

Autogenes Training vor und begleitend zur methodenübergreifenden Einzelpsychotherapie bei depressiven Störungen¹

von Günter Krampen, Trier

Dargestellt werden die Befunde empirischer Untersuchungen zu den Anwendungsmöglichkeiten und Effekten systematischer Entspannungstherapien (Grundstufe des Autogenen Trainings) bei Patienten mit depressiven Störungen (nach ICD-10: F32.xx, F33.xx, F34.1, F43.21, F43.21). Das Autogene Training wurde zunächst bei ambulanten Patienten mit einer depressiven Störung und mit versus ohne entsprechende Vorerfahrungen (1) in einer Wartelistekontrollgruppe alternativ zu (2) einer Wartelistekontrollgruppe ohne jede Behandlung und alternativ zur (3) methodenübergreifenden Einzelpsychotherapie (kognitive Therapie und Gesprächspsychotherapie) kontrolliert und supervidiert eingesetzt. Insgesamt 55 Patienten wurden auf diese drei Bedingungen randomisiert. Nach einer Zwischenerhebung (nach zehn Wochen) wurden ferner die Effekte der einzelpsychotherapeutischen Behandlungen mit denen kombinierter Behandlungen (Autogenes Training und Einzelpsychotherapie) verglichen (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 Einzelpsychotherapie 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. Die spezifischen Indikationen und relativen Kontraindikationen des Autogenen Trainings bei Patienten mit depressiven Störungen werden erläutert.

Presented are empirical results on the effectiveness of autogenic training applied before and in addition to integrative psychotherapy of depressive disorders. First, autogenic training was applied in depressive outpatients with versus without pre-experiences in autogenic training alternative to a waiting-list control group without any treatment and to a group under integrative psychotherapy (cognitive therapy and client-centered therapy). 55 patients were randomized to these three conditions. Further on, after a first posttest (after 10 weeks) the effectiveness of psychotherapy was compared to psychotherapy in combination with autogenic training (second posttest after 10 weeks more). Pretest-posttest comparisons as well as process evaluations refer to success in learning autogenic training as well as to changes in depressive symptoms (BDI, H Scale, ICD-10), generalized control beliefs, self-efficacy, and complaints of the patients. Follow-ups were done 8 months after second posttests. The results show that a controlled and supervised application of autogenic training before as well as in addition to psychotherapy has positive effects. Differential indications of autogenic trainings refer to patients' pre-experiences with relaxation techniques and to specific somatic symptoms of depressive disorders, but not to age, gender and drug medication of patients. The indications and relative contraindications of autogenic training in depressive patients are described.

¹ Erweiterte Version eines Vortrages auf dem „Congress of the World Council for Psychotherapy“ (WCP), 30.06.-04.07.1996 in Wien.

An den Nachweisen für den Nutzen und die Sinnhaftigkeit systematischer Entspannungsmethoden im klinisch-psychologischen Bereich sind nach erheblich positiveren Darstellungen (vgl. etwa Wittling, 1982) durch die Veröffentlichung von Grawe, Donati und Bernauer (1994) zur (quasi-metaanalytischen) Evaluation unterschiedlicher psychotherapeutischer Ansätze erhebliche Zweifel aufgekommen. Insbesondere die Grundstufe des Autogenen Training (AT) nach Schultz (1926, 1970; vgl. im Überblick etwa Krampen, 1992) 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.

Zu bedenken ist hier u.a. vor allem der prinzipielle Unterschied zwischen der AT-Grundstufe als ein primär übendes, symptom~~unspezifisches~~ Verfahren und den zum großen Teil hoch symptom~~spezifischen~~ Behandlungsmethoden (wie etwa medikamentöse Behandlungen sowie psychotherapeutische Desensibilisierungs- und Selbstkontrolltechniken etc. mit klarer symptom~~spezifischer~~ 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 PR) ist – 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 ggfs. 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.

Die im folgenden dargestellte empirische (kontrollierte) Studie soll dazu beitragen, die Befundlage zu den Effekten der AT-Grundstufe im Vorfeld und als Begleitbehandlung ambulanter einzelpsychotherapeutischer Interventionen zu ergänzen. Dies wird unter Bezug auf ein Störungsbild – nämlich Störungen

aus dem depressiven Formenkreis – realisiert, für das zwar eine relative Kontraindikation des AT besteht, die jedoch durch eine sorgfältige, systematische Prozeßevaluation im Sinne der adaptiven Indikation kontrolliert werden kann. Den von Grawe und Mitarbeiterinnen (1994) verwendeten evaluativen Kriterien für empirische Studien – dem „standardisierten Güteprofil für kontrollierte Psychotherapiestudien“ (Grawe et al., 1994, S. 73ff) – wird dabei in hohem Maße Rechnung getragen.

Die zentralen Fragestellungen der im folgenden berichteten kontrollierten empirischen 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 Einzelpsychotherapie bei diesem Patientengut zu bewerten sind und
3. welche Effektivität die Kombination einzelpsychotherapeutischer Maßnahmen mit dem Autogenen Training (als Begleitbehandlung) im Vergleich zu einer reinen Einzelpsychotherapie (ohne AT) hat.

Zusatzfragestellungen beziehen sich auf die differentielle Indikation (und differentielle Effektivität) des Autogenen Trainings (im Vorfeld und als Begleitbehandlung einzelpsychotherapeutischer Maßnahmen) bei Patienten mit versus ohne Vorerfahrungen mit dem AT (oder einer verwandten systematischen imaginativen Entspannungsmethode), mit versus ohne somatische Begleitsympto-

me depressiver Störungen (nach ICD-10; Dilling, Mombour & Schmidt, 1993) und mit versus ohne Psychopharmakamedikation sowie bei depressiven Patienten unterschiedlichen Alters und Geschlechts.

Methoden

Stichprobe

An den Untersuchungen war eine unausgelesene Stichprobe von insgesamt 55 ambulanten Psychotherapiepatienten und -patientinnen sowie drei Psychotherapeuten und drei Psychotherapeutinnen beteiligt.

Alle Psychotherapien wurden von den Patienten bzw. Patientinnen selbst initiiert und im Rahmen des Erstattungs- oder Delegationsverfahrens bzw. privat liquidiert (38 Patientinnen und 17 Patienten; $M = 41.3$, $SD = 6.77$ Jahre; Range: 22-69 Jahre). Bildungsstand (12 x Hochschulabschluß, 13 x Abitur, 20 x Mittlere Reife, achtmal Hauptschulabschluß und zweimal kein formaler Bildungsabschluß) und Berufstätigkeit der Patienten/innen (28 x angestellt/verbeamtet, zwölfmal selbständig, viermal qualifizierter Arbeiter, fünfmal Hausfrau, viermal in Ausbildung und zweimal im Ruhestand) waren breit gestreut, weisen aber auf die typische (leichte) Überrepräsentation höherer Bildungsabschlüsse unter ambulanten Psychotherapiepatienten mit depressiven Störungen

Die Therapeuten/innen behandelten minimal acht, maximal zwölf der Patienten/innen, gehörten drei verschiedenen kollegialen Supervisionsgruppen an und koordinierten ihre Arbeit im Rahmen des vorliegenden Forschungsprojekts in einer weiteren forschungsbezogenen Supervisionsgruppe. Alle hatten

ein Hauptfachstudium der Psychologie absolviert und verfügten seit dem Diplomabschluß über eine psychotherapeutische Berufserfahrung von minimal acht Jahren sowie abgeschlossene Weiterbildungen in Verhaltenstherapie und in mindestens einem der sogenannten humanistisch-psychotherapeutischen Verfahren (klient-zentrierte Psychotherapie, Gestalttherapie und/oder systemische Therapie).

Interventionsmethoden

Das einzelpsychotherapeutische Vorgehen war methodenübergreifend ausgerichtet, wobei primär und je nach differentieller Eingangs- sowie Prozeßindikation (vgl. hierzu Krampen, 1994a, 1995) der Schwerpunkt auf der kognitiven (Verhaltens-)Therapie sensu Beck und Ellis (mit Fokussierung der Problembewältigungsperspektive nach Grawe et al., 1994) bzw. der klient-zentrierten Psychotherapie (mit Fokussierung der Klärungsperspektive nach Grawe et al., 1994) lag. Die Einführungen und Anwendungen der vollständigen Grundstufe des Autogenen Trainings folgten dem Standardvorgehen in symptom-heterogenen Gruppen, die auch andere Patienten(innen) als die der

vorliegenden Stichprobe einschlossen (mit maximal zehn Teilnehmern/innen; vgl. Krampen, 1991b, 1992).

Untersuchungsplan

Realisiert wurde ein Untersuchungsplan mit Randomisierung (R) der Patienten/innen zu einer reinen Wartegruppe ohne jede Intervention (Gruppe C), einer Wartegruppe mit Autogenem Training (Gruppe B) und einer Gruppe mit methodenübergreifender Einzelpsychotherapie (Gruppe A), der in Anlehnung an die Notation von Campbell und Stanley (1963) in Abbildung 1 wiedergegeben ist². Alle Patienten/innen, die sich bei den beteiligten Therapeuten/innen mit einem Eingangshinweis auf eine depressive Störung vorstellten (ohne Vorselektion), wurden nach dem Zufall einer dieser drei Untersuchungsgruppen zugewiesen. Nach der unmittelbar nach der Anmeldung durchgeführten Eingangsdiagnostik (O₁; siehe unten) erhielten die Patienten/innen aus Gruppe A 20 Sitzungen methodenübergreifende Einzelpsychotherapie mit der Frequenz von zweimal wöchentlich. Die Patienten/innen der Gruppe B wurden unter Verweis auf die Warteliste einem Einführungskurs zur Grundstufe des Autogenen Trainings zugewiesen (mit einem Termin pro Woche). Die Patienten/innen der Gruppe C bildeten mit derselben Begründung die reine Wartelistekontrollgruppe ohne jede Intervention.

Nach zehn Wochen wurde bei allen Patienten/innen die Zwischenerhebung (O₂; siehe unten) realisiert. Bei Gruppe A wurde die methodenübergreifende Einzelpsychotherapie fortgeführt, bei Gruppe B wurde die methodenübergreifende Einzelpsychotherapie aufgenommen (wobei das AT begleitend fort-

² Die mit Randomisierungen von Patienten(innen) in kontrollierten Psychotherapiestudien verbundenen ethischen Probleme wurden dadurch relativiert, daß alle an der Untersuchung beteiligten Psychotherapeuten(innen) aus Kapazitätsgründen ohnehin gezwungen waren, mit Wartelisten zu arbeiten. Durch die Teilnahme an der vorliegenden Studie wurden lediglich die Wartezeiten für einige der depressiven Patienten(innen) zeitlich standardisiert, für andere (Gruppe A) entfielen sie. Negative Auswirkungen davon auf Patienten(innen) mit anderen Störungen wurden durch ihre Überweisung an Kollegen(innen) soweit als möglich abgefangen.

Krampfen, Autogenes Training

R	($n_A = 18$)	O ₁	X _a	O ₂ (mis=3)	X _a	O ₃ ... (X _a ' bei n = 4).....	O ₄
R	($n_B = 19$)	O ₁	X _b	O ₂ (mis=0)	X _c	O ₃ ... (X _c ' bei n = 3).....	O ₄
R	($n_C = 18$)	O ₁		O ₂ (mis=4)	X _c	O ₃ ... (X _c ' bei n = 6).....	O ₄

- R = Randomisierung
- n_i = Stichprobengröße
- mis = Abrecherquote vor/bei der Zwischenmessung O₂
- O₁ = Eingangsdiagnostik: ICD-10, BDI, H-Skala, FKK, AT-SYM, AT-ANAM
- O₂ = Zwischenmessung (10 Wochen nach O₁): ICD-10, BDI, H-Skala, FKK, AT-SYM
- O₃ = Postmessung (10 Wochen nach O₂): ICD-10, BDI, H-Skala, FKK, AT-SYM
- O₄ = Katamnese (8 Monate nach O₃): BDI, H-Skala, AT-SYM, AT-KATAM
- X_a = methodenübergreifende Einzelpsychotherapie (20 Sitzungen in zehn Wochen)
- X_b = Teilnahme an einem Gruppeneinführungskurs zur Grundstufe des Autogenen Trainings (zehn Termine in zehn Wochen)
- X_c = X_a plus X_b = methodenübergreifende Einzelpsychotherapie und AT-Grundstufe (20 Sitzungen in zehn Wochen)
- X_a' = niedrigfrequente (einmal wöchentlich, ausschleichend) methodenübergreifende Einzelpsychotherapie über maximal drei Monate
- X_c' = niedrigfrequente (einmal wöchentlich, ausschleichend) methodenübergreifende Einzelpsychotherapie und AT-Grundstufe über maximal drei Monate

Abbildung 1: Untersuchungsplan (in Anlehnung an die Notation von Campbell & Stanley, 1963) mit N = 55 ambulanten Psychotherapiepatienten und -patientinnen mit depressiven Störungen

geführt wurde), und bei Gruppe C wurde die methodenübergreifende Psychotherapie in Kombination mit der Teilnahme an einem Einführungskurs zur AT-Grundstufe realisiert. Nach weiteren zehn Wochen (mit zwei Sitzungen pro Woche in allen drei Gruppen) wurde die Postmessung (O₃, siehe unten) durchgeführt. Die Behandlung wurde bei vier Patienten/innen aus Gruppe A, bei drei aus Gruppe B und bei sechs aus Gruppe C nach der Postmessung bis zu drei Monaten weitergeführt (zum Teil später niedrigfrequent und ausschleichend). Acht Monate nach der Posterhebung wurde bei allen Patienten/innen die Katamnese (O₄) realisiert. Der Katamnesezeitraum war somit lang genug, um auch die Re-Manifestationsrisiken rezidivierender de-

pressiver Störungen zeitlich abzudecken.

Erhebungsinstrumente

Die Eingangsdiagnostik (O₁) bezog sich unter Bezug auf die Spontanangaben der Patienten/innen und das zur Absicherung durchgeführte „Strukturierte Klinische Interview für DSM-III-R“ (SKID; Wittchen, Schramm, Zaudig, Spengler, Rummel & Mombour, 1990) auf die symptomorientierte Diagnostik nach der ICD-10 (Dilling et al., 1993) sowie Datenerhebungen mit dem „Beck Depression Inventory“ (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1981; Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1994; Kammer, 1983; Lukesch, 1974), der Skala zur Erfassung der Hoffnungs-

losigkeit (H-R-Skala; Krampen, 1994b), dem Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen mit (Sekundär-)Skalen zur Selbstwirksamkeit und Externalität (FKK; Krampen, 1991c), der Änderungssensitiven Symptomliste zum Autogenen Training (AT-SYM; Krampen, 1991a) sowie dem Anamnesebogen zum Autogenen Training (AT-ANAM; Krampen, 1991a). Durch den direkten Problem- und Interventionsbezug aller diagnostischen Verfahren ergaben sich bei den Patienten/innen gegen diese relativ umfangreiche standardisierte Eingangsdiagnostik keine Widerstände.

Nach der ICD-10 erhielten 21 Patienten/innen (jeweils sechs aus den Gruppen A und B sowie neun aus Gruppe C) die Diagnose „leichte bzw. mittelgradige depressive Episode mit bzw. ohne somatischen Symptomen“ (F32.xx) oder „längere depressive Reaktion“ (F43.21), 25 (jeweils acht aus den Gruppen A und C sowie neun aus Gruppe B) die Diagnose „rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig leichter bzw. mittelgradiger Episode ohne bzw. mit somatischen Symptomen“ (F33.xx) und neun (jeweils drei aus allen Gruppen) die Diagnose einer anhaltenden affektiven Störung vom Typ der Dysthymia (F34.1). Über die in der ICD-10 spezifizierten somatischen Begleitsymptome verfügten insgesamt 32 der beteiligten Patienten und Patientinnen (jeweils zehn aus den Gruppen B und C sowie zwölf aus Gruppe A; siehe Tabelle 1). Aus AT-ANAM ergab sich, daß 23 der Patienten/innen (jeweils acht aus den Gruppen B und C sowie sieben aus Gruppe A) bei der Eingangsdiagnostik unterschiedlichste Antidepressiva erhielten und daß 20 der Patienten/innen (fünf aus Gruppe A, sieben aus Gruppe B und acht aus Gruppe C) über Vorerfahrungen mit dem Autogenen

Training oder einer verwandten systematischen Entspannungsmethode (Progressive Relaxation, Yoga o.ä.; siehe Tabelle 1) verfügten, die jedoch zumeist mehrere Jahre (im Mittel acht Jahre) zurücklagen und sich aktuell in keinem der Fälle in praktischen Anwendungen manifestierten.

Bei der Zwischenmessung (O₂) und der Postmessung (O₃) wurden die Datenerhebungen nach ICD-10 sowie mit dem BDI, der H-Skala, dem FKK und der AT-SYM wiederholt. Stetig realisierte Prozeßmessungen in den Gruppen A und B sowie nach der Zwischenmessung auch in Gruppe C bezogen sich auf Stundenbogen zur formativen Evaluation der Einzelpsychotherapie bzw. des AT-Einführungskurses (vgl. Krampen, 1991a). Die acht Monate nach der Postmessung realisierten Katamnesen bezogen sich auf das BDI, die H-Skala, allgemeine katamnestischen Fragen zum Befinden und zur Medikation sowie – in den Gruppen B und C – den Katamnesebogen zum Autogenen Training (AT-KATAM; Krampen, 1991a). Betont sei, daß sich der hier erläuterte und in Abbildung 1 im Überblick dargestellte Untersuchungs- und Erhebungsplan in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis für die beteiligten 55 Patienten und Patientinnen natürlich nicht zeitlich parallel gestalten, sondern nur zeitlich verschoben (in zeitlicher Abstimmung auf den jeweiligen Einzelfall) realisieren ließ. Unabhängig vom individuellen Therapieabschluß umfaßte der gesamte Untersuchungszeitraum dabei in jedem Einzelfall 13 Monate, die sich aus (1) den zehn Wochen zwischen O₁ und O₂, (2) den weiteren zehn Wochen zwischen O₂ und O₃ sowie (3) dem Katamnesezeit-

Krampen, Autogenes Training

Tabelle 1: Absolute Häufigkeiten ausgewählter Eingangs- und Verlaufsmerkmale sowie katamnestischer Befunde der Patienten und Patientinnen in den drei Behandlungsgruppen

Merkmal	Gruppe A (N = 18)	Gruppe B (N = 19)	Gruppe C (N = 18)
Abbrecher zw. O ₁ und O ₂	3	0	4
Abbrecher zw. O ₂ und O ₃	0	0	0
Rücklauf zu O ₄	15	19	14
Vorerfahrungen mit dem AT oder einer verwandten imaginativen Meth.	5	7	8
nach ICD-10			
– mit somatischen Symptomen zu O ₁	12	10	10
– mit somatischen Symptomen zu O ₂	10	6	10
– mit somatischen Symptomen zu O ₃	3	0	2
– mit somatischen Symptomen zu O ₄	0	0	0
Antidepressiva-Medikation zu O ₁	7	8	8
Antidepressiva-Medikation zu O ₂	3	6	8
Antidepressiva-Medikation zu O ₃	0	0	1
Antidepressiva-Medikation zu O ₄	0	0	0
Therapieabschluß zw. O ₂ und O ₃	1	2	1
Therapieabschluß zu O ₃	10	14	7
max. drei Monate Weiterbehandlung nach O ₃	4	3	6

raum von acht Monaten (zwischen O₃ und O₄) zusammensetzen.

Ergebnisse

Vergleichbarkeit der drei Untersuchungsgruppen

Die Befunde der Eingangsdiagnostik belegen sowohl für die soziodemographischen und anamnestischen Daten (siehe Stichprobenbeschreibung und Tabelle 1; χ^2 (df = 2) < 2.05; n.s.) als auch für die bei den Patienten(innen) erhobenen Fragebogenvariablen (siehe Tabelle 2; $F(2/53)$ < 1.09; n.s.), daß die Randomisierung der Patienten(innen) de facto zu nach soziodemographischen

und störungsbezogenen Variablen vergleichbaren Gruppen geführt hat.

Unter Bezug auf die Normwerte in den Manualen der verwendeten Instrumente ist die vorliegenden Gesamtstichprobe ambulanter Psychotherapiepatienten und -patientinnen vor Behandlungsbeginn nach dem BDI als „klinisch relevant“ depressiv (Prozentrang: PR = 70 im Vergleich zu depressiven Patienten bei der Aufnahme in die Klinik oder Poliklinik nach Hautzinger et al., 1994) und nach der H-R-Skala als deutlich hoffnungslos (PR = 70 im Vergleich zur Normierungsstichprobe der H-Skalen; Krampen 1994b) zu kennzeichnen. Nach dem FKK ist die Stichprobe ferner (im Mittel) durch stark reduzierte Selbstwirksamkeitsüberzeugungen

Tabelle 2: Mittelwerte und Standardabweichungen der Fragebogenmaße zu allen Erhebungszeitpunkten in den drei Untersuchungsgruppen

Variable	Gruppe	Eingangsdagnostik (O ₁)		Zwischenmessung (O ₂)		Postmessung (O ₃)		Katamnese (O ₄)	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Depressivität (BDI)	A	25.4	11.3	19.6	9.8	10.5	7.5	8.9	9.1
	B	26.8	12.0	22.3	12.8	7.7	7.8	7.9	6.4
	C	24.9	11.7	27.1	10.3	16.4	8.4	7.7	7.1
Hoffnungslosigkeit (H-R-Skala)	A	72.1	7.8	59.5	6.9	51.3	7.2	47.8	6.6
	B	74.7	8.1	67.4	7.9	45.7	6.2	44.3	6.8
	C	73.8	8.0	81.3	9.5	52.6	7.1	45.4	6.2
Selbstwirksamkeit (FKK-SKI)	A	43.5	9.4	55.0	10.3	60.9	8.9	59.3	9.2
	B	42.9	8.4	53.2	9.8	65.1	8.2	63.7	8.8
	C	43.6	9.6	40.1	10.2	58.2	7.7	62.8	8.4
Externalität (FKK-PC)	A	74.5	6.9	61.0	7.1	55.3	7.2	54.9	8.1
	B	73.7	7.1	70.1	7.3	63.4	6.4	53.5	7.1
	C	75.0	7.5	76.3	7.6	58.2	6.0	55.0	6.4
Beschwerdenbelastung (AT-SYM-G)	A	71.8	6.3	64.0	7.3	55.7	7.6	46.2	8.3
	B	73.4	7.1	53.4	7.4	44.0	7.2	35.0	7.0
	C	70.4	6.5	79.0	7.2	58.3	7.0	33.8	7.3

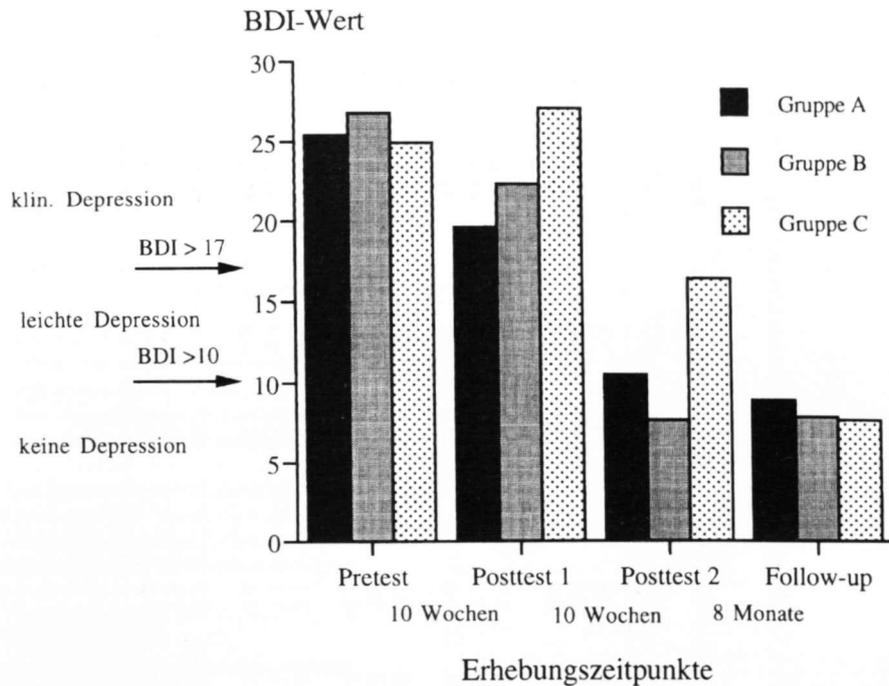


Abbildung 2: BDI-Skalenwerte der drei Untersuchungsgruppen zu allen Erhebungszeitpunkten

(PR = 3; Krampen, 1991c) und eine massiv erhöhte Externalität (PR = 98) sowie nach der AT-SYM durch eine stark ausgeprägte psychische und psychosomatische Beschwerdenbelastung (PR = 93; Krampen, 1991a) zu beschreiben. Diese vergleichende Charakterisierung zeigt, daß in der vorliegenden Stichprobe zweifellos klinisch relevante depressive Störungen manifest sind, ohne daß dabei freilich die Kriterien schwerer depressiver Episoden (etwa auch mit psychotischen Symptomen) nach der ICD-10, die vor allem im stationären Versorgungsbereich anzutreffen sind, erfüllt werden.

Abbrecherquoten und Therapieverläufe

Tabelle 1 zeigt, daß in Gruppe A (Einzels psychotherapie) bis zur Zwischenmessung drei Therapieabbrüche zu verzeichnen waren (zweimal wegen des Rückgriffs auf eine alleinige psychiatrische, d.h. psychopharmakologische Behandlung und einmal – auch auf Nachfragen – vom Patienten nicht begründet bei Anhalten der Störung) und daß in Gruppe C nach der zehnwöchigen Wartezeit vier (potentielle) Patienten(innen) die angebotene Psychotherapie nicht aufgenommen haben (in einem Fall aufgrund des zwischenzeitli-

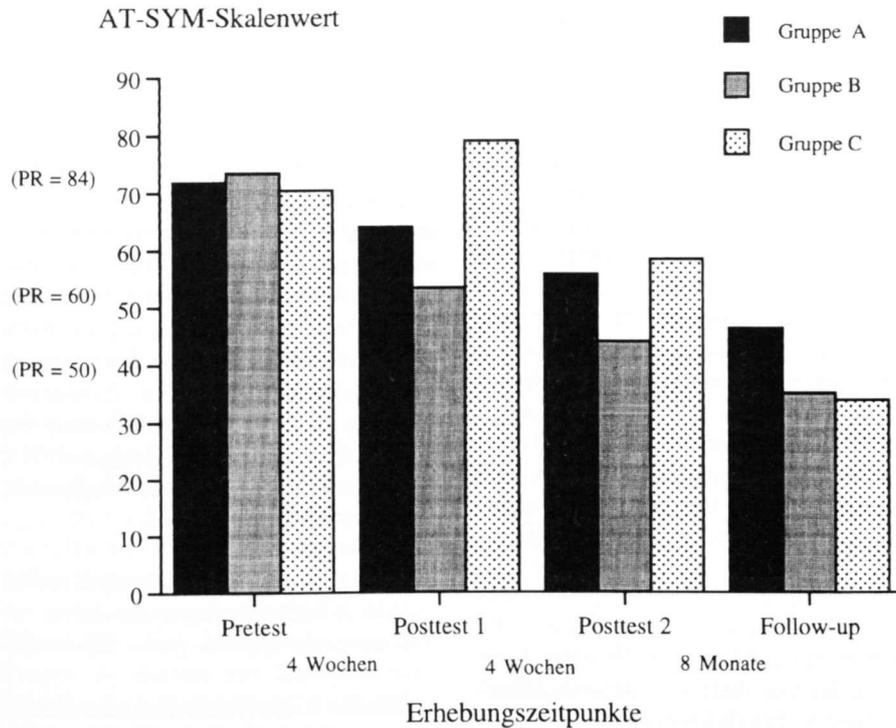


Abbildung 3: AT-SYM-Skalenwerte der drei Untersuchungsgruppen zu allen Erhebungszeitpunkten

chen Behandlungsbeginns bei einem Kollegen und in drei Fällen aufgrund eines Arztwechsels). In Gruppe B (Wartegruppe mit Einführung in das Autogene Training) traten keine „dropouts“ auf, was zwar ein Hinweis auf die Effektivität des ATs in der Vorphase einer psychotherapeutischen Einzelbehandlung ist, der aber statistisch nicht qualifiziert werden konnte (Chi^2 ($df = 2$) = 1.25). Spontane Remissionen waren nicht zu beobachten.

Im zehnwöchigen Zeitabschnitt zwischen der Zwischenerhebung und der Postmessung traten keine Behandlungsabbrüche auf. In den Gruppen A und C konnten jedoch jeweils eine Behandlung

sowie in Gruppe B zwei Behandlungen erfolgreich (Kriterien: Symptomfreiheit nach Patienten- und Therapeutenbeurteilungen anhand von ICD-10-Diagnostik, BDI und H-Skala) vor der Postmessung abgeschlossen werden. Zur Postmessung wurden nach denselben Kriterien zehn Behandlung in Gruppe A, 14 in Gruppe B und sieben in Gruppe C (nach nur zehnwöchiger kombinierter, mit zweimal wöchentlich relativ hochfrequenter Behandlung) abgeschlossen. Vier Patienten(innen) aus Gruppe A, drei aus Gruppe B und sechs aus Gruppe C bedurften nach der Postmessung der Weiterbehandlung, die mit geringerer Frequentierung (zumeist ein-

mal wöchentlich), zum Teil ausschleichend über maximal drei Monate andauerte (siehe Tabelle 1).

Die geringere Zahl der Behandlungsabbrüche und die bis zur Postmessung höhere Anzahl der aufgrund von Patienten- und Therapeutenbeurteilungen erfolgreich abgeschlossenen Behandlungen sprechen für die Sinnhaftigkeit und Effektivität des Autogenen Trainings in der Vorphase einer (nicht direkt aufnehmbaren) Einzelpsychotherapie bei depressiven Störungen. Dies gilt ebenso für den Vergleich mit der Zuweisung zu einer reinen Warteliste ohne jede Intervention, die alternative (nach den vorliegenden Befunden vor allem nicht-psychotherapeutische) Behandlungsaufnahmen wahrscheinlich macht. Die relative Häufigkeit von (niedrigfrequenten) Weiterbehandlungen über die Postmessung hinaus ist überdies beim AT in der Vorphase von methodenübergreifender Psychotherapie (unter Einschluß des AT) geringer als bei der direkten Aufnahme einer alleinigen Einzelpsychotherapie (ohne AT). Die erhöhte Notwendigkeit der Weiterbehandlung in Gruppe C resultiert daraus, daß in dieser Gruppe bis zur Postmessung nur zehn Wochen methodenübergreifend (unter Einschluß des AT) behandelt wurde.

AT-Lernerfolg in den Gruppen B und C

Alle Patienten/innen aus den Gruppen B und C beherrschten spätestens nach sechs Wochen die Grundübungen (Ruhe-, Schwere-, Wärme-Suggestionen der AT-Grundstufe) und 16 aus Gruppe B sowie elf aus Gruppe C wendeten nach spätestens zehn Wochen auch die Organformeln der AT-Grundstufe erfolgreich an (Kriterium: Therapeuten- und Patientenangaben in den Stunden-

und Protokollbogen für das Autogene Training aus dem AT-EVA, Krampen, 1991a). Bei der Katamnese (AT-KATAM) gaben 17 der Patienten(innen) aus Gruppe B und 13 aus Gruppe C an, das AT in ihrem Lebensalltag wenigstens einmal pro Woche (oder häufiger) zu praktizieren. Diese vergleichsweise sehr hohen Lern- und Transferquoten für die AT-Grundstufe sind mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die supervidierte AT-Vermittlung und die Verwendung der Protokollbogen zum Autogenen Training für die Übungen außerhalb der Gruppe (AT-PROTO; Krampen, 1991a; vgl. auch Krampen, Main & Waelbroeck, 1991) zurückzuführen.

Effekte der Einzelpsychotherapie versus der AT-Einführung in der ersten Untersuchungsphase (zehn Wochen)

Tabelle 2 informiert über die Mittelwerte und Standardabweichungen aller bei den Patienten(innen) erhobenen Fragebogenvariablen zu allen Erhebungszeitpunkten. Die Abbildungen 2 und 3 veranschaulichen ergänzend für die ausgewählten Variablen der BDI-Skala und des AT-SYM-Skalenwerts die Mittelwertsunterschiede zwischen den drei Untersuchungsgruppen zu allen Erhebungszeitpunkten in graphischer Form. Die im folgenden berichteten statistischen Befunde sind über univariate Varianzanalysen mit a posteriori Einzelmittelwertsvergleichen nach Duncan abgesichert (siehe auch unten: Hinweise auf die differentielle Indikation...), wegen ihrer höheren Anschaulichkeit und besseren Eignung für quantitative Metaanalysen werden hier die Ergebnisse von t-Tests für Vergleiche unabhängiger bzw. abhängiger Stichproben (mit Alpha-Adjustierung) angegeben.

Für die erste Untersuchungsphase (Eingangsdiagnostik bis Zwischenmessung) zeigt sich eine deutliche Überlegenheit der höherfrequent realisierten und störungsspezifischen Einzelpsychotherapie (Gruppe A) bei der Behandlung der depressiven Grundsymptomatik im Vergleich zur alleinigen, mit einem Termin pro Woche niedriger frequenten und zudem störungsunspezifischen AT-Einführung (Gruppe B), die inferenzstatistisch für die Depressivitätsvariablen (BDI und H-Skala) und die generalisierte Externalität (FKK-PC) sowohl im temporalen Vergleich (Gruppe A: $t(13) > 8.04$, $p < .01$; Gruppe B: $t(17) < 2.29$, $p < .05$) als auch im Vergleich zwischen den Gruppen (O_2 : $t(32) > 6.65$, $p < .01$) abgesichert ist. Belegt wird dies auch durch die relativ höhere Rate der Patienten(innen) aus Gruppe A, die bis zur Zwischenmessung (ärztlich kontrolliert) die Antidepressiva-Medikation absetzen konnten (siehe Tabelle 1). In Gruppe A ist ferner in Folge der Einzelpsychotherapie eine Tendenz zur Reduktion in den Standardabweichungen der Depressivitätsmaße (BDI und H-Skala) zu registrieren (siehe Tabelle 2; $p < .10$ nach dem Ferguson-Test), die in Gruppe B nicht zu beobachten ist ($p > .70$). Für die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und die allgemeine Beschwerdenbelastung der Patienten(innen) zeigte sich allerdings ein anderes Befundmuster.

Für die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen konnten keine Vorteile zu Gunsten der Einzelpsychotherapie beobachtet werden (Gruppe A: $t(13) = 5.12$, $p < .01$; Gruppe B: $t(17) = 4.69$, $p < .01$; zwischen den Gruppen zu O_2 : $t(32) = 0.53$). Beide Interventionen – die methodenübergreifende, störungsspezifische Einzelpsychotherapie mit zwei Terminen pro Woche als auch die un-

spezifische AT-Einführung mit einem Termin pro Woche in der Gruppe – sind im Hinblick auf die Förderung der generalisierten Selbstwirksamkeitsüberzeugungen der depressiven Patienten/(innen) gleich effektiv. Die Standardabweichungen der FKK-Skala SKI (Selbstwirksamkeit) nehmen im temporalen Vergleich in beiden Gruppen tendenziell zu (Ferguson-Test: $p < .10$), was darauf verweist, daß die Patienten/(innen) auf die Einzelpsychotherapie und auch auf die AT-Einführung im Hinblick auf ihre Selbstwirksamkeitsüberzeugungen differentiell reagieren.

Bei der Reduktion der allgemeinen subjektiven psychischen und psychosomatischen Beschwerdenlastungen der Patienten(innen) erwies sich die AT-Einführung im Vergleich zur Einzelpsychotherapie als überlegen (Gruppe A: $t(13) = 3.99$, $p < .01$; Gruppe B: $t(17) = 8.06$, $p < .01$; zwischen den Gruppen zu O_2 : $t(32) = 3.73$, $p < .01$). Dies steht in Einklang mit den Befunden der bei der Zwischenmessung erneut vorgenommenen ICD-10-Diagnostik (siehe Tabelle 1), nach der in Gruppe B (AT-Einführung) die somatischen Begleitsymptome depressiver Störungen im Vergleich zur Eingangsdiagnose bei mehr Patienten/innen abgeklungen waren als in Gruppe A. Dies gilt nach den zur Eingangs- und Zwischenmessung nahezu identischen Standardabweichungen von AT-SYM-G in Gruppe B für alle Patienten ähnlich (Ferguson-Test: $p > .80$). In Gruppe A weist die Tendenz zur Zunahme der Standardabweichung (Ferguson-Test: $p < .10$) auf einen differentiellen Effekt der Einzelpsychotherapie auf das Ausmaß der allgemeinen Beschwerdenbelastung der Patienten(innen).

*Effekte der AT-Einführung versus der
reinen Wartezeit in der ersten
Untersuchungsphase (zehn Wochen)*

Im Vergleich zu Gruppe C (reine Warteliste-Kontrollgruppe) erwies sich die in Gruppe B realisierte AT-Einführung nicht nur unter Bezug auf die geringere Quote der Patienten(innen), die nach Ablauf der Wartezeit keine Einzelpsychotherapie aufnahmen (siehe oben), sondern auch und insbesondere unter Bezug auf die erfaßten psychologischen Variablen als wirksam. Während in Gruppe C sowohl die Depressivitätsindikatoren (BDI und H-Skala) als auch die allgemeine Beschwerdenbelastung während der reinen Wartezeit von zehn Wochen angestiegen sind ($t(12) > 2.87$, $p < .05$) und die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen weiter abgenommen haben ($t(12) = 2.72$, $p < .05$), zeigten sich in Gruppe B in Folge der AT-Einführung in diesen Variablen die bereits oben dokumentierten signifikanten Verbesserungen im temporalen Vergleich. Dieser Schereneffekt der Symptomverschlechterung während der Wartezeit in Gruppe C und der (leichten) Symptomreduktion während der AT-Einführung in der Wartezeit von Gruppe B ist für diese Variablen statistisch abgesichert (zu O_2 : $t(31) > 5.32$, $p < .01$).

Die Unterschiede zwischen den Standardabweichungen sind in Gruppe C im temporalen Vergleich für die Wartezeit statistisch nicht bedeutsam (auch nicht im Trend; nach dem Ferguson-Test: $p > .30$). Dies entspricht – mit Ausnahme der für die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen – den Befunden für Gruppe B. Es liegen somit keine Hinweise auf differenzielle Effekte einer reinen Wartezeit im Vorfeld einer einzelpsychotherapeutischen Behandlung bei depressiven

Patienten(innen) vor. Dies gilt – mit Ausnahme der in Gruppe B heterogener werdender Selbstwirksamkeitsüberzeugungen – auch für die AT-Einführung im Vorfeld der Einzelpsychotherapie depressiver Patienten(innen).

*Effekte der Einzelpsychotherapie versus
des kombinierten Vorgehens (Einzelpsychotherapie und AT) in der zweiten
Untersuchungsphase (zehn Wochen)*

Für den Vergleich der Standardabweichungen zwischen der Zwischen- und der Postmessung – dem Zeitraum, in dem alle Patienten(innen) Einzelpsychotherapie (z.T. kombiniert mit AT) erhalten haben – zeigen sich für die Depressivitätsindikatoren (BDI und H-Skala) und die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen in allen drei Gruppen fast durchgängig Reduktionen (Ferguson-Test: $p < .10$; außer bei der H-Skala in Gruppe A). Dies weist in Zusammenhang mit den Mittelwertsunterschieden (siehe unten) auf allgemeine (nicht-differenzielle) positive Effekte psychotherapeutischer Maßnahmen bei Depressiven in störungsspezifischen Variablen, die für die allgemeine Beschwerdenbelastung und die generalisierte Externalität in dieser Form nicht zu beobachten sind (siehe Tabelle 2).

Auf Mittelwertsebene finden sich in allen drei Gruppen für den (temporalen) Vergleich der Meßwerten aus der Zwischen- und der Postmessung für *alle* Variablen positive Effekte der Interventionen (siehe Tabelle 2; $t(11 < df < 18) > 5.78$, $p < .01$). Zwischen den Gruppen zeigen sich dabei zahlreiche bedeutsame Unterschiede der Posttestwerte (und Differenzwerte von Zwischen- und Postmessungen), die bei den Depressivitätsindikatoren und der Selbstwirksamkeit durchgängig ($p < .01$) zu Gun-

sten der Gruppen B und C ausfallen, in denen nun die Einzelpsychotherapie aufgenommen worden war und das Autogene Training weitergeführt (Gruppe B) bzw. in das AT zusätzlich eingeführt wurde (Gruppe C). Von besonderem Interesse sind dabei die Vergleiche der Effekte der reinen Einzelpsychotherapie in Gruppe A in der ersten Untersuchungsphase (Eingangs- versus Zwischenmessung) mit (1) den Effekten der Einzelpsychotherapie, in deren Vorfeld eine AT-Einführung stattgefunden hat (Gruppe B), in der zweiten Untersuchungsphase (Zwischen- versus Postmessung) und (2) den Effekten der mit der AT-Einführung kombinierten Einzelpsychotherapie (Gruppe C) in der zweiten Untersuchungsphase (Zwischen- versus Postmessung). Auf beide Vergleiche wird im folgenden genauer eingegangen.

Für den Vergleich der reinen Einzelpsychotherapie (Gruppe A zwischen Eingangs- und Zwischenmessung) mit einer Einzelpsychotherapie, in deren Vorfeld eine AT-Einführung realisiert und während der das AT weitergeführt wurde (Gruppe B; Zwischen- versus Postmessung), zeigen sich in den Differenzwerten positivere Effekte in den Depressivitätsindikatoren für das kombinierte Vorgehen in Gruppe B (siehe Tabelle 2). Für das BDI beträgt der Differenzwert in Gruppe A für die erste Untersuchungsphase $d = -5.8$, in Gruppe B liegt dieser Wert für die zweiten Untersuchungsphase bei $d = -14.6$ ($t(32) = 9.26$, $p < .01$). Für die H-Skala zeigt sich ein analoger Befund (Gruppe A: $d = -12.6$; Gruppe B: $d = -21.7$; $t(32) = 16.02$, $p < .01$). In der Selbstwirksamkeit und der allgemeinen Beschwerdenbelastung zeigen sich dagegen zwischen den Gruppe A und B keine statistisch bedeutsamen Differenzwerte ($t(32) < 1.16$,

und in der Reduktion der generalisierten Externalität erwies sich die in Gruppe A realisierte reine Einzelpsychotherapie als effektiver ($d = -13.5$) als das in Gruppe B durchgeführte kombinierte Vorgehen ($d = -6.7$; $t(32) = 4.40$, $p < .01$). Für die Standardabweichungen zeigen sich in den temporalen Vergleichen keine bedeutsamen Gruppenunterschiede (Bartlett-Box-Test: $p > .30$). Die in Tabelle 1 aufgeführten Befunde weisen ferner darauf, daß in Gruppe B nach dem AT-Erwerb und der Aufnahme der kombinierten Einzelpsychotherapie die somatischen Begleitsymptome depressiver Störungen (nach ICD-10) und die Antidepressiva-Medikation effektiver abgebaut werden konnten als in Gruppe A.

In den Vergleichen der reinen Einzelpsychotherapie (Gruppe A zwischen Eingangs- und Zwischenmessung) mit der direkt mit der AT-Einführung nach einer reinen Wartezeit kombinierten Einzelpsychotherapie (Gruppe C; Zwischen- versus Postmessung), zeigen sich in den Differenzwerten für *alle* Variablen positivere Effekte für das kombinierte Vorgehen. Dies gilt für die Differenzwerte im BDI (Gruppe A: $d = -5.8$; Gruppe C: $d = -10.7$; $t(27) = 5.17$, $p < .01$), in der H-Skala (Gruppe A: $d = -12.6$; Gruppe C: $d = -28.7$; $t(27) = 19.79$, $p < .01$), in den Selbstwirksamkeitsüberzeugungen (Gruppe A: $d = 11.5$; Gruppe C: $d = 18.1$; $t(27) = 7.33$, $p < .01$), in der generalisierten Externalität (Gruppe A: $d = -13.5$; Gruppe C: $d = -18.1$; $t(27) = 2.38$, $p < .05$) und in der allgemeinen Beschwerdenbelastung (Gruppe A: $d = -7.8$; Gruppe C: $d = -20.7$; $t(27) = 15.93$, $p < .01$). Für die Standardabweichungen zeigen sich in den temporalen Vergleichen keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Gruppen A und C (Bartlett-Box-Test: $p > .20$). Die in Tabelle 1 aufgeführten Befunde weisen jedoch

darauf, daß in Gruppe C nach der Aufnahme der mit der AT-Einführung kombinierten Einzelpsychotherapie die somatischen Begleitsymptome depressiver Störungen (nach ICD-10) und die Antidepressiva-Medikation effektiver abgebaut werden konnten als in Gruppe A.

Katamnestiche Untersuchungsbefunde

Die in Tabelle 1 aufgeführten Befunde zeigen, daß die Patienten(innen) aller drei Gruppe zum Katamnesezeitpunkt keiner Antidepressiva-Medikation (und auch keiner anderen psychopharmakologischen) bedurften. Es versteht sich, daß die Medikationen im Einzelfall in Absprache mit den behandelnden Ärzten abgesetzt wurden. Zudem befand sich kein(e) Patient(in) zum Katamnesezeitpunkt wegen einer psychischen Störung in psychotherapeutischer oder ärztlicher Behandlung.

Die in Tabelle 2 zusammengefaßten Mittelwerte und Standardabweichungen weisen für alle drei Gruppen auf eine weitgehende Stabilisierung der Therapieeffekte bei einer leichten Tendenz zur Vergrößerung der Standardabweichungen innerhalb der Gruppen (vor allem bei der H-Skala und dem Selbstwirksamkeitsmaß), die jedoch nicht statistisch bedeutsam wird (Ferguson-Test: $p > .15$). Mit einer Ausnahme ergaben sich für die Katamnesedaten auch keine statistisch signifikanten Mittelwertsunterschiede zwischen den Gruppen ($p > .30$). Die Ausnahme bezieht sich auf die allgemeine Beschwerdenbelastung (AT-SYM-G), die in den Gruppen B und C, von deren Teilnehmern(innen) unter anderem das AT gelernt wurde, signifikant niedriger liegt als in Gruppe A ($t(32) = 4.02$, $p < .01$ bzw. $t(27) = 4.77$, $p < .01$), was die Änderungssensitivität der mit dem AT-SYM erfaßten Beschwerdenbe-

lastung für den Erwerb einer systematischen Entspannungsmethode belegt (vgl. hierzu Krampen, 1991a). Über die Befunde zum guten Transfer der AT-Übungen auf den Lebensalltag (in den Gruppen B und C) wurde oben bereits berichtet.

Unter Bezug auf die Normwerte in den Manualen der verwendeten Instrumente ist die vorliegende Gesamtstichprobe ambulanter Psychotherapiepatienten und -patientinnen anhand der katamnestiche Befunde nach dem BDI als „klinisch unauffällig“ (Hautzinger et al., 1994) und nach der H-R-Skala als leicht unterdurchschnittlich hoffnungslos (PR = 45 im Vergleich zur Normierungstichprobe der H-Skalen; Krampen 1994b) zu kennzeichnen. Nach dem FKK ist die Stichprobe ferner (im Mittel) durch weitgehend der sozialen Norm entsprechende Selbstwirksamkeitsüberzeugungen (PR = 46; Krampen, 1991c) und Externalität (PR = 54) sowie nach der AT-SYM durch eine durchschnittliche Beschwerdenbelastung (PR = 50; Krampen, 1991a) zu beschreiben.

Hinweise auf die differentielle Indikation der AT-Einführung bei depressiven Patienten(innen)

Explorativ wurde in zweifaktoriellen Varianzanalysen der Frage nach möglichen differentiiellen Effekten der AT-Einführung bei depressiven Patienten(innen) nachgegangen. Als Faktor A diente die Gruppenzugehörigkeit (Gruppe A ohne AT-Einführung vs. Gruppe B und C mit AT-Einführung; die Gruppen B und C wurden zusammengefaßt, da sich für sie keine bedeutsamen differentiiellen Befunde ergaben). Als Faktor B wurden in univariaten Varianzanalysen (multivariate verboten

sich wegen zu geringem Stichprobenumfangs) sukzessiv (1) vorhandene versus nicht vorhandene Vorerfahrungen der Patienten(innen) mit dem AT oder einer verwandten Entspannungsmethode (siehe Tabelle 1), (2) das Vorhandensein versus Nicht-Vorhandensein somatischer Begleitsymptome depressiver Störungen (nach ICD-10) bei der Eingangsdiagnostik (siehe Tabelle 1), (3) die bei der Eingangsdiagnostik gegebene versus nicht gegebene Antidepressiva-Medikation (siehe Tabelle 1), (4) das Geschlecht und (5) das Alter (22- bis 44jährige versus 45- bis 69jährige) eingesetzt. Um die längerfristigen Therapieeffekte unter differentieller Perspektive evaluieren zu können, lag der Analyseschwerpunkt auf den Differenzwerten zwischen der Eingangsdiagnostik (O_1) und den katamnestic Befunden (O_4) aller in Tabelle 2 aufgeführten Variablen (als abhängige Variablen).

Für Faktor A (Einzelspsychotherapie vs AT-Einführung und Einzelspsychotherapie) ergab sich bei dieser langfristigen Evaluation der Interventionseffekte nur für die mit dem AT-SYM erfaßte allgemeine Beschwerdenbelastung ein statistisch bedeutsamer Haupteffekt zu Gunsten des kombinierten psychotherapeutischen Vorgehens ($F(1/44) = 8.58$, $p < .01$). Für die vier weiteren abhängigen Variablen zeigten sich keine statistisch bedeutsamen Haupteffekte von Faktor A ($F(1/44) < 1.87$). Für die Haupteffekte aller oben genannter Variablen, die als Faktor B verwendet wurden, ergaben sich keine Signifikanzen ($F(1/44) < 3.91$). Auch für die Wechselwirkungen von Faktor A mit der Eingangsmedikation, dem Geschlecht und dem Alter der Patienten(innen) zeigten sich keine signifikanten Effekte ($F(1/44) < 0.87$). Lediglich für die Vorerfahrungen der Patienten(in-

nen) mit systematischen Entspannungsmethoden und die spezifischen somatischen Begleitsymptome depressiver Störungen (nach ICD-10) zeigten sich für ausgewählte abhängige Variablen signifikante Interaktionsterme, die Hinweise auf die differentielle Indikation des Autogenen Trainings (als Begleitbehandlung) bei depressiven Störungen zulassen.

Nach den varianzanalytischen Befunden profitieren depressive Patienten(innen) mit den somatischen Begleitsymptomen depressiver Störungen (nach ICD-10) sowohl kurz- als auch längerfristig mehr von einer AT-Einführung in Kombination mit einer Einzelpsychotherapie als depressive Patienten(innen) ohne dieses Zusatzsyndrom. Die alleinige Einzelpsychotherapie ist bei Patienten(innen) mit somatischen Begleitsymptomen dagegen weniger effektiv als bei solchen ohne somatische Begleitsymptome. Dies gilt unter Bezug auf die Differenzwerte zwischen (1) Eingangs- und Postmessung sowie (2) Eingangsmessung und Katamnese im Hinblick auf die mit dem BDI erfaßte Depressivität ($F(1/44) > 6.33$, $p < .05$), die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen ($F(1/44) > 4.27$, $p < .05$) und die allgemeine Beschwerdenbelastung ($F(1/44) > 8.01$, $p < .01$). Diese Befunde sprechen für die spezifische Indikation des Autogenen Trainings (als Begleitbehandlung) bei depressiven Patienten(innen) mit den somatischen Begleitsymptomen depressiver Störungen nach ICD-10.

Vorerfahrungen depressiver Patienten(innen) mit dem Autogenen Training oder einer verwandten systematischen Entspannungsmethoden wirken sich dagegen beim kombinierten Vorgehen nur kurzfristig (im Vergleich von Eingangs- und Postmessung) günstig und bei alleiniger Einzelpsychotherapie ungünstig

auf die Veränderung der Selbstwirksamkeitsüberzeugungen ($F(1/44) = 5.02, p < .05$), der Beschwerdenbelastung ($F(1/44) = 4.77, p < .05$) und der BDI-Skalenwerte ($F(1/44) = 5.75, p < .05$) aus. Für die Differenzwerte aus der Eingangsdiagnostik und der Katamnese konnten dagegen in keinem Fall statistisch bedeutsame Interaktionen zwischen den Vorerfahrungen der Patienten(innen) mit Entspannungsmethoden und der Therapieform (alleinige Einzelpsychotherapie versus kombiniertes Vorgehen) festgestellt werden ($F(1/44) < 2.62$). Diese Befunde sprechen für die differentielle Indikation des Autogenen Trainings (als Begleitbehandlung) bei depressiven Patienten mit entsprechenden Vorerfahrungen unter kurzfristiger, jedoch nicht unter längerfristiger Perspektive.

Schlussfolgerungen

Zunächst sind die deutlichen längerfristigen Effekte der psychotherapeutischen Maßnahmen in allen drei Experimentalgruppen ambulanter Patienten und Patientinnen mit manifesten, klinisch relevanten depressiven Störungen hervorzuheben. Im „harten“ Kontrollgruppenvergleich sind diese Effekte freilich nur für die erste Untersuchungsphase (zehn Wochen mit zwei Sitzungen pro Woche) statistisch gegenüber einer reinen Wartelistekontrollgruppe abgesichert. Gleichwohl belegen die dazu vorliegenden Ergebnisse markante positive Veränderungen einer relativ hochfrequent angelegten methodenübergreifenden einzelpsychotherapeutischen Behandlung (mit den Schwerpunkten auf kognitiver Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie), die nicht alleine anhand der Selbstauskünfte der Patienten, sondern auch anhand wiederholter systemati-

scher Therapeutenbeurteilungen (nach ICD-10; Dilling et al., 1993) und dem Absetzen psychopharmakologischer Behandlungen nachgewiesen werden konnten.

Darüber hinaus hat sich im Vergleich zu einer reinen Wartezeit die Einführung in die Grundstufe des Autogenen Trainings in symptomheterogenen Gruppen (zur Überbrückung der Wartezeit) im Vorfeld der störungsspezifischen Einzelpsychotherapie als effektiv erwiesen. Durch sie konnte nicht nur die Anzahl der Patienten(innen) etwas verringert werden, die aufgrund psychopharmakologischer Behandlungen nach Ablauf der Wartezeit von einer dann angebotenen Psychotherapie Abstand genommen hatten. Infolge des Erwerbs des störungsunspezifischen 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 Einzelpsychotherapie qualifiziert.

Auch die Vergleiche der Effekte einer alleinigen Einzelpsychotherapie depressiver Patienten(innen) mit denen eines kombinierten Vorgehens, 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 dargestellten Befunde weisen darauf, daß insbesondere das kombinierte Vorgehen innerhalb einer kürzeren Zeitspanne zu deutlicheren Effekten in der depressiven Hauptsymptomatik, in den Selbstwirksamkeitsüberzeugun-

gen der Patienten(innen) und in ihrer allgemeinen Beschwerdenbelastung führt als die alleinige Einzelpsychotherapie. Katamnestisch 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 vorliegenden 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. Die alleinige Einzelpsychotherapie (ohne Autogenes Training) führt bei diesen Patienten(innen) zu ungünstigeren Effekten als bei Patienten(innen) ohne somatische Begleitsymptome bzw. ohne Vorerfahrungen mit systematischen Entspannungsmethoden. Wegen der relativ geringen Stichprobengrößen dieser spezifischen Gruppen bedürfen diese explorativ gewonnenen Befunde zur differentiellen Indikation freilich der Replikation. Das Gleiche gilt für schwere depressiven Störungen, die in der Regel – wegen der zumeist erheb-

lich beeinträchtigen Fähigkeiten der Patienten(innen), den Lebensalltag zu bewältigen – nur in stationären Kontexten anzutreffen sind, und andere Störungsbilder.

Betont sei abschließend erneut, 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 genauer berichtet wurde; siehe aber Krampen, 1991a) und die regelmäßige kollegiale Supervision aller Behandlungen realisiert. Nur auf diese Weise können die relativen Kontraindikationen des Autogenen Trainings bei depressiven Störungen, auf die in der Einleitung verwiesen wurde, in adäquater Form berücksichtigt werden. Im konkreten Einzelfall können sie bei der Vermittlung des Autogenen Trainings zu Abweichungen vom „Standardvorgehen“ 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 nach der Methodik der Autogenen Modifikation, 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 vorzu-

beugen, und das Autogene Training so zu einer Methode werden zu lassen, die effektiv in der Vorphase und in Kombination mit einer Einzelpsychotherapie eingesetzt werden kann.

LITERATURVERZEICHNIS

- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1981). *Kognitive Therapie der Depression*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Binder, K. (1986). Autogenes Training in der nervenärztlichen Praxis – mehr als ein Basis-Psychotherapeutikum? *Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt*, 39, 592-598.
- 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.
- 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.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1994). *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. Bern: Huber.
- Kammer, D. (1983). Eine Untersuchung der psychometrischen Eigenschaften des deutschen Beck-Depressionsinventars. *Diagnostica*, 29, 48-60.
- Krampen, G. (1991a). *Diagnostisches und Evaluatives Instrumentarium zum Autogenen Training (AT-EVA)*. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1991b). *Übungsheft zum Autogenen Training*. Stuttgart: Verlag für Angewandte Psychologie Hogrefe.
- Krampen, G. (1991c). *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)*. 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. (1994a). *Grundlagen und Strategien einer handlungstheoretischen Persönlichkeitsdiagnostik* (Trierer Psychologische Berichte, 21, Heft 4). Trier: Universität Trier, Fachbereich I – Psychologie.
- Krampen, G. (1994b). *Skalen zur Erfassung von Hoffnungslosigkeit (H-Skalen)*. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1995). Handlungstheoretische Persönlichkeitsdiagnostik. In K. Pawlik (Hrsg.), *Bericht über den 39. Kongreß der DGPs in Hamburg 1994* (S. 639-645). Göttingen: Hogrefe.
- 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.
- Lukesch, H. (1973). Testkriterien des Depressionsinventars von A. T. Beck. *Psychologie und Praxis*, 18, 60-78.
- Schultz, J.H. (1926). Über Narkolyse und autogene Organübungen: Zwei neue psychotherapeutische Methoden. *Medizinische Klinik*, 22, 952-954.
- Schultz, J.H. (1970). *Das autogene Training* (13. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Stetter, F. (1992). Autogenes Training als psychosomatische Basistherapie. *Zeitschrift für Allgemeine Medizin*, 68 (1/2), 143-144.
- Wittchen, H.-U., Schramm, E., Zaudig, M., Spengler, P., Rummeler, R. & Mombour, W. (1990). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-III-R* (Version 2.0). Weinheim: Beltz.
- 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.

Anschrift des Verfassers:
Günter Krampen, Universität Trier,
Fachbereich I – Psychologie,
D-54286 Trier
Fax: +651-309915;
E-Mail: krampen@uni-trier.de