The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	性格特性を統制した場合の自律訓練法によるリラクゼーション効果
Author(s)	松井, 智子
Citation	生老病死の行動科学. 2011, 16, p. 19-28
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/23415
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

原著論文

性格特性を統制した場合の自律訓練法によるリラクゼーション効果

The relaxation effect of autogenic training controlled for personality traits

（大阪大学大学院人間科学研究科博士前期課程）松　井　智　子

Abstract

The purpose of this study was to examine the relaxation effects of autogenic training (AT) under condition of controlled personality traits that modulated the effects of AT, such as anxiety sensitivity, suggestibility, and activeness. When the relaxation effects of AT were compared between an experimental group (20) and control group (18), the amount of change in STAI significantly decreased (t (36) = 3.42, p < .01) and the amount of change in AT senses significantly increased (t (36) = 2.19, p < .05). Therefore, we observed that people may obtain more relaxation effects from receiving AT rather than resting for the same amount of time.

Key word: autogenic training (AT), personality, stress management, mental health

Ⅰ　背景と目的

厚生労働省（2010a）によると、12 歳以上の者（入院者は除く）について、日常生活での悩みやストレスの有無別構成割合で「ある」と答えた者の割合が 46.5% であった。また 2002 年の厚生労働省の調査によると、60 % 以上の労働者が職場あるいは仕事にストレスを感じていることから（石川・斉藤，2008）、メンタルヘルスケアの必要性が高まっている。

メンタルヘルスの維持において重要な役割を期待されているもののひとつに、リラクゼーション法がある。そこで本研究では、ストレスマネジメントにおけるリラクゼーション技法として有用性が確認されている（村上・桂・佐々木・笠井・小田・菊池・河野・一ノ渡・今井・飯田・国吉・後藤，1996）、自律訓練法（autogenic training; 以下より AT）に注目する。AT は 1932 年にドイツの精神科医 Schultz, J. H. によって体系化され、心療内科における代表的な治療法として広く使われている。彼は、AT を「催眠によってもたらされるすべての状態を得ることができるような、生理的な合理的訓練法であり、心身の全般的な変容をもたらすものである」と定義している。しかしながら、AT は、他者から誘導される催眠法とは異なる。自分自身でいつでも行えることに特徴があり、日常生活の多様な場面で、自分自身で「自己暗示」によって再現させるセルフコントロール法である。また AT の生理学的な作用機序は、身体を交感神経機能優位の状態から、副交感神経機能優位の状態に移行させることで、心身に改善的な働きが起きるというものである。人間は催眠状態に陥ると、副交感神経が優位になり、ストレスで緊張している心身をリラックスさせる。こうした催眠状態を患者が自分自身に暗示をかけて作り出すことで、心の病の原因となっている心身の緊張やスト

レスを緩和し、低下している身体の免疫力や治癒力を取り戻させる。

日本では1952年から導入され、現在では医療・教育・産業・スポーツなどの領域に広く普及し活用されているが、AT指導上で困難を感じたこととして、動機づけの問題、ATの感覚がはっきりしない場合のコンプライアンスの問題をあげたものが多かったと報告されている（三島，2000）。これらの問題は、ATのリラクゼーション効果が個人要因によって左右されるために起こると考えられる。先行研究ではATによるリラクゼーション効果へ練習者の性格特性の影響があると言われている。古川・坂野（2007; 2008）らは、不安感受性はATによる状態不安の変化量に最も強い影響を及ぼす個人内変数であることを明らかにした。また、佐々木（1976）は、極度に積極的な者は温感を認識しにくく、暗示へのかかりやすさである被暗示性が高い傾向のある者はATにおける重感が早くでやすいと示唆している。このように、これまでの研究や文献において、ATのリラクゼーション効果に影響する性格特性について指摘されていたが、これら3つの性格特性の影響を全て考慮したうえで、ATによるリラクゼーション効果について検討されているものはない。そこで本研究では、質問紙調査と介入実験を行い、3つの性格特性を統制した上で、ATによるリラクゼーション効果について検討することを目的とする。

Ⅱ　方法

1．実験参加者、日時および環境

実験参加者は、ATは健康増進やストレス予防にも有効（松岡･松岡, 2009）であることから、四肢重感公式における禁忌症（重症筋無力症）のない健康な大学生と一般社会人とした。禁忌とは、ATによって副作用を起こす可能性のある疾患のことであり、北守（2000）によると、急性期・重症の疾患（虚血性心疾患、出血性疾患等）や、受動的注意集中の目標となる臓器の疾患を持つ場合（第1公式では重症筋無力症）は疾患の増悪などの副作用の危険性があるとされる。人数は合計40名（男性19名、女性21名）、年齢は19歳～32歳（平均年齢21.8歳）であった。また、実験群は20名（平均年齢22.7歳、SD = 3.79：男性9名、女性11名）、統制群は20名（平均年齢20.9歳、SD = 1.39：男性10名、女性10名）であった。

実験期間は2010年10月21日～10月29日であった。実験室の不快な室温や、照明の明るさはAT練習の妨害となりうるため、実験参加者にとって適温となるよう室温を調整し、日中は照明を消し自然光の中で実験を行い、18時以降は照明で明るさを調整し、参加者が眩しさを感じない程度の明るさを保った。

2．装置および材料

教示（A4用紙）、質問紙、録音した音声を再生するためのパソコンを使用した。

・ 教示：実験群へは、用紙を使用しながらATについての内容説明、期待されるリラクゼーション効果、ATの活用場面について説明した。また、統制群に関しては、4分間安静状態を保ってもらうことのみ口頭で伝えた。
・ ASI日本語版（村中・大沼・片岡・松永・横山・佐藤・田中・坂野，2001）：不安感受性

を測定する尺度であり、「0（まったくそう思わない）～4（非常にそう思う）」の5件法で評定が求められた。ASI 日本語版は、得点が高いほど不安症状に対する恐怖が強いことを示している。

・ 多要因被暗示性尺度（井出･山村･梶原，2009）:被暗示性を測定する尺度であり、「解離性」、「没入性」、「共感性」を含む「第一次被暗示性」と、「被影響性」を含む「第二次被暗示性」から構成される。佐々木（1976）によると、被暗示性というのは、影響されやすいことと関係があるため、「第二被暗示性」を利用する。「第二被暗示性」は、7 項目から成り、「1（非常によくある）～5（まったくない）」の5件法で評定され、得点の低いほうが影響されやすいことを示す。

・ PAM13 － MH 日本語版（藤田・久野・加藤・爰地・上原・平安，2010）：精神の健康管理への積極性を測定する尺度であり、「1（全くそう思わない）～4（非常にそう思う）」の4件法と、質問が自分にあてはまらない場合は「0（質問が私にあてはまらない）」で評定した。PAM13 － MH 日本語版は、得点が高いほうが積極性のレベルが高いことを示す。なお、PAM13 － MH 日本語版の使用にあたっては、米国版の版権を所有している Insignia Health, LLC とのライセンス契約が必要である（http://www.insigniahealth.com）。

・ STAI 日本語版 STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY（清水・今栄，1981）：状態不安（A-State）と特性不安（A-Trait）を測る尺度である。前者は、自律神経系の興奮などを伴う一時的、状況的な不安であり、後者はストレス状況で状態不安を喚起させやすい傾向で比較的安定した個人内特性と捉えられる。なお、AT を行った群と行わなかった群を比較すると、AT を行った群では明らかに AT 後に状態不安が低下する（松岡・佐々木，1982；松岡，1987）ことから、本研究では状態不安を測る A-State のみ用いた。A-State は 20 項目から成り、「1（まったくそうでない）～4（まったくそうである）」の4件法で評定を求めた。A-State は得点が高いほど、状態不安が強いことを示している。

・ AT 感覚:大家･秋元･宮崎・中嶋（2010）が使用した自記式アンケートを参照し、作成した。「呼吸が落ち着いている」など、AT を行うことで変化する身体感覚についての6項目からなり、「1（まったく感じない）～5（とても感じる）」の5件法で評定を求めた。得点が高いほど、AT によるリラクゼーション効果が現れていることを示している。

・ 体調チェック：重症筋無力症の有無確認及び、現在の体調について回答を求めた。

3. 手続き

本研究は、質問紙調査と介入実験を行った。まず実験参加者に事前に AT についての関与レベルについて質問した。質問項目は、「1. 自律訓練法（AT）をやったことがある」、「2. 自律訓練法（AT）の内容や、やり方を知っている」、「3. 自律訓練法（AT）という言葉だけなら聞いたことがある」、「4. 自律訓練法（AT）について全く知らない」で、4を選んだもの中から、AT を行わず4分間安静状態を維持してもらう統制群に、その他の者は AT を行う実験群に無作為に割り当て、後日実験を行った。

実験は、AT の練習公式が公式化されていること、基本的段階での指導法が共通している

ことなどから集団での指導も広く行われている（松岡・松岡，2009）ため、同じ群の者を1～4人同時に実施した。まず、ATの第1公式における禁忌症である重症筋無力症の有無と、現在の体調について尋ね、問題のなかったものに対して実施予定のリラクゼーション法について説明し、不安感受性、積極性、被暗示性、STAI、AT感覚を測る尺度に回答を求め、そしてATの背景公式、第1公式（四肢重感練習）、第2公式（四肢温感練習）、消去動作を指導し、ウォーミングアップ（自身の身体に意識を向ける練習）を行った。その後、研究代表者の声を録音したものを再生し、それに従いながらATを行ってもらった。全員の消去動作終了を確認した後、STAI、AT感覚を測る質問紙回答してもらった。統制群は、4分間安静にするという教示をし、実験群と同じ質問紙に回答後、4分間安静状態を保ってもらった。その後、実験群と同様に質問紙に記入してもらった。リラクゼーション効果の判断は、リラクゼーション法実施前後のSTAI、AT感覚を測る尺度の得点の変化によるものとした。また、リラクゼーション法を行う姿勢は、実験群及び統制群ともに単純椅子姿勢で行った。録音内容は、1回目が順に背景公式「気持ちが落ち着いている」、第1公式「両手両足が重たい」、背景公式、第2公式「両手両足が温かい」を2回ずつ繰り返したものであった。2回目は、公式の順に変化はないが、繰り返しがなく録音されている回数が1回ずつとなる。そして3回目は、3回目が始まる合図以降は無音状態となっている。無音状態のときは、実験参加者自身が心の中で唱える。また､はじめの背景公式から消去動作までの1セットが80秒で、計4分の録音となっているが、3回目は参加者自身のペースで行ってもらうため、音声が途切れても消去動作が終わっていなければ続けてもらった。また、統制群における安静状態時間の4分は、使用した録音の時間を参考にした。

統計解析には、SPSS18.0 for Windowsを用いた。

4．倫理的配慮

本研究は大阪大学人間科学研究科行動学系の倫理審査会の承認を受けた後、調査を行った。参加者には、健康状態を確認したうえで、研究目的、参加者の権利、個人情報保護等について口頭と文書で十分に説明を行い、文書で同意を得た。また、研究代表者は、中央労働災害防止協会主催・日本自律訓練法学会後援の「労働者の心の健康の保持増進のための指針」に基づく産業保健スタッフ教育研修（自律訓練法）セミナーに参加し、ATの指導法の研修を修了した。さらに、自律訓練法に精通した臨床心理士にスーパーバイズを受け、専門健康心理士をもった共同研究者にも全ての被験者に対する実施状況について報告及び確認を行った。

Ⅲ　結果

1．対象者の背景

対象者40名のうち、統制群2名が無効回答であったため分析から除外した。各群の年齢および男女比をTable1、Table2に示した。また、それぞれの群における性格特性についてTable3に示した。積極性、被暗示性、不安感受性についてt検定を行ったところ、どの性

格特性も群間で有意差はなかった（t(36)=-.07, n.s. ; t(36)=.33, n.s. ; t(36)=-1.1, n.s.）（Table 3）。つまり、baseline において両群に差がなかったことが示された。

Table 1　参加者の年齢

	年齢実験群 (n=20)		統制群 (n=18)	
	平均	SD	平均	SD
年齢	22.65	3.79	20.78	1.11

Table 2　参加者の男女比

	年齢実験群 (n=20)	統制群 (n=18)
男女比	男性 :n=9　女性 :n=11	男性 :n=8　女性 :n=10

Table 3　参加者の性格特性

	実験群		統制群		
	平均	SD	平均	SD	t 値
被暗示性	23	4.79	23.11	4.91	-.07, n.s.
不安感受性	31.95	7.52	30.56	8.8	.53, n.s.
積極性	41.6	10.33	45.05	8.81	-1.1, n.s.

2. リラクゼーション効果の群間比較

群間におけるリラクゼーション効果の差を検討するため、STAI、AT 感覚の得点をリラクゼーション法実施前後の変化量で比較した。解析方法は、まず AT 練習前のそれぞれの変数の合計得点の差を検討するため、リラクゼーション法前の変数の合計得点について t 検定を行い、次に各群のリラクゼーション効果の差を検討するため、変数の変化量について t 検定を行った（Table 4）。以下、リラクゼーション法実施前後の各変数の得点について各々「pre（STAI･AT 感覚）合計得点」、「pos（STAI･AT 感覚）合計得点」と表記する。

群間における preSTAI 合計得点の差を検討するため、preSTAI 合計得点について t 検定を行った結果、有意な差は見られなかった（t(36)=.31, n.s.）。つまり、baseline において両群に差がみられなかったことが示された。そこで、preSTAI 合計得点を共変量とせずに以下の分析を行った。群間のリラクゼーション効果の差異を検討するため、STAI 合計得点の変化量（「preSTAI 合計得点」-「posSTAI 合計得点」）について t 検定を行った結果、有意な差が見られた（t(36)=3.42, p<.01）。つまり、AT を行った群は統制群と比較して AT によるリラクゼーション効果が得られたことが明らかとなった（figure 1）。

群間における preAT 感覚合計得点の差異を検討するため、preAT 感覚合計得点について t 検定を行った結果、有意な差は見られなかった（t(36)=-.87, n.s.）。つまり、baseline において両群に差がみられなかったことが示された。そこで、以下の分析では、preAT 感覚合計得点を共変量とせず解析を行った。群間のリラクゼーション効果の差異を検討するため、AT 感覚合計得点の変化量（「posAT 感覚合計得点」-「preAT 感覚合計得点」）について t 検定を行った。その結果、有意な差が見られた（t(36)=2.19, p<.05）。つまり、AT を行った群は統制群と比較して AT によるリラクゼーション効果が得られたことが明らかとなった（figure2）。

Table 4　各変数の pre/pos 合計得点および変化量

	実験群		統制群		
	平均	SD	平均	SD	t 値
preSTAI 合計得点	39.10	6.46	38.50	5.20	.31,n.s.
posSTAI 合計得点	32.20	7.19	35.67	5.87	
STAI 変化量	6.90	4.04	2.83	3.19	3.42**
preAT 感覚合計得点	21.65	3.05	22.50	2.98	-.87,n.s.
posAT 感覚合計得点	25.65	3.27	24.22	2.94	
AT 感覚変化量	4.00	3.51	1.72	2.82	2.19*

*p <.05, **p <.01

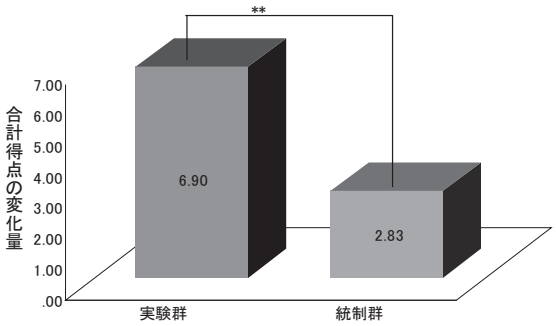

Fig. 1　STAI 合計得点の変化量

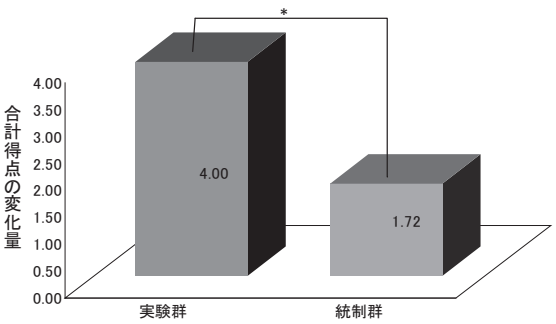

Fig. 2　AT 感覚合計得点の変化量

Ⅳ　考察

1．リラクゼーション効果

本研究では、AT によるリラクゼーション効果に影響を与えるとされる 3 つの性格特性を統制したうえで、AT によるリラクゼーション効果について検討した。リラクゼーション効果の判断として STAI、AT 感覚の尺度を用い、リラクゼーション法実施前後の合計得点の変化量を群間（実験群・統制群）で比較した。まず、AT によるリラクゼーション効果の判断材料として、自律神経系の興奮などを伴う一時的、状況的な不安である状態不安を測定する STAI を用いた。AT を行った群と行わなかった群を比較すると、AT を行った群では明らかに AT 後に状態不安が低下する（松岡・佐々木，1982；松岡，1987）と示されていたが、本研究においても同様の結果が見られた。次に、判断材料として AT を行うことで変化する身体感覚についての尺度を用いた結果、群間に有意な差が見られ、AT を行った群では明らかに AT 後に AT 感覚が増加した。以上より、性格特性を踏まえても、同じ 4 分間休息をとるのであれば、AT を行ったほうがより不安の減少、そして手足が温かくなる温感や身体の力が抜ける感覚などのリラクゼーション効果を得られることが明らかとなった。

2．AT の問題に対する示唆

本来、AT は比較的長期にわたって訓練を重ねた上で、自ら AT 特有の身体変化を引き出

せるようになって初めて「習得した」、「効果があった」と言えるが、本研究では短時間での指導・練習であっても、安静時よりも、ATによるリラクゼーション効果があることが明らかとなった。このことから、ATを習得しようとする者に早い段階でATの有用性を感じさせることができると考える。また、AT指導上の問題として、AT感覚がはっきりしない場合のコンプライアンスの問題をあげたものが多かったと報告されている（三島，2000）。そこで、ATを行う際には、統制群との差が大きかったSTAIについて結果を練習者に提示し、変化が生じていることを認識させることが必要であると考える。北守（2000）によると、動機付けが非常に困難で、標準練習の第1公式を施行してもまったく重感が得られないと訴えた練習者に、サーモグラフィを施行したところ、程度は大きくないが手掌温度の上昇傾向が確認され、その画像を練習者と供覧したところ、はじめて納得を得ることができ、以後徐々に安定した効果が認められるようになった。このように、練習者が効果を確認することは非常に大切であり、またSTAIやストレス度といった心理テストは比較的安価で実施が容易であるため、効果のフィードバックに適していると考える。これらは、AT感覚を感じない場合のコンプライアンスの問題の緩和につながると考える。

3．今後の課題

本研究によって、AT感覚がはっきりしない場合のコンプライアンスの問題や、ストレスや不安に悩まされている人々のATの実用的な適応への示唆が得られた点は非常に有益である。しかしながら、研究デザインは知らずとも、ATの内容について知っている者が多く、実験群と統制群における、研究代表者と実験参加者の信頼関係であるラポールの偏りが影響した可能性は否定できない。また、「自己暗示」という観点からATの効果に影響を与えている個人要因のひとつとしてプラセボ効果に注目する。プラセボ効果（偽薬効果）とは、一般には偽薬を処方しても、薬だと信じ込む事によって何らかの改善がみられる事を言う。プラセボは、その効果に対して強い期待、意欲、希望を持つ場合、多くの人々に治療効果を現わす（広瀬，2001）。このことから、ATにおいても、リラクゼーション効果に対して強い期待や意欲が持てたならば、その効果を感じやすくなるのではないかと考える。今後、性格特性の統制に加え、リラクゼーション効果に対する期待感や意欲との関連について、検討する余地があると考える。

4．ATの活用の展望

本研究の結果より、性格特性を考慮した上での短期間の練習でも不安低減などのリラクゼーション効果があることに加え、ATに副作用も少ないことから（松岡・松岡，2009）、緩和医療の現場でも活用できるのではないだろうか。厚生労働省研究班（2010b）によると、日本における主な死因の年次推移に関して、がんは1981年以降死因順位第1位となり、2010年の全死亡者に占める割合は29.5%となっている。それだけに、がんの罹患というのは「死」に結びつきやすく、罹患することだけでもストレスとなるうえに、治療、通院、治療費などの負担が加わる。厚生労働省研究班（2004）によると、がん患者を対象とした調査で、再発・

転移の不安、将来に対する漠然とした不安、治療効果・治療期間に対する不安、治るのか・完治するのか、副作用・後遺症が出るかもしれないという「不安などの心の問題」が、回答全体の 48.6% を占め、多くのがん患者が心の問題を抱えていることがわかった。そして、がんに罹患したことに対する不安感や抑うつ感自体が精神的苦痛になることに加え、生活の質である QOL も社会、感情、認知、身体領域など広範囲にわたって低下する（Grassi, Indelli, Marzola, Maestri, Santini, Piva, & Boccalon, 1996）。さらに抑うつ状態は適切な意思決定を阻害し、治療に対するアドヒアランスの低下を招く。また「第 2 の患者」と呼ばれる家族も、介護の疲れや、患者の死への不安などからストレスを抱えており、がん患者家族の約 4 割弱にうつ病が認められ、がん患者における割合を上回っていたという報告もある（Braun, Mikulincer, Rydall, Walsh,& Rodin, 2007）。

そこで厚生労働省（2007）は「がん対策推進基本計画」において、「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」を、重点的に取り組むべき課題として位置付けている。そして、がん患者とその家族が可能な限り質の高い療養生活を送れるようにするため、身体症状の緩和や精神心理的な問題への援助などが、終末期だけでなく治療の初期段階から積極的な治療と並行して行われることを求めている。また、WHO によると、緩和医療は、がん患者だけを対象とした医療ではなく、その家族を含めて身体的、精神的、社会的苦痛の軽減を目的とした包括的医療であると定義される。このように、がん患者、そしてその家族の身体的、社会的苦痛だけでなく、精神的苦痛に対するケアが重要視されてきている現状がある。緩和医療では、患者や家族の精神的苦痛に対して様々な心理療法が行われているが、AT は不安や緊張への耐性を高め、それらに由来する身体症状の緩和に有効であると言われている（松岡・松岡, 2009）。また、がん患者の問題のひとつに不眠があるが、AT はがん患者の不眠の改善にも有効と言われている（Simeit, Deck, & Conta-Marx, 2004）。わが国でも AT を取り入れたがん患者のサポートプログラムは行われているが（吉田・遠藤・守田・朝倉・奥原・福井・竹中, 2004）、AT を取り入れた体系的なストレスコントロールプログラムなどのがん患者のサポートプログラムのさらなる開発・普及が期待される。

引用文献

Braun M, Mikulincer M, Rydall A, Walsh A, & Rodin G 2007 : Hidden morbidity in cancer : spouse caregivers. *Journal of Clinical Oncology*, **25**, 4829-4834.

藤田英美・久野恵理・加藤大慈・爰地真理子・上原久美・平安良雄　2010　精神の健康管理への積極性評価尺度 (Patient Activation Measure 13 for Mental Health ; PAM-13) 日本語版の開発．精神医学，**52**, 765-772.

古川洋和・坂野雄二　2007　練習者の性格特性、および認知が自律訓練法によって生じる不安反応に及ぼす影響．自律訓練研究，**27**, 1-10.

古川洋和・坂野雄二　2008　不安感受性の緩和が自律訓練法によるリラクセーション効果に及ぼす影響．心身医学，**48**(10), 889-895.

石川浩二・斉藤政彦　2008　産業現場におけるストレスに対するセルフケア　産業医による

取り組み実態のアンケート調査結果．産業衛生学雑誌，**50**(1), 4-10.
Grassi L, Indelli M, Marzola M, Maestri A, Santini A, Piva E, & Boccalon M 1996: Depressive symptoms and quality of life in home-care-assisted cancer patients, *Journal of Pain and Symptom Management*, **12**(5), 300-307.
広瀬弘忠　2001　心の潜在効果　プラシーボ効果 朝日選書
井出正和・山村豊・梶原隆之　2009　多要因被暗示性尺度作成と妥当性の検討．催眠と科学，**1**, 23-24.
北守茂　2000　心身医学における自律訓練法　至文堂　現代のエスプリ No.396　自律訓練法，140-149.
厚生労働省　2007　がん対策推進基本計画
(http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf)
厚生労働省　2010a　国民生活基礎調査
(http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/3-3.html)
厚生労働省　2010b　人口動態統計 (確定数) の概要
(http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei10/index.html)
厚生労働省研究班（主任研究者　山口建）　2004 「がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査報告書　概要版」
松岡洋一　1987　集団自律訓練法に関する研究（第 4 報）―自律訓練法前後の STAI の変化について　自律訓練研究，**7**, 55-62.
松岡洋一・松岡素子　2009　自律訓練法［改訂版］日本評論社
松岡洋一・佐々木雄二　1982　集団自律訓練法に関する研究（第 1 報）　自立訓練研究，**4**, 56-72.
三島徳雄　2000　わが国における自律訓練法の適用の現状　至文堂　現代のエスプリ No.396 自律訓練法，128-139.
村上正人・桂戴作・佐々木雄二・笠井仁・小田晋・菊池長徳・河野友信・一ノ渡尚道・今井保次・飯田進一郎・国吉空・後藤敕　1996　産業人におけるメンタルヘルス促進の試みとその評価－集団自律訓練法を導入したストレスコーピングプログラム－　心身医学，**36**, 161-167.
村中泰子・大沼泰江・片岡美穂子・松永美希・横山知加・佐藤さやか・田中優輝・坂野雄二　2001　不安感受性尺度 (ASI) 日本語版作成の試み (1)．日本行動療法学会発表論文集，**27**, 227-228.
大家文子・秋元伊津子・宮崎幸子・中嶋由紀子　2010　ホリスティクケアの実践 ～自律訓練法を試みて～　ホスピスケアと在宅ケア，**18**(2), 266-266
佐々木雄二　1976　自律訓練法の実際　創元社
Simeit R, Deck R, & Conta-Marx B. 2004 Sleep management training for cancer patients with insomnia. *Supprt Care Cancer*, **12**, 176-183.
清水秀美・今栄国晴　1981　STAI 日本語版 STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY 心理

測定尺度集Ⅲ―心の健康をはかる〈適応・臨床〉―　株式会社サイエンス社
吉田みつ子・遠藤公久・守田美奈子・朝倉隆司・奥原秀盛・福井里美・竹中文良　2004　がん患者のための地域開放型サポートグループ・プログラムの効果検討．心身医学，**44**(2), 133-140.