

わが国における自律訓練法の適用と問題

中京大学心理学研究科 首藤 祐介^{注1}

中京大学心理学部 坂井 誠^{注2}

Application and Problems of Autogenic Training in Japan

SHUDO, Yusuke (Graduate School of Psychology, Chukyo University)

SAKAI, Makoto (School of Psychology, Chukyo University)

The purpose of the present study was to discuss the practice of autogenic training in Japan. Autogenic training is a group of physiologically oriented exercises designed to support self-generating or self-regulatory mechanisms for counteracting the effects of anxiety and stress. This technique was originally developed by German neuropsychiatrist Johannes Heinrich Schultz and has gained popularity and recognition in Europe and Japan. Although autogenic training was initially used as a therapeutic technique in hospitals, it is now used in various fields, including preventive medicine and health promotion. The present article reports the effects and application of autogenic training in four clinical and non-clinical fields – hospitals, schools, workplaces and sports – in Japan. The results suggest that autogenic training may be useful in these fields; however, further research is needed to establish autogenic training practices based on evidence.

Key words: autogenic training, hospital, school, workplace, sport, Japan

1. はじめに

自律訓練法は、19世紀末、ドイツのVogt, O.による催眠研究に起源を持つ心理療法である。彼は、実験のために何度も催眠に導入した実験参加者が健康的になっていくことに注目した。そして、催眠状態そのものに休息効果があることを見出し、「予防的休息法」と名付けた臨床催眠の研究を始めた。

「自律訓練法」という名前を初めて使ったのは、Schultz, J. H.である。SchultzはVogtの研究を引き継ぎ、臨床催眠に関する研究を深化させていった。そして、催眠状態にある実験参加者が腕や足に特有の“重たさ”や“温かさ”を感じる現象に着目し、この状態を自己暗示操作によって段階的に習得させる技法を開発した。彼は1932年に一連の研究成果をまとめ、“Das Autogene Training”と題した著書を出版している。現在、標準練習と呼ばれる6段階の公式言語（四肢重感練習、四肢温感練習、心臓調整練習、呼吸調整練習、腹部温感練習、額部涼感練習）で構成された自律訓練法は、この時点で完成したと言われている。

その後、自律訓練法のさらなる発展を促したのは、Schultzの弟子でありカナダで精力的な研究を行ったLuthe, W.であった。Lutheは自律訓練法の臨床的・精神生理学的研究を行いながら種々の特殊練習を創始して、自律訓練法の体系化を図り、それを「自律療法」と命名した (Fig. 1)。

Vogtの研究にはじまり、Schultzが開発し、Lutheが体系化させた自律訓練法は、1950年代にわが国に紹介され、心理療法のひとつとして発展・普及していった。佐々木 (1989) は、現在の自律訓練法には、①催眠法、②自己催眠法、③自己弛緩法、④自己暗示法、⑤心理生理学的訓練法、⑥自律神経調整法、⑦感情安定法、⑧自己調整法、⑨自己統制法、⑩ストレス緩和法、⑪非特異的心身調整法、と

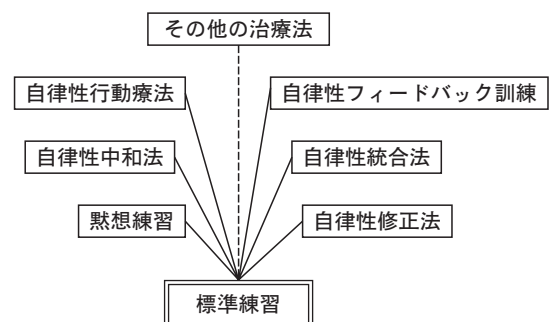


Fig. 1 自律訓練法（自律療法）の体系（松岡・松岡, 1989）

注1 kubesuke@hotmail.com

注2 saka-ms@lets.chukyo-u.ac.jp

いう側面があると述べている。治療法として出発した自律訓練法は、今や、医療分野だけではなく様々な分野に応用され、その有効性が報告されている。

本稿では、わが国における自律訓練法の、医療、学校教育、産業、スポーツ領域での適用について紹介し、そこで生じている問題を検討する。

2. 医療領域における適用

自律訓練法はヨーロッパ諸国で普及しており、ドイツ、フランス、イタリア、スイス、スペイン、ベルギー、ポーランドなどでは医学教育に取り入れられている。しかし、ヨーロッパ以外ではあまり普及していない。英語による研究論文が少なかったためだと言われている。日本での普及は例外である。

自律訓練法は、他の心理療法と比較した場合、もっとも身体的な変化が認められる治療法のひとつである（小池，2008）。個人の問題に対して、心理的・生理的両面からのアプローチが可能である。このような理由で、いわゆる神経症や心身症の治療法としてわが国では心身医学の黎明期より、行動療法、交流分析とともに積極的に導入されてきた（小池，1991）。実践や研究報告も多い（江花ら，2006；太田ら，2007）。たとえば、社会不安（古川ら，2008）、パニック障害（芦原ら，2000）、過敏性腸症候群（細木ら，1991）、神経性頻尿（坂井，1997）、瘻性斜頸（榎原・藤井，2002）など、不安やストレスに関連した種々の障害の治療に活用されている。

実際の臨床適用に際しては、自律訓練法単独で適用されることもあれば、行動療法やバイオフィードバック法など他の治療法と併用されることもある。また、医療機関を受診する患者は薬物療法を受けている場合が多いため、薬物療法を補助する手段として、あるいは減薬のための手段としても使用されている。

さらに、高血圧、糖尿病、高脂血症、肥満などの生活習慣病の治療としても応用されており、メタボリック症候群への応用も期待されている（佐藤，2006）。補完代替医療（Complementary and Alternative Medicine）としても注目されており、頭痛やアトピー性皮膚炎、ぜんそくへの適用も行われている。

意外なことであるが、精神科領域での自律訓練法の適用報告は少ない。その理由のひとつは、精神科を受診する患者の特徴に求めることができる。心療

内科とは異なり、精神科を受診する患者は、神経症は多いが心身症は少ない。統合失調症や気分障害の比率も高い。過去に、統合失調症に自律訓練法を適用した報告は存在するが、現在は見当たらない。気分障害に関しても、有効であると報告されてはなかった（小池，1991）。精神科での自律訓練法の適応症はそう多くはなかった（坂井，2001）。しかし、ストレスの増加という現代社会は、精神科領域での自律訓練法の利用価値を高めていくと予想される。

3. 学校教育療育における適用

自律訓練法は治療技法として開発・発展してきた技法である。しかし、学校教育現場でストレス・マネジメント教育の必要性が叫ばれるようになるにつれ、治療法としてのみならず、“予防的・開発的”なストレス・マネジメント技法として自律訓練法が導入されることが多くなった（山下・松岡，2006）。

学校教育で自律訓練法を適用する際は、特別なニーズを持つ児童・生徒に対する個別指導と、学級あるいは学校集団を対象とした集団指導が考えられる。

個別指導に関しては、教育相談あるいはスクールカウンセリングの場での自律訓練法の適用が想定される。その際、子どもの抱えている不適応問題を対象に自律訓練法を実施することになるが、基本的には医療領域での小児・思春期の諸問題に対する指導法と変わりはない。もし子どもの示す問題が重篤なものであれば医療機関を紹介すべきであるが、比較的軽微な問題に対しては学校現場において対処可能であろう。適用例としては、試験のあがり・過度の緊張や不安（藤原ら，2001）、チックを伴う不登校（土生，1994）、受験によるストレス（鈴木，1990）など、多くの報告がある。

集団指導に関しては、ほとんどの研究では学級集団を対象にした訓練を行っている。学級集団に対する効果として松岡（2000）は、①クラス全体が落ち着く、②集団凝集性が高まる、③学級指導に生かせる、④学習意欲や集中力が増す、などが期待できると述べている。

このようなポジティブな効果が期待できる一方で、自律訓練法は継続的な練習を必要とし、習得までに数か月の期間を要するという問題を抱えている。自律訓練法は一般に9歳くらいから導入可能だと言われているが（松岡，2000）、子どもの場合は特に、効果発現まで細やかな配慮をしながら練習を動機づ

けていくという、技法適用上の工夫が求められる。学校の朝の会・帰りの会で継続的に実施する（井上, 2000）、家庭での練習への協力を得るために保護者への啓発活動を行う（山下・松岡, 2006）、などの工夫が望まれる所以である。

ところで、学校教育領域で自律訓練法適用の対象となるのは、児童・生徒ばかりとは限らない。教師も援助対象となる。教師は、対人専門職の中でも、常に子ども集団あるいは保護者集団への対応にせまられ、慢性的なストレスを抱えやすい立場に置かれている（新井, 2007）。このような点からも、教師がストレス・マネジメント技法として自律訓練法を習得することは有用であろう。藤原ら（2007）は、自律訓練法を中核にした教師向けのストレス・マネジメントプログラムの開発・工夫の検討を行っている。

4. 産業領域における適用

金融危機による日本経済の実質成長率がマイナスに転じた1998年以降、職場のメンタルヘルスの問題は増加している（社会経済生産性本部, 2006）。メンタルヘルスの問題は労働者の休業に結び付きやすく、企業の生産性に悪影響を及ぼす。その一方で、こうした問題が生じにくい職場環境は、企業の生産性や従業員の職業生活の質の向上に大きく貢献する。メンタルヘルスケアの充実は、企業においても重要な課題になっている。このような産業界の動きを受けて、近年、自律訓練法を職場へ導入する目的で、中央労働災害防止協会が講習会を全国で開催している（石川・斉藤, 2008）。

産業領域で自律訓練法を導入する場合、学校教育領域と同様に、精神的な問題を抱えた個人への個別指導と、職場全体への集団指導というふたつの方法が考えられる。

前者では、産業医、保健師、産業カウンセラーなどが面接室で従業員に個別指導を行うことになる。目標とするのは抑うつ感や不安感の低減などであり、最終的には職場復帰や職場での安定を目指すことになる。このような利用法は、治療技法としての医療領域での自律訓練法の適用に倣うところが多く、その知見を十分に応用できる。

一方、職場での集団指導は、メンタルヘルスの問題に対する“予防”という観点から導入されることが多い。企業で自律訓練法を実施する意義として村

上ら（1998）は、①企業主導で実施することで、企業のメンタルヘルスへの姿勢が従業員の共感を得やすい、②同僚、上司と同じ体験をすることで職場の一体感が得やすい、③職場で実施することで健康志向的な集団になる、④一定期間、企業主導で実施することで継続しやすい、⑤生産性、欠勤率、医療費、職場の雰囲気などで効果が評価しやすい、という5点を挙げている。

集団指導では、不安やストレスの低減、あるいは疲労回復など、自律訓練法の一般的な効果に加えて、この領域独特の効果も報告されている。自律訓練法を導入した企業は、①健康保険組合の医療費支出の減少、②労働災害事故・交通事故低減、③交代勤務者の心身の健康増進、に効果があると評価している（後藤ら, 2000）。

自律訓練法を職場で実施する上での難点は、やはり習得に時間がかかることである（石川・斉藤, 2008）。医療領域では心身に問題を抱えた患者が問題解決を目指して練習に取り組むため、重症患者ほど練習の目標は明確であり動機づけも高くなる。ところが、職場で導入する場合、従業員の大部分は心身の不調を多少感じていたとしても、その不調をすぐに改善したいとは考えない。練習の目標は明確になりやすく、習得への意欲も維持されにくい。

産業領域での自律訓練法の適用に関しても、学校教育領域と同様、動機づけの工夫と、それぞれの企業に合った練習環境作りが必要となる（芦原, 2004）。さらに、久保田ら（2007）の電子メールを中心とした通信指導のような、新しい指導方法やプログラムの開発も望まれる。

5. スポーツ領域における適用

スポーツ選手の競技力向上には、心理的要因が深く関与している。この心理的要因を訓練によりコントロールし、競技力向上に結び付ける方法に、メンタルトレーニングがある。百海・石村（2004）は、メンタルトレーニングを「スポーツ選手が技術や体力をトレーニングするように、試合場面で最高の能力を発揮できるように心理的にもトレーニングを行い、やる気などの精神力を高め、自分で自分をコントロールできるようにする方法」と定義している。

近年、メンタルトレーニングはトレーニング技法のひとつとして確立し、その成果をあげている（安永・園田, 1998）。オリンピック選手やプロスポー

ツ選手から、競技力向上の途上にある選手、スポーツ愛好家まで、幅広く活用されている。このメンタルトレーニングの中で、科学的妥当性についての研究が進められているのが、自律訓練法である（児玉・高松，1989）。

スポーツ領域では、パフォーマンスに影響を与える心理的要因として、“あがり”が知られている。“あがり”とは「情緒的興奮が強すぎて神経支配が乱れ、統制に失調が起こって能力を十分発揮できないこと」（長田，1979）である。“あがり”が顕著に認められると、競技者は本来のパフォーマンスを発揮できずに、競技成績を落とすことになる。そのため、スポーツ領域では“あがり”とその対処法に関する研究が盛んにおこなわれている。そして、この“あがり”に対するメンタルトレーニング法として自律訓練法が導入されている。たとえば、富田（1975）は水泳選手に自律訓練法を指導したところ、あがりの兆候を示す選手が減少したと報告している。

スポーツ領域においても集団指導が可能である。集団競技の参加選手全員で練習することで団結力が高まるといった副次的な効果も得られている。

このように、メンタルトレーニングとしての自律訓練法は、オリンピック選手から中学・高校生の部活動まで、そして個人競技から団体競技までと、幅広い分野で研究・実践が報告されている。しかし、残念なことにスポーツ領域全体に浸透するまでには至っていない。楠本（2000）は、この状況を「宝の持ち腐れ」と表現している。

6. 自律訓練法のエビデンス

近年、エビデンスに基づく医療（Evidence-Based Medicine：EBM）という考えに基づいた、医療技術の効果に関するさまざまな研究データが蓄積されはじめている。EBMとは「現時点で利用可能な最善の科学的根拠を駆使しながら、患者側の価値観・期待、医療者側の専門的技術の双方に配慮した」うえでの根拠に基づく医療を実践することである（中尾，2007）。このEBMの考えは、EBP（Evidence-Based Psychotherapy）として心理療法の世界にも浸透しつつある。

自律訓練法の精神障害に対するエビデンスに関しては、Stetter & Kupper（2002）が体系的なレビューを行っている。彼らの報告によると、自律訓練法は不安障害、軽度から中程度のうつ病、そして機能的

な睡眠障害に有効であることが実証されている。ただし、不安障害に関しては、認知療法、エクスポージャー法、薬物療法との効果の比較を行ったエビデンスは蓄積されていない。

中程度のうつ病に関しては、自律訓練法よりも認知療法の効果が高いものの、自律訓練法と認知療法の併用が最も良好な経過をたどると報告されている。重症例に対しては、自律訓練法単独ではなく、薬物療法や行動療法、認知療法との併用が必要となるが、有効性は確認されていない。これまで自律訓練法はうつ病には禁忌だと言われてきたが（小池，1991）、最近のエビデンス研究では効果が認められるという報告が多い。うつ病への適用は、今後の重要な検討課題であろう。

自律訓練法は補完代替医療としても注目されている。アトピー性皮膚炎、ぜんそくなどに対するエビデンスが示されている（Ernst et al. 2002；Ernest et al. 2007）。これまで、このような心身症患者に自律訓練法は有効であると言われてきたが、臨床効果が科学的に実証されたことになる。

しかし、わが国では自律訓練法に限らず、心理療法に関するエビデンス研究は非常に少ない。これは臨床心理学領域だけの問題ではない。精神医学や心身医学領域においても同様である。とりあえずは、世界中で蓄積されつつある良質のEBMあるいはEBPデータを、上手に活用した臨床実践を行う臨床家自身の力量が求められる。

7. おわりに

わが国における、医療、学校教育、産業、スポーツ領域での自律訓練法の適用を紹介した。いずれの領域においても、自律訓練法は有用であった。本来は治療技法であった自律訓練法が、学校におけるクラスの雰囲気作り、企業における事故の減少、スポーツにおける競技力向上など、各領域独自の効果も報告されている。

しかし、自律訓練法は習得のために毎日練習を継続する必要がある。必然的に、動機づけの問題は各領域に共通した課題となる。動機づけを高めるためには、①継続練習しやすい環境を作る、②実施の目標を明確にする、③実施にあたっては必要性を十分に説明する（子どもが対象であれば、保護者にも説明する）ことを基本とし、対象者に応じた種々の工夫を加えていかねばならない。また、楠本（2000）

が述べるような自律訓練法自体の簡略化も望まれる。

残念なことであるが、わが国のほとんどの臨床研究はエビデンス・ベーストな研究手法を採用していない。医療分野以外では、そもそもエビデンスという考え方が浸透しているようにも思えない。今後は、自律訓練法がどのような問題に対してどの程度の臨床効果があるのか、そして他の技法と比較した場合、その効果はどの程度なのか、といったエビデンスの蓄積が求められる。

自律訓練法のさらなる発展と普及のためのステップとして、今後検討していくべき課題は多い。

文献

- 新井肇 2007 教師のバーンアウトの理解と援助. 広島大学大学院心理臨床教育研究センター紀要, 6, 23-26
- 芦原睦・堤三希子・大澤麻子・佐田彰見 2000 パニック障害症例に対する集団自律訓練法. 自律訓練研究, 19, 31-36
- 芦原睦 2004 産業現場に生かす自律訓練法, 実践! ここから始めるメンタルヘルス. 中災防新書, 187-204
- 百海智・石村宇佐一 2004 高校男子バレーボール選手における心理的スキルトレーニングプログラムの検討—自律訓練法を中心として—. 金沢大学教育学部紀要 (教育科学編), 53, 73-87
- 江花昭一・秋庭篤代・吉村佳世子・富田裕一郎・戸澤里美・山本晴義 2008 心身医療領域における自律訓練法の効果の持続. 自律訓練研究, 26, 1-10
- Ernst E, Pittler MH, Stevinson C 2002 Complementary/Alternative Medicine in Dermatology: Evidence-Assessed Efficacy of Two Diseases and Two Treatments. American Journal of Clinical Dermatology, 3 (5), 341-348
- Ernst E, Pittler MH, Wider B, Boddy K 2007 Mind Body Therapies: Are The Trial Data Getting Stronger. Alternative Therapies, 13 (5), 62-64
- 児玉昌久・高松美佳子 1989 メンタルトレーニングのスポーツに及ぼす効果の検討—自律訓練法とバイオフィードバック訓練について. 早稲田大学人間科学研究, 2, 69-74
- 後藤救・国吉空・今井保次・飯田信一郎 2000 産業領域における適用. 現代のエスプリ, 至文堂, 396, 167-178
- 土生環 1994 自律訓練法が奏功したチックを伴う登校拒否の一症例. 自律訓練研究, 14, 43-50
- 細谷紀江・荒井康晴・原節子・村山ヤスヨ・三木治・村上正人・桂戴作 1991 系統的脱感作療法により軽快した電車運転不安に伴う過敏性腸症候群の1症例. 心身医学研究, 31, 583-586
- 井上忠典 2000 教育領域における自律訓練法の適用. 現代のエスプリ, 至文堂, 396, 158-166
- 石川浩二・齊藤政彦 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. 産業衛生学雑誌, 50, 4-10
- 藤原忠雄・松岡洋一・松岡素子 2007 教師のストレスとストレス対処について. 自律訓練研究, 27, 35-43
- 古川洋和・石田渉・松岡洋一・坂野雄二 2008 社会不安者に対する集団自律訓練法によるリラクゼーション効果に関する研究. 自律訓練研究, 28 (2), 33-39
- 小池一喜 1991 自律訓練法. 桂戴作 (編) 医療心理のための心身医学—こころとからだの科学. 医薬ジャーナル社, 198-204
- 小池一喜 2008 私と自律訓練法. 自律訓練研究, 28, 1-6
- 楠本恭久 2000 スポーツ領域への適用. 現代のエスプリ, 至文堂, 396, 179-188
- 松岡素子 2000 こどもへの適用. 現代のエスプリ, 至文堂, 396, 59-68
- 松岡洋一・松岡素子 1989 標準練習. 佐々木雄二 (編) 自律訓練法. 日本文化科学社, 23-41
- 村上正人・桂戴作・佐々木雄二・菊池長徳・小田晋・河野友信・笠井仁・一ノ渡尚道・今井保次・飯田信一郎・国吉空・後藤救 1998 企業における集団自律訓練法の生理的効果. 自律訓練研究, 17, 80-86
- 中尾睦宏 2007 心身医療におけるEBM: 心身医学と医療統計学をつなぐアプローチ. 心身医学, 47, 169-176
- 太田百合子・間島富久子・志村翠・石川俊男 2007 心療内科外来における個人自律訓練法指導の有効性—GAF尺度を用いて. 自律訓練研究, 27 (2), 11-22
- 長田一臣 1979 スポーツ心理学概論. 日本スポーツ心理学会編, 不味堂出版
- 坂井誠 1997 自律訓練法とエクスポージャーを適用した神経性頻尿について—電話とファックスによる通信指導の工夫. 自律訓練研究, 16 (2), 65-70
- 坂井誠 2001 臨床各科における自律訓練法の役割—精神科臨床の経験をもとに. 自律訓練研究, 20, 8-12
- 榊原雅人・藤井滋樹 2002 解決志向アプローチを適用した癩性斜頸の1症例. 心身医学研究, 42, 129-135
- 佐々木雄二 1989 自律訓練法. 佐々木雄二 (編) 自律訓練法. 日本文化科学社, 1-22
- 佐藤武 2006 神経症圏内障害の自律訓練法の原則. 臨床精神医学, 35, 739-743
- Stetter F, Kupper S 2002 Autogenic training: A meta-analysis of clinical outcomes studies. Applied Psychophysiology and Biofeedback, 27, 45-98
- 鈴木聡志 1990 受験によるストレスに自律訓練法を適用した事例. 自律訓練研究, 11, 16-21
- 社会経済生産性本部 2006 産業人メンタルヘルス白書 2006年版. 社会経済生産性本部
- 富田善太郎 1975 スポーツ・マンの心理的トレーニングに応用した自律訓練法の効果に関する研究. 催眠学研究, 16, 15-20
- 山下美加・松岡洋一 2006 学校教育領域における自律訓練法の効果とその持続. 自律訓練研究, 26, 25-33
- 安永明智・園田順一 1998 ラグビーフットボール選手におけるメンタルトレーニングの効果—VMBR法を用いて. 自律訓練研究, 17, 31-37

(受理年月日 2009年1月20日)