

Optimierung des Lernprozesses beim Autogenen Training bei kurzer Kurslaufzeit durch Übungsprotokolle

Von Günter Krampen, Claudia Main und Olivia Waelbroeck, Trier

Dargestellt werden die Befunde zweier Studien zur Frage, ob der Lernprozeß beim Erwerb der Unterstufe des Autogenen Trainings (AT) in kurzen Gruppenkursen durch den Einsatz einer Selbstkontrolltechnik (Verwendung von Übungsprotokollen) gefördert werden kann. An Studie I waren 24 Studenten, die das AT im Rahmen einer Psychologieausbildung lernten, und an Studie II 28 Personen, die an AT-Kursen im Rahmen der offenen Erwachsenenbildung teilnahmen, beteiligt. Im Rahmen von Kontrollgruppen-Designs wurden Daten zur Prozeßevaluation (AT-Stundenbogen) sowie zur direkten (Veränderungsfragebogen zum Entspannungserleben und Wohlbefinden; VFE) und indirekten Veränderungsmessung (Problembelastungsfragebogen SSP bzw. AT-SYM; Depressivität, BDI) erhoben. Vier Monate nach Kursende wurden katamnestiche Daten zur AT-Übungshäufigkeit und -Wirksamkeit erfaßt. Die Befunde beider Studien zeigen, daß die Grundübungen des AT auch bei kurzer Kurslaufzeit gelernt werden können. Durch das in den Experimentalgruppen verwendete Protokoll für die außerhalb der Gruppensitzungen realisierten AT-Übungen wird dabei der Lernprozeß kurz- und längerfristig gefördert. Implikationen für die Durchführung von Einführungskursen zum AT im ambulanten und stationären Bereich werden diskutiert.

The results of two studies are presented, in which the question was investigated, whether the learning process of autogenic training (AT) in short group programs can be improved by the use of a self-control technique (records for the AT-exercises realized without the group at home). Study I refers to 24 university students, who learned AT within their psychology education; Study II refers to 28 adults, who learned AT within a psychosocial community service for adults. Within control-group designs evaluative and follow-up data were gathered before, during, at the end, and 4 months after the AT-treatment. The data refer to psychosomatic complaints (SSP, AT-SYM), depression (BDI), relaxation capacity and wellbeing (VFE) as well as subjective valuations of AT and the frequency of AT-exercising. The results of both studies show that the basal AT-exercises can be learned in short group programs (6 meetings within 6 weeks). The self-control technique promotes the learning process at short as well as at longer sight. Implications of the results for the realization of introductions to AT in out- and in-patient group treatment are discussed.

Einführungskurse zur Unterstufe des Autogenen Trainings gehören seit langem zum Standardrepertoire vieler ambulanter und stationärer klinischer und psychosozialer Einrichtungen. Die Effekte des Autogenen Trainings werden im Bereich psychophysiologischer Variablen seit den 20er Jahren dieses Jahrhunderts untersucht und belegen objektiv seine Wirksamkeit. Auch psychologische Effektprüfungen, die jedoch nur auf die letzten drei bis vier Dekaden zurückgehen, bestätigen positive Wirkungen in

unterschiedlichsten Variablenbereichen, bei verschiedenen Störungsbildern und für präventive Zielsetzungen (vgl. im Überblick Schultz, 1970; Luthe, 1969ff; Krampen 1991a). Dabei hat sich die – zwar von Schultz (1970) weitgehend negierte bzw. im Sinne einer großzügigen, auf der „praktische Auslesen“ basierenden, breiten Indikationsstellung beantwortete – Indikationsfragestellung auch für das Autogene Training als relevant herausgestellt (vgl. etwa Badura, 1973; Hahnewald, 1989; Krampen & Ohm,

1985). Z.T. damit verbunden, z.T. davon unabhängig stellt sich die *grundlegende* Frage nach dem für den Lern-, Konsolidierungs- und Transferprozeß günstigen konkreten Vorgehen bei der Vermittlung des Autogenen Trainings im Rahmen der institutionell eingebundenen Arbeit.

Zeitlich längere Einführungen in die autosuggestive Entspannungsmethodik scheinen auf den ersten Blick für die Konsolidierung des Lernprozesses und den Transfer auf Alltagssituationen (wie bei vielem anderen auch) günstiger. Darauf verweisen auch die von Kröner und Beitel (1980) an gleicher Stelle vorgelegten Längsschnittbefunde über die Auswirkungen von AT-Kursen, die im Rahmen eines Volkhochoschulprogramms durchgeführt wurden. Sie ziehen die Schlußfolgerung, daß für den Transfer positiver Effekte auf die Zeit nach dem Kurs „die Dauer des Trainings (...) nicht unter 13 Sitzungen, also ca. 3 Monaten, liegen (dürfte)“ (Kröner & Beitel, 1980, S. 132), was exakt mit den Vorstellungen von Schultz (1961) übereinstimmt. An anderer Stelle wird von den gleichen Autoren über eine Kursdauer von einem halben Jahr berichtet (Beitel & Kröner, 1982). Solchen Forderungen an die Kursdauer und Sitzungshäufigkeit stehen nun aber häufig institutionelle Beschränkungen entgegen. Die zeitlichen Grenzen für eine Einführung in das Autogene Training sind oft durch organisatorische Restriktionen (etwa weil Patienten gar nicht so lange in der Klinik sind o.ä.) oder auch durch eingeschränkte personelle Ressourcen erheblich enger gesetzt. Es stellt sich somit die Frage, ob die in kürzeren Kursen investierte Mühe umsonst ist, allenfalls einigen wenigen Teilnehmern (im Sinne einer verschärften „praktischen Auslese“) kurz- und längerfristig nützlich ist, oder ob – ggfs.

durch ein bestimmtes Vorgehen – auch durch solche relativ kurzen Kurse bei der Mehrheit der Teilnehmer positive Effekte erzielt werden können.

Zu bedenken ist auch ein potentieller Vorteil kürzerer Kurslaufzeiten. Im allgemeinen leiden sowohl ambulant als auch stationär durchgeführte Einführungskurse zum Autogenen Training unter einem erheblichen Teilnehmerchwund (ca. 30% bis zu 48%(!); vgl. etwa Drunkenmölle, 1973; Krampen & Ohm, 1985; Kröner & Beitel, 1982; Vogler et al., 1982). Kürzere Kurslaufzeiten mit weniger Gruppensitzungen können den Vorteil niedrigerer Ausfallquoten haben, da sowohl äußere (wie etwa akute Erkrankung, Urlaub o.ä.) als auch innere (motivationale) Faktoren weniger störend wirken können als bei längeren, mehrere Monate umfassenden Kursen. Kurz: es mag leichter sein, die Teilnehmer für eine beschränkte Sitzungszahl in einem leicht überschaubaren Zeitraum „bei der Stange zu halten“ als bei vielen Sitzungen, die sich auf mehrere Monate erstrecken. Bei dem (katamnestic) Transfer des Gelernten auf die Zeit nach dem Kurs mag dies dagegen umgekehrt sein.

Die Befunde der beiden im folgenden dargestellten Analogstudien gehen zunächst der Frage nach, welche kurz- und längerfristigen Effekte Einführungskurse zum Autogenen Training haben, die in einer sehr (extrem?) kurzen Zeit von sechs Wochen (mit wöchentlichen Gruppensitzungen) durchgeführt werden. Darüber hinaus wird exemplarisch für eine ausgewählte Selbstkontrolltechnik geprüft, ob durch die Verwendung kurzer Protokollbogen für die außerhalb der Gruppensitzungen von den Teilnehmern durchgeführten AT-Übungen die Effekte von kurzen Einführungskursen optimiert werden können.

Solche Übungsprotokolle sind eine ältere Idee, die auf Schultz (1970, S. 397ff) selbst zurückgeht, bislang aber nur relativ selten in der Fachliteratur aufgegriffen (Ausnahmen sind Huber, 1979, König, di Pol & Schaefer, 1979, sowie Bergmann, 1983, die freie Protokollierungen allgemein empfehlen) und vor allem bislang nicht systematisch empirisch in ihren Effekten analysiert wurden. Individuell von den Teilnehmern zu führende Übungsprotokolle sind als Selbstkontroll- und Selbstmanagement-Technik eine spezielle Methode der kognitiven Verhaltensmodifikation (vgl. etwa Hartig, 1973; Kanfer, 1975), durch die die Selbstbeobachtung und das regelmäßige Üben außerhalb der Gruppe gefördert werden kann. Der verhaltensmodifikatorische Ansatz der Selbstkontrolle und des Selbstmanagements weist dabei direkte Bezüge zur Technik des Autogenen Trainings als einer *selbtsuggestiven* Entspannungsmethode auf. Dabei darf allerdings nicht übersehen werden, daß solche Selbstprotokollierungen u.U. auch zu negativen Effekten führen können. Dies könnte etwa für Depressive gelten, für die das Autogene Training ohnedies eine relative Kontraindikation aufweist (vgl. hierzu Krampen, 1991a), da ihre Symptomatik durch die mit der Selbstkontrolle verbundene Verstärkung der Selbstbeobachtung depriviert werden kann. Möglich sind auch allgemein negative Effekte der Selbstprotokollierung beim Lernen des Autogenen Trainings, da damit eine Leistungsorientierung (oder gar Leistungsfixierung im Sinne ständiger Effekterwartungen, Effektkontrollen und ggfs. Mißerfolgserfahrungen) verbunden sein könnte, die für den Lernprozeß ungünstig sind. Die Hypothese, daß durch Übungsprotokolle der Lernprozeß beim Erwerb des Autogenen Trainings beeinflusst wird, ist so-

mit zweiseitig zu analysieren; die Depressivität der Kursteilnehmer ist dabei als eine mögliche Moderatorvariable zu beachten.

In den beiden im folgenden dargestellten Analogstudien stehen somit drei Fragestellungen im Vordergrund:

- 1) Lassen sich für Einführungskurse in die Unterstufe des Autogenen Trainings mit kurzer Laufzeit (sechs Wochen mit wöchentlichen Gruppensitzungen) kurz- und längerfristige Effekte psychometrisch nachweisen?
- 2) Wird der Lern- und Konsolidierungsprozeß beim Erwerb des Autogenen Trainings in solchen kurzen Einführungskursen durch die Verwendung von Protokollbogen für die AT-Übungen außerhalb der Gruppensitzungen beeinflusst? Zeigt diese Selbstkontrolltechnik Effekte positiver oder negativer Art?
- 3) Zeigen sich (spezifische) negative Effekte der Protokollbogen auf die Depressivitätsneigung der Kursteilnehmer?

Studie I: Lernprozeß beim Autogenen Training im Rahmen der Ausbildung von Psychologiestudenten

Methoden

Stichprobe und Untersuchungsplan

In der ersten Analogstudie wurden die o.g. Fragestellungen anhand von Einführungskursen zum Autogenen Training, die im Rahmen der Hauptdiplomausbildung von Psychologiestudenten als erster Teil einer speziellen Ausbildung im Autogenen Training durchgeführt wurden, untersucht. Beteiligt wa-

Krampen ua., Optimierung des Lernprozesses beim Autogenen Training

ren insgesamt 24 Psychologiestudenten (kurz vor dem Studienabschluß; M = 24.0, SD = 0,51 Jahre; 16 Studentinnen, 8 Studenten), die nach dem Zufall der Gruppe A (sofortiger Beginn des AT-Kurses) und einer Warteliste-Kontrollgruppe B (Kursdurchführung nach Kursabschluß bei Gruppe A) zugewiesen wurden. Es resultiert ein zeitverschobenes Kontroll-

(Warte-)Gruppen-Design (siehe Abbildung 1), durch das u.a. auch interventionsunspezifische Veränderungen (in Gruppe B während der Intervention in Gruppe A) kontrolliert werden können. Beide Gruppen wurden in die Unterstufe des Autogenen Trainings in sechs Sitzungen (jeweils im Abstand von einer Woche) eingeführt.

Abbildung 1:
Untersuchungsplan von Studie I (in der Notation nach Campbell & Stanley, 1963)

R	O ₁	X _a	X _a	X _a	X _a	X _a	X _a	O ₂			O ₃	O ₄				
R	O ₁							O ₂	X _b	X _b	X _b	X _b	X _b	X _b	O ₃	O ₄

- R: Randomisierung
- O₁: Vortestung mit AT-ANAM und SSP
- O₂: Zwischentestung mit SSP und VFE
- O₃: Nachtestung mit SSP und VFE
- O₄: Katamnese mit AT-KATAM (vier Monate nach Kursabschluß)
- X_a: Einführung in das Autogene Training zu sechs Terminen (im wöchentlichen Abstand) mit AT-STD zur Prozeßevaluation
- X_b: Einführung in das Autogene Training zu sechs Terminen (im wöchentlichen Abstand) mit AT-STD zur Prozeßevaluation und AT-PROTO zur Selbstkontrolle der häuslichen AT-Übungen

In Gruppe B wurde zusätzlich bei der Einführung in das Autogene Training der *Protokollbogen zum Autogenen Training (AT-Proto; vgl. Krampen, 1991b)* verwendet. Bei AT-PROTO wird (wie auch in Gruppe A) davon ausgegangen, daß pro Tag von jedem Teilnehmer minimal zwei AT-Übungen außerhalb der Gruppensitzungen realisiert werden. Für jede dieser Übungen sieht das Protokollblatt nun aber Einschätzungen der Formelwirkungen auf siebenstufigen, bipolaren Schätzskalen (von „-3“ für „sehr negative“ über „0“ für „keine“ bis „+3“ für „sehr positive Wirkung der Formel“) vor. Eintragungen sind jeweils für die Formelvorsätze zu machen, die bislang im Kurs gelernt wurden. Zusätzlich ist (für

jede einzelne Übung Raum für freie Anmerkungen gelassen, die ggfs. in der nächsten Gruppensitzung behandelt werden. AT-PROTO bietet Platz für sieben Tage und ist gleichzeitig – da empfohlen wird, das Blatt stets bei sich zu tragen – eine Erinnerungshilfe für die Durchführung der AT-Übungen.

Erhebungsmethoden

In einer beide Gruppen umfassenden Testung wurden unmittelbar nach der Zufallseinteilung Daten mit (a) der *„Skala zur Messung von studentischen Problemen“* (SSP) von Sander und Lück (1974), die mit 44 Symptombeschrei-

bungen ein breites Spektrum psychischer, psychosozialer und psychosomatischer Beschwerden abdeckt, und (b) dem *AT-Anamnesebogen* (AT-ANAM; Krampen 1991b), der sich auf die Indikations- und Kontraindikationsbereiche des Autogenen Trainings bezieht, erhoben. In AT-ANAM ergaben sich keine Hinweise auf depressive Störungen, weswegen auf eine differenziertere Diagnostik der Depressivität in Studie I verzichtet wurde. In Studie I werden somit nur die o.g. Fragestellungen (1) und (2) untersucht.

SSP wurde nach Kursabschluß Gruppe A und zum gleichen Zeitpunkt auch Gruppe B erneut vorgegeben. Hinzu trat in beiden Gruppen der „*Veränderungsfragebogen zum Entspannungserleben und Wohlbefinden*“ VFE; Krampen, 1991b). VFE wurde zum zweiten Male und SSP zum dritten Male in beiden Gruppen appliziert, als Gruppe B den Kurs beendet hatte. Damit liegen für beide Gruppen Daten aus der direkten (VFE) und der indirekten (Vor-Nachtest-Werte) Veränderungsmessung (SSP) zur kurzfristigen summativen Evaluation vor.

Während der Einführungskurse bearbeiteten die Teilnehmer beider Gruppen jeweils am Ende der Gruppensitzungen kurze „*AT-Stundenbogen*“ (AT-STD; Krampen 1991b) zur Prozeßevaluation. Dabei ist u.a. spezifisch für die jeweilige Sitzung und die in ihr realisierte (zweite) AT-Übung einzuschätzen, in welchem Maße die Wirkung der einzelnen Formeln negativ (-3 bis -1), nicht (0) oder positiv (+1 bis +3) erlebt wurde.

Vier Monate nach der letzten Datenerhebung (Kursabschluß von Gruppe B) wurde eine *Katamnese* durchgeführt, bei der 23 der Teilnehmer erreicht werden konnten. Gefragt wurde u.a. nach der aktuellen Übungshäufigkeit (täglich;

2-3 x pro Woche; 1 x pro Woche; 2-3 x pro Monat; 1 x pro Monat; seltener; nicht mehr) und der subjektiven Wirkung der einzelnen Formelvorsätze (KATAM-F; vgl. Krampen, 1991b).

Der vollständige Untersuchungsplan von Studie I ist unter Einschluß der verwendeten psychometrischen Instrumente in Abbildung 1 in der nach Campbell und Stanley (1963) üblichen Notation dargestellt.

Ergebnisse

Für die mit AT-ANAM und SSP bei der Vortestung erhobenen Daten zu Vorerfahrungen mit dem Autogenen Training (jeweils zwei Teilnehmer hatten Vorerfahrungen, praktizierten das Autogene Training aber nicht mehr) und der Problembelastung ($t(22) = 1.03$) zeigten sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen Gruppe A und Gruppe B, was die Zufallsaufteilung der Gruppen inhaltlich bestätigt.

Effekte kurzer Kurse zum Autogenen Training

Nach Abschluß des Einführungskurses zeigen die Ergebnisse für Gruppe A eine deutliche und effektstarke Reduktion der mit dem SSP erhobenen Problembelastetheit ($t(11) = 3.44$, $p < .01$; Effektstärke $d = 2.6$), während für die Wartekontrollgruppe B im Zeitvergleich kein bedeutsamer Unterschied vorliegt ($t(11) = 0.15$). Auch in der mit dem VFE realisierten direkten Veränderungsmessung liegt der Wert für (positive) Veränderungen im Entspannungserleben und Wohlbefinden in Gruppe A ($M = +7.1$, $p < .05$) signifikant höher als in Gruppe B ($M = -0.8$; $t(22) = 2.33$, $p < .05$; Effekt-

stärke $d = 1.4$). Damit belegen sowohl die Befunde aus der indirekten als auch die aus der direkten Veränderungsmessung positive kurzfristige Effekte von kurzen, nur sechs Gruppensitzungen umfassenden Einführungskursen zum Autogenen Training, die auch gegen die spontanen Remissionen in einer Wartegruppe abgesichert sind (Fragestellung 1).

Ähnliche Effekte sind (anhand der später erhobenen Daten) für Gruppe B zu beobachten, bei der der AT-Kurs zeitversetzt realisiert wurde. Auch hier reduziert sich während des Kurses die mit der SSP erfaßte Problembelastetheit ($t(11) = 3.28, p < .01; d = 2.4$) und die Veränderung im Entspannungserleben und Wohlbefinden (VFE: $M = + 11.2, p < .01$) wird unter Bezug auf kritische Grenzen für intraindividuelle Veränderungen (vgl. Krampen, 1991b) statistisch signifikant. Zu ergänzen ist, daß die in Gruppe A festgestellten positiven Effekte (in SSP und VFE) zum Zeitpunkt der Nachtstung von Gruppe B im Vergleich zu ihrer Kursabschlußstung stabil blieben ($r = .92, p < .01$).

Effekte der Selbstkontrolle durch Übungsprotokolle

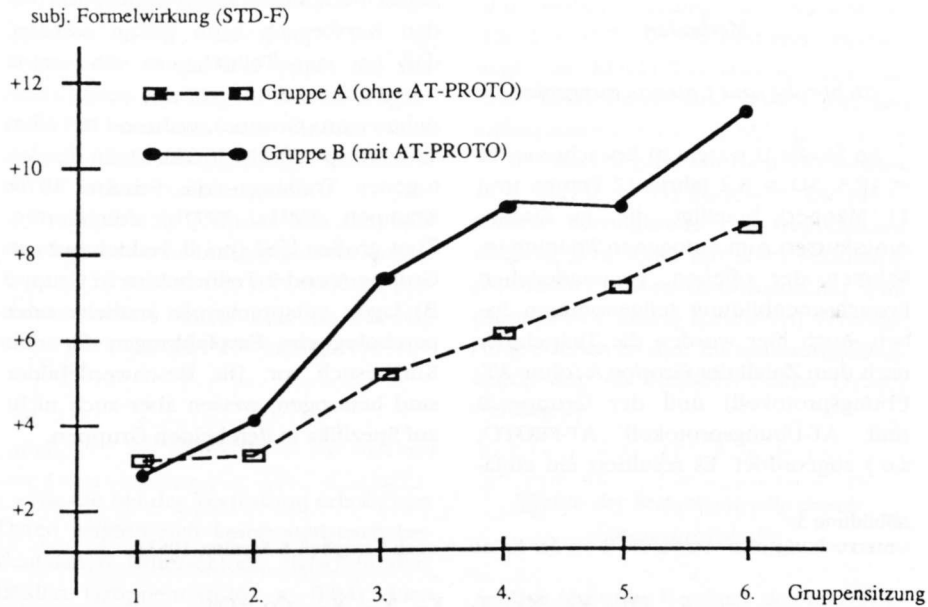
Im direkten Vergleich der kurzfristigen Effekte von Einführungskursen zum Autogenen Training zeigen sich für die Reduktion der Problembelastung (SSP) zwischen den beiden Gruppen keine statistisch bedeutsamen Unterschiede ($t(22) = 1.21$). In Gruppe B (mit den Übungsprotokollen) liegen die VFE-Werte für die direkte Veränderungsmessung aber sowohl unter intraindividuell vergleichender Perspektive (Gruppe A: $M = + 7.1, p < .05$; Gruppe B: $M = 11.2, p < .01$; vgl. Krampen, 1991b) als auch im

direkten Wertvergleich signifikant höher ($t(22) = 2.22, p < .05$); die Effektstärke bleibt mit $d = .78$ im mittleren Bereich (vgl. hierzu Cohen, 1977).

Deutlichere Unterschiede zwischen den Gruppen zeigen sich in den mit dem AT-STD erfaßten Variablen der Prozeßevaluation. Für die durchschnittlichen Einschätzungen der Wirksamkeit der AT-Formelvorsätze, die in den Gruppensitzungen 1 bis 6 realisiert wurden, ergeben sich ab der dritten Gruppensitzung signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ($t(21) > 2.29, p < .05$; siehe Abbildung 2). Durchgängig liegen dabei die subjektiven Wirkungseinschätzungen in Gruppe B (mit Übungsprotokoll) höher als in Gruppe A. Dies verweist darauf, daß bei Verwendung der Selbstkontrolltechnik der Lernprozeß im Kurs selbst günstiger verläuft und positivere Formelwirkungen früher von den Teilnehmern erleben werden.

Längerfristige Effekte zeigen sich in der vier Monate nach Kursabschluß durchgeführten Katamnese ($N = 23$ Kursteilnehmer konnten erreicht werden) für die Übungshäufigkeit nicht. Alle Kursteilnehmer geben an, das Autogene Training wenigstens zwei- bis dreimal pro Monat, zumeist aber häufiger, zu praktizieren. Dies ist ebenso wie die Tatsache, daß keine Kursabbrüche auftraten, mit hoher Wahrscheinlichkeit darauf zurückzuführen, daß die Kurse im Rahmen der Hauptdiplom-Ausbildung von Psychologiestudenten durchgeführt wurden. Bei den katamnestic ebenfalls erhobenen Einschätzungen der Formelwirksamkeit (KATAM-F) deuten sich dagegen erneut Vorteile der Verwendung von Übungsprotokollen in Einführungskursen im Vergleich von Gruppe B mit Gruppe A an ($t(21) = 1.97, p < .07$ bei zweiseitiger, $p < .05$ bei einseitiger Testung; $d = 1.3$).

Abbildung 2:
Ergebnisse der Prozeßevaluation zur subjektiven Formelwirksamkeit in den Gruppensitzungen zum Autogenen Training in Studie I (N = 24)



Folgerungen aus Studie I

Die Befunde der ersten Analogstudie zeigen unter Bezug auf Fragestellung 1, daß sich für (mit sechs Terminen) sehr kurze Einführungskurse zur Unterstufe des Autogenen Trainings sowohl in der indirekten als auch in der direkten Veränderungsmessung – zumindest kurzfristig – positive Effekte bei der psychosomatischen und psychischen Symptombelastung sowie im Entspannungserleben und Befinden nachweisen lassen. Diese positiven Effekte im Entspannungserleben und Befinden lassen sich durch die Verwendung von Übungsprotokollen maximieren (Fragestellung 2). Die verwendete Technik der Selbstkontrolle beeinflusst (nach den Befunden der Pro-

zeßevaluation) den Lernprozeß positiv und trägt (nach den katamnestic Befunden) auch zu einer besseren Konsolidierung des Gelernten und einem besseren Transfer auf die Zeit nach dem Kurs bei. Einschränkend muß natürlich festgehalten werden, daß Studie I an Psychologiestudenten durchgeführt wurde, die über eine zumindest partiell andere (nämlich u.a. berufsorientierte) Motivation für die Kursteilnahme verfügt als andere Teilnehmerkreise. Daher wurde in Studie II der gleiche Untersuchungsansatz in Stichproben von Erwachsenen realisiert, die im Rahmen der offenen Erwachsenenbildung an AT-Kursen teilnahmen.

Studie II: Lernprozeß beim Autogenen Training im Rahmen der offenen Erwachsenenbildung

Methoden

Stichprobe und Untersuchungsplan

An Studie II waren 28 Erwachsene (M = 47.3, SD = 5.2 Jahre; 17 Frauen und 11 Männer) beteiligt, die an Einführungskursen zum Autogenen Training im Rahmen der offenen, gemeindenahen Erwachsenenbildung teilgenommen haben. Auch hier wurden die Teilnehmer nach dem Zufall der Gruppe A (ohne AT-Übungsprotokoll) und der Gruppe B (mit AT-Übungsprotokoll AT-PROTO; s.o.) zugeordnet. Es resultiert ein einfa-

ches Kontroll-Gruppen-Design (siehe Abbildung 3), bei dem in beiden Gruppen die Intervention zeitlich parallel realisiert wurde. Aufgrund der in AT-ANAM gemachten Angaben zur Motivation für den Kursbesuch kann gesagt werden, daß bei vier Teilnehmern eine reine Neugiermotivation vorlag (zwei Teilnehmer pro Gruppe), während bei allen anderen spezifische Indikationen des Autogenen Trainings (vgl. Schultz, 1970; Krampen, 1991a, 1991b) dominierten. Zum großen Teil (bei 8 Teilnehmern in Gruppe A und 9 Teilnehmern in Gruppe B) lagen entsprechende ärztliche oder psychologische Empfehlungen für den Kursbesuch vor. Die Beschwerdebilder sind heterogen, weisen aber auch nicht auf Spezifika in den beiden Gruppen.

Abbildung 3:
Untersuchungsplan von Studie II (in der Notation nach Campbell & Stanley, 1963)

R O₁ X_a X_a X_a X_a X_a X_a O₂ O₃
R O₁ X_b X_b X_b X_b X_b X_b O₂ O₃

- R: Randomisierung
- O₁: Vortestung mit AT-ANAM, AT-SYM und BDI
- O₂: Nachtestung mit AT-SYM, BDI und VFE
- O₃: Katamnese mit AT-KATAM (vier Monate nach Kursabschluß)
- X_a: Einführung in das Autogene Training zu sechs Terminen (im wöchentlichen Abstand) mit AT-STD zur Prozeßevaluation
- X_b: Einführung in das Autogene Training zu sechs Terminen (im wöchentlichen Abstand) mit AT-STD zur Prozeßevaluation und AT-PROTO zur Selbstkontrolle der häuslichen AT-Übungen

Erhebungsmethoden

In beiden Gruppen wurden vor Beginn der AT-Kurse Daten mit (a) der deutschen Form des „Beck Depressions-Inventars“ (BDI; Kammer, 1983), (b) dem AT-Anamnesebogen (AT-ANAM; Krampen, 1991b) und (c) der „Ände-

rungssensitiven Symptomliste für das Autogene Training“ (AT-SYM; Krampen, 1991b) erhoben. AT-SYM erfaßt über 44 Items psychische und psychosomatische Beschwerden sowie Selbstaktualisierungswünsche, die für die Indikation und Effektkontrolle des Autogenen Trainings spezifisch sind.

Krampen ua., Optimierung des Lernprozesses beim Autogenen Training

Nach dem Abschluß der Kurse wurden das BDI und die AT-SYM erneut bearbeitet. Hinzu trat ebenso wie in Studie I der „Veränderungsfragebogen zum Spannungserleben und Wohlbefinden“ (VFE; Krampen, 1991 b). Ebenso wie in Studie I wurde die Prozeßevaluation mit den „AT-Stundenbogen“ (AT-STD) und die vier Monate nach Kursabschluß durchgeführte Katamnese mit AT-KATAM realisiert (s.o.).

In Abbildung 3 findet sich der vollständige Untersuchungsplan von Studie II unter Einschluß der verwendeten psychometrischen Instrumente (in der Notation nach Campbell & Stanley, 1963).

Ergebnisse

Für die bei der Vortestung erhobenen Daten zeigten sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen ($t(26) < 0.94$). Vier Teilnehmer aus Gruppe A und ein Teilnehmer aus Gruppe B brachen den Einführungskurs vorzeitig ab; die verbleibenden 23 Kursteilnehmer konnten alle katamnestic erreicht werden (z.T. allerdings erst über Telefonanrufe).

Effekte kurzer Kurse zum Autogenen Training

Auch in Studie II lassen sich (für beide Gruppen) deutliche und effektstarke Reduktionen der mit AT-SYM erfaßten Problembelastung nachweisen. Der Gesamtskalenwert AT-SYM-G fällt von $M = 42.2$ bei der Vortestung (Prozentrang-Wert $PR = 58$; vgl. Krampen, 1991b) auf $M = 35.3$ ($PR = 48$) bei der Nachtestung ($t(22) = 3.42$, $p < .01$; $d = 2.9$). Auch in der interventionsspezifischen direkten Veränderungsmessung

zeigt sich mit $VFE-G = +8.7$ ($p < .05$) ein positiver Effekt der kurzen AT-Kurse. Gleiches gilt im Vor-Nachtest-Vergleich für die BDI-Werte ($t(22) = 2.33$, $p < .05$), wobei allerdings die Effektstärke mit $d = 0.7$ nur im mittleren Bereich liegt. Die BDI-Differenzwerte (aus Vor- und Nachtestung) sind positiv mit den Differenzwerten von AT-SYM ($r = .47$, $p < .05$) und negativ mit dem VFE-G-Wert ($r = -.42$, $p < .05$) korreliert. Die beobachtete Verringerung der Depressionsneigung geht somit mit einer Reduktion psychischer und psychosomatischer Symptome sowie einem (positiven) Veränderungserleben in den Entspannungsfähigkeiten und im Befinden einher (Fragestellung 1).

Effekte der Selbstkontrolle durch Übungsprotokolle

Auch in Studie II zeigen sich im direkten Vergleich der kurzfristigen Effekte von kurzen AT-Kursen für die Reduktion der Symptomatik keine statistisch bedeutsamen Gruppenunterschiede ($t(21) = .89$). Das gleiche gilt für die in beiden Gruppen gleichartig zu beobachtende Verringerung der Depressivität ($t(21) = 0.60$). Ungünstige Effekte der Verwendung von AT-Übungsprotokollen und der damit verbundenen Verstärkung der Selbstbeobachtung auf die Depressionsneigung sind demnach in der vorliegenden Studie nicht zu beobachten (Fragestellung 3). Dies gilt nicht nur für den (statistischen) Gruppenvergleich, sondern auch idiographisch. Das heißt, daß in keinem Fall eine Verstärkung der Depressionsneigung (erfaßt mit dem BDI) festgestellt wurde.

In der direkten Veränderungsmessung zeigen sich dagegen erneut Vorteile in Gruppe B (mit AT-PROTO). Sowohl

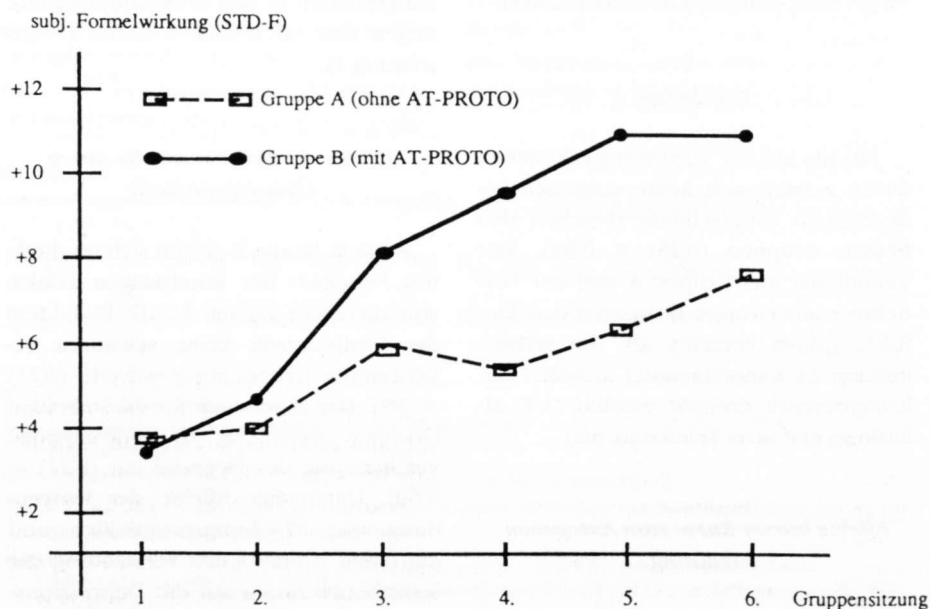
unter intraindividuell vergleichender Perspektive (Gruppe A: $M = +6.8$, $p < .19$; Gruppe B: $M = 10.1$, $p < .01$) als auch im direkten Gruppenvergleich ($t(21) = 2.44$, $p < .05$; $d = .66$) liegen die VFE-Werte in Gruppe B bedeutsam höher als in Gruppe A, in der die Protokolle für die außerhalb der Gruppensitzungen realisierten AT-Übungen nicht verwendet wurden (Fragestellung 2).

Erneut zeigen sich auch (ab der drit-

ten Gruppensitzung) statistisch bedeutsame Gruppenunterschiede in den mit AT-STD erfaßten Daten zur Prozeßevaluation ($t(21) > 2.12$, $p < .05$; siehe Abbildung 4). Nach der Anfangsphase werden die Formelwirkungen in Gruppe B signifikant positiver eingeschätzt als in Gruppe A. Der Lernprozeß wird durch die AT-Protokolle augenscheinlich positiv beeinflusst und beschleunigt (Fragestellung 2).

Abbildung 4:

Ergebnisse der Prozeßevaluation zur subjektiven Formelwirksamkeit in den Gruppensitzungen zum Autogenen Training in Studie II (N= 23)



Auch in den katamnesticen Daten zeigen sich Gruppenunterschiede, die für den Nutzen der Übungsprotokolle sprechen. Von den zehn Teilnehmern aus Gruppe A, die den Kurs regulär beendet haben, geben immerhin fünf vier Monate nach Kursabschluß an, das Autogene Training nicht mehr oder seltener als einmal pro Monat zu praktizieren. In Gruppe B sind dies von den 13

Teilnehmern, die den Kurs beendet haben, nur drei. Im χ^2 -Test ist dieser Unterschied bei $\alpha = .01$ signifikant ($\chi^2(1) = 9.0$). Bei den ebenfalls mit AT-KATAM erhobenen Einschätzungen der Formelwirksamkeiten zeigen sich ebenso wie in Studie I positivere Einschätzungen in Gruppe B ($t(21) = 2.79$, $p < .05$ bei zweiseitiger, $p < .01$ bei einseitiger Testung; $d = 1.7$).

Folgerungen aus Studie II

Auch die Befunde der zweiten Studie belegen, daß sich für kurze Einführungskurse zum Autogenen Training im Rahmen der offenen, gemeindenahen Erwachsenenbildung positive Effekte auf die Symptombelastung, die Depressivitätsneigung, das Entspannungserleben und das Wohlbefinden nachweisen lassen (Fragestellung 1). Erneut zeigte sich auch, daß die im Sinne einer Erhöhung der Selbstkontrolle im Lernprozeß verwendeten Übungsprotokolle für die außerhalb des Kurses realisierten AT-Übungen den Lern- und Konsolidierungsprozeß günstig beeinflussen (Fragestellung 2). Gleichzeitig ist festzuhalten, daß keine negativen Auswirkungen der verwendeten Selbstkontrolltechnik beobachtet werden konnten. Dies gilt insbesondere auch für (latent oder reaktiv) depressive Kursteilnehmer (Fragestellung 3).

Diskussion

Die Befunde beider Analogstudien stimmen darin überein, daß auch (mit sechs Terminen in sechs Wochen) recht kurze Einführungskurse zum Autogenen Training über kurzfristige und längerfristige positive psychologische Effekte verfügen können. Kurzfristig (im indirekten bzw. direkten Vor-Nachtest-Vergleich) ließen sich (1) Reduktionen in der psychischen und psychosomatischen Symptombelastung, (2) Verringerung der Depressivität sowie (3) Zunahmen im subjektiven Entspannungserleben und Wohlbefinden empirisch nachweisen, die im Fall von Studie I auch gegen spontane (interventionsunspezifische) Remissionen abgesichert sind. Ferner zeigten sich für die durchgeführten kur-

zen AT-Kurse vergleichsweise geringe Abbruchquoten. Die katamnesticen Befunde verweisen überdies darauf, daß das Autogene Training von der deutlichen Mehrheit der Teilnehmer, die den Kurs beendet haben, vier Monate später zumindest noch zwei- bis dreimal pro Monat (zumeist häufiger) mit positiven Formelwirkungen realisiert wird.

Betont sei, daß sich beide Studien auf die Erfassung psychologischer Variablen konzentrierten und so etwa psychophysiologische Indikatoren der Entspannung und des Lernprozesses vernachlässigt wurden. Dies erscheint auf dem Hintergrund der aktuellen Befundlage zu den indikativ und evaluativ wichtigen Variablen für das Autogene Training vertretbar (vgl. hierzu etwa Dittmann, 1988; Krampen, 1991a). Zudem ist darauf zu verweisen, daß in beiden Studien mit psychometrischen Instrumenten gearbeitet wurde, die ein breites Spektrum methodischer Alternativen der Veränderungsmessung realisieren (vgl. Krampen, 1991b). Die Instrumente beziehen sich nicht nur auf die Prozeßevaluation (mit AT-STD), sondern in der Produktevaluation auch auf die indirekte (mit AT-SYM, SSP und BDI) und die direkte Veränderungsmessung (mit VFE).

Institutionelle oder organisatorische Restriktionen sowie mangelhafte personelle Ressourcen sollten also nach den hier vorgelegten Befunden nicht davon abhalten, entsprechende AT-Kurse mit relativ wenig Gruppenterminen, die auf eine relativ kurze Zeit verteilt sind, durchzuführen. Für sechs Gruppensitzungen in sechs Wochen zeigen sich nach den vorliegenden Befunden nicht nur statistisch signifikante, sondern z.T. auch praktisch bedeutsame Effekte, die durchaus mit denen längerer Kurse konkurrieren können (vgl. etwa Beitel & Kröner, 1982). Ob die Anzahl der Grup-

pensitzungen dabei weiter reduziert werden kann, ist allerdings aus inhaltlichen Gründen zu bezweifeln; ob die Gruppensitzungen schadlos zeitlich stärker komprimiert werden können (etwa auf zwei Termine pro Woche), ist eine offene Frage, die weiterer Untersuchung bedarf. Dies scheint aber eher möglich zu sein, wenngleich zu bedenken ist, daß dadurch der außerhalb der Gruppensitzungen ablaufende, für den Erwerb des Autogenen Trainings sehr wichtige Lern- und Generalisierungsprozeß erheblich gestrafft wird. Betont sei auch, daß die vorgelegten Ergebnisse natürlich *nicht* gegen längere AT-Kurse (mit mehr Gruppensitzungen) sprechen. Es geht nicht darum, längere Kurse zu verkürzen (da im Prinzip der Hypothese zuzustimmen ist, daß längere Kurslaufzeiten für den Konsolidierungs- und Transferprozeß günstiger sein dürften), sondern es geht hier allein um den Nachweis, daß auch kürzere Kurse positive Effekte haben können.

Die Befunde beider Studien zeigen dabei weiter, daß durch den Einsatz von Protokollen für die außerhalb der Gruppensitzungen realisierten AT-Übungen der Lernprozeß (während des Kurses) positiv beeinflusst werden kann. Dies schlägt sich auch in entsprechenden Befunden der direkten Veränderungsmessung, nicht jedoch in denen der indirekten nieder. Längerfristig ergeben sich zudem positive Effekte auf die Übungshäufigkeit im Alltag und die damit verbundene subjektive Wirksamkeit der AT-Übungen. Beides sind wichtige Voraussetzungen für weitere, auch langfristige Effekte des Autogenen Trainings. Übungsprotokolle sind dabei als verhaltensmodifikatorischer Ansatz der Selbstkontrolle und des Selbstmanagements (vgl. etwa Kanfer, 1975) konzeptuell mit der autosuggestiven Methodik

der konzentrativen Selbstentspannung vereinbar und stellen somit ein Beispiel für eine auch theoretisch vertretbare (und nicht nur pragmatisch-eklektizistische) Integration psychologischer Interventionstechniken dar.

Für die eingangs formulierte Vermutung, daß die Verwendung einer Selbstkontrolltechnik beim Lernen des Autogenen Trainings durch die damit verbundene Verstärkung der Selbstbeobachtung, eine evtl. daraus resultierende Leistungsfixierung, etc. u.U. auch negative Effekte haben könnte, ergaben sich in den dargestellten Untersuchungen keine Hinweise. Dies gilt insbesondere auch für die für möglich gehaltene Verstärkung (oder gar Provokation) depressiver Symptome oder Tendenzen. Zu bedenken ist freilich, daß an beiden Studien keine akut psychisch Kranken beteiligt waren. Studie I, die sich auf AT-Kurse im Rahmen der Hauptdiplomausbildung von Psychologiestudenten bezieht, ist als reine Analogstudie zu bezeichnen; Studie II wurde im Rahmen der offenen, gemeindenahen Erwachsenenarbeit bei Personen durchgeführt, die zwar zum großen Teil wegen psychischer und psychosomatischer Beschwerdebilder (u.a. depressive Störungen) auf ärztliches oder psychologisches Anraten den Kurs besuchten, sie sind aber nicht ohne weiteres mit stationären Patienten, bei denen die Symptomatik im Regelfall stärker ausgeprägt ist, zu vergleichen. Im stationären, klinischen Anwendungsbereich ist auf jeden Fall auf mögliche schädliche Wirkungen des Einsatzes standardisierter Selbstkontrolltechniken bei der Vermittlung des Autogenen Trainings zu achten. Die stetige (auch selbst-) kritische, systematische Evaluation solcher Einführungskurse (vgl. hierzu Krampen, 1991b) ist dafür das geeignete Vorgehen.

Krampen ua., Optimierung des Lernprozesses beim Autogenen Training

LITERATURVERZEICHNIS

Badura, H.O. (1973). Vergleichende Untersuchungen von Persönlichkeitsvariablen bei Versagern im autogenen Training mit Hilfe des MMPI. *Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie*, 23, 200-205.

Beitel, E. & Kröner, B. (1982). Veränderung des Selbstkonzepts durch Autogenes Training. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 11, 1-15.

Bergmann, C. (1983). Autogenes Training. In W. Schultz & I. Volger (Hrsg.), *Kopfschmerz-Therapie* (S. 72-83). München: Urban & Schwarzenberg.

Campbell, D.T. & Stanley, J.C. (1963). Experimental and quasi-experimental designs for research on teaching. In N.L. Gage (Ed.), *Handbook of research on teaching* (pp. 171-246). Chicago, IL: Rand McNally.

Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2 ed.). New York, NY: Academic Press.

Dittmann, R.W. (1988). Zur Psychophysiologie beim Autogenen Training von Kindern und Jugendlichen. Frankfurt/Main: Lang.

Drunkenmölle, C. (1973). Kritische Untersuchung über den Einfluß des autogenen Trainings auf einige innere Krankheiten. *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie*, 25, 429-434.

Hahnwald, M. (1989). Patienteneinstellungen als Erfolgsprädiktoren beim Autogenen Training. *Zeitschrift für die gesamte Hygiene und ihre Grenzgebiete*, 35, 44-45.

Hartig, M. (1973). Die Anwendung von Techniken der Selbstkontrolle in der Verhaltenstherapie. In C. Kraiker (Hrsg.), *Handbuch der Verhaltenstherapie* (S. 325-368). München: Kinkler.

Huber, G. (1979). *Neue Kraftreserven für Führungskräfte durch autogenes Training*. Kissing: WEKA-Verlag.

Kammer, D. (1983). Eine Untersuchung der psychometrischen Eigenschaften des deutschen Beck-Depressionsinventars (BDI). *Diagnostica*, 24, 48-60.

Kanfer, F.H. (1975). Self-management methods. In F.H. Kanfer & A.P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (pp. 309-356). New York, NY: Pergamon.

König, W., di Pol, G. & Schaeffer, G. (1979). *Autogenes Training*. Jena: Gustav Fischer.

Krampen, G. (1991a). *Einführungskurse zum Autogenen Training*. Stuttgart: Verlag für Angewandte Psychologie Hogrefe.

Krampen, G. (1991b). *Diagnostisches und*

evaluatives Instrumentarium zum Autogenen Training (AT-EVA). Göttingen: Hogrefe (im Druck).

Krampen, G. & Ohm, D. (1985). Zur indikativen Bedeutung generalisierter Kontrollüberzeugungen für das autogene Training. In F.-J. Hehl, V. Ebel & W. Ruch (Hrsg.), *Diagnostik psychischer und psychophysiologischer Störungen* (S. 231-252). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.

Kröner, B. & Beitel, E. (1980). Längsschnittuntersuchung über die Auswirkung des autogenen Trainings auf verschiedene Formen der subjektiv wahrgenommenen Entspannung und des Wohlbefindens. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 28, 127-133.

Luthe, W. (Ed.) (1969-1973). *Autogenic therapy* (Vol. 1-6). New York, NY: Grune & Stratton.

Sander, K. & Lück, H. (1974). Entwicklung einer Skala zur Messung von studentischen Problemen (SSP). *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie*, 21, 250-262.

Schultz, J.H. (1961). Bedenklicher Mißbrauch des autogenen Trainings. *Medizinische Welt*, 1961, 1212-1217 (Wiederabdruck in D. Langen (Hrsg.) (1968). *Der Weg des autogenen Trainings* (S. 299-306). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft).

Schultz, J.H. (1970). *Das autogene Training* (13. Aufl.). Stuttgart: Thieme.

Volger, W.-D., Westphal, M.-L., Trautmann, E. & Geyer, M. (1982). Motive vorzeitiger Abbrüche der AT-Gruppenbehandlung. *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie*, 34, 295-300.

Prof. Dr. Günter Krampen
Universität Trier,
FB1 – Psychologie
Postfach 3825
5500 Trier