

# Diagnostik und Effektkontrolle bei Einführungskursen zum Autogenen Training

Günter Krampen

## Kurzfassung

Dargestellt werden psychodiagnostische und evaluative Methoden, die dazu beitragen können, Defizite in der interventionsorientierten Diagnostik und Effektkontrolle bei Einführungskursen zum Autogenen Training in stationären und ambulanten Anwendungskontexten abzubauen. Eine systematische indikationsorientierte Psychodiagnostik und Evaluation dient der Optimierung des Lernprozesses bei den Kursteilnehmern, der Selbstkontrolle des Kursleiters und der angewandten Forschung zum Autogenen Training. Beschrieben werden ökonomisch einsetzbare Methoden (1) für die Eingangsdiagnostik und Indikationsstellung bei AT-Kursen (2) für die Prozeßevaluation, (3) für die direkte und indi-

rekte Veränderungsmessung sowie (4) für Katamnese. Im Vordergrund steht dabei das „Diagnostische und Evaluative Instrumentarium zum Autogenen Training“ (AT-EVA), mit dem erstmals ein interventionsspezifisches Kompendium psychodiagnostischer und evaluativer Verfahren für AT-Kurse vorliegt.

## SCHLÜSSELWÖRTER:

Autogenes Training

Indikation

direkte und indirekte Veränderungsmessung

Effektkontrolle

Psychodiagnostik

O bwohl Einführungskurse zur Grundstufe des Autogenen Trainings seit Jahrzehnten zum Standardrepertoire vieler ambulanter und stationärer Einrichtungen der psychosozialen Versorgung gehören, liegen nach wie vor erhebliche Defizite in der auf das Autogene Training bezogenen psychologischen Diagnostik und Evaluation vor. Ursachen dafür dürften in der von Schultz (1970) bereits bei der Vorstellung der Methode postulierten breiten Indikation des Autogenen Trainings und seiner Konzentration auf psychophysiologische Effektnachweise liegen. Zu konstatieren bleibt bis heute, daß zwar reichhaltige psychophysiologische Effektnachweise für das Autogene Training - allerdings häufig aus anekdotischen Einzelfalldarstellungen und quasi-experimentellen Studien, erheblich seltener aus experimentellen Untersuchungen - vorliegen, daß Nachweise seiner psychologischen Effekte aus systematischen Studien seit circa 20 bis 30 Jahren existieren und sich methodisch zumeist auf Breitband-Diagnostika (vor allem umfangreiche Persönlichkeitsfragebogen und Beschwerdelisten) konzentrieren, die aus der faktorenanalytischen Tradition der Persönlichkeitsdiagnostik stammen (vgl. im Überblick Luthé, 1969ff;

Krampen 1992). Mit der Dominanz evaluativer, auf der Persönlichkeits-ebene angesiedelter Zielsetzungen werden dabei die bestehenden Defizite in der interventionsspezifischen und indikationsorientierten Diagnostik bei Einführungen in das Autogene Training verdeckt, die am deutlichsten ins Auge fallen, wenn man die doch relativ hohen Abbruchquoten von AT-Kursen betrachtet.

Diese psychodiagnostischen Defizite verhindern nicht nur die Erweiterung unseres Wissens über die Indikationen, (relativen) Kontraindikationen, Effekte und Funktionsweisen des Autogenen Trainings, sondern tragen auch dazu bei, daß solche wegen ihres Gruppenansatzes als ökonomisch geltenden Kurse mit durchschnittlichen Abbruchquoten von gut 30 % (vgl. etwa Bauer, 1968; Drunkenmölle, 1973; Diehl, 1987; im Überblick Krampen, 1992) dann, wenn man ihre kurz- und längerfristigen Wirkungen betrachtet, augenscheinlich gar nicht so ökonomisch sind. Nötig ist eine systematische indikationsorientierte Psychodiagnostik und Evaluation, die sowohl zur Optimierung des Lernprozesses beim einzelnen Kursteilnehmer als auch zur Selbstkontrolle des Kursleiters und zur angewandten Forschung über das Autogene

Training beiträgt (vgl. auch Mann & Günthner, 1990). Als interventionsorientierte Diagnostik und Effektkontrolle sollte sie von den spezifischen Indikationsstellungen und Effekterwartungen des Autogenen Trainings ausgehen, die sich nach Schultz (1969, 1970) auf (1) die körperliche und seelische Erholung und Entspannung, (2) die Selbstruhigstellung durch innere Lösung und Gelassenheit, (3) die Selbstregulation ansonsten unwillkürlicher Körperfunktionen, (4) die Leistungssteigerung durch eine bessere Nutzung eigener Kompetenzen, (5) die Schmerzabstellung, (6) die Erhöhung der Selbstbestimmung sowie (7) die Erhöhung der Selbstkritik und Selbstkontrolle beziehen. Gleichzeitig sind die zentralen Forderungen, die an die moderne Psychodiagnostik zu stellen sind, zu beachten (vgl. etwa Guthke, 1981; Zielke, 1982). Neben dem Interventionsbezug der Diagnostik werden dabei vor allem (a) die Abwendung von einer allein eigenschaftsorientierten diagnostischen Perspektive, (b) die Berücksichtigung der direkten und der indirekten Veränderungsmessung, (c) die Berücksichtigung der produkt- und prozeßorientierten Evaluation, (d) die Realisierung einer individualisierten (idiographischen) Diagnostik und

Evaluation neben der interindividuell vergleichenden sowie (e) eine auch kriteriumsorientierte und populationsunabhängige Messung gefordert.

Im folgenden werden Möglichkeiten der systematischen Psychodiagnostik und Effektkontrolle bei Einführungskursen zum Autogenen Training beschrieben, die diesen Anforderungen gerecht werden. Im Vordergrund steht dabei das „Diagnostische und Evaluative Instrumentarium zum Autogenen Training“ (AT-EVA; Krampen, 1991a), mit dem erstmals ein interventionsspezifisches Kompendium psychodiagnostischer und evaluativer Verfahren für AT-Kurse vorliegt. Tabelle 1 informiert im Überblick über die sechs Bestandteile von AT-EVA sowie ihre diagnostischen und evaluativen Zielsetzungen und die ihnen zugeordneten Erhebungszeitpunkte im Verlauf eines Einführungskurses zur Grundstufe des Autogenen Trainings.

### 1. Eingangsdiagnostik und Indikation

Voraussetzung für die Indikationsstellung, den Ausschluß absoluter und die Beachtung relativer Kontraindikationen ist die differentielle Psychodiagnostik vor Beginn des AT-Kurses. Sie sollte minimal eine interventionsspezifische Anamnese (siehe 1.1) sowie eine Beschwerden- und Symptomdiagnostik (siehe 1.2) umfassen. Ggfs. kann dies um eine breitere Persönlichkeitsdiagnostik, deren indikative Bedeutung für AT-Kurse aber bislang empirisch nicht geklärt ist, ergänzt werden (siehe 1.3).

#### 1.1 Interventionsorientierte Anamnese

Unverzichtbar ist zunächst eine biographisch orientierte Anamnese, die minimal die für das Autogene Training zentralen Indikations- und Kontraindikationsmerkmale umfassen muß. In einigen Anwendungsbereichen des Autogenen Trainings ist die Durchführung einer ausführli-

chen mündlichen Anamnese und eines Vorgesprächs über die Methode, die an sie herangetragenen Erwartungen etc. leider kaum möglich. Für solche Fälle bietet der erste Teil des „Diagnostischen und Evaluativen Instrumentariums zum Autogenen Training“ (AT-EVA; Krampen, 1991a) einen kurzen schriftlichen, für AT-Kurse spezifischen Anamnesebogen, der spätestens in der ersten Gruppensitzung, besser vorher von den Teilnehmern ausgefüllt werden sollte. Es sei betont, daß dieser „AT-Fragebogen zur Person“ (AT-ANAM; Krampen 1991a) auf keinen Fall die mündliche Anamnese (wenn sie möglich ist) ersetzen sollte, da AT-ANAM nur eine unvollkommene Alternative für das persönliche Gespräch sein kann. Ggfs. ist AT-ANAM auch um allgemeinere Fragen zur aktuellen Lebenssituation, zur Lebensgeschichte und zu kritischen Lebensereignissen im Sinne einer umfassenderen biographischen Anamnese zu ergänzen (vgl. hierzu etwa Keßler, 1982).

### Erhebungszeitpunkte

Vor oder zu Beginn des Kurses	Am Ende jeder Gruppensitzung	Zwischen allen Gruppensitzungen	Nach Abschluß des Kurses/letzte Gruppensitzung	3 Monate nach Kursabschluß oder später
<b>AT-ANAM</b> Kurzanamnese und Indikation - persönliche Daten - Vorerfahrungen - relative Kontraind. - Motivation für Kurs	<b>AT-STD</b> Prozeßevaluation - Einschätzung der Übung in der Gruppe - subjektive Formelwirkungen	<b>AT-PROTO</b> Prozeßevaluation und Selbstkontrolle der Übungen außerhalb der Gruppe - subjektive Formelwirkungen - freie Anmerkungen zu den Übungen	<b>VFE</b> Direkte Veränderungsmessung (unter Bezug auf die Indikationsbereiche des Autogenen Trainings)	<b>AT-KATAM</b> Längerfristige Erfolgskontrolle - Übungshäufigkeit - Bewertung des AT - aktuelles Befinden - subjektive Formelwirkungen
<b>AT-SYM</b> Indikationsbereiche: - körperliche und psychische Erschöpfung - Nervosität und Anspannung - psychophysiologische Dysregulation - Leistungs- und Verhaltensschwierigkeiten - Schmerzbelastungen - Probleme der Selbstbestimmung und -kontrolle			<b>AT-SYM</b> Indirekte Veränderungsmessung (unter Bezug auf die Indikationsbereiche des Autogenen Trainings)	<b>(AT-SYM)</b>

**Tabelle 1**  
Bestandteile des AT-EVA mit diagnostischen und evaluativen Zielsetzungen sowie zugeordneten Erhebungszeitpunkten (erweitert nach Krampen, 1991a)

Mit dem AT-Anamnesebogen (AT-ANAM) werden mit (1) den Vorerfahrungen mit Entspannungsmethoden, (2) den (relativen) Kontraindikatonsmerkmalen und (3) der Motivation für die Kursteilnahme vor allem prozeßindikativ bedeutsame Informationen erhoben. Da absolute Kontraindikationen des Autogenen Trainings selten sind (vgl. hierzu König, di Pol & Schaeffer, 1979; Krampen, 1992), erhalten vor allem solche Daten Bedeutung, die für die Optimierung des Lernprozesses bei den einzelnen Teilnehmern wichtig sind. In standardisierter Form werden in AT-ANAM zunächst (1.) die Vorerfahrungen der Teilnehmer mit dem Autogenen Training und mit anderen Entspannungsmethoden erfragt, die vor allem für den Ablauf des Lernprozesses von (indikativer) Bedeutung für den Kursleiter sind. Daneben lernt er/sie so den Erfahrungsstand der Teilnehmer und der Gruppe insgesamt kennen, was für die Gestaltung der Gruppensitzungen und die zeitliche Sequentierung der Einführung nützlich ist. Es folgen (2.) Fragen zu Bereichen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen; psychotherapeutische, psychiatrische, neurologische Behandlung; chronische Erkrankungen; regelmäßige Medikamenteneinnahme), die relative Kontraindikationen des Autogenen Trainings betreffen können (aber nicht müssen). Auf dem Hintergrund des heutigen Wissens über die Probleme beim Erlernen des Autogenen Trainings (vgl. Mann & Günthner, 1990; Krampen, 1992) werden damit in allgemeiner Form akute und chronische Erkrankungen erfaßt, deren (kontra-)indikative Relevanz in Einzelgesprächen abzuklären ist. Bei bestehenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen, laufenden psychotherapeutischen oder medizinischen Behandlungen sowie chronischen Erkrankungen ist auf jeden Fall die Rückfrage beim behandelnden Arzt bzw. Psychologen, ggfs. eine fachärztliche Untersuchung zur Abklärung spezifischer funktioneller oder somatischer Organsensibilitäten bzw. -störungen indiziert. Als ebenfalls indikationsrelevante Variable wird in AT-ANAM ferner (3.) die Motivation der Person, an dem Kurs zum Autogenen Training teilzunehmen, erhoben. Elf mögliche und relativ häufig wiederkehrende Motive werden dabei in strukturierter

Form vorgegeben. Die Liste wird durch freie Zeilen ergänzt, in die von den Teilnehmern idiosynkratische Motive eingetragen werden können. Damit sollen kurz einige der Voraussetzungen auf der Seite der Teilnehmer abgeklärt werden, die dem Kursleiter dabei helfen, auf spezifische Lernprobleme, Motivationsprobleme (etwa bei den Übungen außerhalb der Gruppe) etc. einzugehen.

### 1.2 Beschwerden- und Symptomorientierte Diagnostik

Die anamnestische Diagnostik sollte durch eine auf individuelle Beschwerden und Symptome spezifischer ausgerichtete Eingangsdiagnostik ergänzt werden. Neben der psychologischen und/oder fachärztlichen Untersuchung sind dafür - gerade für eine ökonomische Eingangsdiagnostik bei vielen Kursteilnehmern - standardisierte Beschwerde- oder Symptomlisten geeignet. Als interventionsunspezifische Erhebungsverfahren können dazu etwa die „Beschwerden-Liste“ (B-L) von Von Zerssen (1976), der „Beschwerden-Erfassungsbogen“ (BEB) von Kasielke und Hänsgen (1987) sowie die „Kieler Änderungssensitive Symptomliste“ (KASSL) von Zielke (1979) verwendet werden. Zu bedenken ist jedoch, daß diese Instrumente eine Reihe von Problem- oder Symptombeschreibungen enthalten, die nicht den Indikationsbereichen des Autogenen Trainings zugeordnet werden können, somit für die Indikation und Effektkontrolle von Einführungskursen zum Autogenen Training zu weit greifen. Daher wurde im Rahmen von AT-EVA die „Änderungssensitive Symptomliste für das Autogene Training“ (AT-SYM; Krampen, 1992) entwickelt. Jeweils acht ihrer insgesamt 48 Items sind eindeutig den Indikationsbereichen des Autogenen Trainings zugeordnet, woraus die Möglichkeit resultiert, neben einem Gesamtwert für die Problembelastetheit und Beschwerden sechs indikationsspezifische Teilsummenwerte der Problembelastung zu bestimmen. Diese Subskalen beziehen sich auf (1) körperliche und psychische Erschöpfung, (2) Nervosität und innere Anspannung, (3) psychophysiologische Dysregulation, (4) Leistungs- und Verhaltensschwierigkeiten, (5) Schmerzbelas-

stungen sowie (6) Probleme in der Selbstbestimmung und -kontrolle. AT-SYM läßt am Ende einige Zeilen zusätzlichen Freiraum für spezifische Beschwerden oder Probleme der Person, die in der Itemliste nicht repräsentiert sind. AT-SYM ist eine speziell für das Autogene Training konstruierte Selbstbeurteilungsmethode, die in der Eingangsdiagnostik zur Indikationsstellung und in der Erfolgskontrolle zur indirekten Veränderungsmessung (vgl. 2.2) verwendet werden kann. AT-SYM ist somit minimal vor Beginn und nach Abschluß eines Einführungskurses zum Autogenen Training, ggfs. auch zusätzlich bei der Katamnese zu applizieren (siehe Tabelle 1).

Mit AT-SYM wird die Möglichkeit geschaffen, unter engem Bezug auf die von Schultz (1970) angegebene zentralen Indikationsbereiche des Autogenen Trainings einzelfallorientierte Aussagen zu machen. Das Autogene Training ist danach vor allem dann indiziert, wenn der Gesamtskalenwert und/oder Subskalenwert von AT-SYM (unter sozial vergleichender Perspektive) im hohen Wertebereich liegen. Wegen dem u.a. auch präventiven Zielsetzungen dienenden Ansatz des Autogenen Trainings sollten diese mit AT-SYM ermittelten Befunde der Eingangsdiagnostik aber nicht im Sinne einer absoluten Indikation und damit des Ausschlusses von Personen mit niedrigen Werten auf den AT-SYM-Skalen aufgefaßt werden. Hohe Werte bei AT-SYM legen die spezifische Indikation der Methode nahe, wobei u.U. auch ein oder mehrere bestimmte Indikationsbereiche besonders hervortreten können; niedrige Werte bei AT-SYM schließen weder die Anwendbarkeit noch den Nutzen des Autogenen Trainings bei einer Person (etwa unter präventiven Gesichtspunkten oder im Bereich sportlicher Anwendungen) aus. Sowohl für die Indikation des Autogenen Trainings als auch für die Evaluation von besonderer Bedeutung sind die mit „sehr stark/sehr häufig auftretend“ vom Teilnehmer bezeichneten Einzelsymptome in AT-SYM. Über die anamnestischen Informationen hinausgehend geben sie wichtige Hinweise auf funktionelle und/oder somatische Störungen, die auf jeden Fall der Exploration, u.U. der fachärztlichen Untersuchung bedürfen.

### 1.3 Persönlichkeitsdiagnostik

Obwohl bislang kaum konsistente empirische Belege für den indikativen Wert allgemeiner Persönlichkeitsvariablen für das Autogene Training vorliegen (vgl. im Überblick *Krampen*, 1992), ist zu erwägen, in der Eingangsdiagnostik entsprechende Daten zu erheben, da sie von evaluativem Nutzen sein können. Aus pragmatischen Gründen kommen dafür im wesentlichen Selbstbeurteilungs- und Fremdbeurteilungsverfahren (vgl. im Überblick etwa *Stieglitz*, 1988) in Frage, wenngleich natürlich auch sowohl psychophysiologische Parameter als auch psychologische Testdaten relevant sind. Hier sollen nur einige Hinweise auf solche Persönlichkeitsmerkmale gegeben werden, die in der AT-orientierten Eingangsdiagnostik unter indikativer Perspektive bedeutsam sein können.

Obwohl die vorliegenden Befunde kaum dafür sprechen, daß Breitbandverfahren der Persönlichkeitsdiagnostik (wie FPI, MMPI oder 16 PF) wesentliches zur Indikationsstellung des Autogenen Trainings und zur Prognose seiner Effizienz beitragen (vgl. *Krampen*, 1992), kommt ihre Verwendung in Betracht. Sie sollte eventuell weniger unter der Perspektive erfolgen, daß spezifische Abweichungen von den Normwerten indikativ oder prognostisch bedeutsam sind, als vielmehr unter der, daß geringe Abweichungen von den Durchschnittswerten - vor allem dann, wenn gleichzeitig die Teilnahmemotivation ungünstig ist - für den Erfolg beim Lernen des Autogenen Trainings ungünstig sind (vgl. hierzu *Springub, Feireis & Wilke*, 1989). Indikativ und prognostisch für das Autogene Training relevanter scheinen ohnehin Persönlichkeitsvariablen zu sein, die mit diesen Breitbandverfahren nicht oder nur unzulänglich erfaßt werden. Neben den generalisierten Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (vgl. *Krampen*, 1981, 1991b; *Krampen & Ohm*, 1985) sind dies vor allem Persönlichkeitsvariablen wie Hypochondrie und Hysterie (vgl. *Süllwold*, 1990), habituelle objektive Selbstaufmerksamkeit (vgl. *Ohm*, 1987; *Filipp & Freudenberg*, 1989) sowie Depressivität und das Typ A-Verhaltensmuster (vgl. *Krampen*, 1992).

### 2. Die systematische Evaluation von AT-Kursen

Systematische Kontrollen der Effekte der Teilnahme an Einführungskursen zum Autogenen Training sollten nicht nur produkt-orientiert (summativ), sondern auch prozeß-orientiert (formativ) während des Kurses realisiert werden. Dadurch ergeben sich Möglichkeiten, unmittelbar und gezielt auf Lernschwierigkeiten der Teilnehmer einzuwirken, das Tempo des Vorgehens den Lernfortschritten der Teilnehmer anzupassen, ggfs. einzelne Teilnehmer gesondert zu betreuen etc. Erreicht wird durch die Prozeßevaluation eine erhöhte Selbstkontrolle des Kursleiters, die von den bei allen Kursteilnehmern systematisch erhobenen Angaben ausgeht und direkt auf die Intervention (selbstkorrigierend) im Sinne der adaptiven Indikation zurückwirkt.

Die produkt-orientierte systematische Evaluation dient ebenfalls der Selbstkontrolle des Kursleiters, ist dabei aber längerfristig angelegt und hat für den jeweiligen Kurs keine direkten Konsequenzen. Es geht darum, die Effektivität des eigenen Vorgehens insgesamt (bezogen auf einen bestimmten Kurs und das dabei realisierte Vorgehen) selbstkritisch zu prüfen. Realisiert wird dies über die indirekte (Vortest-Nachtest-Vergleiche) und die direkte Veränderungsdiagnostik. Ergänzt wird dies durch katamnestiche Untersuchungen, die zumindest mittelfristig (über drei Monate) die Auswirkungen einer Kursteilnahme systematisch analysieren.

Nur durch solche prozeß- und produkt-evaluativen sowie katamnestiche Daten erhält der Kursleiter systematische Informationen über die kurz-, mittel- und längerfristigen Wirkungen seiner Arbeit und ggfs. Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten, da Handlungsfehler und Mißerfolge, die in der Interventionsforschung allzu häufig vernachlässigt werden (vgl. hierzu *Kuhr*, 1988), so offenbar werden. Neben diesem individuellen Profit für den Kursleiter und dem für die Teilnehmer seiner späteren Kurse zum Autogenen Training kann sich aber auch ein allgemeinerer Nutzen für das Wissen über die Methode selbst und ihre empirische Fundierung ergeben. Systematische Effektkontrollen und

Katamnesen sind Beispiele der angewandten psychologischen Forschung und können dazu beitragen, die Methode des Autogenen Trainings fortzuentwickeln und ihr empirisches Fundament zu verbessern.

#### 2.1 Prozeßevaluation

Basis der Prozeßevaluation bei Einführungskursen zum Autogenen Training sind in der Regel die Selbstberichte der Teilnehmer in den Gruppengesprächen und die Beobachtung der Teilnehmer durch den Kursleiter bei den Gruppenübungen. Zumeist geschieht dies in unsystematischer Form dadurch, daß nach dem Ende der Gruppensitzung entsprechende Informationen von bzw. über einzelne Teilnehmer in Form von Notizen festgehalten werden, da die Protokollierung während der Gruppensitzung stören würde. Solche unsystematischen Prozeßprotokolle von Kursleitern weisen daher in den meisten Fällen erhebliche Erinnerungslücken auf, konzentrieren sich auf das, was für den Kursleiter (vielleicht aber nicht für den Teilnehmer) subjektiv auffällig oder bedeutsam war, und sind zumeist selektiv, da sie nicht allen Gruppenteilnehmern gleich gerecht werden. Diese Mängel werden in einer systematischen Prozeßevaluation behoben, da sie zu vollständigen Informationen über alle Kursteilnehmer führt.

Die systematische Prozeßevaluation kann etwa von Beobachtungsdaten ausgehen, die während der Gruppenübungen erhoben werden (vgl. etwa *Langenkamp, Steinacker & Kröner*, 1982). Für eine möglichst vollständige Aufzeichnung ist es aber notwendig, daß das Beobachtungsprotokoll nicht vom Übungsleiter, sondern von einer zweiten Person, die sich in der Regel auch nur auf einige Teilnehmer konzentrieren kann, erstellt wird. Aufzeichnungen über den Augenschluß, willkürliche und unwillkürliche Muskelzuckungen und Bewegungen, Korrekturen der Körperhaltung, des Kieferzeichens, der Wangenrötung, des Atemrhythmus etc. durch den Übungsleiter bleiben in der Regel unvollständig, lenken den Übungsleiter zudem von seiner eigentlichen Funktion ab. Weitere Möglichkeiten der „objektiven“ Prozeßevaluation sind durch die sogenannten Kontrollversuche (siehe *Schultz*, 1970)

und durch psychophysiologische Messungen (vgl. etwa *Fischel & Müller, 1962*) gegeben, die dann, wenn sie in regelmäßigen Abständen wiederholt werden, zwar zu einer formativen Effektkontrolle führen, bei denen aber zugleich mögliche negative Effekte auf die Teilnehmer (die sich etwa kontrolliert fühlen oder einen falschen Leistungsehrgeiz entwickeln) zu bedenken bleiben.

Häufiger realisiert werden daher systematische Prozeßevaluationen, die auf in standardisierter Form erfaßten Selbstberichten aller Teilnehmer basieren. Zumeist findet dabei eine Konzentration auf die Effekte der Gruppenübungen statt (vgl. etwa *Kröner & Beitel, 1980; Stetter & Stuhlmann, 1987*), was aber leicht durch die Verwendung von Protokollbogen für die Teilnehmer auf die Übungen außerhalb der Gruppe ausgedehnt werden kann (vgl. hierzu *Schultz, 1970; König et al., 1979*). Der im Rahmen des „Diagnostischen und Evaluativen Instrumentariums zum Autogenen Training“ (AT-EVA; *Krampen, 1991a*) entwickelte „AT-Stundenbogen“ (AT-STD; siehe Tabelle 1) kann zur ökonomischen Prozeßevaluation in den Gruppensitzungen verwendet werden. Fünf Fragen von AT-STD beziehen sich auf allgemeine Einschätzungen der in der Gruppe durchgeführten Übungen zum Autogenen Training und auf die Wahrnehmung der Gruppenatmosphäre. Sieben weitere Fragen von AT-STD beziehen sich auf die Vorsatzformeln der Grundstufe des Autogenen Trainings. Die Teilnehmer werden gebeten, jeweils die Wirkungen der Formeln in der Gruppensitzung zu beurteilen, die aktuell von ihnen verwendet wurden.

Auch das im Rahmen des „Diagnostischen und Evaluativen Instrumentariums zum Autogenen Training“ (AT-EVA; *Krampen, 1991a*) entwickelte „Protokoll für die Übungen außerhalb der Gruppe“ (AT-PROTO) bezieht sich auf die sieben Formeln der Grundstufe. In AT-PROTO wird davon ausgegangen, daß pro Tag von jedem Teilnehmer minimal zwei Übungen realisiert werden. Für jede dieser Übungen sieht das Protokollblatt Einschätzungen der Formelwirkungen auf den gleichen siebenstufigen, bipolaren Schätzskalen vor,

wie sie im AT-STD verwendet werden. Zusätzlich ist Raum für freie Anmerkungen gelassen, die in der Gruppe oder in Einzelgesprächen behandelt werden sollten.

Die mit AT-EVA realisierte Prozeßevaluation bezieht sich somit auf den Lernprozeß innerhalb der Gruppensitzungen (AT-STD) und die außerhalb der Gruppensitzungen gemachten Übungsschritte (AT-PROTO). Durch den Bezug auf die Normwerte können dabei Aussagen über die Lernfortschritte des einzelnen Teilnehmers im Vergleich zur Normierungsstichprobe gemacht werden. Analoge Vergleiche sind natürlich auch im Rahmen des (kleineren) Bezugfeldes der Gruppe selbst möglich. So können die Unterschiede und Gemeinsamkeiten im Lernprozeß innerhalb einer Kursgruppe systematisch evaluiert werden, was insbesondere für die zeitliche Sequentierung des weiteren Vorgehens von Bedeutung ist. Eine zweite Interpretationsmöglichkeit ist durch die bipolare Skalierung der AT-STD-Antwortskalen gegeben. Populationsunabhängig und kriterienorientiert kann so idiographisch und terminspezifisch die positive, neutrale oder negative Bewertung der Gruppensitzungen/-übungen und der Formelwirkungen im Einzelfall analysiert und interpretiert werden. Der interpretative Bezugsrahmen ist dabei durch intraindividuelle Vergleiche (Zeitvergleiche der STD-Skalenwerte von einer Person) gegeben und bezieht sich zugleich auf die Qualität der vom Teilnehmer gegebenen Einschätzungen der Formelwirkungen (als positiv, neutral oder negativ).

Auch der für die Prozeßevaluation der außerhalb der Gruppensitzungen durchgeführten AT-Übungen einzusetzende Protokollbogen AT-PROTO kann direkt danach ausgewertet werden, ob die Wirkungen bestimmter Formelvorsätze außerhalb der Gruppenübungen und dort zu verschiedenen Zeiten sowie in verschiedenen Anwendungssituationen subjektiv als positiv, neutral oder negativ erlebt werden. Prozeßindikatoren sind für die Optimierung des autogenen Lernprozesses neben dieser idiographischen Evaluation der subjektiven Formelwirkungen auch die vom Teilnehmer in AT-PROTO frei formulierten Anmerkun-

gen über positive oder negative Erfahrungen mit dem Autogenen Training wichtig. Dabei eventuell auftauchende spezifische Übungsschwierigkeiten außerhalb der Gruppensituation sind weiter zu explorieren, um den Transfer des Gelernten auf alltägliche Lebenssituationen zu gewährleisten. Ferner dient AT-PROTO als Erinnerungshilfe für den Teilnehmer dazu, das regelmäßige Üben und die Selbstbeobachtung der Teilnehmer zu fördern, was alleine schon den Lernprozeß günstig beeinflussen kann (vgl. hierzu *Krampen, Main & Waelbroeck, 1991*).

## 2.2 Direkte und indirekte Veränderungsmessung

Die (kurzfristige) Erfolgsbeurteilung bei Einführungskursen zur AT-Grundstufe wird in vielen Fällen unsystematisch allein anhand der Teilnehmerangaben im Rundgespräch der letzten Gruppensitzung vorgenommen. Günstiger ist die Ergänzung dieser oft lückenhaft und selektiv bleibenden Effektmessung durch ein standardisiertes Vorgehen, bei dem zumindest von bzw. für alle Gruppenteilnehmer vollständige Informationen erhoben werden. Gearbeitet wird dabei zumeist mit strukturierten Erhebungsinstrumenten, in denen die Teilnehmer relativ global ihre Trainingserfolge und -mißerfolge sowie ihr aktuelles Befinden beschreiben (vgl. etwa *Kröner & Beitel, 1980; Hirsch, 1987*), oder mit Fremdbeurteilungen der Lernerfolge durch den Kursleiter bzw. ein Therapeutenteam (vgl. etwa *Stetter & Stuhlmann, 1987*). In Vorher-Nachher-Vergleichen wird auch mit standardisierten psychodiagnostischen Verfahren gearbeitet, wobei unterschiedliche Fragebogeninstrumente (vor allem Persönlichkeitsfragebogen; vgl. etwa *Kniffki, 1979; Schejbal, 1979; Beitel & Kröner, 1982*) im Vergleich zu Testdaten (vgl. etwa *Siersch, 1986, 1989*) nach wie vor dominieren. Der Anwendungsschwerpunkt liegt dabei in den meisten Fällen auf der Forschung und weniger auf der idiographischen Veränderungsmessung.

Für die systematische summative (produktorientierte) Evaluation der Effekte von Einführungskursen zum Autogenen Training können nach dem „Diagnostischen und Evaluati-

ven Instrumentarium zum Autogenen Training“ (AT-EVA; Krampen, 1991a) mit AT-SYM die indirekte und mit dem „Veränderungsfragebogen zum Entspannungserleben und Wohlbefinden“ (VFE) die direkte Veränderungsmessung auf Gruppen- und auf Individualebene realisiert werden (siehe Tabelle 1). Für die indirekte Veränderungsmessung anhand der Vor- und Nachtestwerte aus der „Änderungssensitiven Symptomliste zum Autogenen Training“ (AT-SYM) sind die Differenzen ihrer T-Werte und ihre Absicherung gegenüber den im Manual von AT-EVA angegebenen kritischen Differenzen von zentraler Bedeutung. Zusätzlich können die vom Teilnehmer bei der Vorher- und Nachhermessung als „sehr stark/sehr häufig auftretend“ beantworteten Symptome idiographisch und unter dem Aspekt intraindividuelle Veränderungen interpretiert werden. Bei engem Bezug auf die Indikationsbereiche des Autogenen Trainings und auf seine konkrete Indikation im Einzelfall bietet AT-SYM damit interventionsspezifische Möglichkeiten der indirekten Veränderungsmessung.

Auch der „Veränderungsfragebogen zum Entspannungserleben und Wohlbefinden“ (VFE) wurde im Rahmen des „Diagnostischen und Evaluativen Instrumentariums zum Autogenen Training“ (AT-EVA; Krampen, 1991a) speziell für die Evaluation von Einführungskursen in die Grundstufe des Autogenen Trainings entwickelt. Im Unterschied zu Wertevergleichen aus Vorher-Nachher-Messungen werden die Befragten bei der mit dem VFE realisierten direkten Veränderungsmessung gebeten, subjektiv erlebte Veränderungen in ihrer Richtung für einen vorgegebenen Zeitraum direkt einzuschätzen. Da die direkte Veränderungsmessung zwar einige der Probleme indirekter Veränderungsmessungen vermeidet (vgl. hierzu etwa Petermann, 1978; Zielke, 1982) und auch ökonomischer handhabbar ist als diese, jedoch auf der anderen Seite über eigene methodische Probleme verfügt (etwa durch die große Bedeutung von Gedächtnisprozessen und Orientierungen in der Zeit), darf sie nicht als eine Alternative zur indirekten Messung betrachtet werden. Sie stellt vielmehr eine eigenständige Methodik der Veränderungsmes-

sung dar, die ergänzend zur indirekten Veränderungsmessung herangezogen werden sollte (vgl. hierzu auch Zielke, 1982; Stieglitz, 1988), wobei die Konsistenz der Befunde aus beiden Strategien der Produkt-evaluation idiographisch von besonderem Interesse ist. Die Entwicklung des VFE ging ebenso wie die von AT-SYM von den spezifischen Indikationsbereichen und Effekterwartungen des Autogenen Trainings aus. Jeweils zwei Items des VFE beziehen sich auf die auch dem AT-SYM zugrundeliegenden sechs Indikationsbereiche des Autogenen Trainings. Bei der Bearbeitung des VFE werden die Kursteilnehmer am Kursende gebeten, für jedes Item direkt anzugeben, ob sie im Vergleich mit der Zeit vor Beginn des Kurses zum Autogenen Training eine negative Veränderung, keine Veränderung oder eine positive Veränderung erleben. In der Auswertung des VFE wird ein Summenwert über die Antworten zu allen zwölf Items berechnet, der direkt über das Ausmaß der von der Person angegebenen positiven versus negativen Veränderungen im Entspannungserleben und im Wohlbefinden informiert. Auch die Befunde der mit VFE realisierten direkten Veränderungsmessungen können - bei Beachtung der statistischen Vertrauensgrenzen - sowohl unter sozial als auch unter intraindividuell vergleichender Perspektive interpretiert werden (vgl. Krampen, 1991a).

### 2.3 Katamnesen

Für die Bewertung von mittel- und längerfristigen Interventionseffekten reichen Datenerhebungen, die sich auf das Ende eines Kurses zum Autogenen Training oder die Zeit kurz danach beziehen, nicht aus. Gilt dies für nahezu alle psychologischen Interventionen gleichermaßen, so ist zu betonen, daß es für die Evaluation des Erfolges von Einführungskursen zum Autogenen Training in besonderem Maße gilt, da diese Technik der Selbstentspannung unter Anleitung und (in den meisten Fällen) in einer Gruppe gelernt wird. Da sich Anleitung und Gruppenteilnahme mit dem Ansatz einer autosuggestiven Methode zumindest partiell widersprechen, müssen sich Nutzen und Effekte des Autogenen Trainings im Einzelfall außerhalb der Gruppe und ohne

Anleitung bewähren. Dies wird zwar bereits z.T. durch die während des Kurses durchgeführten häuslichen Übungen und deren Prozeßevaluation mit AT-PROTO geleistet; die echte Bewährungsprobe ist aber erst dann gegeben, wenn der Kurs beendet ist, und Anleitung sowie Gruppenübungen nicht mehr in regelmäßigen zeitlichen Abständen ohne weiteres zur Verfügung stehen. Zu bedenken ist hier auch, daß Einführungskurse zum Autogenen Training in der Regel nicht nur über relativ hohe Abbruchquoten verfügen, sondern daß zusätzlich der Prozentsatz der Personen, die den Kurs zwar abschließt, danach das Autogene Training aber nicht mehr praktiziert, relativ hoch liegt (siehe hierzu Krampen, 1992). Hier wird die Notwendigkeit katamnestischer Untersuchungen besonders deutlich.

Bei der Planung und Durchführung katamnestischer Untersuchungen steckt man in einem Dilemma: einerseits wird ein möglichst hoher Rücklauf angestrebt, was etwa durch kürzere und überschaubare Verfahren leichter erreicht werden kann (vgl. im Überblick Champion & Sear, 1968/69), andererseits möchte man möglichst viele Informationen über die längerfristigen (positiven und negativen) Effekte der Intervention erheben. Bei dem im Rahmen des „Diagnostischen und Evaluativen Instrumentariums zum Autogenen Training“ (AT-EVA; Krampen, 1991a) entwickelten „Katamnesebogen zum Autogenen Training“ (AT-KATAM) wurde versucht, den schwierigen Mittelweg zwischen diesen Wünschen und Anforderungen an Katamnesen zu finden. Auf nur zwei Seiten werden dabei in überschaubarer Form einige der zentralen katamnestischen Variablen für Einführungskurse zum Autogenen Training erfaßt. AT-KATAM kann schriftlich (mit postalischem Versand), fernmündlich oder im persönlichen Gespräch mit den ehemaligen Kursteilnehmern appliziert werden. Es sollte frühestens drei Monate nach Kursabschluß, besser später erhoben werden. Ebenso wie bei AT-ANAM ist auch hier darauf zu verweisen, daß AT-KATAM in seiner standardisierten Form lediglich den Minimalanforderungen an eine Katamnese genügen kann (zur Problematik von Versuchen der Standardisierung von

Katamnesen siehe etwa Funke & Krampen, 1985). Ergänzungen von AT-KATAM um andere Erhebungsverfahren (wie etwa um AT-SYM), die aus spezifischen Fragestellungen und Hypothesen resultieren, sind von Fall zu Fall angebracht.

In AT-KATAM wird zunächst nach der zentralen evaluativen Variable, ob Übungen zum Autogenen Training von den ehemaligen Kursteilnehmern zum Katamnesezeitpunkt überhaupt noch realisiert werden - und wenn ja, wie häufig pro Monat, Woche oder Tag - (katamnestiche Übungshäufigkeit), gefragt. Es folgen sieben Fragen zu allgemeinen Einstellungen und persönlichen Bewertungen des Autogenen Trainings, mit denen auf einer globalen Ebene der dem Autogenen Training zugeschriebene persönliche Nutzen katamnestiche erfaßt wird. Es folgt eine Einschätzung des aktuellen persönlichen Wohlbefindens auf einer graphischen Skala, die als „single-item-measure“ zwar methodisch problematisch ist, sich jedoch als ein auf die momentane Lebenssituation bezogener Indikator des Allgemeinbefindens in verschiedenen Forschungskontexten als konvergent valide und evaluativ nützlich erwiesen hat. Die ehemaligen Kursteilnehmer, die das Autogene Training zum Katamnesezeitpunkt noch anwenden, werden in AT-KATAM ferner um Angaben über die subjektiven Wirkungen aller AT-Formeln gebeten. Ebenso wie bei AT-STD und AT-PROTO wird in der Auswertung auch hier ein einfacher Summenwert berechnet, der Auskunft über die zum Katamnesezeitpunkt erlebten Wirkungen des Autogenen Trainings gibt und unter sozial vergleichender sowie populationsunab-

hängiger Perspektive interpretiert werden kann. Am Ende von AT-KATAM ist schließlich noch freier Raum für persönliche Anmerkungen der ehemaligen Kursteilnehmer gelassen. Angaben sind hier relativ häufig anzutreffen (bei ca. 65 % der Rückmeldungen) und müssen idiographisch ausgewertet werden.

### 3. Abschließende Bemerkungen

Die dargestellten Möglichkeiten einer standardisierten, interventions-spezifischen Psychodiagnostik und Effektkontrolle bei Einführungskursen zur Grundstufe des Autogenen Trainings (1) dienen der Optimierung des Lernprozesses bei den Teilnehmern, (2) fördern die Selbstkontrolle des Kursleiters und verhindern so, daß AT-Kurse mit der Zeit zu einer beruflichen Routine werden, und (3) können dazu beitragen, das Wissen über das Autogene Training durch angewandte Forschung zu erweitern. Die mit AT-EVA realisierte Differentialdiagnostik führt zu spezifischen Aussagen über die Indikation des Autogenen Trainings bei der einzelnen Person. Die mit AT-EVA realisierte Effektkontrolle führt zu spezifischen Aussagen über den individuellen Lernprozeß sowie die kurz- und längerfristigen Effekte des Autogenen Trainings bei der einzelnen Person. Dabei beschränkt sich das AT-EVA explizit auf die Erfassung psychologischer Variablen, die in Form von Selbstauskünften bei den Kursteilnehmern erhoben werden. Gleichwohl ist es - bezogen auf diese Datenart - multimethodal ausgerichtet, da in ihm unterschiedliche Ansätze der Eingangsdagnostik und Veränderungsmessung integriert werden. AT-EVA weist nicht nur einen hohen

Interventionsbezug auf, sondern beachtet mit der Realisierung von (1) Veränderungs- und Prozeßdiagnostik, (2) idiographischer und sozial vergleichender Diagnostik und Evaluation sowie (3) dem Ein-schluß kriteriumsorientierter und populationsunabhängiger Messungen zentrale Forderungen, die an die moderne Psychodiagnostik gestellt werden.

Physiologische und psychophysiologische Variablen blieben in der dargestellten, in stationären und ambulanten Praxisfeldern bei Jugendlichen und Erwachsenen einsetzbaren Form von AT-EVA vor allem aus zwei Gründen ausgeklammert. Zum ersten, weil nach den vorliegenden Befunden (vgl. etwa Dittmann, 1988; Krampen, 1992) beim Autogenen Training subjektive und damit genuin psychologische Variablen sowohl für das Erlernen der Methode als auch für ihre Effekte die entscheidenden sind. Psychophysiologische Indikatoren der körperlichen Entspannung können natürlich ergänzend in der Prozeß- und Produktevaluation verwendet werden; für die Indikationsstellung sind sie aber von geringem Wert. Zum zweiten wurde in AT-EVA auf den in der (Labor-)Forschung unproblematischen Ein-schluß psychophysiologischer Indikatoren pragmatisch deswegen verzichtet, weil sie in vielen Praxisfeldern schwierig zu realisieren sind. Psychophysiologische Erhebungen verlangen in den meisten Fällen zeitlich aufwendige Apparaturen, die zudem den Lern- und Übungserfolg der Teilnehmer u.U. (etwa bei Applikation elektrophysiologischer Meßverfahren) beeinträchtigen können.

### Literatur

**Bauer, B.** (1968) Über Bedingungen des Behandlungsabbruchs in der Psychotherapie. Probleme und Ergebnisse der Psychologie, 23, 103-105.

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

**Champion, D.J., Sears, A.M.** (1967/68) Questionnaire response rate. Social Forces, 47, 335-339.

**Diehl, B.J.M.** (1987) Autogenes Training und gestufte Aktivhypnose. Berlin: Springer.

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

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

**Filipp, S.-H., Freudenberg, E.** (1989) Der Fragebogen zur Erfassung dispositionaler Selbstaufmerksamkeit (SAM-Fragebogen). Göttingen: Hogrefe.

**Fischel, W., Müller, K.-P.** (1962) Psychogalvanische Hautreaktion im autogenen

Training und während der Hypnotherapie. Zeitschrift für Psychologie, 167, 80-106.

**Funke, J., Krampen, G.** (1985) Kann und soll man die Durchführung von Katamnesen standardisieren? Suchtgefahren, 31, 246-250.

**Guthke, J.** (1981) Entwicklungstendenzen und Probleme der Psychodiagnostik. Probleme und Ergebnisse der Psychologie, 77, 5-22.

**Hirsch, R.D.** (1987) Das Autogene Training in der Gerontologie. Zeitschrift für Gerontologie, 20, 242-247.

- Kasielke, E., Hänsgen, K.-D.** (1987) Beschwerden-Erfassungsbogen (BEB; 2. Aufl.). Berlin: Psychodiagnostisches Zentrum der Sektion Psychologie der Humboldt Universität.
- Keßler, B.H.** (1982) Biographische Diagnostik. In: Groffmann, K.-J., Michel, L. (Hrsg.) Persönlichkeitsdiagnostik (= Enzyklopädie der Psychologie, Bd. B/II/3, 1-56). Göttingen: Hogrefe.
- Kniffki, C.** (1979) Transzendente Meditation und Autogenes Training. München: Kindler.
- König, W., di Pol, G., Schaeffer, G.** (1979) Autogenes Training. Jena: Gustav Fischer.
- Krampen, G.** (1981) IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G.** (1992) Diagnostisches und Evaluatives Instrumentarium zum Autogenen Training (AT-EVA). Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G.** (1991b) Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK). Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G.** (1992) Einführungskurse zum Autogenen Training. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie. Hogrefe.
- Krampen, G., Ohm, D.** (1985) Zur indikativen Bedeutung von Kontrollüberzeugungen für das autogene Training. In: Hehl, F.-J., Ebel, V., Ruch, W. (Hrsg.) Diagnostik psychischer und psychophysischer Störungen (231-252). Bonn: Deutscher Psychologischer Verlag.
- Krampen, G., Main, C., Waelbroeck, O.** (1991) Optimierung des Lernprozesses beim Autogenen Training bei kurzer Kurslaufzeit durch Übungsprotokolle. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie, 39, 33-45.
- 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.
- Kuhr, A.** (1988) Fehler und Mißerfolge in der Psychotherapie. In: Kleiber, D., Kuhr, A. (Hrsg.) Handlungsfehler und Mißerfolge in der Psychotherapie (8-17). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Langenkamp, B., Steinacker, I., Kröner, B.** (1982) Autogenes Training bei 10jährigen Kindern. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 31, 238-243.
- Luthe, W.** (1969ff.: Hrsg.) Autogenic therapy (Vol. I - VI). New York, NY: Wiley.
- Mann, K., Günthner, A.** (1990) Empirische Untersuchungen zur Indikation des Autogenen Trainings und seine Anwendung in der ärztlichen Praxis. In: Gerber, G., Sedlak, F. (Hrsg.) Autogenes Training - mehr als Entspannung (131-137). München: Reinhardt.
- Ohm, D.** (1987) Entspannungstraining und Hypnose bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit in der stationären Rehabilitation. Regensburg: Roderer.
- Petermann, F.** (1978) Veränderungsmessung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schejbal, P.** (1979) Auswirkungen des autogenen Trainings im psychischen Bereich. Unveröff. Diss., Fachbereich 2 der Universität Essen.
- Schultz, J.H.** (1969) Übungsheft für das autogene Training (14. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Schultz, J.H.** (1970) Das autogene Training (13. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Siersch, K.** (1986) Verbesserung von Konzentrationsleistungen durch Autogenes Training. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 15, 158-163.
- Siersch, K.** (1989) Zum Einfluß des Autogenen Trainings auf die Konzentrationsleistung und auf subjektiv erlebte Beanspruchungsfolgen. Ärztliche Praxis und Psychotherapie, 11(5/6), 5-10.
- Springup, J., Feireis, H., Wilke, E.** (1989) Der Einfluß der Compliance auf die Behandlung mit autogenem Training. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 39, 418-422.
- Stetter, F., Stuhlmann, W.** (1987) Autogenes Training bei gerontopsychiatrischen Patienten. Zeitschrift für Gerontologie, 20, 236-241.
- Stieglitz, R.-D.** (1988) Klinische Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren. Diagnostica, 34, 28-57.
- Süllwold, F.** (1990) Zur Struktur der hypochondrischen und der hysteroiden Persönlichkeit. Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie, 37, 642-659.
- Von Zerssen, D.** (1976) Die Beschwerdenliste (B-L). Weinheim: Beltz.
- Zielke, M.** (1979) Kieler Änderungssensitive Symptomliste (KASSL). Weinheim: Beltz.
- Zielke, M.** (1982) Probleme und Ergebnisse der Veränderungsmessung. In: Zielke, M. (Hrsg.) Diagnostik in der Psychotherapie (41-59). Stuttgart: Kohlhammer.

---

**Anschrift des Verfassers:**

Prof. Dr. Günter Krampen  
 Universität Trier, FB I - Psychologie  
 Postfach 3825  
 W-5500 Trier