自律訓練法の臨床効果測定用尺度 (ATCES) の開発 ——尺度の信頼性, 妥当性の検討——

東京心理相談センター 生月誠¹・高知県立高知北高等学校 宮内裕子・聖徳大学 山口創・早稲田大学 越川房子

Development of Autogenic Training Clinical Effectiveness Scale (ATCES)

Makoto Ikezuki (Tokyo Psychology and Counseling Service Center, 2-8-9-4F Nishikanda, Chiyoda-ku, Tokyo 101-0065), Yuko Miyauchi (Kochi-Kita High School, 160 Higashi-Ishidate-cho, Kochi 780-8039), Hajime Yamaguchi (Department of Child Development, Faculty of Literature, Seitoku University, Iwase, Matsudo 271-8555) and Fusako Koshikawa (Department of Psychology, School of Literature, Waseda University, Shinjuku-ku, Tokyo 162-8644)

The purpose of the present study was to develop a scale measuring clinical effectiveness of autogenic training. In Study 1, 167 undergraduates completed a survey of items concerning physical and mental states, which were thought to vary in the course of autogenic training. With item and factor analyses, 20 items were selected, and the resulting scale (ATCES) had high discrimination and clear factor structure. In Study 2, reliability and concurrent and clinical validity of the scale were examined with three groups of respondents: 85 mentally healthy, 31 control, 13 clinical persons. The scale showed a high test-retest correlation ($r=.83$) and α coefficient ($\alpha=.86$). ATCES had a Pearson correlation coefficient of $r=.56$ with General Health Questionnaire (GHQ-12), and $r=.73$ with trait anxiety (STAI-T). And ATCES successfully discriminated the mentally healthy and clinical groups in terms of clinical effectiveness. These results demonstrated high reliability and sufficient concurrent and clinical validity of the new scale.

Key words: Autogenic Training Clinical Effectiveness Scale (ATCES), autogenic training, assessment of clinical effectiveness, reliability, validity.

自律訓練法 (Autogenic Training, 以下 AT と略す) は, 体系化されたセルフコントロールの技法として, 日本ではかなり普及しており, 種々の心理的あるいは身体的症状の改善, 精神面の健康水準の向上などに有効なことは, 多くの先行研究によって明らかにされている (Luthe, 1969). そして, 系統的脱感作法における不安拮抗反応として, 日本では, AT における反応がもっともよく利用されている (高石・東, 1981). しかし, AT のどの要因がどのような条件でどのような問題や症状の改善に有効なのかについては, まだ十分に明らかにされてはいない.

ここで, AT の効果に関して, 練習効果と臨床効果を区別しておく (石津・中野, 1997). AT の練習効果とは, AT の練習時における重感や温感など, 言語公式の反復にともなう反応であり, 臨床効果とは, 症状の改善や健康水準の向上のことである. 心理療法の臨床効果の測定に利用される尺度で, 標準化されたものとしては, MMPI, MAS (古賀・今田・島田, 1972), STAI (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970; 岸本・寺崎, 1986), POMS (横山・荒木・川

上・竹下, 1990), GHQ (中川・大坊, 1985) などがあるが, AT のケース研究では, それぞれのケースの対象となるクライアントの主訴や心身症状自体の変化が, 臨床効果の尺度となる場合が多い.

一方, AT の手順や手続きは, 標準練習, 黙想練習, 空間感覚練習など, かなり体系化されており, 特に標準練習においては, 細かく整備されている. 体系化された一定の手続きが, 臨床の現場で多く適用され, 症状の改善や健康水準の向上がみられるケースが多く報告されているならば, その一定の手続きから臨床効果にいたる過程には, 当然のことながら共通する機制が存在すると思われる. しかし, AT に含まれる種々の要因が臨床効果を生み出す具体的な機制に関する実証的な解明はきわめて不十分である. そして, 臨床効果の機制の解明には, その測定尺度の標準化は不可欠であると考えるが, AT の臨床効果を有効に査定する標準化された測定尺度は, まだ作成されていない. つまり, AT においては, 技法が体系化され, その臨床効果が確認されている反面, 一定の体系化された手続きから臨床効果にいたる機制の解明は不十分であり, 臨床効果を測る尺度の標準化はなされていない. 本研究は, AT の臨床効果の機制の解明に先立ち, AT の臨床効果の測定尺度を作成し, それを標準

¹ 本研究を進めるにあたりご指導賜りました早稲田大学教授の根津金男先生に心より感謝の意を表します.

化することを目的とする。

まず、ATの先行研究で採用された臨床効果に関する尺度から検討する。ATの先行研究は、ほとんどがケース研究であり、そこで採用される尺度は、対象となるクライアント特有の状況によって規定される。ATの臨床効果を評定する一般的な尺度の作成をめざすには、このような個々のクライアントに特有の尺度ではなく、もっと一般性のある尺度を採用している先行研究に着目すべきである。このような研究というのは、つまり、実験的研究や、多くのケースを比較検討したものであるが、この種の研究はケース研究に比べてきわめて少ない。実験的な研究では、ATにともなう生理的反応や心理的反応は検討されているが(Harano, Ogawa, & Naruse, 1965; 生月・神村・佐々木, 1993; 大野, 1965; Tebecis, Ohno, Matsubara, Sugano, Ikemi, & Takasaki 1976/77), これらの研究で用いられている指標は、練習効果に関する尺度であって、ATの臨床効果を測る尺度とは異なる。

ATについての多くのケースを比較検討した研究に関して、たとえば、生月(1989)は、自律訓練を達成課題とした場合の、課題達成と心理的あるいは身体的・行動的症状の変容の認知との関連を検討している。しかし、ここで対象となっている症状は、各被験者の主訴に限定されており、臨床効果の一般的な尺度とはなりえない。また、生月・佐々木(1996)は、自律訓練法の重感練習過程における主観的反応の因子分析の研究を行った。そこでは、ATの練習効果に関する項目と、ATの臨床効果に関する項目を分離せずに因子分析を行っており、前者に関して2因子(リラクセーション、言語公式の理解)、後者に関して3因子(全体的改善感、非神経質の方向への変容、プラス面への気づき)を抽出した。しかし、ATの臨床効果に関する3因子に該当する11の質問項目はただ経験的に選ばれており、信頼性や妥当性の検討はなされていない。

ATの臨床効果に関する標準化された尺度を作成することは、ATの機制的解明や臨床現場でATを効果的に適用するうえにも有益であると考えられる。そこで、ATの先行研究で採用された臨床効果の記述を参考に、ATの臨床効果に関する尺度(clinical effectiveness scale of autogenic training, 以下ATCESと略すことにする)を作成し、その信頼性と妥当性を検討することにした。なお本研究では、ATの臨床効果をより有効に査定する尺度を作成することが目的であり、他の心理療法とも共通する尺度を除外することを目的とするものではない。

予 備 調 査

目 的

ATによって変わりうる心身の状態に関する項目を準備し、項目分析をして弁別力の高い項目を抽出すること、およびそれをもとに調査Iで用いる尺度を作成することを目的とする。

方 法

項目の準備 ATに関する主要な文献であるLutheの著書(1969)“自律訓練法”および自律訓練法に関連する研究論文(生月, 1989; 生月・佐々木, 1996)よりATの臨床効果に関する項目を選び出した。項目の選定の目安はATを実施したことによってより適応的に変化したと考えられるものについてであり、身体各部の症状や呼吸の深さ、睡眠および“身体の調子がよい”などの全般的なものも含む生理的な側面、仕事や勉強への積極性や決断力、興味などものごとへの態度に関する側面、心の安定やさまざまな感情といった情動的側面に加え、人間関係、自信や劣等感の克服といった自己概念などにわたっていた。こうして選定した項目に逆転項目を交えながら83項目からなる質問紙を作成した。回答の方式は、各項目について“いつもそうだ：5”“しばしばそうだ：4”“ときどきそうだ：3”“たまにそうだ：2”“全くそうでない：1”までのいずれかに○をつけさせるというものだった。

調査対象 関東圏の大学生80名。得られた回答のうち、記入もれやミスのあったものを除き、有効回答者合計73名(男性36名 $M=18.56$, $SD=.84$, 女性37名 $M=18.68$, $SD=.82$)。

調査時期 1996年6月に実施した。

手続き 一般教養の心理学の授業時間内に実施し、その場で回収した。

結 果

回答の得点化 各々の質問項目の選択肢の番号を合計し、逆転項目は点数を反転させ、合計点を算出した。

分布図の視察 項目ごとにヒストグラムを視察し、明らかに正規分布していない33項目を除外した。

項目分析 G-P分析を用いて、総得点の上位、下位それぞれ25パーセントに含まれる者の得点についてt検定を行った。その結果、有意な差がみられなかった8項目を除外した。最終的に42項目に絞りこみ、以下に述べる調査Iのための質問紙を作成した。

Table 1
ATCES の因子分析の結果

質問項目	因子 1	因子 2	因子 3	因子 4	共通性
因子 1 積極性 ($\alpha=.80$)					
4. 主導権を握って物事をやる	0.788	-0.041	0.137	0.096	0.651
3. 決断力がある	0.751	0.144	-0.041	0.162	0.613
14. 頭がさえている	0.567	0.013	0.392	-0.008	0.475
12. 新しいことに積極的に取り組む	0.566	0.044	0.073	0.043	0.329
11. 消極的である (R)	- 0.528	-0.096	0.088	0.186	0.363
6. 言いたいことをうまく表現できる	0.505	0.155	0.100	0.272	0.330
因子 2 情動不安定性 ($\alpha=.81$)					
20. 人に対していらいらする (R)	0.247	- 0.816	-0.083	-0.019	-0.674
19. 人に感情的に反発してしまうことがある (R)	0.057	- 0.722	-0.088	-0.064	-0.537
16. ストレスを感じる (R)	0.050	- 0.558	-0.201	-0.229	-0.407
10. 劣等感がある (R)	-0.264	- 0.531	-0.101	-0.295	-0.448
7. 短気である (R)	0.046	- 0.504	0.085	-0.126	-0.280
17. 否定的感情がおきやすい (R)	-0.209	- 0.464	-0.128	-0.096	-0.285
因子 3 活動性 ($\alpha=.70$)					
1. 身体の調子がよい	0.081	0.153	0.643	0.165	0.470
15. 食欲がある	-0.050	0.056	0.599	0.000	0.366
13. 疲労回復が早い	0.137	-0.009	0.574	0.089	0.356
5. 仕事や勉強は順調だ	0.365	0.144	0.524	-0.007	0.429
2. 仕事や勉強は能率よく進められる	0.395	0.116	0.448	-0.004	0.370
因子 4 過敏性 ($\alpha=.76$)					
8. 大勢の前で話すことに不安を感じる (R)	-0.274	-0.159	-0.048	- 0.781	-0.714
18. 緊張しやすい (R)	-0.191	-0.257	-0.173	- 0.658	-0.565
9. 赤面することがある (R)	-0.057	-0.156	-0.018	- 0.614	-0.404
因子負荷量 2 乗和	2.975	2.484	1.896	1.770	
寄与率 (%)	23.000	10.900	6.800	4.600	
累積寄与率 (%)	23.000	33.900	40.700	45.300	

注) (R) は逆転項目を示す。

調 査 I

目 的

予備調査で作成された尺度について因子構造の検討を行うことによってさらに項目を選択し、AT によって変わりうる心身の状態を測定する尺度 (ATCES) を作成することを目的とする。

方 法

調査対象 関東圏の大学生 172 名。得られた回答のうち、記入漏れやミスのあったものを除き、有効回答者合計 169 名 (男性 69 名 $M=18.73$, $SD=.98$, 女性 100 名 $M=18.43$, $SD=.56$)。

調査時期 1996 年 9 月に実施した。

手続き 一般教養の心理学の授業時間内に実施し、その場で回収した。

結果および考察

回答の得点化 予備調査と同様に行われた。

分析の流れ 主因子法による因子分析を行い、共通性が 0.4 以下の 3 項目を除いた。その後バリマックス回転を行い、因子負荷量 0.4 未満の項目および 2 重負荷のある項目 19 項目を除いた。最終的に残された 20 項目に対して、再度因子分析 (主因子法・バリマックス回転) を行った結果、固有値 1 以上を基準に 4 因子が抽出された。Table 1 に因子構造、寄与率および累積寄与率を示した。

第 1 因子は、主導性や積極的な傾向を表す因子と考えられ、積極性と命名した。第 2 因子は、いらいら、

ストレス、反発、否定的感情の生起しやすさを表す因子と考えられ、情動不安定性と命名した。この因子の得点が低いほど、情動不安定性は低くなる。第3因子は、身体や仕事が順調であることを表す因子と考えられ、活動性と命名した。第4因子は、刺激に対して敏感な傾向を表す因子と考えられ、過敏性と命名した。この因子の得点が低いほど過敏性の得点は高くなる。

上記の結果をもとにして調査Ⅱで用いる20項目の質問紙を作成した。

調査Ⅱ

目的

調査Ⅰで作成されたATCESの信頼性と併存的妥当性および臨床的妥当性の検討を行うことを目的とする。

方法

(1) 平行検査の実施

ATCESの併存的妥当性を検討するために、以下の方法で行った。

調査対象 関東圏の大学および専門学校に通う学生280名。得られた回答のうち、記入もれやミスのあったものを除き、有効回答者合計253名（男性98名 $M=19.00$ 歳, $SD=1.02$, 女性155名 $M=18.77$ 歳, $SD=.88$ ）。

調査時期 1996年9月に実施した。

手続き 以下の質問紙をATCESとともに綴じ実施した。順序の効果を相殺するために、各々ランダムに綴じた。

一般健康感尺度12項目版（以下GHQ-12; Bandyopadhyay, Sinha, Sen, & Sen, 1988）と特性不安尺度（以下STAI-T; 岸本・寺崎, 1986）を用いた。

(2) 臨床的妥当性の検討

ATCESの臨床的妥当性を検討するために、約1か月の間隔をあけて、ATCESを2回（プレテストとポストテスト）実施した。

調査対象者 臨床群、統制群および健常群の3群を設けた。各群は、次の方法で選定した。

臨床群については、都内の心理相談所に来談したクライアントのうち、セルフコントロールの訓練を希望する者を対象とした。その際、その時点で薬物療法を受けている者およびATなどのセルフコントロール訓練の専門的指導を受けた者は除外した。さらに指示どおりに練習を行わなかった者は除外し、最終的に残った13名を臨床群とした。ATの実施内容については後述する。

統制群については、臨床群と類似の心理的症状をもつが、治療機関に来談していない者を対象にした。具体的には、大学生218名を対象に、(A)悩みがあり専

Table 2

3群の人数、年齢構成および各尺度の得点の平均値とSD

	健常群	統制群	臨床群
人数	78	29	13
年齢	18.58 (1.91)	18.58 (1.33)	23.92 (4.57)
自律訓練尺度 1回目	62.28 (11.87)	51.69 (9.18)	48.85 (8.72)
自律訓練尺度 2回目	61.00 (11.99)	51.79 (10.07)	63.54 (12.97)
STAI-T	48.79 (10.23)	60.36 (8.67)	—

()内はSD。

門の相談機関へ相談に行きたいか否か、(B)悩みの内容、について訪ね、(A)で“はい”と回答し、(B)で臨床群と同等の心理的症状があると判断された者を選定した。ただし、プレテストとポストテストの間に専門の相談機関に行ったものは対象から除外した。

健常群については、統制群の選定の手続きにおいて、(A)で“いいえ”と回答した者を対象にした。各群の人数や年齢はTable 2に示した。

調査時期 1997年5月から10月にかけて行った。

手続き 統制群と健常群については、プレテストとポストテストのみを実施した。両群、いずれも授業の時間内に記入を求め、その場で回収した。臨床群は、個別に、プレテストとポストテストを行い、両テストの間に、3セッション（1セッション約40分、週1回の間隔）のATの練習を負荷した。内容は、標準練習の重感練習と温感練習が中心であり、佐々木（1989）に基づいて実施した。また、自宅で1日最低1回、できれば3回行うように指示した。練習時間は、1回最低3分以上とした。

(3) 再検査の実施

ATCESの信頼性を検討するために、以下の手続きで実施した。

調査対象者 平行検査のための調査に回答した大学生218名。記入もれや記入ミスのあったものを除き、有効回答者合計215名のデータを分析対象とした。

調査時期 1997年5月から6月にかけて行った。

手続き 2回の調査ともに、一般教養の心理学の授業時間を利用して、授業終了時に配布し、その場で回収した。

結果と考察

(1) 妥当性の検討

併存的妥当性の検討 ATCESとGHQ-12およびSTAI-Tのピアソンの積率相関係数を算出したところ、Table 3に示すようにそれぞれ $-.56$ ($p<.001$)、 $-.73$ ($p<.001$)であった。これらの値は併存的妥当性を確認するために適度なものであり、本尺度

総合的考察

本研究は、ATによって変わりうる心身の状態を測定する尺度を作成することを目的とした。

尺度の因子構造を検討した結果、積極性、情動不安定性、活動性、過敏性といった四つの因子が抽出された。

再検査法による信頼性係数および α 係数の値は高く、本尺度の信頼性が高いものであることが明らかになった。

妥当性については、併存的妥当性、臨床的妥当性を検討した。併存的妥当性の検討に関してはATCESと平行検査である一般的な健康度の特性不安尺度の因子ごとの相関が求められた。その結果、いずれについても適度な値が得られ、本尺度の併存的妥当性が確認された。各因子ごとにみていくと、GHQ-12との関連では、因子3の値が比較的高い。これは、GHQ-12が一般的な健康度を測定するものであり、因子3は、身体面を含めた日常生活の活動性についての項目であるので、健康度を高く認知していれば活動的になるという側面を表していると考えられる。STAI-Tについては、因子1, 2, 3が比較的高く、因子4が比較的低い。これは、因子4の項目が過敏性についてのものであり、STAI-Tは、過敏性についての尺度ではないためと考えられる。臨床的妥当性については、心の悩みの克服の目的でセルフコントロールの訓練を希望するクライアントを臨床群、臨床群と類似の悩みをもつが相談機関に来談していない者を統制群、そして悩みをもたない健常群として3群をもうけ、検討した。その結果、ATを実施した者は、実施しなかった者よりも得点が有意に上昇することが示された。さらに悩みがありながら治療を受けない者は、1か月経ったのちも依然として悩みのない者や治療を受けた者より得点が低いままであることが明らかになった。これらのことから本尺度は、ATを実施したことによる臨床効果を測ることができるといえ、本尺度が臨床的妥当性を有することが認められた。

以上のことから本尺度は、併存的妥当性、臨床的妥当性および信頼性を有していることが明らかになり、今回の試みはひとまず成功したといえよう。

ところで、項目全体を概観してみると、たとえば身体的・生理的な項目で“肩こりがする”といった各部位の症状についてのものよりも“身体の調子がよい”などといった、より全般的な印象について問うものが残った。これは、局所的な項目よりもマクロなレベルについての項目のほうが正規性が保証され、項目として残ったことによる。

また、本尺度は項目数が比較的小さく、時間の限られた臨床場面では、特に有用であるといえる。臨床場面でのアセスメントには、クライアントの負担や面

Table 3

自律訓練尺度の因子別のGHQ-12およびSTAI-Tとの相関

	自律訓練尺度				
	因子1	因子2	因子3	因子4	合計
GHQ-12	-.39**	-.46**	-.52**	-.18**	-.56**
STAI-T	-.55**	-.56**	-.59**	-.36**	-.73**

** $p<.001$.

が妥当性を有することが示唆された。

臨床的妥当性の検討 2回のATCESの平均値および標準偏差を表したのがTable 2である。この得点に対して、群（臨床群・統制群・健常群）と期間（第1回調査・第2回調査）を要因とした2元配置分散分析を行った。その結果、群と期間の交互作用が有意だった（ $F(2, 117)=20.88, p<.01$ ）。単純主効果を検討した結果、臨床群は2回目は1回目より有意に得点が上昇していたが（ $p<.01$ ）、統制群と健常群では有意な変化はみられなかった。つまり、ATを実施した者は、実施しなかった者よりもATCESの得点が有意に上昇することが示された。さらに第1回目調査時では臨床群と統制群が健常群に比べて、ATCESの得点が有意に低かったが（ $p<.01$ ）、第2回目調査時では統制群が他の2群に比べて有意に低かった（ $p<.01$ ）。つまり、悩みがありながらATを行わなかった者は、1か月経ったのちも依然として悩みのない者や治療を受けた者より、ATCESの得点が低いままであるといえる。

今回の研究において臨床群については、そもそもATに適応しやすいクライアントが調査対象となったといえる。すなわち、ATを治療のプログラムの一環として入れることを受け入れ、ATを実践し続けたクライアントのみが調査対象となったわけである。クライアントのなかには、最初からATを拒否する人もいれば、ATの訓練途中で脱落した人もいたわけである。結果的にそうした人は除かれ、ATへの動機づけが高く、真面目に実践し続けた人が残ったといえるのである。したがって、あらゆるクライアントにおいて今回のような明らかな効果が認められる可能性があるとはいき切れないということも付記しておくべきであろう。

(2) 信頼性の検討

まず、ATCESの合計得点について、再検査信頼性係数を算出した結果、 $r=.83$ （ $p<.0001$ ）と非常に高い数値が得られた。次に内部一貫性による信頼性の検討を行った結果、合計得点の α 係数は0.86だった。また、因子ごとに算出した結果、因子Iは0.80、因子IIは0.81、因子IIIは0.70、因子IVは0.76だった。これらの結果から、ATCESの信頼性は認められたといえる。

積の流れも考慮に入れた方式をとるべきであろう。

さらに、ATの臨床効果の機制を解明するには、練習効果との関係をみていくことが不可欠である。大野(1965)は、練習効果としての脳波の徐波化および指皮膚温の上昇の生じる被験者に、臨床効果として著効がみられる者が多いことを報告している。また、練習効果としての重感や温感の習得度と主訴の軽減との間に相関のあることは先行研究によって示されている(佐々木, 1967; 生月, 1989)。しかし、練習効果、臨床効果のいずれも標準化された尺度が存在せず、それが両者の関連性の解明のネックになっている。臨床効果に関する標準化された尺度である ATCES の作成は、両者の関連の本格的な解明のための必要不可欠な手続きとして位置づけることができる。

また、本研究では、調査Ⅱの臨床群を除いてATの経験を有しない被験者を対象にしたが、ATの経験を重ねることで臨床効果の尺度の因子構造などがどのように変化するのか(たとえば、本研究では尺度化の過程でカットされた柔軟性や受動性にかかわる項目が、熟達の程度を反映するかどうか)などは、今後の研究課題である。

さらに、ATの臨床効果測定の指標としては、できれば複数の指標、さらに主観的・認知的評価と客観的・生理的評価を組み合わせる用いることが望ましい。主観的指標である本尺度と他の指標を組み合わせるなどして、ATの効果をよりさまざまな角度から検討し、全体像をつかんでいくことが望まれる。

引用文献

- Bandyopadhyay, G., Sinha, S., Sen, B., & Sen, G. 1988 Validity of General Health Questionnaire (GHQ-36/GHQ-12) in the psychiatric O. P. D. of a general hospital: A pilot study. *International Journal of Social Psychiatry*, **34**, 130-134.
- Harano, K., Ogawa, K., & Naruse, G. 1965 A study of plethysmography and skin temperature during active concentration and autogenic exercises. In W. Luthe (Ed.), *Autogenic training*. Correlations Psychosomaticae. International edition. New York: Grune & Stratton.
- 生月 誠 1989 自律訓練法を達成課題とした訓練における症状認知の変容に及ぼす要因についての研究 カウンセリング研究, **21**, 161-165.
- (Ikezuki, M. 1989 A study on the factors which influenced cognition change during the training process aimed to master Autogenic Training method as a developmental task. *Journal of Counseling Science*, **21**, 161-165.)
- 生月 誠・佐々木雄二 1990 受動的注意集中の心理的效果に関する研究 自律訓練研究, **12**, 45-57.
- (Ikezuki, M., & Sasaki, Y. 1990 Investigation on the psychological effects of passive concentration. *Japanese Journal of Autogenic Training*, **12**, 45-57.)
- 生月 誠・佐々木雄二 1996 自律訓練法の重感練習過程に関する研究——腕重感への留意と腕重感の公式言語による主観的反応の因子分析的研究—— 心理学研究, **66**, 443-448.
- (Ikezuki, M., & Sasaki, Y. 1996 Factor analysis study of subjective response induced by concentration upon and formal language of arm-heaviness-feeling: A study of the process of arm-heaviness-training of autogenic training. *Japanese Journal of Psychology*, **66**, 443-448.)
- 生月 誠・神村栄一・佐々木雄二 1993 性格特性が重感練習の習得に及ぼす影響 自律訓練研究, **13**, 54-59.
- (Ikezuki, M., Kaminura, E., & Sasaki, Y. 1993 Influence of personality traits on the mastery of heaviness training: Using anxiety and social amicability as a scale. *Japanese Journal of Autogenic Training*, **13**, 54-59.)
- 石津 宏・中野弘一 1997 自律訓練法の効果判定をめぐって 自律訓練研究, **16**, 1-2.
- (Ishizu, H., & Nakano, K. 1997 Evaluation of the effect of Autogenic Training and Therapy. *Japanese Journal of Autogenic Training*, **16**, 1-2.)
- 岸本陽一・寺崎正治 1986 日本語版 STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY (STAI) の作成近畿大学教養学部紀要, **17**, 1-14.
- (Kishimoto, Y., & Terasaki, M. 1986 The Japanese edition of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *Research Bulletin of the Faculty of General Education*, **17**, 1-14.)
- 古賀愛人・今田 寛・島田 修 1972 MAS について——その信頼性の検討—— 日本心理学会第36回大会発表論文集, 822-823.
- (Koga, A., Imada, H., & Shimada, S.)
- Luthe, W. 1969 Autogenic standard therapy. In J. H. Schultz & W. Luthe (Eds.), *Autogenic method*. New York: Grune & Stratton. Pp. 1-141.
- 中川泰彬・大坊郁夫 1985 日本版 GHQ 精神健康調査票手引 日本文化科学社
- (Nakagawa, Y., & Daibo, I.)
- 大野喜輝 1965 自己暗示の生理的效果に関する研究 福岡医学雑誌, **56**, 1102-1119.
- (Ono, Y. 1965 Studies on psychological effects of autosuggestion: Centered around autogenic training. *FUKUOKA ACTA Medica*, **56**, 1102-1119.)
- 佐々木雄二 1967 自律訓練法の臨床的応用に関する研究 福岡医学雑誌, **58**, 641-664.
- (Sasaki, Y.)
- 佐々木雄二 1989 自律訓練法 講座サイコセラピー 3 日本文化科学社
- (Sasaki, Y.)
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. 1970 *Manual for the State-Trait Anxiety Inven-*

- tory. Palo Alto, CA: Counseling Psychologists Press.
- 高石 昇・東 豊 1981 不安拮抗反応の比較研究——自律訓練法と漸進的弛緩法——行動療法研究, 7, 9-16.
(Takaishi, Y., & Higashi, Y.)
- Tebecis, A. K., Ohno, Y., Matsubara, H., Sugano, H., Ikemi, Y., & Takasaki, M. 1976/77 A longitudinal study of some physiological parameters and autogenic training. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 27, 8-17.
- 横山和仁・荒木俊一・川上憲人・竹下達也 1990 POMS (感情プロフィール検査) 日本語版の作成と信頼性および妥当性の検討 日本公衛誌, 11, 913-918.
(Yokoyama, K., Araki, S., Kawakami, K., & Take-shita, T. 1990 Production of the Japanese edition of the Profile of Mood States (POMS): Assessment of reliability and validity. *Japanese Journal of Public Health*, 11, 913-918.)
- 1999. 5. 12 受稿, 2001. 5. 12 受理——