aは内的一貫性のあるテストであるといえる。

次に因子分析を行なったところ(表5)、主因子解でNos.14, 15, 16, を除く17項目が因子負荷量0.5以上の値で因子Iに含まれる(因子Iの相対寄与率は86.2%)。この点からも改訂翻訳版PIL-Aはほぼ一次元のものと考えてよいであろう。

以上のように質問文の改訂によりPIL-Aは旧版より心理テストとして精練されたといつてよいであろう。

表4 項目分析(G-P分析 n=4693)

項目	G群:105点以上 n=1186		P群:80点以下 n=1152		分散の同 質 F値	平均の差 t値
	G群 平均	標準 偏差	P群 平均	標準 偏差		
1	5.9	1.04	3.2	1.53	2.17**	50.03**
2	6.1	0.81	3.6	1.39	2.90**	52.66**
3	6.1	0.94	3.5	1.69	3.26**	46.88**
4	6.1	0.85	3.3	1.43	2.85**	58.61**
5	5.5	1.40	2.4	1.39	1.02	52.49**
6	5.8	1.06	3.6	1.42	1.77**	42.78**
7	6.3	1.17	3.6	2.23	3.66**	36.96**
8	5.8	1.13	2.7	1.52	1.82**	55.75**
9	6.1	0.88	3.5	1.29	2.14**	56.72**
10	5.8	1.32	2.8	1.63	1.53**	48.76**
11	6.0	1.11	2.7	1.49	1.81**	59.92**
12	5.4	1.20	2.9	1.35	1.28**	46.90**
13	6.1	1.14	3.8	1.92	2.84**	34.06**
14	5.3	1.64	3.6	1.93	1.37**	22.66**
15	4.2	2.10	3.3	2.01	1.09	9.73**
16	6.2	1.71	4.1	2.37	1.92**	24.77**
17	5.9	1.00	3.0	1.57	2.49**	52.00**
18	5.9	1.22	3.6	1.73	1.99**	37.76**
19	5.8	1.08	3.1	1.44	1.77**	51.88**
20	6.1	0.87	3.2	1.46	2.83**	57.30**

\* P&lt;.05 \*\* P&lt;.01

表5 因子分析—主成分解—

項目	FACTOR1	FACTOR2
1	0.67239	0.02644
2	0.74899	-0.12497
3	0.69140	0.18366
4	0.78782	0.02429
5	0.66748	0.10770
6	0.64189	-0.37466
7	0.51923	0.19261
8	0.71460	0.20080
9	0.76665	-0.15799
10	0.62077	-0.00126
11	0.71600	-0.12617
12	0.64649	-0.10771
13	0.50811	0.05717
14	0.30604	-0.11175
15	0.08117	0.60794
16	0.33538	-0.67189
17	0.66798	0.21833
18	0.52138	-0.05457
19	0.67378	0.08706
20	0.76348	0.18572

## VARIANCE EXPLAINED

## BY EACH FACTOR

FACTOR1	FACTOR2
7.879110	1.262017

## (4) 妥当性

構成概念妥当性の観点から、被検者群の得点は表1に示された順に低下するであろうと予測された。結果は表6の通りで、不適応群を除き概ね予測通りの得点を示している。一要因分散分析を行なったところ、群の主効果がみられた( $F=38.35(df=7,4685)$ ,  $P<.001$ )。事後検定(Tukey法)では、表6でアルファベット同文字間には有意差はなかった(5%水準)。不適応群の得点が患者群より低い結果になったことについては、この群の人々は意識レベルで悩む度合いが大きいのではないかと考えられるが、この点については後に検討したい。また内科患者群、非行群の得点が比較的高いのは、前者には十分なケアのもとに告知を受けた患者が含まれており、この人々が高得点を示していることによる。また後者は施設内での施行であり、このような状況要因が得点に影響したのかもしれない。PIL得点と施行状況との関連についても後に考察する。

これまでの我々の研究結果から、PIL-Aの得点は年齢に伴って上昇することが示唆され

ていていた。今回も一般成人群において年齢による得点の上昇が認められたので、理論上設定された群の要因と、年齢の要因を区別するため、被検者の年齢を統制した上で、正常者群と患者群の得点を比較した(表7)。その結果、それぞれの年齢段階で、正常者群が患者群より高い得点を示した。このことから両群の差は年齢の差ではなく、群の要因によるといえる。

以上の結果から、改定翻訳版P I Lは構成概念妥当性の観点からはほぼ妥当なものと言える。

表6 A合計点の群間比較

群	平均	標準偏差
正常者群 (NOR)		
高適応群 (HA)	119.3	15.23 a
成人群 (AD)	94.0	19.15 b
大学生群 (US)	90.9	17.04 b
高校生群 (HS)	82.2	16.69 d
内科患者群 (IT)	92.0	25.50 b
非行群 (HK)	89.7	19.91 bc
不適応群 (MA)	78.9	21.47 d
患者群 (PA)	83.8	23.82 cd

表7 年齢を統制した群の比較

年齢段階	群 (人数)	適応群 (AD, US, HS)		患者群 (PA)		t (df)
		平均	標準偏差	平均	標準偏差	
A ( ~34)	2,614	89.5	18.17	134	79.4 23.61	4,889(141,2) ***
B (35~74)	1,052	100.4	17.24	132	88.6 23.41	5,610(149,2) ***
C (75~ )	74	92.9	26.67	1	63.0	

\*\*\* P &lt; .001

##### (5) 信頼性

P I L-Aの内的-一貫性はG-P分析、因子分析の結果から確認されたが、さらにクロンバックのアルファ係数を求めたところ0.896 (n=4693) であった。

また大学生 (n=79) について2ヵ月後に再施行し、その結果の一致度を比較したところr=0.870であった。

##### (6) 他のテストとの関連

まず大学生 (n=84) についてP I L-A得点とY Gテストの各項目の得点との相関を求めたところ、P I L-A得点はD, I (情緒の安定性) と負の相関を、またA, S (主導性) 及びG, R (衝動性) とは正の相関を示すが、その他の項目との相関はみられない。

次に、P I L-Aの得点とMMPIとの関連を、一般成人 (n=10)、大学生 (n=56)、精神科患者 (n=10) の合計76人について調べた結果(表8)、P I L-Aの総得点とMMPIのD (抑鬱性)、Pt (精神衰弱性)、Si (社会的内向性) との間には0.1%水準で、Pd (精神病質的偏り)、Si (精神分裂病) との間には1%水準でそれぞれ負の相関がみられた。

これらの結果はCrumbaughらの結果とほぼ対応するものである。

表8 PIL-A 合計点と MMPI との相関  
(n = 76)

MMPI 尺度	相関係数	有意水準
Hs	-.2029	n.s
D	-.5952	***
Hy	-.2756	*
Pd	-.2952	**
Mf	-.0233	n.s
Pa	-.2030	n.s
Pt	-.6447	***
Sc	-.3116	**
Ma	.0643	n.s
Si	-.5602	***

\*  $P < .05$ , \*\*  $P < .01$ , \*\*\*  $P < .001$ 

以上の結果から改訂翻訳版PIL-Aは、旧版に比べてテストとしていっそう精練され、実存的空虚を計る道具としての妥当性、信頼性はほぼ確認されたといつてよいであろう。

#### 4 PIL-B, Cの数量的分析の妥当性と信頼性

##### (1) B, Cの数量的評価の方法

評価の枠としてまず、PIL-B, Cの記述内容を大きく、1)「人生に対する態度」、2)「人生の意味、目的意識」、3)「実存的空虚感」、4)「態度価値」、5)その他、の5つの局面に分けて、1)―4)の局面を数量的に評価する。それぞれの局面はさらに幾つかの下位項目に分けられ、それぞれ理論的、経験的にあらかじめ設定された評価基準に基づいて、7段階で評価される。

まず1)の「人生に対する態度」の局面の得点は、「過去受容」、「現在受容」、「未来受容」、「人生に対する主体性」の4つの下位項目の合計点で表される。

2)の「人生の意味、目的意識」の局面の得点は、「意味、目的意識の明確度」、「意味、目的意識の統合度」、「達成感」の3下位項目の合計で表される。

3)の「実存的空虚感」には下位項目はなく、この観点の評価基準に基づく7段階評価がそのままこの局面の得点となる。

4)の「態度価値」の得点は「死生観」、「自殺観」、「健康観」の3下位項目の合計点で表されるが、「死生観」、「健康観」については、さらにそれぞれ「感情的」、「認知的」、「評価的」、「行動的」の4つの側面について7段階の評価をして、その4つの側面の平均点がそれぞれの下位項目の得点となる。「自殺観」は自殺を考える「頻度」、「本気さ」、「許容度」を「過去」、「現在―未来」に分けて7段階評価をし、その6つの側面の平均点を得点とする。

PIL-B, Cの合計点は以上の1)―4)の局面の合計点で表される。したがって得点は11―77点の間に分布することになる。

なお5)のその他の局面は「知的側面」「情緒的側面」等について特に問題が感じられる場合に文章で記述するようになっており、これは臨床的に使用される。

## (2) B, Cの数量的評価法の妥当性と信頼性

被検者は表1の被検者群から分析に十分なB, Cの記述のある者を選び, さらに被検者数の多い群についてはランダムに抽出し, 表9のような群が構成された。

性差については, 総得点で男性(n=307)は47.6(SD11.62), 女性(n=232)は45.3(SD11.30)で, 男性の得点が高い(表10)。局面別では「実存的空虚感」, 「態度価値」において, 両性間にそれぞれ5%, 1%水準で有意な差がみられ, 下位項目の約半数においても男性の方が得点が高い傾向を示している。群別にみると総得点では男女間に有意差はみられなかった。

A合計点との相関は(表11), B, C合計点とは $r=0.742$  ( $p<.01$ ), 各局面得点, 下位項目

表9 B, C得点—被検査者群の構成

群	男	女	不明	計	(人数)	年齢 平均	標準偏差
正常者群 (NOR)							
高適応群 (HA)	32	8	0	40	40	61.0	10.17
成人群 (AD)	91	48	0	139	139	45.9	17.15
大学生群 (US)	45	39	0	84	84	18.7	0.62
高校生群 (HS)	15	15	0	30	30	16.8	0.53
内科患者群 (IT)	3	5	0	8	8	56.0	5.18
不適応群 (MA)	30	13	0	43	41	24.9	4.10
患者群 (PA)	91	104	7	202	199	36.5	13.19
	307	232		546			

表10 B, C得点における性差 (全体 n=539)

各局面得点: 人生(4—28点)、意味(3—21点)、空虚(1—7点)、態度(3—21点)  
各下位項得点: 1—7点                      総得点=11—77点

項 目	男性 (n=307)		女性 (n=232)		有意水準
	平 均	標準偏差	平 均	標準偏差	
人生態度	17.6	4.87	16.9	4.64	n.s
現在受容	4.3	1.59	4.3	1.54	n.s
過去受容	4.3	1.45	4.0	1.46	**
未来受容	4.6	1.12	4.4	1.15	*
主体性	4.4	1.60	4.2	1.57	n.s
意味・目的意識	12.6	3.65	12.1	3.55	n.s
明確度	4.2	1.54	4.0	1.57	n.s
統合度	4.4	1.36	4.1	1.32	*
達成感	4.1	1.46	4.1	1.35	n.s
実存的空虚	4.2	1.60	4.0	1.51	*
態度価値	13.2	3.28	12.3	3.59	**
死生観	4.0	1.81	3.8	1.78	n.s
自殺観	5.5	1.67	5.0	1.86	***
健康観	3.7	1.29	3.5	1.37	n.s
B, C合計点	47.6	11.62	45.3	11.30	*(t=2,318 df=537)
A合計点	94.6	23.85	89.1	23.51	***

\*  $p<.05$ , \*\*  $p<.01$ , \*\*\*  $p<.001$



との相関係数は0.288—0.700の範囲にあり、いずれも1%水準で有意であった。

次にB, C分析項目間の信頼性をみるために、全被検者について、B, C合計点と各局面および下位項目間の相関を求めたところ、0.437—0.936の範囲にあり、いずれも1%水準で有意であった(表12)。

構成概念妥当性については、表5に記された順に得点が低下するであろうと予測されたが、結果は表13の通りである。一要因分散分析の結果は $F=40.64$  ( $df, 6, 539$ ) で $p<.001$ で群の効果がみられた。事後検定(Tukey法)ではアルファベット同文字間には有意差はない(5%水準)。

4局面および下位項目得点においてもほぼ同様な結果が得られた。

図1は高適応群, 成人群, 不適応群, 患者群の4群のB, C合計点, 4つの局面の得点及びそれぞれの下位項目の得点を示したものである。いずれの得点もB, C合計点とほぼ同じ方向に変動しているが、不適応群, 患者群の間にはほとんど差はない。

B, C得点についても、正常群で年齢にともなって得点が高くなる傾向がみられるので、年齢を統制して正常群(AD, US, HS)と患者群を比較すると(表14), いずれの年齢群においても両群間に0.1%水準で有意な差がみられた。

上述の様に不適応群と患者群は識別されなかったが、これは今回は患者群を一群として扱っ

表11 B, C得点とA合計点との相関 (n=546)

BC得点 .742					
人生态度	.700	意味目的	.639	実存空虚	.672
過去受容	.492	明確度	.433	死生観	.360
現在受容	.647	統合度	.601	自殺観	.465
未来受容	.587	達成感	.585	健康観	.288
主体性	.609				

いずれも1%水準で有意

表12 B, C合計得点と分析項目得点との相関 (n=546)

人生态度	.936	意味目的	.900	実存空虚	.884	態度価値	.706
過去受容	.669	明確度	.620			死生観	.500
現在受容	.847	統合度	.838			自殺観	.532
未来受容	.812	達成感	.819			健康観	.437
主体性	.797						

いずれも1%水準で有意

表13 各群のB, C得点およびA得点

群	B, C得点			A得点		
	平均	標準偏差		平均	標準偏差	
正常者群 (NOR)						
高適応群 (HA)	60.4	9.03	a	118.8	15.49	a
成人群 (AD)	52.6	10.20	b	103.7	18.90	ab
大学生群 (US)	45.3	8.87	c	88.7	17.82	bc
高校生群 (HS)	43.9	7.96	c	84.8	16.21	c
内科患者群 (IT)	62.2	7.32	a	117.0	22.14	a
不適応群 (MA)	42.4	9.89	c	78.3	24.33	c
患者群 (PA)	40.7	9.85	c	83.5	23.26	c

表14 B, C得点一年齢を統制した群の比較

群 年齢段階	適応群 (AD, US, HS)			患者群 (PA)			t (df)
	(人数)	平均	標準偏差	(人数)	平均	標準偏差	
A (15~24)	123	45.4	8.70	45	39.6	8.77	3.811 (116,2) ***
B (25~64)	104	50.3	9.30	148	41.0	10.17	7.433 (250,2) ***
C (65~)	26	62.2	8.92	6	42.7	10.89	4.640 (30,2) ***

\*\*\* p &lt; .001

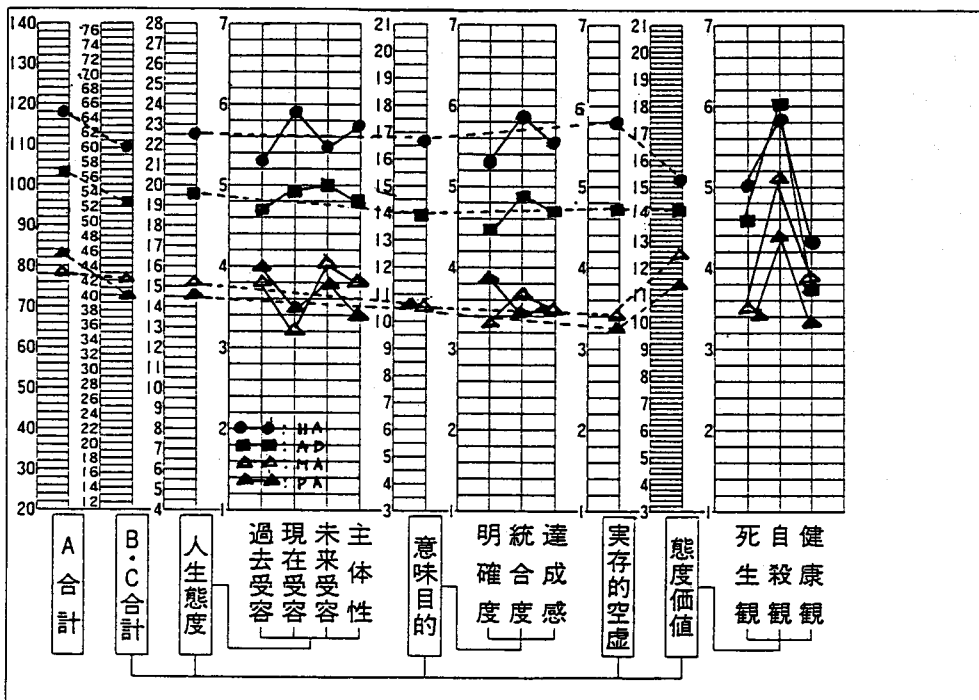


図1 B C得点群間比較

たこと、両群間の年齢を統制した分析を行わなかったこともあり、この検討は今後の課題となる。以上の結果から、B, Cの数量的評価法は理論的観点から設定された群を概ね弁別し、妥当な評価法と考えられる。

さらにAとB, C得点との間の適度な相関は、評定尺度の形式で問うAの得点には表れない局面がB, Cの得点に反映されていると考えられる。この点については今後事例検討等によって確かめていきたい。以上の結果から、PIL-B, Cの数量的評価法は妥当性、信頼性をもつ評価法であることがほぼ支持されたといえよう。Aの得点とB, C得点を併せて評価することにより、被検者をより総合的に、客観的に理解することが可能になると考えられる。

### (3) B, Cの数量的評価法による類型化の試み

図1を見ると、B, C合計点、および各局面の得点はHA, AD, MA, PAの順に低下しているが、各局面を構成する下位項目得点は、群によりやや異なる変動をしていることが知られる。特に「人生態度」の下位項目で、MA, PA群は現在受容が過去および未来受容に比較して低いというV字型のパターンを示している。さらに「主体性」得点も低いという特徴をもつ。

また「意味、目的」の局面でPA群は明確度が統合度、達成感に比べて高いという他群と異なるパターンを示す。さらに「態度価値」において自殺観得点が高群にくらべて有意に低いという特徴を示す。特に自殺に関してはAの項目得点においてもNo.16自殺の得点が低く、No.15死の項目の得点が比較的高いという傾向を示している。

このようにB、Cの下位得点の変動のパターンから、被検者の類型的理解も可能であり、この方法は被検者の自己理解、あるいは治療等に一層役立つのではないかと考えられる。

## 5 判定基準

Crumbaughらは正常者群、患者群を含めた全体についてパーセンタイル得点を求め、その平均得点(102, 49-51PR)を中心に、正常者群の平均得点(112, 72-73PR)と患者群の平均得点(92, 29-30PR)の間を普通、112点以上を高い目的意識をもつ者、92点以下を目的意識に欠ける者と言う基準を出している。

日本人被検者の得点はCrumbaughらの被検者に較べて全般に低いこと、さらに年齢要因を考慮にいれる必要があるとすると、Crumbaughらの基準をそのまま用いることはできない。日本版P I Lについては、年齢要因を考慮に入れ、得点の度数分布に基づいて考えると、おおよそ表15のような基準がでる。これは現時点での目安であり、特に年齢基準については今後データを増やして検討をしていく必要がある。さらにAとB、Cの得点の関連、B、Cの各局面の得点、および下位得点のパターン等からの類型化により、一層精緻化された判定基準の設定が考えらるがこれは今後の課題としたい。

表15-1 判定基準-A合計点による-

A 得点 年齢段階	20 79	80 89	90 109	110 119	120 129	130 140
	79	89	109	119	129	140
15 ~ 34	低	中	中	高	高	高
35 ~ 74	低	低	中	中	高	高
75 ~	低	中	中	中	中	高

表15-2 判定基準-B、C合計点による-

BC 得点 年齢段階	11 39	40 43	44 54	55 59	60 69	70 77
	39	43	54	59	69	77
15 ~ 24	低	中	中	高	高	高
25 ~ 64	低	低	中	中	高	高
65 ~	低	低	低	中	高	高

## 6 まとめと今後の課題

以上我々がこれまで使用してきた翻訳版P I Lを若干修正して日本版P I Lを作成し、そのテストとしての妥当性、信頼性を検討した結果を報告した。今回の改定により日本版P I L-Aはテストとして精練され、実存的空虚を計るテストとしての妥当性、信頼性は確認されたと言ってよいであろう。さらに我々はPart-B、Cについても数量的評価法を案出し、その妥当性、信頼性も検討した。我々のPart-B、C評価法はそれ自体構成概念妥当性の観点から構成された群を弁別し、またPart-Aの得点と適度な相関をもつことが知られた。上述の結果からPart-AとB、Cの得点をあわせて考慮することによって、個人の生き方によりいっそう接近し得ると考えられるが、なお今後検討すべき課題も残されている。それらの幾つかについては本文中でもふれてきたが、以下にまとめておきたい。

- 1) まず年齢要因を判定に際してどの様に考慮するかである。今回の結果から、年齢を統制

してP I Lの得点を比較するといずれの群においても正常者群の方が患者群に比して得点が高いことが知られた。しかし正常者群においては年齢の上昇にともなってP I L得点も上昇することが見出されており、判定基準に年齢要因をどのように入れるか、今回は暫定的に表15のように表したが、今後検討を続ける必要がある。

2) 結果の解釈について、高低いずれにせよ Part-A と B, C の得点間にズレの少ない人についてはあまり問題はないのであるが、両者の間の差の大きい人、あるいはそれぞれの下位得点間にばらつきの大きい人については慎重に解釈がなされなければならない。その際前述のように、下位得点の変動のパターンからの類型化も有効な手段になるかも知れない。今回はこの点について十分にふれることができなかったで、これも今後の課題としたい。

3) P I Lは意識調査であり、状況的要因の影響によって得点が容易に上下することについて Crumbaugh らは使用上の注意として述べている。特に A は意識の内容についてはふれておらず、たとえば過激な政治活動や狂信的宗教活動等に参加することによっても、得点が影響を受けるのであり、その解釈は慎重になされねばならないことを Frankl も注意している。今回の我々の被検者についていえば、内科患者群、非行群等において状況要因が影響しているのかという疑問を提起しておいたが、その点について充分検討できずにしまった。これも事例研究による縦断的調査を行なうことにより今後検討していかなければならない。

4) 今回は妥当性検討に際して精神科患者群を一群として扱った。B, C の分析に際しては、外来、入院などの様態別、疾患別の検討も試みたが、その詳細には触れることができなかった。患者群を詳細に検討することによって Frankl が実存神経症と名付けた人々の弁別がいつそう適確になると考えられる。

5) 今回の妥当性検討では群としてあつかってきた。上述の判定基準は実存的欲求不満の程度を知るためには有効であろうが、個人の病理の診断については、Crummbaugh らも言うように他の資料も参考に慎重になされなければならない。その際 2) でふれた類型化による判断はなんらかの手がかりを与えてくれるであろうか。2) と 3) の検討を深めることによって個人の实存により近づき、また個人の病理をより適確に把握することができるようにならないだろうか。

今回は事例による考察をすることができなかったが、今後 1) - 5) の課題を事例によって検討していくことも必要であろう。

## 文 献

- Crumbaugh, J.C. & Maholic, L.T.: An Experimental Study in Existentialism, The Psychometric Approach to Frankl's Concept of Noögenic Neurosis. Jour. of Clinical Psychol. 200-207, 1964  
Crumbaugh, J.C.: Cross Validation of Purpose-in-Life Test based on Frankl's Concept, Jour. of Individual Psychol. vol. 24, 74-81, 1968  
Crumbaugh, J.C. & Maholic, L.T. Manual of Instruction for The Purpose-in-Life Test. Psychometric Affiliates, 1969  
Frankl, V.E., Aertzliche Seelsorge. Franz Deuticke, Wein, 1952, 霜山徳爾訳「死と愛」みすず書房  
佐藤文子: 実存心理検査—P I L—, 岡堂哲雄編「心理検査学」323-343, 垣内出版, 1975  
佐藤文子: 実存心理検査 (P I L), こころの科学, 第 3 号 71-78, 1985  
佐藤文子: 実存心理検査—P I L—の検討 I——態度スケールを中心に——アルテス・リベラレス (岩手大学人文社会科学部紀要) 第39号, 125-140, 1986  
佐藤文子: 死と自殺に対する態度についての心理学的研究——Purpose-in-Life-test をてがかりに——アル

テス・リベラレス（岩手大学人文社会科学部紀要）第44号，59-77，1989

佐藤文子：死と自殺に対する態度についての心理学的研究——自殺未遂者の Purpose-in-Life-test（P I L）反応の分析——アルテス・リベラレス（岩手大学人文社会科学部紀要）第47号，79-92，1990