

## **Autogenes Training bei depressiven Störungsbildern: Kontraindiziert oder als Vor- und Begleitbehandlung indiziert?**

DP Prof. Dr. Günter Krampen

### **Absolute und relative Kontraindikationen des Autogenen Trainings im Überblick**

**H**eute sind sich die meisten Autoren darüber einig, daß die Zahl der absoluten Kontraindikationen des Autogenen Trainings gering ist, da direkte negative physiologische und psychologische Auswirkungen beim medizinisch und psychologisch kontrollierten Einsatz der Methode nicht auftreten. Ruck (1956, S. 42) konstatierte so schon früh, daß

*"abgesehen von ungefährlichen Schwierigkeiten (beim Lernen und Transfer des Autogenen Trainings) nach unseren Erfahrungen und den Literaturberichten nach niemals durch das autogene Training ernstere oder längerdauernde Störungen auftreten".*

Dieser Einschätzung hat man sich weitgehend angeschlossen: Stokvis und Wiesenhütter (1979, S. 278) sehen "keine zwingenden Kontraindikationen" für autosuggestive Entspannungsübungen; nach Huppmann (1977, S. 129) gilt das Autogene Training "weithin als ungefährlich", und die Zahl seiner Indikationen liegt nicht nur ganz erheblich über der Zahl seiner Kontraindikationen, sondern die Zahl seiner absoluten Gegenanzeigen (etwa akute psychotische Phasen, Debilität, psychische Dämmerzustände, akute Intoxikationen, Entzugssyndrome und blutende peptische Ulzera; vgl. im Überblick Krampen, 1992) bleibt auch gering. Ungleich größer ist aber die Zahl der relativen Gegenanzeigen für das Autogene Training.

Relative Kontraindikationsstellungen beziehen sich auf spezifische Personmerkmale (wie etwa Phase und Schwere einer Erkrankung sowie Persönlichkeitsmerkmale, Einstellungen und Motivation der Person), die bei der Vermittlung der Grundstufe bzw. einzelner Formeln zu berücksichtigen sind. Werden sie nicht beachtet, so ist ein adäquater Lern- und/oder Transferprozeß unwahrscheinlich. Die Wahrscheinlichkeit des Kursabbruchs durch den Teilnehmer nimmt zu, und zudem können - etwa bedingt durch die Kumulation von Mißerfolgserlebnissen - negative psychologische Effekte auftreten. Zur Identifikation der für die absoluten und relativen Kontraindikationen des Autogenen Trainings relevanten Personmerkmale ist die interventionsspezifische Eingangsdiagnostik

und die Prozeßevaluation der Einführung unerlässlich (vgl. Krampen, 1991, 1992).

Grundlage aller Überlegungen zu den (wenigen) absoluten und den (zahlreicheren) relativen Kontraindikationen der Grundstufe des Autogenen Trainings sind stets zwei Argumente:

① Zum ersten ist stets die Möglichkeit in Betracht zu ziehen, daß die ungewohnte passive Selbstkonzentration und Selbstsuggestion psychophysiologischer Sensationen zu einer physiologischen und/oder psychologischen Destabilisierung führen. Das Resultat kann die Provokation von Symptomen oder die Verschlechterung vorhandener Symptome sein. Entsprechende Vorbehalte gegenüber dem Autogenen Training, die sich auf der Gefahr von Symptomprovokationen oder -verschlechterungen beziehen, liegen nicht nur für psychische Störungsbilder (wie schizophrene, depressive, hysterische und hypochondrische Erkrankungen), sondern auch für psychosomatische Störungen (vor allem Herz-Kreislauf-Störungen wie Migräne und Herzneurosen) vor. Basis ist dabei das Vorhandensein einer akut oder auch nur latent gesteigerten Sensibilität der Person, die sich auf eine störungsspezifische Symptomatik bezieht. Entsprechende Sensibilitäten sind unter Bezug auf psychische, psychosomatische und somatische Erkrankungen vor dem Beginn der Einführung in das Autogene Training differentialdiagnostisch abzuklären und während des Lernprozesses zu beobachten.

② Das zweite Argument bei der Begründung von Gegenanzeigen bezieht sich pragmatisch auf die Unfähigkeit bzw. eingeschränkte Fähigkeit von Menschen, das Autogene Training zu lernen und selbständig zu realisieren. Sind die Fähigkeiten zur Mitarbeit, Konzentration, ausdauernden Übung und zum sozialen Kontakt im Sinne einer stark eingeschränkten Selbstverfügbarkeit (wie etwa bei akuten psychotischen Störungen, bei psychischen Dämmerzuständen, starken Abbauprozessen oder Oligophrenie) erheblich begrenzt, so sind die Grenzen der Vermittelbarkeit des Autogenen Trainings erreicht, und Erfolge werden sich nicht einstellen. Ähnliches gilt für neurologisch oder konstitutionell bedingte partielle und totale Muskelverspannungen und -spasmen. Ebenso wie bei der o.g. Gefahr von Symptomprovokationen oder -verschlechterungen gilt aber auch hier in vielen Fällen, daß es sich in Abhängigkeit von der Schwere

der unterliegenden Störung um relative, nur in Extremfällen dagegen um eine absolute Gegenanzeige für das Autogene Training handelt. Voraussetzung für das Lernen des Autogenen Trainings ist so etwa keine höhere Intelligenz, Konzentrationsfähigkeit o.ä., sondern vielmehr die Frage, in welchem Maße die diagnostizierte eingeschränkte Fähigkeit zur Mitarbeit, Konzentration, ausdauernden Übungen etc. entwicklungsfähig ist und durch vorbereitende oder begleitende Maßnahmen zum AT-Kurs gefördert werden kann.

Die Kontraindikationen des Autogenen Trainings im psychopathologischen Bereich betreffen solche Störungsbilder, bei denen sich - bedingt durch die Verstärkung der Konzentration auf die eigene Person und der Selbstwahrnehmung im Autogenen Training - Symptome verstärken oder gar - durch Selbstsuggestion - neue Beschwerden und Mißempfindungen entwickeln können. Dies gilt insbesondere für Zwangssymptomatik, hypochondrische und hysterische Störungen sowie in akuten Konfliktsituationen (vgl. Huppmann, 1977; König et al., 1979; Kraft, 1989; Stokvis & Wiesenhütter, 1979; Vaitl, 1978). Der Schweregrad der Störung und die Intensität der gezeigten Reaktionen bestimmen hier darüber, ob das Autogene Training absolut oder relativ kontraindiziert ist.

Ähnliches gilt für Störungsbilder aus dem depressiven Formenkreis. Badura (1977) wies empirisch nach, daß eine erhöhte Depressivitätsneigung ebenso wie erhöhte Hypochondrie und Hysterie mit geringem Lernerfolg in Einführungskursen zum Autogenen Training kovariert. Sowohl die hypochondrisch übersteigerte Fixierung der Aufmerksamkeit auf die eigene Person als auch ein starker Mangel an Selbstvertrauen stehen dem erfolgreichen Lernen und der erfolgreichen Anwendung des Autogenen Trainings entgegen.

Durch die Verstärkung der Selbstwahrnehmung im Autogenen Training können negative Bewußtseinsinhalte, die bei Depressiven ohnedies salient sind, verstärkt werden. Antriebsmängel und Konzentrationsschwierigkeiten können andererseits den Lernprozeß dadurch behindern, daß die Übungen außerhalb der Gruppe seltener realisiert werden. Das Ergebnis sind - auch im Vergleich zu anderen Kursteilnehmern - Mißerfolgserlebnisse, die sich weiter negativ auf die ohnehin bei Depressiven vorhandene Mißerfolgsorientierung und bedrückte Stimmung auswirken. Relativ bleibt diese Gegenanzeige des Autogenen Trainings bei depressiven Störungen aber deswegen, weil inzwischen eine Reihe empirischer Nachweise dafür vorliegt, daß durch das Autogene Training depressive Tendenzen positiv beeinflußt werden können (vgl. etwa Huppmann, 1977; Krampen, Main & Waelbroeck, 1991; Luthe & Schultz, 1969; Stetter, 1988).

### Stellenwert des Autogenen Trainings im klinischen Anwendungsbereich

Frühere Bewertungen des Nutzens der Grundstufe des Autogenen Trainings (AT) im Bereich klinischer Indikationsstellungen (vgl. etwa Wittling, 1982) sind vor drei Jahren durch die quasi-metaanalytisch gewonnenen Befunde von Grawe, Donati und Bernauer (1994) in erhebliche Zweifel gezogen worden. Das AT schneidet nach den von Grawe und Mitarbeiterinnen berücksichtigten kontrollierten Studien nicht nur im Vergleich zu Methoden der Einzelbehandlung, sondern auch im Vergleich zur Progressiven Relaxation (PR) schlechter ab, zu deren Effektivitätsprüfung allerdings auch mehr kontrollierte Studien publiziert wurden bzw. nach den Selektionskriterien von Grawe et al. zu beachten waren. Neben der selektiven Literatursammlung von Grawe et al. (ausschließliche Berücksichtigung quantitativ ausgerichteter, kontrollierter Effektivitätsnachweise in größeren Stichproben erwachsener Patienten) ist zunächst für die Rezeption dieser Arbeit zu betonen, daß durch sie der Wert und Nutzen des AT in präventiven Anwendungsbereichen natürlich überhaupt nicht Zweifel gezogen wird. Ferner ist festzuhalten, daß im Bereich seiner klinisch relevanten Indikationsstellungen (also unter korrektiven Anwendungszielen bei Patienten mit nach SGB V krankheitswertigen Störungen) die Implikationen des weitgehend symptomunspezifischen Zugangs des AT von Grawe et al. unzureichend beachtet wurden.

Gemeint ist der prinzipielle Unterschied zwischen der AT-Grundstufe als ein primär übendes, symptomunspezifisches Verfahren und den zum großen Teil hoch symptomspezifischen Behandlungsmethoden (wie etwa medikamentöse und psychotherapeutische Einzelbehandlungen mit klarer symptomspezifischer Indikation), deren Effekte in den von Grawe et al. beachteten Studien mit denen der AT-Grundstufe verglichen wurden. Entscheidend ist dabei, daß spezifische (psycho-)therapeutische Methoden der zumeist auch ätiologisch orientierten Primärbehandlung psychischer und psychosomatischer Störungen dienen (bzw. auf sie abzielen), während unspezifische psychotherapeutische Methoden (vor allem die übenden) in der Regel als Begleitbehandlung oder aber im Vorfeld (einzel-)psychotherapeutischer Maßnahmen als Alternative zu einer reinen Wartezeit eingesetzt werden. Jede andere Applikation systematischer Entspannungsmethoden (wie AT und auch PR) ist im Bereich ihrer klinischen Anwendungen - mit ganz wenigen Ausnahmen, die sich etwa auf nicht-organische Insomnien oder bestimmte funktionelle Schmerzstörungen beziehen (vgl. Krampen, 1992) - blauäugig. Die spezifische Anwendung solcher unspezifischer Methoden entspricht - unter Bezug auf den Untertitel der Veröffentlichung von Grawe und Mitarbeiterinnen ("Von der Konfession zur Profession")

nicht nur "Gott sei Dank", sondern auch fachlich und faktisch - zudem kaum der psychotherapeutischen Anwendungspraxis. Deswegen werden AT und PR auch in der angewandten Forschung in der Regel von den Autoren(innen) der Originalpublikationen bei klinisch relevanten Störungsbildern nur als Kontrollbedingungen (unspezifische Intervention, jedoch keine reine Wartelistekontrollgruppe) verwendet. Exakt diese wesentlichen Einsatzgebiete des AT (neben seinen präventiven) im Vorfeld und als Begleitbehandlung spezifischer psychotherapeutischer Maßnahmen berücksichtigen Grawe und Mitarbeiterinnen nicht und kommen so zu einer gefährlichen, da generalisierenden Schlußfolgerung über die mageren Effektnachweise des AT im klinisch-psychologischen Anwendungskontext.

#### **Autogenes Training als Vor- und Begleitbehandlung bei depressiven Störungsbildern**

**S**kizziert werden im folgenden die Befunde einer empirischen (kontrollierten) Studie (ausführlich dokumentiert bei Krampen, 1997), die dazu beitragen soll, die Befundlage zu den Effekten der AT-Grundstufe im Vorfeld und als Begleitbehandlung ambulanter einzelspsychotherapeutischer Interventionen bei depressiven Störungen zu ergänzen. Den von Grawe und Mitarbeiterinnen (1994) verwendeten evaluativen Kriterien für empirische Studien - dem "standardisierten Güteprofil für kontrollierte Psychotherapiestudien" (Grawe et al., 1994, S. 73ff) - wurde dabei in hohem Maße Rechnung getragen. Die zentralen Fragestellungen der Studie beziehen sich darauf, (1) ob eine in Gruppen realisierte Einführung in die Grundstufe des Autogenen Trainings bei ambulanten Psychotherapiepatienten mit depressiven Störungen günstigere Effekte zeigt als eine reine Wartezeit, (2) wie die Effekte dieser AT-Einführung im Vergleich zu einer direkt begonnenen spezifischen methodenübergreifenden Einzelspsychotherapie bei diesem Patientengut zu bewerten sind und (3) welche Effektivität die Kombination einzelspsychotherapeutischer Maßnahmen mit dem Autogenen Training (als Begleitbehandlung) im Vergleich zu einer reinen Einzelspsychotherapie (ohne AT) hat. Zusatzfragestellungen beziehen sich auf die differentielle Indikation (und differentielle Effektivität) des Autogenen Trainings (im Vorfeld und als Begleitbehandlung einzelspsychotherapeutischer Maßnahmen) bei Patienten mit versus ohne Vorerfahrungen mit dem AT (oder einer verwandten Methode), mit versus ohne somatische Begleitsymptome depressiver Störungen (nach ICD-10) und mit versus ohne Psychopharmakamedikation sowie bei depressiven Patienten unterschiedlichen Alters und Geschlechts.

Die AT-Grundstufe wurde zunächst bei ambulanten Psychotherapiepatienten mit versus ohne Vorerfahrungen mit systematischen Entspannungsmethoden (1) in einer Wartelistekontrollgruppe alternativ zu (2) einer Wartelistekontrollgruppe ohne jede Behandlung und alternativ zur (3) methodenübergreifenden Einzelspsychotherapie (kognitive Therapie und Gesprächspsychotherapie) kontrolliert und supervidiert eingesetzt. Insgesamt 55 Patienten mit depressiven Störungen (nach ICD-10: F32.xx, F33.xx, F34.1, F43.21) wurden auf diese drei Bedingungen randomisiert. Nach einer Zwischenerhebung (1. Postmessung nach zehn Wochen) wurden ferner die Effekte der einzelspsychotherapeutischen Behandlungen mit denen kombinierter Behandlungen (Autogenes Training und Einzelspsychotherapie) verglichen (2. Postmessung nach weiteren zehn Wochen). Die summative und die formative Evaluation bezieht sich nicht nur auf das Lernen und den Erfolg der Patienten bei der Durchführung der systematischen Entspannungsübungen, sondern auch und vor allem auf verschiedene Indikatoren der Depressivität (H-Skalen, BDI, ICD-10), der selbstbezogenen Kognitionen (Selbstwirksamkeit und Externalität in Kontrollüberzeugungen; FKK) und der Beschwerdenbelastung (AT-SYM). Acht Monate nach der Postmessung wurden Katamnesen realisiert. Die Ergebnisse zeigen, daß ein diagnostisch abgesicherter, supervidierter und gezielter Einsatz des Autogenen Trainings sowohl in der Vorphase einer Einzelspsychotherapie als auch begleitend zu ihr zu positiven Effekten führen kann. Hinweise auf seine differentielle Indikation ergaben sich für die Vorerfahrungen der Patienten mit dem Autogenen Training und für spezifische somatische Begleitsymptome depressiver Störungen, jedoch nicht für das Alter, das Geschlecht und die Medikation der Patienten.

Somit hat sich die Einführung in die Grundstufe des Autogenen Trainings in symptomheterogenen Gruppen (zur Überbrückung einer Wartezeit) im Vorfeld der störungsspezifischen Einzelspsychotherapie als effektiv erwiesen. Durch sie konnte nicht nur die Anzahl der Patienten/innen verringert werden, die aufgrund psychopharmakologischer Behandlungen nach Ablauf der Wartezeit von einer dann angebotenen Psychotherapie Abstand genommen hatten. Infolge des Erwerbs des störungsspezifischen Autogenen Trainings zeigten sich überdies erste bedeutsame Verbesserungen in ihrer allgemeinen Beschwerdenbelastung, im Abbau der somatischen Begleitsymptome der Depression und in der Zunahme ihrer Selbstwirksamkeitsüberzeugungen. Damit hat sich das Autogene Training für die Vorphase einer nicht direkt aufnehmbaren Einzelspsychotherapie qualifiziert.

Auch die Vergleiche der Effekte einer alleinigen Einzelspsychotherapie depressiver Patienten und Patientinnen mit denen eines kombinierten Vorge-

hens, das neben der Einzelpsychotherapie die AT-Übungspraxis bzw. eine Gruppeneinführung in das Autogene Training umfaßte, sprechen - zumindest kurzfristig über zehn Wochen - für einen über die alleinige Einzelpsychotherapie hinausgehenden Wert. Die Befunde weisen darauf, daß insbesondere das kombinierte Vorgehen innerhalb einer kürzeren Zeitspanne zu deutlicheren Effekten in der depressiven Hauptsymptomatik, in den Selbstwirksamkeitsüberzeugungen der Patienten/innen und in ihrer allgemeinen Beschwerdenbelastung führt als die alleinige Einzelpsychotherapie. Katanestisch konnte dies nach dem erfolgreichen Therapieabschluß bei allen Patienten/innen allerdings nur für die allgemeine Beschwerdenbelastung nachgewiesen werden. Damit ist der Stellenwert des Autogenen Trainings als "Basispsychotherapeutikum" (vgl. etwa Stetter, 1992) für den engeren Bereich der Störungen aus dem depressiven Formenkreis empirisch belegt - dies trotz oder gerade wegen (vgl. hierzu Binder, 1986; Krampen, 1992) - seines störungsunspezifischen Ansatzes.

Hinweise auf die differentielle Indikation des Autogenen Trainings im Vorfeld einer bzw. in Kombination mit einer Einzelpsychotherapie ergaben sich in der Studie weder für das Geschlecht und Alter der Patienten noch für ihre Antidepressiva-Medikation zu Therapiebeginn. Die Befunde deuten jedoch darauf, daß das Autogene Training als Begleitbehandlung insbesondere bei Depressiven indiziert ist, (1) die die somatischen Begleitsymptome depressiver Störungen nach ICD-10 (vgl. Dilling et al., 1993) aufweisen und (2) die über Vorerfahrungen mit systematischen Entspannungsmethoden verfügen. Wegen der relativ geringen Stichprobengrößen dieser spezifischen Gruppen bedürfen diese explorativ gewonnenen Befunde zur differentiellen Indikation freilich der Replikation. Das gleiche gilt für schwere depressive Störungen, die in der Regel - wegen der zumeist erheblich beeinträchtigten Fähigkeiten der Patienten/innen, den Lebensalltag zu bewältigen - nur in stationären Kontexten anzutreffen sind, und andere Störungsbilder.

Betont sei abschließend, daß das Autogene Training in der vorliegenden Untersuchung kontrolliert und supervidiert eingesetzt wurde. Dies wurde über die standardisierte Eingangsdagnostik (über die oben berichtet wurde), eine standardisierte Prozeßevaluation (über die hier aus Platzgründen nicht berichtet wurde; siehe aber Krampen, 1991) und die regelmäßige kollegiale Supervision aller Behandlungen realisiert. Nur auf diese Weise können die relativen Kontraindikationen des Autogenen Trainings bei depressiven Störungen, die in der Einleitung dargestellt wurden, in adäquater Form berücksichtigt werden. Im konkreten Einzelfall können sie bei der Vermittlung des Autogenen Trainings zu Abweichungen vom "Standardvor-

gehen" führen und sich dabei etwa auf die Anwendung von zunächst sehr kurzen Übungszeiten und/oder Übungsfrequenzen innerhalb und/oder außerhalb der Gruppe, die Entwicklung individueller Zusatzformeln, den Verzicht auf eine oder gar mehrere Standardformeln, die kurzfristige Verstärkung der heterosuggestiven Komponente, die Absetzung der Protokollierung der Übungen außerhalb der Gruppe etc. beziehen (vgl. im Überblick etwa Krampen, 1992). Nicht nur bei depressiven Störungsbildern muß bei Einführungen in das Autogene Training stets mit der Möglichkeit einer Symptomzunahme bzw. -verschlechterung gerechnet werden. Aufgabe der systematischen Prozeßevaluation und der Supervision ist es, dieser Gefahr vorzubeugen, und das Autogene Training so zu einer Methode werden zu lassen, die - wie nachgewiesen - effektiv in der Vorphase und in Kombination mit einer Einzelpsychotherapie eingesetzt werden kann.

---

#### **Hinweise zur adaptiven Indikation des Autogenen Trainings bei depressiven Störungen**

---

Im Rahmen der in Abschnitt 3 skizzierten empirischen Studie wurden zahlreiche Erfahrungen mit der adaptiven Indikation des AT bei Patienten mit depressiven Störungen gemacht. Auf dem Hintergrund der systematischen Eingangs- und Prozeßdiagnostik mit dem "Diagnostischen und Evaluativen Instrumentarium zum Autogenen Training" (AT-EVA; Krampen, 1991) haben sich dabei im Einzelfall (d.h., nicht allgemein bei allen Patienten mit depressiven Störungen, sondern nur bei denen mit Problemen beim Erwerb und Transfer des AT) die folgenden Einzelmaßnahmen als mehr oder weniger effektiv erwiesen (siehe Kasten auf der folgenden Seite).

#### **LITERATUR:**

- Badura, H.O. (1977). Beitrag zur differentialdiagnostischen Validität des MMPI zur Prognose der Effizienz des Autogenen Trainings. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 224, 389-394.
- Binder, K. (1986). Autogenes Training in der nervenärztlichen Praxis - mehr als ein Basis-Psychotherapeutikum? *Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt*, 39, 592-598.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.). (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) - Klinisch-diagnostische Leitlinien* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.

Huppmann, G. (1977). Zur Problematik der Anwendung des Autogenen Trainings (Unterstufe). *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*, 22, 129-137.

König, W., Di Pol, G. & Schaeffer, G. (1979). *Autogenes Training: Ein Grundriß*. Jena: Gustav Fischer Verlag.

Kraft, H. (1989). *Autogenes Training (2. Aufl.)*. Stuttgart: Hippokrates.

Krampen, G. (1991). Diagnostisches und Evaluatives Instrumentarium zum Autogenen Training (AT-EVA). Göttingen: Hogrefe.

Krampen, G. (1992). Einführungskurse zum Autogenen Training: Ein Lehr- und Übungsbuch für die psychosoziale Praxis. Göttingen/Stuttgart: Verlag für Angewandte Psychologie Hogrefe.

Krampen, G. (1997). Autogenes Training vor und begleitend zur methodenübergreifenden Einzelpsychotherapie bei depressiven Störungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 45, 214-232.

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.

Luthe, W. & Schultz, J.H. (1969). Applications in psychotherapy (= Luthe, W. (Ed.), *Autogenic therapy*, Vol. III). New York, NY: Grune & Stratton.

Ruck, F. (1956). Autogenes Training in der Poliklinik. *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie*, 8, 38-44.

Stetter, F. (1988). Autogenes Training in der Gerontopsychiatrie. *Psycho*, 14, 340-341.

Stetter, F. (1992). Autogenes Training als psychosomatische Basistherapie. *Zeitschrift für Allgemeine Medizin*, 68 (1/2), 143-144.

Stokvis, B. & Wiesenhütter, E. (1979). *Lehrbuch der Entspannung (4. Aufl.)*. Stuttgart: Hippokrates.

Vaitl, D. (1978). Entspannungsmethoden. In L.J. Pongratz (Hrsg.); *Klinische Psychologie (= Handbuch der Psychologie, Bd. 8/2, S. 2104-2143)*. Göttingen: Hogrefe.

Wittling, W. (1982). Überblick über die in der psychologischen Behandlung angewandten psychotherapeutischen Interventionstechniken unter besonderer Berücksichtigung ihre Wirksamkeit in der Krankenhilfe. *Report Psychologie*, 7 (3), 24-34 und 55-57.

↻ Maßnahme	↻ Effektivität
↻ sehr kurze Übungszeiten (vor allem außerhalb der Gruppe)	+
↻ Vorübungen zum Abbau motorischer Spannungen und zur körperlichen Lockerung	+
↻ exakte zeitliche und situative Plazierung der Übungen außerhalb der Gruppe	+
⇒ Basis: Exploration des Tagesablaufs	++
⇒ mit Definition von Anschlußaktivitäten	++
↻ Intensivierung der Autosuggestionen	+
⇒ durch kürzere Pausen beim "inneren Sprechen"	+
⇒ durch betonte Modulation beim "inneren Sprechen"	+
⇒ durch "inneres Ablesen" der Formelvorsätze	+
⇒ durch statische Bildvorstellungen zu Formelvorsätzen	+
↻ frühzeitiger Einsatz der autogenen Modifikation	~
↻ häufiger Einsatz von Neutralisierungsformeln	~
↻ Verzicht auf einzelne Standardformeln	~
↻ Verzicht auf standardisierte Prozeßevaluation	~
↻ Verstärkung der heterosuggestiven Komponente	-
⇒ durch häufigeres Vorsprechen der Formelvorsätze	-
* ⇒ durch Verstärkung der Intonation	-
⇒ durch Instrumentalmusik während der Übungen	—
⇒ durch Tonaufnahme für die Übungen außerhalb der Gruppe	—
<b>Bedeutung der Kürzel:</b>	
+ (+):	ohne Bedenken im Einzelfall (sehr) gut anzuwenden.
~:	nach einigem Abwägen im Einzelfall gut anzuwenden.
- (-):	nur als (absoluter) Notbehelf im Einzelfall anzuwenden; Verfügbarkeit und Anwendbarkeit alternativer Methoden sollte auf jeden Fall vorher überprüft werden.