

# Erste Befunde zu einem integrativen Gruppenprogramm zur Gesundheitsförderung bei Älteren

## Die Effekte von Autogenem Training sowie systematischer Selbstbeobachtung und Reflexion des Verhaltens (SySeRe)<sup>1</sup>

Günter Krampen

Universität Trier, FB I – Psychologie

*Zusammenfassung.* Dargestellt werden die Konzeption eines Gruppenprogramms zur Förderung des Gesundheitsverhaltens und der Selbstregulationskompetenzen sowie erste evaluative Befunde zu seinen Effekten aus einer exemplarischen Interventionsstudie, an der eine Stichprobe von 28 älteren Erwachsenen (59–74 Jahre alt) beteiligt war. Nach einem zeitverschobenen, zwei Gruppeninterventionen vergleichenden Untersuchungsansatz wurden dabei die spezifischen und die kumulativen Effekte einer Einführung in die Grundstufe des Autogenen Trainings (Programmteil A) und eines Gruppenprogramms zur systematischen Selbstbeobachtung und Reflexion eigenen Verhaltens und Erlebens (SySeRe; Programmteil B) überprüft. Nach einer Randomisierung erhielt eine Hälfte der Teilnehmer zunächst den Programmteil A (acht Termine) und danach den Programmteil B (ebenfalls acht Termine im wöchentlichen Abstand); die andere Teilnehmerhälfte nahm zeitlich parallel zunächst an Teil B, nach der Zwischentestung an Teil A des Kurses teil. Datenerhebungen fanden vor Programmbeginn, nach der Programmhälfte, nach Programmabschluß und sechs Monate später statt, wobei neben der Eingangsdiagnostik (AT-ANAM) und Katamnese (AT-KATAM) Daten zu entwicklungsbezogenen Emotionen (EM-P), entwicklungsregulativen Anstrengungen (E-REGU), der Symptombelastung (AT-SYM) und dem Gesundheitsverhalten (TFG) erhoben wurden. Vergleiche zwischen den Erhebungszeitpunkten und zwischen den Gruppen weisen sowohl auf spezifische als auch auf kumulative Effekte beider Programmbestandteile in den entwicklungsbezogenen Emotionen, den entwicklungsregulativen Anstrengungen, den verschiedenen Aspekten des Gesundheitsverhaltens und der Symptombelastung. Die Anwendungsmöglichkeiten des Programms in der Gerontopsychologie und anderen Anwendungsfeldern der Gesundheitserziehung werden diskutiert.

*First Results on an Integrative Group Program for Health Promotion in the Elderly.  
Effects of Autogeneous Training as well as Systematic Self-Monitoring and Reflection of Behavior.*

*Abstract.* Presented are the conception of a group program for the promotion of health behavior and self-regulatory competencies as well as the evaluative results of an exemplary intervention study concerning its effectiveness in a sample of 28 elderly (age range: 59–74 years). Within a time-lagged, two group intervention elements comparing design the effects of an introductory course to autogeneous training (program part A) and of a program for systematic self-perception and reflection of behavior and experience (part B) were analysed. After randomisation one half of the participants were treated first by program part A and second by part B. The other half was treated first by part B and then by part A. Each program part carried on for

<sup>1</sup> Über Teile der vorliegenden Arbeit wurde in einem Vortrag beim 1. Treffen der Fachgruppe Gesundheitspsychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (vor kleinem Hörerkreis), Humboldt-Universität zu Berlin, 2.–3. 7. 1993, berichtet.

eight weeks with one group meeting per week. Tests were done before the program start, after the half of the program, after the total program, and six months after the program end and referred to development-related emotions, development-regulative efforts, subjective symptomatology, and health behavior. Within time comparisons as well as between group comparisons point at specific and cumulative effects of both program parts on these variables. The possibilities of application of this integrative group program in gerontopsychology and in other fields of health education are discussed.

In der angewandten Gesundheitspsychologie liegt inzwischen eine Reihe von Konzeptionen und Programmen für die Gesundheitserziehung in unterschiedlichen Applikationskontexten vor, wobei im deutschen Sprachbereich geradezu ein Überhang an (konzeptioneller und/oder das praktische Vorgehen beschreibender) Literatur für ihr spezielles Einsatzgebiet in der tertiären Präventionsarbeit im Rahmen von stationären Anschlußheil- und Rehabilitationsbehandlungen festgestellt werden kann (vgl. etwa Budde & Kulick, 1992; Buschmann & Kijanski, 1987; Huebel, Kauderer-Huebel & Weber-Falkensammler, 1988; Josenhans, 1989; Kaufmann & Kijanski, 1988; Mittag, 1993; Mittag & Becker, 1991; Vogel, 1993). Die Versuche der Gesundheitsförderung über das primär an der Analyse und Reduktion von mehr oder weniger krankheitsspezifischen Risikofaktoren ausgerichtete Vorgehen (vgl. hierzu auch Faber & Reinhardt, 1982; Freidman et al., 1984; Weiss, 1984) sind dabei in der letzten Dekade in breiter angelegte, integrative Programme aufgegangen, in denen über allgemeinere Gesundheitsinformationen, Verhaltensanalysen und/oder Selbstreflexionen grundsätzlichere Veränderungen des Lebensstils der Patienten angezielt werden (vgl. etwa auch Ornish et al., 1990). Der für die Gesundheitserziehungsprogramme in der Rehabilitationspsychologie konstatierte Literaturüberhang ist im deutschen Bereich nun selbst wiederum durch einen Mangel an empirischen Evaluationsstudien gekennzeichnet; zudem trägt er u.U. dazu bei, Defizite, die in anderen Applikationskontexten der Gesundheitspsychologie programmatisch und empirisch bestehen, zu kaschieren. Dies gilt etwa für Konzeptionen und – vor allem – evaluative Studien (vgl. auch Nölder, 1990) zur primär-präventiv ausgerichteten Gesundheitserziehung in der Kindheit und im Jugendalter (etwa in der Schule), in der offenen Erwachsenenbildung (hier liegen zwar inzwischen von den Krankenkassen, die dazu gesetzlich verpflichtet wurden, Konzeptionen, aber kaum Evaluationen vor) und in der Gerontopsychologie.

Mit den Schwerpunkten auf der (primären) Prävention (nicht alleine der Korrektur abweichenden Erlebens und Verhaltens) und auf der Kompetenzentwicklung (nicht alleine dem Abbau von Defiziten im Verhalten und Erleben) weist die Gesundheitserziehung (vgl. etwa Becker, 1990; Liepmann, 1990) deutliche Parallelen zu Entwicklungsinterventionen (vgl. Filipp, 1987; Gräser, 1980) auf. Erfolgt die Gesundheitserziehung in einer entwicklungsangemessenen, also dem Entwicklungsstand und den Entwicklungsmöglichkeiten der Adressaten adäquaten Form (was zwar so sein sollte, aber selten anhand entwicklungspsychologischer Theorien reflektiert, sondern eher aufgrund von Plausibilitätserwägungen unterstellt wird), und unter Bezug auf eine entwicklungspsychologische Theorie, so entspricht sie den Kriterien, die an Entwicklungsinterventionen anzulegen sind. In der Gerontopsychologie liegen inzwischen entsprechende (empirisch auch evaluierte) Entwicklungsinterventionen vor, die sich – Interventionsbedürftigkeit im Sinne der Kompetenzentwicklung (oder auch des Defizitabbaus) vorausgesetzt – etwa auf die

Förderung der kognitiven Entwicklung (vgl. etwa Baltes & Willis, 1982), des Sozialverhaltens (vgl. etwa Rupp, 1984), der Selbstsicherheit (vgl. etwa Hudson, 1983), der Bewältigungskompetenzen (vgl. etwa Danish & D'Augelli, 1981) und — intermediär über ein Training des Pflegepersonals — der Selbständigkeit älterer Menschen (Baltes & Lascomb, 1975) beziehen. Filipp (1987) differenziert dabei in ihrem ausgezeichneten Überblick zu gerontopsychologischen Interventionen zwischen (1) personzentrierten, (2) kontextzentrierten (etwa an Bezugspersonen oder der Ökologie ansetzenden) und (3) auf spezifische kritische Lebensereignisse (wie Partnerverlust, Ruhestand und Wohnortwechsel/Umzug in eine Institution) zentrierte Interventionsmaßnahmen, die jedoch alle im wesentlichen auf die direkte oder indirekte Förderung spezifischer Fertigkeiten und weniger auf allgemeinere Veränderungen im Verhalten und Erleben (dem „Lebensstil“) abheben. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit werden nun die Konzeption und erste exemplarische evaluative Befunde zu einem breiter angelegten, integrativen, gleichwohl relativ ökonomisch realisierbaren Programm zur Gesundheitsförderung im höheren Lebensalter vorgelegt.

## Das integrative Gruppenprogramm zur Gesundheitsförderung

### Die beiden Bestandteile des Programms

Das Programm ist auf dem Hintergrund von Befunden zu den relativ geringen Effekten einer vergleichsweise intensiven, biographisch orientierten individuellen Entwicklungsberatung auf das Befinden und die Alltagsaktivitäten älterer Menschen (siehe Krampen, Fähse & Groß, 1994) sowie von positiven Befunden zu den Effekten von Einführungskursen zur Grundstufe des Autogenen Trainings bei älteren Menschen (vgl. hierzu Hirsch, 1987; Krampen, 1992a, 1992b) entstanden. Entwickelt wurde ein (im Vergleich zur biographisch orientierten Entwicklungsintervention ökonomischeres) Gruppenprogramm für die gerontologische Entwicklungsintervention, in dem die Orientierung der Entwicklungsberatung an retrospektiv ausgerichteten, biographischen Rekonstruktionsversuchen zugunsten einer Orientierung an der systematischen Selbstbeobachtung und Reflexion *aktuellen* Verhaltens und Erlebens (im folgenden: Teil B) aufgegeben wurde. Als zweites Element des Gruppenprogramms wurde — zur Optimierung der Selbstregulationskompetenzen — eine Einführung in die Grundstufe des Autogenen Trainings (im folgenden: Teil A) realisiert. In Tabelle 1 sind die Bestandteile des Programms im Überblick so dargestellt, daß seine Inhaltsbereiche und Interventionselemente nicht nur nachvollzogen, sondern auch praktisch umgesetzt werden können.

### Teil A: Grundstufe des Autogenen Trainings

Teil A des integrativen Gruppenprogramms zur Gesundheitsförderung besteht aus einem Einführungskurs zur Grundstufe des Autogenen Trainings (zum Standardvorgehen siehe Krampen, 1991a, 1992b). Die dabei angezielten Verhaltens- und Erlebensbereiche (siehe Tabelle 1) beziehen sich auf die Indikationen des Autogenen Trainings im

Tabelle 1. Übersicht zu den Bestandteilen des Gruppenprogramms zur Gesundheitsförderung.

Programmbestandteil	angezielte Verhaltens- und Erlebensbereiche	Interventionselemente
Teil A: Einführungskurs zur Grundstufe des Autogenen Trainings (acht Termine)		
Teil A	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Entspannungs- und Erholungsfähigkeiten sowie Schlaf</li> <li>– psychophysiol. Selbstregulation</li> <li>– innere Lösung und Gelassenheit</li> <li>– Kompetenzentwicklung</li> <li>– Selbstkontrolle und -erkennen</li> </ul>	<p><i>Standardvorgehen des AT</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– mit häuslichen Übungen</li> <li>– mit Erfahrungsaustausch in der Gruppe</li> <li>– mit interventionsspez. Diagnostik und Evaluation (siehe Krampen, 1992b)</li> </ul>
Teil B: Programm zur systematischen Selbstbeobachtung und Reflexion (SySeRe)		
		<p>Vier Interventionsschritte bezogen auf alle sechs Verhaltensbereiche des SySeRe-Programms (mit acht Terminen):</p>
Teil B.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Eß- und Trinkgewohnheiten (auch Alkoholkonsum)</li> </ul>	<p>1. <i>Systematische Selbstbeobachtung und Selbstbeschreibung des Verhaltens</i></p>
Teil B.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Medikamenten- und Tabakkonsum</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– für die Tage der letzten Woche (zur Protokollübung)</li> <li>– für die eigene Biographie</li> </ul>
Teil B.3	<ul style="list-style-type: none"> <li>– körperliche Bewegung und Fitneß</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– kontinuierliche Tagebuchführung</li> </ul>
Teil B.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Massenmedienkonsum</li> </ul>	<p>2. <i>Verhaltensanalyse und Reflexion in der Gruppe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Protokollücken identifizieren</li> </ul>
Teil B.5	<ul style="list-style-type: none"> <li>– soziales Kontaktverhalten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– S-O-R-C-Analyse</li> </ul>
Teil B.6	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Umgang mit Belastungssituationen</li> </ul>	<p>3. <i>(Selbst-)Diagnostik und Zieldefinition in der Gruppe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Identifikation von Veränderungsnotwendigkeiten</li> <li>– Zielbestimmung</li> <li>– Suche nach Änderungsmöglichkeiten</li> </ul> <p>4. <i>Kontinuierliche Selbstbeobachtung und Evaluation der individuellen Veränderungsbemühungen während des ganzen SySeRe-Programms</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– begleitende Tagebuchführung</li> <li>– Berichte in der Gruppe</li> </ul>

Bereich seiner präventiven Anwendungen und müssen hier nicht weiter erläutert werden (siehe Krampen, 1992b).

### Teil B: Das Programm zur systematischen Selbstbeobachtung und Reflexion

Das Programm zur systematischen Selbstbeobachtung und Reflexion des eigenen Verhaltens und Erlebens (Programm SySeRe; Teil B in Tabelle 1) zielt auf die selbstanalytische und -kritische Bestandsaufnahme des aktuellen Verhaltens und die selbstbestimmte Suche nach Verbesserungsmöglichkeiten in den folgenden sechs Handlungs-/Lebensbereichen: (1) Eß- und Trinkgewohnheiten (einschließlich Alkoholkonsum), (2) Medikamenten- und Tabakkonsum, (3) körperliche Bewegung und Fitneß, (4) Massenmedienkonsum, (5) soziales Kontaktverhalten und soziale Beziehungen sowie (6) Umgang mit Belastungssituationen. Die Entspannungs- und Erholungsfertigkeiten sowie der Schlaf stehen in Teil A des Programms (Autogenes Training; siehe oben) im Vordergrund und werden daher in SySeRe ausgespart. Die Auswahl der sechs Lebens- und Handlungsbereiche war sowohl an vorliegenden konzeptuellen und empirischen Taxonomien zu gesundheitsrelevanten Verhaltensbereichen (vgl. etwa Becker, 1992; Krieger & Dlugosch, 1992; Schmidt, 1990) als auch an Befunden zu ihrer Relevanz im Lebensalltag von (insbesondere älteren) Menschen ausgerichtet (vgl. hierzu etwa Krampen et al., 1994; Wahl & Schmidt-Fuhrstoss, 1988). Handlungsleitend war dabei vor allem die syndromartige Konstellation von dysthymen Stimmungslage, reduzierten sozialen Aktivitäten und Interaktionshäufigkeiten (bis hin zur Isolation), reduzierter körperlicher Aktivität, häufig exzessivem (passiv-rezeptivem) Massenmedienkonsum (nicht nur, aber vor allem fernsehen) sowie resignativen und perseverierenden Denkmustern (siehe Krampen et al., 1994) bei zurückgezogen lebenden älteren Menschen. Dies betrifft eher die korrektive Aufgabenstellung der Gesundheitserziehung; die präventive bezieht sich darauf, daß einer entsprechenden Entwicklung oder der Chronifizierung eines bereits latent vorhandenen entsprechenden Entwicklungstrends vorgebeugt werden soll.

Im SySeRe-Programm werden für jeden dieser sechs Handlungsbereiche nach einer (1.) retrospektiv-biographisch und auf die aktuelle Lebenssituation (die Tage der letzten Woche) bezogenen Selbstbeschreibung („Bestandsaufnahme“ in der Gruppe) systematische Selbstbeobachtungen im Alltag mit Hilfe von (von den Teilnehmern selbst angefertigten) Tagebüchern (zeitlich und thematisch strukturierte Schulhefte im DIN A5- oder A6-Format) über jeweils eine Woche (die dann ggfs. verbessert fortgeführt werden) realisiert. Diese Protokolle werden (2.) in jeder Gruppensitzung (z.g.T. auszugsweise) gelesen und analysiert, wobei insbesondere Lücken identifiziert, Probleme bei der möglichst umfassenden Tagebuchführung ausgeräumt und unter Anleitung exemplarische Verhaltensanalysen nach dem verhaltensmodifikatorischen S-O-R-C-Schema (Stimulus/Situation-Organismus/Erleben-Response-Konsequenzen) aus dem Ansatz des „self-monitoring“ (vgl. etwa Kanfer, 1975) realisiert werden. Im Erfahrungsaustausch in der Gruppe werden dann gemeinsam (3.) problematische Verhaltensweisen identifiziert, Zielverhaltensweisen definiert und Veränderungsmöglichkeiten für Bereiche, in denen es allgemeine oder teilnehmerspezifische Probleme gibt, gesucht. Von Gruppentermin zu Gruppentermin wird die Protokollführung um einen weiteren Handlungsbereich ausgeweitet (im Einzelfall kann auch ein unproblematischer Handlungsbereich nach seiner

Protokollierung über zwei bis drei Wochen entfallen), so daß am Ende des SySeRe-Programms jeder Teilnehmer über eine in der Gruppe besprochene „Bestandsaufnahme“ seines Verhaltens und Erlebens in den o. g. sechs Bereichen sowie Anregungen für die Veränderung problematisierten Verhaltens (die zum großen Teil schon während der Kurslaufzeit von den Teilnehmern erprobt werden) verfügt. Die systematische Selbstbeobachtung wird über die begleitende Tagebuchführung während der gesamten Kurslaufzeit kontinuierlich fortgeführt, wodurch die Veränderungsbemühungen und die Annäherung an die Handlungsziele „auto-“ (durch den Teilnehmer selbst) und „hetero-evaluiert“ (durch die Gruppenmitglieder) werden.

Das gesamte didaktische Vorgehen ist dadurch gekennzeichnet, daß der Gruppenleiter nach der Erläuterung und beispielhaften Übung der systematischen Selbstbeobachtung und Tagebuchführung in nicht-direktiver Form lediglich durch Nachfragen zur Reflexion des Verhaltens und Erlebens anregt, das Gruppengespräch und den Erfahrungsaustausch in der Gruppe stimuliert sowie nur dann bei berichteten groben Fehlverhaltensweisen (wie etwa exzessivem Medikamenten- oder Alkoholkonsum, unregelmäßiger Ernährung o. ä.) oder Meinungsäußerungen (wie etwa Verzicht auf Mahlzeiten, einseitige Diäten o. ä.) direktiv eingreift, wenn entsprechende Korrekturen (die vom Leiter positiv verstärkt werden) nicht bereits durch die (anderen) Teilnehmer im Gruppengespräch vorgenommen werden. Auch in den exemplarisch realisierten verhaltensmodifikatorischen S-O-R-C-Analysen dominiert nach der Erläuterung und beispielhaften Demonstration des Ansatzes ein nicht-direktives Vorgehen.

### Theoretische Verankerung des Programms

Damit weisen sowohl Teil A (autogenes Training) als auch Teil B (SySeRe) des integrativen Programms zur Gesundheitsförderung eindeutige Schwerpunkte in den Bereichen der Prävention und der Entwicklung von Selbstregulationskompetenzen auf, beziehen jedoch — je nach Einzelfall oder auch dem gesamten Teilnehmerkreis — die Korrektur ungünstigen Verhaltens und Erlebens und den Abbau von Defiziten im Verhalten und Erleben mit ein. Die Klassifikation des Programms als eine Form der gesundheitspsychologischen Entwicklungsintervention setzt ferner die Berücksichtigung der Kriterien seiner Entwicklungsangemessenheit und seines Bezuges zu einer Entwicklungstheorie voraus. Beide Programmteile stehen zunächst in direkten Beziehungen zum Ansatz der aktionalen, handlungstheoretisch fundierten Perspektive in der Entwicklungspsychologie des Jugend- und Erwachsenenalters (vgl. hierzu etwa Brandtstädter, 1986, 1993; Brandtstädter, Krampen & Heil, 1986; Lerner & Busch-Rossnagel, 1981). In diesem Ansatz stehen neben den auf die eigene Entwicklung bezogenen Emotionen die Bemühungen des Individuums im Vordergrund, seine eigene Entwicklung aktiv zu beeinflussen, zu regulieren und zu optimieren. Zentral ist dabei das Konzept der personalen Entwicklungskontrolle, unter dem die gezielte Beeinflussung von Entwicklungsverläufen verstanden wird, die mit spezifischen, handlungstheoretisch rekonstruierbaren Entwicklungsorientierungen (Entwicklungszielen, Erwartungen, Kontrollüberzeugungen und Kausalattributionen; siehe Brandtstädter et al., 1986) sowie entwicklungsbezogenen Emotionen verbunden ist. Die konzeptuellen Beziehungen des Autogenen Trainings zu

diesem aktionalen entwicklungspsychologischen Ansatz wurden an anderer Stelle bereits ausführlich erläutert und empirisch belegt (Krampen, 1992a). Auch im SySeRe-Programm steht mit der (Experten-)Hilfe zur Verbesserung der Selbsthilfe- und Selbstregulationskompetenzen die Stärkung der personalen Entwicklungskontrolle im Vordergrund. Dabei werden – „interventionstechnologisch“ – Methoden aus der kognitiven Verhaltensmodifikation (“self-monitoring” und “self-management”; vgl. etwa Kanfer, 1975; siehe auch Nell & Westmeyer, 1990) und dem klient-zentrierten Ansatz (vgl. etwa Rogers, 1973) kombiniert, wodurch einerseits Beziehungen des SySeRe-Programms zu Methoden zur Förderung der Selbstkontrolle (Preiser, 1989), andererseits auch Beziehungen zum Konzept der Selbstverwirklichung (vgl. etwa Paulus, 1993) bestehen, die beide – ebenso wie die Selbstregulationsfähigkeiten – wesentliche Aspekte von seelischer Gesundheit sind (vgl. Becker, 1982; Paulus, 1993). Im Vordergrund der Interventionen des SySeRe-Programms steht jedoch die dezidiert handlungstheoretische Analyse von Verhalten und Erleben im Alltag. Gesundheitsbezogenes und eventuell bislang von der Person gar nicht mit der Gesundheit in Beziehung gebrachtes Verhalten soll dadurch zu zielgerichtetem, erwartungsgesteuertem und reflektiertem Gesundheitshandeln werden (zur Unterscheidung gesundheitsbezogenen Verhaltens von gesundheits-„bewußtem” Handeln siehe auch Greve & Krampen, 1991). Im SySeRe-Programm werden dabei Ansätze aus entsprechenden Analysen von Gesundheitsverhalten als zielgerichtete Aktion (vgl. etwa Eiser & Gentle, 1988; Schwarzer, 1992) mit solchen zur handlungstheoretisch orientierten Förderung der Selbstkontrolle (vgl. etwa Preiser, 1989) verbunden. Damit ist nicht nur eine Anbindung des Gruppenprogramms an eine Entwicklungstheorie, sondern auch eine Anbindung an Konzepte realisiert, die in der klient-zentrierten und verhaltensmodifikatorischen Theorienbildung und Praxis sowie den unterschiedlichen Theorien zur seelischen Gesundheit relevant sind. Das Gleiche gilt für die Bezüge des Programms zur aktuellen Theorienentwicklung in der Gesundheitspsychologie, die Schwarzer (1992) unlängst zu einem sozial-kognitiven Prozeßmodell gesundheitlichen Handelns zusammengefaßt hat, in dem – unterschieden nach einer motivationalen und einer volitionalen Phase – das gesundheitliche Handeln anhand von Bedrohungswahrnehmungen (subjektiver Schweregrad einer Bedrohung und subjektive Verwundbarkeit), Ergebnis- und Kompetenzerwartungen, objektiven und subjektiven situativen Barrieren und Ressourcen sowie der Handlungsplanung und -kontrolle rekonstruiert wird.

Durch den Bezug zu diesen Theorien – vor allem einer Entwicklungstheorie – ist aber noch nicht automatisch das Kriterium der Entwicklungsangemessenheit einer Intervention erfüllt. Für das Autogene Training kann hier auf die relativ reichhaltige Befundlage zu seiner effektiven Anwendbarkeit ab dem Alter von ca. neun bis zehn Jahren bis in das höhere Lebensalter (mit Lernschwierigkeiten, jedoch nicht Anwendungsproblemen von vorher gelerntem Autogenem Training bei pubertären Jugendlichen) verwiesen werden (vgl. Krampen, 1992b). Das SySeRe-Programm stellt hier augenscheinlich höhere Anforderungen an die individuelle Bereitschaft und Fähigkeit zum selbstreflexiven Denken und Handeln. Kaiser (1993) hat sieben Facetten selbstreflexiven Denkens und Handelns unterschieden (siehe Tabelle 2), die hier alle relevant werden. Voraussetzung für die Durchführung des SySeRe-Programms ist nun aber keinesfalls die „optimale” Bereitschaft und Fähigkeit zur Umsetzung all dieser Facetten der Selbstreflexion, sondern – als Minimalkriterium – die *Entwicklungsfähigkeit von Bereitschaften und Fähigkeiten*



der Argumentationszugänglichkeit, Kompetenz- und Problemwahrnehmung, Handlungsrekonstruktion, -bewertung und -revision sowie Konsensorientierung (siehe die ausführlicheren Bedeutungserläuterungen in Tabelle 2). Hier dürften die Grenzen für den entwicklungsangemessenen Einsatz des SySeRe-Programms relativ weit gespannt sein, wengleich es in der frühen Kindheit (ebenso wie die direkte Entwicklungsberatung; vgl. hierzu Brandtstädter & Gräser, 1985) und bei bestimmten psychopathologischen Manifestationen (wie etwa Demenzerkrankungen) absolut kontraindiziert sein dürfte. Zu berücksichtigen sind auch interindividuelle Unterschiede in der kognitiven und behavioralen Rigidität versus Flexibilität (vgl. etwa Krampen, 1977) sowie die Teilnahmemotivation und die damit verbundene Bereitschaft, sich auf das Programm einzulassen. Entwicklungsfähigkeit in den Facetten selbstreflexiven Denkens und Handelns vorausgesetzt, bilden diese von Kaiser (1993) unterschiedenen Facetten aber zugleich bedeutsame Interventions- und Entwicklungsziele, die mit der Durchführung des SySeRe-Programms verfolgt werden.

Tabelle 2. Facetten selbstreflexiven Denkens und Handelns nach Kaiser (1993).

Kurzbezeichnung	Bedeutung
1. Argumentationszugänglichkeit	Bereitschaft und Fähigkeit, eigenes Verhalten als argumentationszugängliches Handeln aufzufassen
2. Kompetenzwahrnehmung	Bereitschaft und Fähigkeit, eigene Handlungsmöglichkeiten zu erkennen
3. Handlungsrekonstruktion	Bereitschaft und Fähigkeit zur Rekonstruktion eigener Handlungsorientierungen und ihrer Begründungen
4. Handlungsbewertung	Bereitschaft und Fähigkeit zur ausgewogenen Bewertung eigenen und fremden Handelns
5. Problemwahrnehmung	Bereitschaft und Fähigkeit, problematische Handlungsorientierungen und -situationen zu erkennen
6. Handlungsrevision	Bereitschaft und Fähigkeit zur Revision von Deutungen eigenen und fremden Handelns
7. Konsensorientierung	Bereitschaft und Fähigkeit zur konsensorientierten, revisionsbereiten Beschreibung und Analyse eigener Handlungsmodalitäten

## Eine exemplarische Evaluation des integrativen Gruppenprogramms zur Gesundheitsförderung bei Älteren

### Methoden

An der exemplarischen Programmevaluation waren 28 ältere Erwachsene ( $M = 63.2$ ,  $SD = 6.4$  Jahre; Range: 59 bis 74 Jahre; 15 Frauen und 13 Männer) beteiligt, die nach der



Anmeldung zu einem Kursprogramm zum „Autogenen Training und Gesundheitsverhalten“ (ausgeschrieben mit präventiven Zielsetzungen für gesunde Senioren im Rahmen der offenen Erwachsenenbildung) nach dem Zufall zwei Gruppen zugewiesen wurden. Gruppe A ( $n = 14$ ) nahm unmittelbar nach der Vortestung an dem AT-Kurs (acht Sitzungen im wöchentlichen Abstand) teil, während Gruppe B ( $n = 14$ ) ebenso häufig und ebenso lange an dem Programm zur systematischen Selbstbeobachtung und Reflexion (SySeRe) eigenen Verhaltens und Erlebens teilnahm. Nach der Zwischentestung, die nach Abschluß dieser ersten Kurselemente stattfand, erhielt Gruppe B die AT-Einführung und Gruppe A nahm an dem SySeRe-Programm teil. Dieser zeitverschobene, die beiden Kurselemente vergleichende Untersuchungsansatz wurde gewählt, um zwischen spezifischen, gemeinsamen und kumulativen Effekten der beiden Interventionselemente differenzieren zu können. Überdies konnten durch dieses Vorgehen die Realisierungsprobleme vermieden werden, die sich in der konkreten Anwendung entsprechender länger laufender Interventionsprogramme (hier über 16 Wochen) bei der Zuteilung von Personen zu einer Wartelistekontrollgruppe ergeben (die dann ja wenigstens 16 Wochen bis zur Teilnahme „warten“ müßten, obwohl sie sich ja für den gegebenen Zeitpunkt angemeldet haben).

Der gesamte Interventionsprozeß wurde mit dem „AT-Stundenbogen“ und dem „AT-Protokoll“ (Teil A; Krampen, 1991b) bzw. dem „Stuttgarter Bogen“ (Teil B; Enke & Lermer, 1978) evaluiert. Vor Kursbeginn sowie bei der Zwischen- und der Nachtestung wurden Daten mit der „Änderungssensitiven Symptomliste“ (AT-SYM; Krampen, 1991b), der Skala zu prospektiven entwicklungsbezogenen Emotionen (EM-P; Brandstädter et al., 1986; Krampen, 1991c), dem „Fragebogen zur Erfassung von entwicklungsregulativen Handlungsbemühungen“ (E-REGU; Krampen, 1992a) und dem „Trierer Fragebogen zum Gesundheitsverhalten“ (TFG; Becker, 1992), der neben einem Globalmaß für das Gesundheitsverhalten drei faktorenanalytisch gewonnene Skalen (1) zum vorsichtigen, normangepaßten Verhalten, (2) zur gesunden Ernährung sowie Bewegung und (3) zur Entspannung und Erholung umfaßt, erhoben. Die sechs Monate nach Kursabschluß durchgeführte Katamnese umfaßte den „Katamnesebogen zum AT“ (Krampen, 1991b), die EM-P-Skala und den E-REGU. Der zeitverschobene, u. a. für den Vergleich der Effekte der beiden Programmteile konzipierte Untersuchungsplan ist mit den zugeordneten Erhebungsinstrumenten in Abbildung 1 (in der Notation von Campbell & Stanley, 1963) wiedergegeben.

## Ergebnisse

Mittelwertsvergleiche für alle bei der Vortestung erhobenen Variablen bestätigen, daß die Randomisierung zu vergleichbaren Gruppen geführt hat ( $t(26) < 1.43$ ). Die Tatsache, daß weder während der Kurslaufzeit noch bei der Katamnese ein Personenschwund aufgetreten ist, verweist auf die hohe Teilnehmersmotivation (die auch über 16 Wochen und den sich anschließenden Katamnesezeitraum von sechs Monaten erhalten werden konnte).

Aus den Vergleichen zwischen den Gruppen (AT-Einführung versus SySeRe-Programm) in der ersten Hälfte des Gesamtkurses liegen die folgenden Befunde vor:

<b>R</b>	O <sub>1</sub>	X <sub>a</sub>	O <sub>2</sub>	X <sub>b</sub>	O <sub>3</sub>	...	O <sub>4</sub>
<b>R</b>	O <sub>1</sub>	X <sub>b</sub>	O <sub>2</sub>	X <sub>a</sub>	O <sub>3</sub>	...	O <sub>4</sub>
<b>R:</b>	Randomisierung						
<b>O<sub>1</sub>:</b>	Vortestung mit AT-ANAM, AT-SYM, EM-P, E-REGU und TFG						
<b>O<sub>2</sub>:</b>	Zwischentestung mit AT-SYM, EM-P, E-REGU und TFG						
<b>O<sub>3</sub>:</b>	Nachtestung mit AT-SYM, EM-P, E-REGU und TFG						
<b>O<sub>4</sub>:</b>	Katamnese mit AT-KATAM, EM-P, E-REGU (sechs Monate nach O <sub>3</sub> )						
<b>X<sub>a</sub>:</b>	Einführung in die Grundstufe des Autogenen Trainings zu acht Terminen						
<b>X<sub>b</sub>:</b>	Programm zur systematischen Selbstbeobachtung und Reflexion (acht Termine)						

Abbildung 1. Untersuchungsplan mit zugeordneten Erhebungsinstrumenten (N = 28).

(1) Für die AT-Einführung (Gruppe A) lassen sich spezifische positive Effekte in den mit AT-SYM erfaßten AT-relevanten Indikationsbereichen, mit der Reduktion deprimiert-resignativer Entwicklungsempfindungen sowie mit der Erhöhung des TFG-Skalenwerts „Entspannung und Erholung“ nachweisen, die sowohl im Vor-Zwischentest-Vergleich ( $t(12) > 4.01, p < .01$ ) als auch im Vergleich mit der Gruppe B für die Zwischentestdaten ( $t(26) > 2.98, p < .01$ ) inferenzstatistisch abgesichert sind.

(2) Für das SySeRe-Programm (Gruppe B) zeigt sich lediglich mit der signifikanten Erhöhung des TFG-Skalenwerts „gesunde Ernährung und Bewegung“ ein analoger spezifischer Effekt im Vor-Zwischentest-Vergleich ( $t(12) = 3.19, p < .01$ ) und im Gruppenvergleich ( $t(26) = 1.79, p < .05$ ).

(3) Für beide Kurselemente (AT und SySeRe) lassen sich gleichermaßen Steigerungen in den optimistisch-aktiven Entwicklungsempfindungen und in den entwicklungsregulativen Bemühungen im Vor-Zwischentestvergleich (Gruppe A:  $t(12) > 4.79, p < .01$ ; Gruppe B:  $t(12) > 3.44, p < .01$ ), nicht jedoch im Gruppenvergleich ( $t(26) < 1.12$ ) nachweisen, was für ähnliche Effekte beider Programmteile auf diese Variablen spricht.

Anhand der beim Abschluß des gesamten Kursprogramms erhobenen (Nachtest-) Daten werden kumulative Effekte der Durchführung beider Bestandteile deutlich, da alle genannten positiven Veränderungen in der Tendenz weiter zunehmen. Dabei liegen leichte Vorteile bei der Gruppe A, die zuerst die AT-Einführung und danach erst das Programm zur systematischen Selbstbeobachtung und Reflexion eigenen Verhaltens und Erlebens erhalten hat (Vor-Nachtest-Vergleiche für Gruppe A:  $t(12) > 4.32, p < .01$ ; für Gruppe B:  $t(12) > 2.17, p < .05$ ), ohne daß sich jedoch Gruppenunterschiede anhand der Nachtestdaten inferenzstatistisch absichern lassen ( $t(26) < 1.31, p > .20$ ).

Nach den sechs Monate später erhobenen katamnestischen Daten (a) realisieren 22 der 28 ehemaligen Kursteilnehmer das Autogene Training wenigstens „ein- bis zweimal pro Woche“ oder häufiger (AT-KATAM), was eine vergleichsweise sehr hohe Anwenderquote ist (vgl. hier Krampen, 1992b; Thielen & Krampen, 1993), (b) bleiben die mit E-REGU erhobenen entwicklungsregulativen Handlungsanstrengungen im Vergleich zu den Vortestdaten in beiden Gruppen stabil ( $t(26) = 4.02, p < .01$ ) und (c) haben die

Verbesserungen in den optimistisch-aktiven sowie depressiv-resignativen Entwicklungseemotionen im Vergleich zu den Nachtestdaten weiter zugenommen ( $t(26) > 3.78$ ,  $p < .01$ ).

## Diskussion

Durch das strukturierte Gruppenprogramm zur Gesundheitsförderung und Entwicklungsintervention im höheren Lebensalter konnten (im Vergleich der beiden Interventionselemente, nicht jedoch im Vergleich zu einer echten Kontrollgruppe) signifikante Effekte auf das Befinden, das gesundheitsbezogene Handeln und das auf die eigene Entwicklung bezogene Handeln nachgewiesen werden. Biographische Elemente spielten – im Gegensatz zu Krampen et al. (1994), Sprinkart (1988) und Wais (1992) – bei diesen auf Analysen und Reflexionen des aktuellen eigenen Verhaltens und Erlebens bezogenen Interventionen eine vergleichsweise geringe Rolle. Sie wurden nur da aktiviert, wo es in der auf die sechs Handlungsbereiche gerichteten Bestandsaufnahme um intraindividuelle Vergleiche für das eigene Verhalten ging. Im Vordergrund stand dabei jedoch stets die aktuelle Ausprägung des jeweiligen Verhaltens, dessen Reflexion und die Suche nach Verbesserungsmöglichkeiten in der Gruppe. Als Gruppenintervention, die aus den Elementen der AT-Einführung und des SySeRe-Programms besteht, ist eine erheblich höhere Ökonomie gegeben als bei sehr zeitaufwendigen biographisch orientierten, individuellen Entwicklungsinterventionen. Zur Strukturiertheit des Programms sei angemerkt, daß sie in Maßen bei der Entwicklung und beim Einüben der Tagesprotokolliertechnik sowie bei der Einführung in die Grundstufe des Autogenen Trainings gegeben ist, daß aber der Erfahrungsaustausch und der Lernprozeß sowohl beim AT- als auch beim SySeRe-Element in hohem Maße durch die Gruppe gesteuert wird und von daher (von den Teilnehmern) selbstbestimmt erfolgt. Damit sind beide Elemente als Entwicklungsinterventionen zu kennzeichnen, die (Experten-)Hilfe zur Selbsthilfe geben und die Selbstregulationskompetenzen älterer Menschen – im Sinne der Kompetenzentwicklung mit präventiver oder auch korrektiver Indikation und unter Bezug auf die aktionale Perspektive in der Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters – stärken. Betont sei, daß die Durchführung entsprechender Programme der systematischen Eingangsdiagnostik (unter Bezug auf die Teilnahmemotivation und Kontraindikationen des Autogenen Trainings; vgl. hierzu Krampen, 1991b), der systematischen Prozeßevaluation (für das frühzeitige Erkennen ungünstiger Gruppenprozesse; vgl. Krampen, 1991b; Enke & Lermer, 1978) und der systematischen Erfolgskontrolle (zur selbstkritischen Prüfung des eigenen Vorgehens; vgl. Krampen, 1991b) bedürfen, wenn sie als gezielt geplante, theoretisch fundierte Intervention mit hinreichenden Erfolgsaussichten (entwicklungspsychologische Prognose) den Kriterien entsprechen sollen, die an Entwicklungsinterventionen und Programme zur Gesundheitsförderung anzulegen sind.

Voraussetzung entsprechender Entwicklungsinterventionen bei Älteren ist natürlich eine diagnostizierte Interventionsbedürftigkeit. Mit präventiver Indikationsstellung und bei diagnostizierten Entwicklungspotentialen für eine Verbesserung der Selbsthilfe- und Selbstregulationskompetenzen kann es dabei um die „happy aged“ gehen, bei denen eine „erstaunliche Stabilität, Widerstandsfähigkeit und adaptive Flexibilität des alternden

Selbst" (Brandstädter, 1993, S. 847) gegeben ist. Indiziert sind entsprechende Entwicklungsinterventionen vor allem auch bei älteren Menschen mit einer deutlich herabgesetzten Lebenszufriedenheit und mangelnder Ausschöpfung von Möglichkeiten der personalen Entwicklungskontrolle und -regulation. Es geht dabei nicht allein um Ältere mit klinisch relevanten Störungen (etwa einer „major depression" o. ä.), sondern vor allem um solche mit einer chronischen oder von Chronifizierung bedrohten dysthymen Stimmungslage, die u. a. durch reduzierte soziale Aktivitäten und Interaktionshäufigkeiten (bis hin zur Isolation), reduzierte körperliche Aktivitäten, häufig exzessivem (passiv-rezeptivem) Massenmedienkonsum (nicht nur, aber vor allem fernsehen) sowie resignative und perseverierende Denkmuster gekennzeichnet ist. Für sie scheint das realisierte Interventionsprogramm besonders angemessen zu sein, wobei freilich darauf zu verweisen ist, daß seine bisherige empirische Erprobung nur exemplarisch ist und daß es der weiteren empirischen Absicherung bedarf.

Weitere empirische Evaluationsstudien zum beschriebenen Gruppenprogramm zur Gesundheitsförderung können sich durchaus auch auf andere Altersgruppen und institutionelle Applikationskontexte beziehen. Nach Abschluß der vorliegenden Studie erscheint das Gesamtprogramm dafür hinreichend allgemein (aber trotzdem ausreichend spezifisch für die Anwendung) zu sein (was bei der Konzeption und Planung gar nicht intendiert war, sondern erst im nachhinein erkannt wurde). Bei seinen etwa auch auf Schulkinder, Jugendliche, stationäre Patienten sowie die offene und institutionelle Erwachsenenbildung ausgerichteten weiteren empirischen Bewährungskontrollen sollte dabei auch verstärkt der Frage nach den für seine Effekte relativ und absolut indikativ relevanten differentialpsychologischen Variablen sowie der nach seinen differentiellen Effekten nachgegangen werden. Im Blickpunkt können dabei etwa die bereits o. g. Aspekte der kognitiven und behavioralen Rigidität versus Flexibilität (vgl. etwa Krampen, 1977) sowie der Teilnahmemotivation stehen. Es ist zu vermuten, daß die Teilnahmemotivation mit den verschiedenen Aspekten der Bereitschaft zu reflexivem Denken und Handeln, die kognitive Rigidität mit den verschiedenen Aspekten der Fähigkeit dazu kovariieren dürfte.

Für Folgeuntersuchungen ist natürlich auch an eine Ausweitung des SySeRe-Programms über die sechs thematisierten Handlungs- und Lebensbereiche hinaus zu denken. Dies kann spezifisch für den Teilnehmerkreis oder auch unter Bezug auf weitere, allgemein für das Wohlbefinden und die Gesundheit wichtige Handlungsbereiche erfolgen, wobei etwa an umweltbewußtes Handeln und/oder auch politisches Handeln gedacht werden könnte. Umweltbewußtes Handeln steht in direkten und indirekten Beziehungen zum Befinden und zur Gesundheit, die für politisches Handeln dann ebenfalls postuliert werden können, wenn der Mensch als ein auf Selbstbestimmung, Einflußnahme sowie soziale und ökologische Gestaltung ausgerichtetes Wesen verstanden wird. Zu bedenken bleibt dabei mit Schwarzer (1992, S. 299ff.), daß die Aufnahme- und Verarbeitungskapazitäten des Individuums begrenzt sind und mit einer Verlängerung des SySeRe-Programms die (zeitliche und thematische) Beanspruchung der Teilnehmer weiter erhöht wird, was sich ungünstig auf die Abbrecherquote auswirken kann. Angemessener erscheint daher die (ggfs. teilnehmerkreisspezifische) Selektion einzelner Elemente des SySeRe-Programms. Es kann wohl kaum davon ausgegangen werden, daß die für die hier berichtete exemplarische Programmevaluation festgestellte Abbrecherquote von

null ohne weiteres generalisiert werden kann. Alleine schon aufgrund der sehr günstigen katamnestischen Befunde zur längerfristigen Anwendung des Autogenen Trainings ist zu vermuten, daß es sich um einen hoch motivierten Teilnehmerkreis gehandelt hat. Von Interesse ist hier eventuell der (freilich subjektive) Eindruck, daß die Motivation nicht bei allen Teilnehmer von Kursbeginn an so günstig war, sondern daß sich im Verlauf der Durchführung beider Programmteile ein „Mitzieheffekt“ ergeben hat, der von den von Beginn an hoch motivierten Teilnehmern sowie den AT-Übungen bzw. der Tagebuchführung ausging und die zu Beginn weniger motivierten Teilnehmer relativ schnell erfaßt hat. Dazu beigetragen hat sicherlich auch, daß das gesamte Gruppenprogramm durch recht konkrete „Hausaufgaben“ (vgl. hierzu auch Kemmler, Borgart & Gärke, 1992) gekennzeichnet war, daß die Teilnehmer also sehr genau wußten, was zu tun war (und ihnen dieses augenscheinlich auch noch Spaß gemacht hat).

Abschließend sei — unter Bezug auf die von Schwarzer (1992, S. 301ff) im Schlußkapitel seiner Monographie zur Gesundheitspsychologie reflektierten grundsätzlichen Fragen, „die in der gesundheitspsychologischen Debatte noch ungeklärt sind“ — darauf verwiesen,

(1) daß natürlich nicht jeder Programmteilnehmer alle im Kurs thematisierten Gesundheitsverhaltensweisen ausführen „muß“, sondern daß nach dem Prinzip der individuellen Passung die Handlungsbereiche fokussiert werden sollten, die im Einzelfall problematisch, argumentationszugänglich und veränderbar sind (andere Bereiche können dagegen nach zwei- bis dreiwöchiger Protokollierung entfallen; siehe oben),

(2) daß das beschriebene Gruppenprogramm zur Gesundheitsförderung und Entwicklungsintervention primär personenzentriert ist und somit bislang alle Aspekte der kontextzentrierten Entwicklungsintervention (siehe Filipp, 1987) und Gesundheitsförderung ausgespart bleiben,

(3) daß zwar Verhaltensänderungen — im Sinne der Transformation von Verhalten in reflektiertes Handeln — im Vordergrund des Programms stehen, daß diese Transformationen aber zu grundsätzlicheren Veränderungen des Lebensstils und der Persönlichkeit (etwa im Sinne einer Erhöhung der kognitiven und behavioralen Flexibilität) führen sollten (was zu evaluieren bleibt) und

(4) daß das Programm — unter Bezug auf die aktionale Perspektive in der Entwicklungspsychologie und der sozial-kognitiven Modelle in der Gesundheitspsychologie — auf die Optimierung des gesundheitsbezogenen Handelns und der Selbstregulationskompetenzen des Individuums setzt, damit die Verantwortung für die Prävention nicht an die Gesellschaft delegiert und dadurch jedoch in der Gefahr steht, das Individuum bei restriktiven gesellschaftlichen Randbedingungen zu überfordern, ihm bei liberalen demokratischen gesellschaftlichen Bedingungen dagegen die Chance gibt, durch soziale, politische und ökologische Gestaltungsbeiträge aktiv zur Verbesserung der Lebensbedingungen beizutragen.

## Literatur

- Baltes, M. M. & Lascomb, S. L. (1975). Creating a healthy institutional environment: The nurse as a change agent. *International Journal of Nursing Studies*, 12, 5–12.
- Baltes, P. B. & Willis, S. L. (1982). Plasticity and enhancement of intellectual functioning in old age: Penn State's Adult Development and Enrichment Program (ADEPT). In F. I. M. Craik & S. E. Trehub (Eds.), *Aging and cognitive processes* (pp. 353–389). New York, NY: Plenum Press.

- Becker, P. (1982). *Psychologie der seelischen Gesundheit (Bd. 1)*. Göttingen: Hogrefe.
- Becker, P. (1990). Prävention. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 429–438). Göttingen: Hogrefe.
- Becker, P. (1992). Diagnostik und Bedingungsanalyse des Gesundheitsverhaltens. In H. Schröder & K. Reschke (Hrsg.), *Prävention (= Psychotherapie und Grenzgebiete, Bd. 14)* (S. 105–124). Leipzig: Barth.
- Brandtstädter, J. (1986). Personale Entwicklungskontrolle und entwicklungsregulatives Handeln. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 18, 316–334.
- Brandtstädter, J. (1993). Entwicklung im mittleren und höheren Erwachsenenalter: Adaptive und protektive Prozesse. In L. Montada (Hrsg.), *Bericht über den 38. Kongress der DGPs in Trier 1992* (Bd. 2, S. 847–849). Göttingen: Hogrefe.
- Brandtstädter, J. & Gräser, H. (Hrsg.). (1985). *Entwicklungsberatung unter dem Aspekt der Lebensspanne*. Göttingen: Hogrefe.
- Brandtstädter, J., Krampen, G. & Heil, F. E. (1986). Personal control and emotional evaluation of development in partnership relations during adulthood. In M. M. Baltes & P. B. Baltes (Eds.), *The psychology of aging and control* (pp. 265–296). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Budde, H. G. & Kulick, B. (1992). Gesundheitsbildungsmaßnahmen in der stationären Rehabilitation eines Rentenversicherungsträgers. In B. Häussler, F. Schliehe, R. Brennecke & H. Weber-Falkensammer (Hrsg.), *Sozialmedizinische Ansätze der Evaluation im Gesundheitswesen* (Bd. 2, S. 418–425). Berlin: Springer.
- Buschmann, E. & Kijanski, H.-D. (1987). Gesundheitstraining während der stationären Heilmaßnahme. *Die Angestellten-Versicherung*, 9, 347–353.
- 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.
- Danish, S. J. & D'Augelli, A. R. (1981). Kompetenzerhöhung als Ziel der Intervention in Entwicklungsverläufen. In S.-H. Filipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (S. 156–173). München: Urban & Schwarzenberg.
- Eiser, J. R. & Gentile, P. (1988). Health behavior as goal-directed action. *Journal of Behavioral Medicine*, 11, 523–535.
- Enke, H. & Lermer, S. P. (1978). Selbsterleben von Gruppenmitgliedern im Spiegel empirischer Untersuchungsbefunde. *Praxis der Psychotherapie*, 23, 13–25.
- Faber, M. M. & Reinhardt, A. (1982). *Promoting health through risk reduction*. New York, NY: Macmillan.
- Filipp, S. (1987). Intervention in der Gerontopsychologie. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (2. Aufl., S. 934–970). München: Psychologie Verlags Union.
- Freidman, M., Thoresen, C. E., Ill, J. J., Powell, L. H., Ulmer, D., Thompson, L., Price, H., Rabin, D. D., Breall, W. S., Dixon, T., Levy, R. & Bourg, E. (1984). Alteration of type A behavior and reduction in cardiac recurrences in postmyocardial infarction patients. *American Heart Journal*, 108, 237–248.
- Gräser, H. (1980). Entwicklungsintervention. In W. Wittling (Hrsg.), *Handbuch der Klinischen Psychologie* (Bd. 6, S. 16–50). Hamburg: Hoffmann & Campe.
- Greve, W. & Krampen, G. (1991). Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen und Gesundheitsverhalten. In J. Haisch & H.-P. Zeitler (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 223–241). Heidelberg: Asanger.
- Hirsch, R. D. (1987). Das Autogene Training in der Gerontologie. *Zeitschrift für Gerontologie*, 20, 242–247.
- Hudson, D. W. (1983). *Asserti-care: Assertion training for the elderly client*. New York, NY: P. Lang.
- Huebel, M., Kauderer-Huebel, M. & Weber-Falkensammer, H. (1988). Gesundheitstraining: Bedeutung der Prävention in der Klinischen Rehabilitation – Umsetzungsaspekte. *Deutsche Rentenversicherung*, 4–5, 167–178.
- Josenhans, J. (1989). Gesundheitsberatung in der Rheuma-Rehabilitationsklinik. *Deutsche Rentenversicherung*, 8–9, 593–600.
- Kaiser, H.-J. (1993). *Selbstreflektiertes Denken als Element klugen Handelns: Ein Beitrag zur Frage der „Weisheit“ des Alters*. Vortrag auf der 11. Tagung Entwicklungspsychologie der Fachgruppe Entwicklungspsychologie der DGPs in Osnabrück, 28.–30. 1993.
- Kanfer, F. H. (1975). Self-management methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change* (pp. 309–356). New York, NY: Pergamon.
- Kaufmann, F. W. & Kijanski, H. D. (1988). Rehabilitation und Gesundheitserziehung/ Gesundheitstraining. *Deutsche Rentenversicherung*, 4–5, 318–340.

- Kemmler, L., Borgart, E.-J. & Gärke, R. (1992). Der Einsatz von Hausaufgaben in der Psychotherapie. *Report Psychologie*, 17(8), 9–18.
- Krampen, G. (1977). *TBR-Fragebogen zur behavioralen Rigidität* (Trierer Psychologische Berichte, 4, Heft 9). Trier: Universität Trier, FB I – Psychologie.
- Krampen, G. (1991a). *Übungsheft zum Autogenen Training*. Stuttgart: Verlag für Angewandte Psychologie Hogrefe.
- Krampen, G. (1991b). *Diagnostisches und Evaluatives Instrumentarium zum Autogenen Training (AT-EVA)*. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1991c). *Entwicklung politischer Handlungsorientierungen im Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1992a). Autogenes Training als Entwicklungsintervention: Empirische Befunde zu seinem Stellenwert in der angewandten Entwicklungspsychologie. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 24, 184–200.
- Krampen, G. (1992b). *Einführungskurse zum Autogenen Training*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie Hogrefe.
- Krampen, G., Fähse, D. & Groß, S. (1994). Biographische Rekonstruktion und Wohlbefinden im höheren Lebensalter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* (zur Veröffentlichung eingereicht).
- Krieger, W. & Dlugosch, G. E. (1992). *Darstellung und erste Erprobung eines Fragebogens zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEG)* (Trierer Psychologische Berichte, 19, Heft 1). Trier: Universität Trier, FB I – Psychologie.
- Lerner, R. M. & Busch-Rossnagel, N. A. (Eds.). (1981). *Individuals as producers of their development*. New York, NY: Academic Press.
- Liepmann, D. (1990). Entwicklung von Gesundheitsprogrammen in Organisationen. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 447–460). Göttingen: Hogrefe.
- Mittag, O. (1993). Gesundheitstraining in der stationären Rehabilitation. *Report Psychologie*, 18(11–12), 22–29.
- Mittag, O. & Becker, U. (1991). Ziele und Methoden des Gesundheitstrainings in der Rehabilitationsklinik für Herz-Kreislauf-Krankheiten. *Die Rehabilitation*, 30, 138–143.
- Nell, V. & Westmeyer, H. (1990). Verhaltensmodifikation. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 439–446). Göttingen: Hogrefe.
- Nölder, W. (1990). Evaluation in der Gesundheitspsychologie. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 475–488). Göttingen: Hogrefe.
- Ornish, D., Brown, S. E., Scherwitz, L. W., Billings, J., Armstrong, W. T., Ports, T. A., McLanahan, S.M., Kirkeeide, R. L., Brand, R. J. & Gould, K. L. (1990). Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? *The Lancet*, 336, 129–133.
- Paulus, P. (1993). *Selbstverwirklichung und psychische Gesundheit*. Bern: Huber.
- Preiser, S. (1989). *Zielorientiertes Handeln: Eine Trainingsprogramm zur Selbstkontrolle*. Heidelberg: Asanger.
- Rogers, C. R. (Hrsg.). (1973). *Die klient-bezogene Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler.
- Rupp, H.-G. (1984). *Soziale Kompetenz im Alter: Eine Untersuchung zur Anwendung des Selbstsicherheitstrainings bei alleinlebenden Frauen über 60 Jahre*. Münster: Lit-Verlag.
- Schwarzer, R. (1992). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt, L. R. (1990). Psychodiagnostik in der Gesundheitspsychologie. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 79–92). Göttingen: Hogrefe.
- Sprinkart, P. (1988). Rediscovered lives: Work with older people in the search for time past. *Journal of Gerontological Social Work*, 12(3–4), 47–62.
- Thielen, R. & Krampen, G. (1993). Kurse zum Autogenen Training in der offenen Erwachsenenbildung. In G. Krampen & H. Zayer (Hrsg.), *Psychologische Aus-, Fort- und Weiterbildung in den alten und neuen Ländern* (S. 160–169). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Vogel, H. (1993). Gesundheitsbildung in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung. *Prävention und Rehabilitation*, 5, 1–13.
- Wahl, H.-W. & Schmid-Furstoss, U. (1988). Alltagsaktivitäten und Kontrolle im Alter. *Report Psychologie*, 13(2), 24–30.
- Wais, M. (1992). *Biographiearbeit Lebensberatung*. Stuttgart: Verlag Urachhaus.
- Weiss, St. M. (1984). Health hazard/health risk appraisals. In J. D. Matarazzo, Sh. M. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller & St. M. Weiss (Eds.), *Behavioral health* (pp. 275–294). New York, NY: Wiley.