

DIFFERENTIELLE INDIKATION VON AUTOGENEM TRAINING UND PROGRESSIVER RELAXATION

GÜNTER KRAMPEN

Fragen der differentiellen Indikation der Grundstufe des Autogenen Trainings (AT) und der Progressiven Relaxation (PR) in der klinischen Anwendungspraxis werden unter drei Perspektiven abgehandelt. Die erste Perspektive bezieht sich auf eine knappe Befundzusammenfassung zu empirischen Studien, in denen die Effekte beider Entspannungsverfahren einem direkten oder einem indirekten Vergleich unterzogen wurden. Dies resultiert in allgemeinen Indikationsempfehlungen für AT und PR, die wenig Spezifika, sondern vielmehr zahlreiche Überschneidungen aufweisen. Nach der zweiten Perspektive werden über Vergleiche der Zugänge von AT und PR konzeptuelle Klärungen vorgenommen, die in relativ pauschalen, auf Plausibilitätserwägungen basierenden differentiellen Indikationsvorschlägen münden. Die dritte Perspektive bezieht sich auf Wechselwirkungen zwischen ausgewählten Personmerkmalen und den Lern- sowie Transfererfolgen für AT versus PR, die empirisch in kontrollierten Studien mit katamnestic Absicherung bei über 600 Teilnehmern(innen) von ambulant und stationär durchgeführten Einführungskursen in primär-, sekundär- und tertiär-präventiven Anwendungskontexten gewonnen wurden. Im Vordergrund stehen dabei (1) die Vorerfahrungen der Teilnehmer(innen) mit systematischen Entspannungsverfahren, (2) ihre Teilnahmemotive sowie (3) ihre für AT und/oder PR änderungssensitiven Symptome und Beschwerdenbelastungen. Die Befunde legen ein mehrstufiges differentialdiagnostisches Vorgehen nahe, bei dem unter Beachtung absoluter und relativer Kontraindikationen von der allgemeinen Indikationsstellung ausgegangen wird, die schrittweise um die prognostisch für den Lern- und Transfererfolg bedeutsamen Variablen der Vorerfahrungen, Teilnahmemotive sowie änderungssensitiven Symptome und Beschwerden erweitert wird.

Schlüsselwörter: Autogenes Training; Progressive Relaxation; differentielle Indikation; Vorerfahrungen; Therapiemotivation; Beschwerden; Symptome; Entspannungstherapie; Entspannungstraining

Die Grundstufe des Autogenen Trainings (AT) und die Progressive Relaxation (PR) sind sowohl in der ambulanten und stationären klinischen als auch in der primär-präventiven Anwendungspraxis

verbreitet und auch formal in der Bundesrepublik Deutschland als „Richtlinienverfahren“ der psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung anerkannt. Trotz aller Unterschiede im Zu-

gang ist bislang das Wissen über die differentielle Indikation dieser alternativen systematischen Entspannungsverfahren gering. Die Befundlage wird im Folgenden zunächst knapp zusammengefasst. Danach wird eine Übersicht zu neueren Ergebnissen gegeben, die zu Aussagen über die differentielle Indikation (und damit eine Prognose der Wirksamkeit) von AT versus PR im Einzelfall verhelfen.

Grundsätzlich wird hier somit ein empirischer Ansatz verfolgt, der in großen Stichproben von Patienten(innen) und Kursteilnehmern(innen) die prognostische Bedeutung von Personmerkmalen für Lern- und Transfererfolge beim Erwerb von AT versus PR analysiert und dabei stereotype und simplifizierende (Selbst-)Zuordnungen dieser beiden Entspannungsverfahren zu historisch überkommenen „Therapieschulen“ hinter sich lässt. Solche Zuordnungen zu bestimmten „Schulen“ scheinen allgemein für Patienten(innen) ohnehin erheblich weniger Bedeutung zu haben als für manche Psychologen/innen und Psychotherapeuten/innen (siehe hierzu etwa Krampen, 2002a). Nach dem integrativen Ansatz einer Differentiellen und Allgemeinen Psychotherapie (bzw. psychologischen Intervention; vgl. hierzu etwa Grawe, Donati & Bernauer, 1994, Kapitel 6; Krampen, 2002a) geht es nicht um allenfalls noch historisch begründbare Zuordnungen des AT zu tiefenpsychologisch fundierten oder humanistischen Therapieschulen bzw. der PR zur Verhaltenstherapie, sondern vielmehr um die Frage, welche differentielle Merkmale dabei helfen können, empirisch gestützte Vorhersagen für die

Wahrscheinlichkeit von Lern- und Transfererfolgen bei der Anwendung unterschiedlicher Verfahren (AT versus PR) aus dem allgemeinen Interventionsrepertoire der Psychologie zu treffen.

1. Autogenes Training und Progressive Relaxation im empirischen Vergleich: eine Bestandsaufnahme

In der knappen Befundübersicht zur Frage der differentiellen Wirksamkeit soll hier zwischen direkten empirischen Vergleichen der Effekte von AT versus PR und indirekten Vergleichen ihrer Effekte unterschieden werden.

Direkte Effektvergleiche beziehen sich auf die Ergebnisse kontrollierter, „echter“ experimenteller Studien mit Randomisierung, in denen Probanden/innen bzw. Patienten/innen also nach dem Zufall einer AT- versus einer PR-Bedingung zugewiesen werden. Direkt verglichen werden die Lern- und Transferprozesse beim Erwerb des jeweiligen Entspannungsverfahrens sowie die Effekte in anderen „Outcome“-Maßen (etwa Symptom- und Beschwerdenlisten, psychophysiologischen Entspannungsindikatoren, Befindlichkeitsmessungen, störungs- bzw. präventionsrelevanten Variablen etc.) zwischen den beiden Experimentalgruppen mit AT versus PR, denen im Idealfall eine (Warteliste-)Kontrollgruppe gegenübersteht.

Indirekte Vergleiche der Effekte von AT oder PR beziehen sich dagegen auf die Ergebnisse von Studien, in denen – im ersten Schritt – die Effekte eines der beiden Entspannungsverfahren nach vor-

experimentellen, quasi-experimentellen oder experimentellen Designs mit denen anderer Interventionen oder im Kontrast zu einer Kontrollgruppe ohne Intervention verglichen werden. Die Befunde werden – im zweiten Schritt – verfahrensspezifisch zusammengefasst (etwa qualitativ-narrativ oder in quantitativen Metaanalysen) und – im dritten Schritt – miteinander verglichen. Dies geschieht „indirekt“, da von einer Randomisierung der Probanden keine Rede sein kann und damit über die Vergleichbarkeit derjenigen, die an AT-Einführungen beteiligt sind, zu denen, die an PR-Einführungen beteiligt sind, ebenso keine bzw. allenfalls indirekte und vage Aussagen gemacht werden können wie über andere potentiell relevante Variablen, die etwa das Interventionssetting, die Kursleitung und -durchführung, die Effektmaße etc. betreffen.

Direkte (experimentelle) Vergleiche von AT versus PR

Für die experimentelle Befundlage zu direkten Effektvergleichen für AT versus PR ist zunächst die erstaunlich geringe Anzahl entsprechender Publikationen zu konstatieren. Ausführlichste Literaturrecherchen, natürlich auch unter Nutzung der einschlägigen Fachliteraturdatenbanken PsycINFO und PSYINDEX, führten lediglich zur Identifikation von 16 einschlägigen Arbeiten, in denen eine Randomisierung der Teilnehmer/innen zu AT-versus PR-Einführungen vorgenommen wurde. In 11 dieser Publikationen wurden ähnliche Effekte von AT und PR beobachtet (d.h., keine signifikanten Effek-

tunterschiede), in zwei Studien wurden signifikant positivere Effekte für AT und in einer Studie signifikant positivere Effekte für PR ermittelt. In den beiden weiteren experimentellen Arbeiten ergaben sich für einige „Outcome“-Maße vergleichbare, für andere signifikant unterschiedliche Effekte von AT und PR.

Ähnliche Effekte von AT und PR, d.h., *statistisch nicht bedeutsame Unterschiede zwischen den beiden Entspannungsmethoden* werden berichtet für

- *psychophysiologische Indikatoren der kurzfristigen Induktion und Ausprägung des Entspannungszustandes* (Psychogalvanischer Hautreflex, Atemrhythmus, Herzrate, Hauttemperatur und Elektromyogramm, EMG). AT und PR führten nach den Befunden von Garcia-Fernandez-Abascal und Miguel-Tobal (1979), Miguel-Tobal und Garcia-Fernandez-Abascal (1980), Schneider, Rawson und Bhatnagar (1987) sowie Shapiro und Lehrer (1980) zu vergleichbaren und signifikant stärkeren Effekten als Hypnose und eine unspezifische Entspannungsinstruktion, erwiesen sich aber beide in der Beeinflussung der Muskelentspannung einem EMG-Biofeedback-Training als unterlegen (Schneider et al., 1987);
- *statistisch bedeutsame Symptomreduktionen bei Raynauds Krankheit* durch mehrwöchige Anwendung von AT, PR und einer Kombination des AT mit einem Hauttemperatur-Feedback (Keefe, Surwit & Pilon, 1980);
- *die Symptomreduktion bei chronifizierten, nicht organisch bedingten*

- Schlafstörungen* (Engel-Sittenfeld et al., 1980; Nicassio & Bootzin, 1974);
- die kurz- und mittelfristige Symptomreduktion bei *Migräne-Patienten/innen* (Blanchard et al., 1978; Janssen & Neutgens, 1986);
 - Reduktionen in Fragebogenskalen zur „*Ängstlichkeit*“ und zur „*Depressivität*“ bei Patienten/innen und Gesunden (Engel-Sittenfeld et al., 1980; Nicassio & Bootzin, 1974; Shapiro & Lehrer, 1980; Vasilos, 1977);
 - die kurz- und mittelfristige Abnahme des Augeninnendrucks sowie die Reduktion der Medikation bei *Glaukom-Patienten/innen* (Kaluza & Stempel, 1995);
 - *Reaktionslatenzen* in lexikalischen Entscheidungsaufgaben und den Zugriff auf semantische Informationen (Liebelt, Maier, Gruber & Spitzer, 1999);
 - ihre Effekte auf das berufliche Stresserleben und die Ängstlichkeit von Teilzeitbeschäftigten, die allerdings nicht gegenüber einer Wartelistekontrollgruppe abgesichert werden konnten (Gustitus, 1997).

Statistisch signifikant stärkere Effekte des AT im Vergleich zur PR werden in experimentellen Studien mit Randomisierung dargestellt, die sich auf die folgenden Variablen beziehen:

- Ausprägung spezifischer *subjektiver Schwere- und Wärmesensationen* sowie von Angaben zur *Atmungstiefe* (Shapiro & Lehrer, 1980);
- Auftreten *mentaler Bildvorstellungen und Emotionen* im Rapport nach der Entspannungsübung (Borgeat, Stravynski & Chaloult, 1983);

- elektromyographisch abgeleitete *Muskelentspannung* und Angaben zur subjektiven *Leichtheit der Entspannungsübungen* bei psychiatrischen Patienten mit Angststörungen (Takaishi, 2000);
- Symptomreduktion bei *kombinierten chronischen Kopfschmerzen* (Kombination von Migräne und Spannungskopfschmerz; Janssen & Neutgens, 1986).

Im Vergleich zum AT *signifikant günstigere Effekte der PR* werden in zwei experimentellen Studien mit Randomisierung berichtet, die sich beide auf die Symptomreduktion bei Patienten/innen mit *Spannungskopfschmerzen* beziehen (Janssen & Neutgens, 1986; Kröner & Heiss, 1982).

Zusammengenommen ergibt sich eine quantitativ eher dünne, qualitativ etwas verworrene experimentelle Befundlage zu den Unterschieden und Gemeinsamkeiten in den kurz- und mittelfristigen Effekten von AT versus PR. Die überwiegende Mehrheit der Ergebnisse belegt ähnliche Wirkungen der beiden systematischen Entspannungsmethoden, Spezifika deuten sich nur an einigen Stellen an und können recht gut auf die spezifischen Vorgehensweisen von AT versus PR zurückgeführt werden (siehe hierzu Abschnitt 2). Demnach wäre also eher von ähnlichen Effekten der AT-Grundstufe und der PR auszugehen als von methodenspezifischen.

Indirekte Vergleiche der Effekte von AT oder PR

Auch die Arbeiten zu indirekten Vergleichen der Effekte von AT und PR basieren auf empirischen Untersuchungsbefunden. Im Unterschied zu den direkten Vergleichsstudien aus der empirischen Primärforschung beziehen sich diese Arbeiten jedoch auf Literaturübersichten. Eingeschlossen werden dabei in der Regel auch Befunde aus vor-experimentellen und quasi-experimentellen Studien zu beiden oder auch nur zu einem der beiden Entspannungsverfahren. Die Empirie ist somit heterogen und gestattet nur indirekte Vergleiche von Befundmustern.

Den Ausgangspunkt indirekter Vergleiche bilden in der Regel narrative oder quantifizierende Literaturzusammenfassungen zu einem der beiden Entspannungsverfahren. Im deutschen Sprachraum prominent geworden ist dabei vor allem die Quasi-Metaanalyse („quasi“, da auf eine quantifizierende Effektstärkenberechnung verzichtet wurde) von Grawe et al. (1994), in der nur wenige auf das AT bezogene Studien (mit eher ungünstigem Ergebnis) relativ vielen auf die PR bezogene Studien (mit eher günstigem Ergebnis) gegenübergestellt, mithin einem indirekten Vergleich unterzogen werden. Das Resultat dieses indirekten „Meta-Meta“-Vergleichs fiel bei Grawe et al. (1994) für das AT ungünstig aus, obwohl von den Autoren/innen gleichzeitig der vergleichsweise zu den PR-Studien höhere methodische Standard der AT-Studien angemerkt wird. Dieser Zusatz wurde in der Rezeption der Arbeit von Grawe et al. ebenso wenig beachtet wie der Umstand,

dass in den wenigen von den Grawe et al. beachteten Primärstudien zum AT die „AT-Gruppe“ in der Regel als „Kontrollgruppe mit symptom-unspezifischer Behandlung“ diente, die höher frequenten symptomorientierten einzeltherapeutischen Maßnahmen in der empirischen Effektprüfung gegenübergestellt wurde (siehe hierzu etwa auch Krampen, 1997). Wichtiger als dies ist aber, dass die von Grawe et al. (1994) vorgelegten Interpretationen auf dem Hintergrund neuerer sowohl qualitativ-narrativer Literaturübersichten zum AT (vgl. etwa Krampen, 1998; Linden, 1994; Stetter & Kupper, 1998) als auch echter quantitativer metaanalytischer Befunde (Stetter & Kupper, 2002) zur Befundlage zum AT obsolet geworden sind (für die PR siehe etwa neben Grawe et al., 1994, auch Eppley, Abrams & Shear, 1989).

Auf metaanalytischen Befundübersichten zum AT und zur PR sowie auf darauf bezogene indirekte Vergleiche von AT und PR basieren Indikationsempfehlungen oder -leitlinien, die etwa auf Konsensuskonferenzen von Experten/innen aus Psychologie und Medizin mit den Zielsetzungen einer „evidence based medicine“ bzw. „evidence based psychotherapy/psychological intervention“ entwickelt werden. Der Fokus liegt dabei auf der *allgemeinen Indikationsstellung*, die vor allem auf Störungen mit Krankheitswert (nach der ICD-10), aber bei AT und PR natürlich auch auf die Aufgabenstellungen der primären Prävention bezogen sind. In der Regel werden dabei unter mehr oder weniger engem Bezug auf die klassifikatorische Diagnostik für unterschiedliche Primärdiagnosen allgemeine Empfehlun-

gen für die Anwendung von AT und/oder PR gegeben, in denen Komorbiditäten ebenso kaum beachtet werden wie die Frage der Anwendung im Kontext unterschiedlicher Behandlungssettings bzw. -phasen.

In Tabelle 1 wird eine entsprechende Übersicht zur allgemeinen Indikation von AT und/oder PR bei psychischen und somatoformen Störungen mit Krankheitswert (nach der ICD-10 und dem SGB-V) gegeben, in der nach ihrer Indikation in der Vor-, Begleit- und Nachbehandlung differenziert wird. Zusätzlich werden knappe Hinweise auf mögliche relative Kontraindikationen gegeben, die bei einer Vielzahl von Störungsbildern zu beachten sind (siehe hierzu auch Krampen, 1998, 2002b).

Die in Tabelle 1 vor allem auf dem Hintergrund indirekter Vergleiche von AT und PR gegebenen allgemeinen Indikationsempfehlungen weisen zunächst (ähnlich wie die Übersicht zu den Befunden aus direkten Vergleichsstudien) auf die relativ hohe Anzahl der Störungsbilder, bei denen sowohl AT als auch PR potentiell allgemein indiziert ist. Auch hier dominieren somit die Ähnlichkeiten von AT und PR gegenüber den Unterschieden. Weitgehend unbeachtet bleiben komorbide Störungsbilder, die in der klinischen Praxis sehr häufig, ja nahezu der Regelfall sind, und die Anwendungen beider systematischer Entspannungsverfahren in der primären Prävention, also bei Personen ohne Störung mit Krankheitswert. Dies folgt zunächst natürlich direkt aus der Begrenzung entsprechender Indikationsempfehlungen auf die klassifikatorische Diagnostik psychischer Störungen und – da-

mit verbunden – die Beschränkung auf die Grundfrage der allgemeinen Indikation im Sinne der Fragen nach der Krankheitswertigkeit und der Behandlungsnotwendigkeit (nach SGB V). Die nachgeschalteten Fragen nach der Zweckmäßigkeit und der Wirtschaftlichkeit einer Behandlung (nach SGB V) können nicht allein anhand der Befunde aus der deskriptiven, klassifikatorischen Diagnostik beantwortet werden, sondern erfordern vielmehr eine ätiologisch und eine prognostisch orientierte Differentialdiagnostik, deren Befunde in die *differentielle Indikationsstellung* von spezifischen Behandlungsmaßnahmen (hier AT versus PR) münden (siehe hierzu etwa Krampen, 2002a, 2002b). Zu hoffen bleibt, dass durch eine entsprechende differentielle Indikation, bei der die Anwendung von AT versus PR auf die spezifischen biographischen und prognostisch relevanten Merkmale von Patienten/innen und anderen Personen abgestimmt wird, die in der Regel mit 20-35% recht hohe „drop-out“-Quote in AT- und PR-Einführungen reduziert sowie die mit ca. 20-35% Quote der Teilnehmer/innen, denen es gelingt, die Entspannungsübungen nach Kursabschluss in ihren Lebensalltag zu integrieren (Transferquote), maximiert werden kann. Bevor in Abschnitt 3 auf entsprechende Überlegungen und Befunde eingegangen wird, wird im folgendem Abschnitt zunächst versucht, über Vergleiche der Entspannungszugänge von AT versus PR zu konzeptuellen Klärungen zu kommen, die (quasi über Personen „gemittelt“) zur differentiiellen Indikation beitragen können.

Tabelle 1: Indikation von Autogenem Training und Progressiver Relaxation in der Vor-, Begleit- und Nachbehandlung von Störungen mit Krankheitswert nach ICD-10 (nach Krampen, 2002b)

Störung	Status ^a			indiziert ist primär	zu beachten
	V	B	N		
somatoforme Störungen (F45.x)	+	+	+	AT/PR	- medizinische Abklärung - psychodiagnost. Abklärung - AT: Organformeln
Somatisierungsstörung (F45.0/1)	+	+	+	AT/PR	
hypochondrische Störung (F45.2)	-	+	+	AT/PR	- relative Kontraindikationen!
auton. Funktionsstörung (F45.3x):					
- kardiovaskulär (F45.30)	-	+	+	AT/PR	- relative Kontraindikationen!
- gastrointestinal (F45.31/32)	+	+	+	AT	- relative Kontraindikationen!
- respiratorisch (F45.33)	+	+	+	AT	- relative Kontraindikationen!
anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4)	+	+	+	AT	
parasymphatisch geprägte Störungen (z.T. F54)	+	+	+	PR/AT	- nur im symptomfreien Zustand - relative Kontraindikationen!
direkt durch Muskelverspannungen bedingte Störungen	+	+	+	PR	
psychische Störungen	+	+	+	AT/PR	- psychodiagnost. Abklärung - mediz. Konsiliarbericht
Abhängigkeitsstörungen (F1x)	-	+	+	AT	
wahnhaftige Störungen (F2x)	-	+	+	AT/PR	- relative Kontraindikationen
affektive Störungen (F3x)	+	+	+	AT/PR	- relative Kontraindikationen!
phobische Störungen (F40.x)	+	+	+	PR	- bei AT-Vorerfahrungen: AT-Grundübungen
andere Angststörungen (F41.x)	+	+	+	AT	
Zwangsstörungen (F42.x):					
- Zwangsgedanken (F42.0)	-	+	+	PR	- relative Kontraindikationen!
- Zwangshandlungen (F42.2)	-	+	+	AT	- relative Kontraindikationen!
- gemischt (F42.2)	-	+	+	PR	- relative Kontraindikationen!
Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen (F43.x)	-	+	+	PR	- ggfs. kurze Entspannungsübungen - mittelfristig auch AT
dissoziative Störungen (F44.x)	-	-	-	-	- Kontraindikationen!
Neurasthenie (F48.0)	+	+	+	AT/PR	

Tabelle 1: Fortsetzung

Störung	Status ^a			indiziert ist	zu beachten
	V	B	N		
Depersonalisationssynd. (F48.1)	-	-	-	-	- Kontraindikationen!
Ess-Störungen (F50.x)	-	+	+	PR/AT	- relative Kontraindikationen!
nicht-org. Schlafstörungen (F51.x)	-	+	+	AT	
sex. Funktionsstörungen (F52.x)	+	+	+	AT/PR	
psychische St. im Wochenbett	+	+	+	AT/PR	- relative Kontraindikationen!
Substanzabusus ohne Abh. (F55.x)	-	+	+	AT/PR	
Persönlichkeitsstörungen (F60.x)	+	+	+	AT/PR	- relative Kontraindikationen!
St. der Impulskontrolle (F63.x)	+	+	+	AT/PR	
Intelligenzminderungen (F7x)	+	+	+	AT/PR	- ggfs. supportiver
Entwicklungsstörungen (F8x):					
- Sprechen/Sprache (F80.x)	+	+	+	AT	
- schulische Fertigkeiten (F81.x)	-	+	+	AT/PR	
- motorische Funktionen (F82)	+	+	+	PR	
- tiefgreifende (F84.x)	-	+	+	AT/PR	- relative Kontraindikationen!
hyperkinetische St. (F90.x)	+	+	+	AT/PR	- relative Kontraindikationen!
St. des Sozialverhaltens	-	+	+	AT/PR	- relative Kontraindikationen!
emotionale Störungen (F93.x)	+	+	+	AT/PR	- relative Kontraindikationen!
St. sozialer Funktionen (F94.x)	-	+	+	AT/PR	- relative Kontraindikationen!
Ticstörungen (F95.x)	+	+	+	AT	
Enuresis (F98.0)	+	+	+	PR/AT	
Enkopresis (F98.1)	+	+	+	PR/AT	
stereotype Bewegungsst. (F98.4)	+	+	+	PR/AT	
Stottern/Stammeln (F98.5)	+	+	+	AT	
Poltern (F98.6)	+	+	+	AT/PR	

^aBehandlungsstatus: indiziert (+) bzw. nicht indiziert (-) in Vorbehandlung (V), Begleitbehandlung (B) und Nachbehandlung (N)

2. Autogenes Training und Progressive Relaxation im konzeptuellen Vergleich: Klärungsversuche

Standen mit Ausprägungen von und Veränderungen in „Outcome“-Maßen sowie mit klinischen Diagnosen (nach ICD-10) im vorherigen Abschnitt Personmerkmale im Vordergrund, so wird nun der Fokus auf die Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Zugang von AT und PR, mithin die *Merkmale der Interventionsmethoden* gelegt.

Im breiteren Kontext systematischer Entspannungsverfahren können AT und PR zunächst in Anlehnung an Vaitl (1982) nach den Methodenspezifika der Auto- versus Heterosuggestivität bei der Entspannungsinduktion, der aktiven versus passiven Grundhaltung bei der Durchführung und (3) der primären Entspannungsreaktion (körperlich versus psychisch) klassifiziert werden (siehe Tabelle 2).

AT und PR unterscheiden sich nach Tabelle 2 in den drei Vergleichskriterien und können nach diesen Kriterien auch von den meisten anderen systematischen Entspannungsverfahren abgegrenzt wer-

Tabelle 2: Klassifikation von Entspannungsmethoden nach (1) ihrer Auto- versus Heterosuggestivität, (2) der aktiven versus passiven Entspannungsinduktion (Grundhaltung der Person) und (3) der primären Entspannungsreaktion (erweitert in Anlehnung an Vaitl, 1982, nach Krampen, 1992/1998, 2002b)

systematische Entspannungsmethode	Entspannungsinduktion				primäre Entspannungsreaktion	
	Suggestivität		Grundhaltung		körperlich	psychisch
	autosug.	heterosug.	aktiv	passiv		
Autogenes Training	+	-	-	+	+	(+)
Hypnose	-	+	-	+	+	(+)
Progressive Relaxation	(+)	-	+	-	+	-
Biofeedback-Methoden	-	-	+	-	+	-
Aktive Tonusregulation (Stokvis)	(+)	-	+	-	+	(+)
Funktionelle Entspannung (Fuchs)	+	-	+	-	+	-
Fokussierte Aufmerksamkeitslenkung	-	+	-	+	+	-
Phantasiereisen	-	+	-	+	+	-
Yoga-Atempraktiken	+	-	+	-	+	-
Meditation	+	-	-	+	(+)	(+)

Anmerkung: + = überwiegend realisiert; (+) = teilweise realisiert; - = selten oder nie realisiert

den. Die methodischen und konzeptuellen Spezifika des AT beziehen sich darauf, dass es (1.) eine autosuggestive Technik ist, die (2.) in der Grundhaltung der passiven Selbstkonzentration durchgeführt wird und (3.) nach einiger Praxis von der primär körperlichen Entspannungsreaktion unmittelbar in die psychische Entspannung führt. Für das klassische Vorgehen der PR nach Jacobson (1924) werden dagegen (1.) autosuggestive Elemente verneint sowie (2.) die körperliche Aktivität und (3.) die primär körperliche Qualität der Entspannungsreaktion betont.

Dieser Vergleich der Zugänge von AT versus PR gestattet die Ableitung weiterer spezifischer Merkmale von AT versus PR, die sich auch auf die Lern- und Transferprozesse beziehen (siehe Tabelle 3). Gleichzeitig wird unter dem Vergleichskriterium der „Ausweitungsmöglichkeiten“ von AT und PR insbesondere für einige modernere Varianten der PR (etwa mit der Mentalisierung sowie der Nutzung von Ruhebildern und von formelhaften Vorsätzen) eine Verwischung der methodischen Spezifika der PR deutlich, da diese mit einer Verstärkung der Autosuggestivität und der Ausweitung der körperlichen Entspannungsreaktion auf die psychische verbunden sind. Entsprechend verweist Lehrer (1996) darauf, dass für die klassischen körperlich orientierten Entspannungsverfahren (wie PR) die deutlichsten Effekte im muskulärskeletalen System, für die klassischen autosuggestiven und imaginativen Entspannungsverfahren (wie AT) dagegen die deutlichsten Effekte im vegetativen Nervensystem zu registrieren sind, dass die modifizierten PR-Varianten aber einen stärker mentalen

und weniger körperlichen Fokus als die Originalversion nach Jacobson aufweisen. Ähnliches gilt für die AT-Variante des „autogenic feedback training“, in dem Autosuggestivität und passive Grundhaltung durch die Kombination des AT mit Biofeedback-Methoden (siehe auch Tabelle 2) reduziert werden.

Gleichwohl lassen sich aus den in den Tabellen 2 und 3 aufgeführten methodischen und konzeptuellen Unterschieden zwischen AT und PR aufgrund von Plausibilitätserwägungen einige Aussagen zur differentiellen Indikation beider Methoden ableiten. So ergibt sich etwa, dass AT eher dann indiziert ist,

- wenn körperliche Schonung notwendig ist,
- wenn die Imaginations- und Konzentrationsfähigkeit gefördert werden sollen,
- wenn Entspannungsübungen auch und vor allem in sozialen Situationen durchgeführt werden sollen,
- wenn ein Wunsch nach Selbsterfahrungen und/oder Meditation besteht etc.

PR ist dagegen etwa dann eher indiziert,

- wenn körperliche Aktivierung erwünscht ist,
- wenn muskulär bedingte Beschwerden vorhanden sind,
- wenn ein hoher kurzfristiger Interventionsbedarf besteht,
- wenn ein Wunsch nach differenzierter Schulung des Muskelsinns besteht etc.

Diese Indikationsempfehlungen sind zwar plausibel, jedoch recht pauschaler

Tabelle 3: Merkmale des Autogenen Trainings und der Progressiven Relaxation im Vergleich (in Anlehnung an Krampen, 1992/1998, 2002b; Ohm, 1995; Vaitl, 1982)

Merkmal	Autogenes Training	Progressive Relaxation
individueller Zugang	über Konzentration und mentale Vorstellungen	über Willkürmuskulatur
Suggestivität	autosuggestiv	zunächst nicht suggestiv/rein übend
primäre Entspannungsreaktion	körperlich und psychisch	körperlich
Lerndauer	relativ länger	relativ kürzer
Dauer von Einzelübungen	relativ kurz	relativ lang
körperliche Aktivität	gering	hoch
mentale Aktivität	hoch	geringer
soziale Verträglichkeit (Übung in Anwesenheit anderer Personen)	gut bis sehr gut	gering
kurzfristige Wirkungen (Initialeffekte)	geringer	stärker
mittel- und langfristige Wirkungen	stärker	geringer
Einbezug der Muskulatur	unspezifisch	hoch differenziert
Einbezug der Blutgefäße und des Kreislaufs	ja, stark	nein, unspezifisch
Einbezug von Körperorganen	ja	nein
optionale leistungsbezogene Reaktivierung	vorhanden	nicht vorhanden
Ausweitungsmöglichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> - Organübungen - formelhafte Vorsätze - autogene Meditation/ „Oberstufe“ - tiefenpsychol. fund. Therapie - mentales Training 	<ul style="list-style-type: none"> - syst. Desensibilisierung - Ruhebilder am Übungsende - mentales Training - ggfs. Mentalisierung - ggfs. formelhafte Vorsätze

Art, da zwar einige Methodenspezifika beachtet, diese aber nur exemplarisch und eher grob mit Personmerkmalen in Verbindung gebracht werden. Sinnvoll ist somit die systematische Ausweitung dieses Ansatzes und – vor allem – die empirische Prüfung des Vorhersagewerts von

Personmerkmalen für Erfolge beim Erwerb und Alltagstransfer von AT versus PR.

3. Differentielle Indikation für AT und PR anhand prognostisch relevanter Personmerkmale

In Abschnitt 1 wurde versucht, anhand von *Personmerkmalen* (Ausprägungen von und Veränderungen in „Outcome“-Maßen sowie klinische Diagnosen nach ICD-10) zur Klärung der Frage nach der Indikation von AT und PR beizutragen, in Abschnitt 2 standen beim gleichen Bemühen dagegen *Merkmale der Interventionsmethoden* AT und PR im Vordergrund. Diese literaturgestützte Suchen nach „Haupteffekten“ von Personmerkmalen und Methodenmerkmalen resultierten in Aussagen zu eher methodenunspezifischen allgemeinen Indikationen von AT und PR in der Vor-, Begleit- und Nachbehandlung relativ vieler Störungsbilder sowie einigen exemplarischen, pauschalen Indikationsempfehlungen, die weitgehend auf Plausibilitätsüberlegungen basieren. Insgesamt erwiesen sich beide Zugänge für die Frage nach der differentiellen Indikation von AT und PR als wenig ergiebig. Zentral für die differentielle Indikation alternativer Interventionsmethoden ist die Analyse der Interaktion von Person- und Methodenmerkmalen, also die Frage, bei welchen Personen welche Methode zu den besten Resultaten führt. In einer Serie kontrollierter, experimenteller Studien wurde dieser Frage für Standardeinführungen in das AT (vgl. hierzu etwa Krampen, 1998) versus die PR (vgl. hierzu etwa Ohm, 1999) nachgegangen.

In Kleingruppen waren an den Studien über 600 Teilnehmer/innen (Jugendliche

ab 16 Jahren und Erwachsene; gut 60% Teilnehmerinnen) von ambulant und stationär durchgeführten Kursen in Anwendungskontexten der sekundären und tertiären Prävention (Begleitbehandlung psychischer und somatoformer Störungen) sowie der primären Prävention (offene Erwachsenenbildung und Gesundheitsförderung) beteiligt (exakte Angaben dazu finden sich bei Krampen, 2002a, 2002c). Durchgeführt wurden mindestens Datenerhebungen vor Kursbeginn, am bzw. kurz nach dem Kursabschluss und minimal drei Monate nach Kursabschluss. Im Vordergrund der folgenden Befundübersicht stehen standardisierte Erhebungen zu

- (1.) den Vorerfahrungen der Teilnehmer/innen mit systematischen Entspannungsverfahren [erfasst mit dem „Anamnesebogen“ für Entspannungstraining und -therapie (ET-ANAM, Seite 1; Krampen, 2002b)],
- (2.) den Teilnahmemotiven [ET-ANAM, Seite 3; Krampen, 2002b] und
- (3.) der subjektiven Beschwerden- und Symptombelastung [erfasst mit der „Änderungssensitiven Symptomliste“ zu Entspannungstraining und -therapie (ET-SYM; Krampen, 2003), die eine Fortschreibung der „Änderungssensitiven Symptomliste zum Autogenen Training (AT-SYM) aus dem „Diagnostischen und Evaluativen Instrumentarium zum Autogenen Training“ (AT-EVA; Krampen, 1991) ist].

Im Fokus stehen damit ausgewählte Personmerkmale, denen nach theoretischen Konzeptionen zur Behandlungsmo-

tivation und „compliance“ (vgl. etwa Kanfer, 1996; Meichenbaum & Turk, 1994) eine grundlegende Bedeutung für Behandlungsverläufe und -erfolge zukommt. Im Kontext psychotherapeutischer Maßnahmen beziehen sie sich etwa auf die für die differentielle Indikationsstellung und Behandlungsprognose relevanten allgemeineren Variablenbereiche der Vorbehandlungen, der Therapiemotive und des Leidensdrucks (siehe hierzu etwa Krampen, 2002a). Mit den o.g. Erhebungsverfahren werden diese Konzepte interventionsspezifisch für die AT- bzw. PR-Einführung erfasst (wodurch eine hohe Akzeptanz bei den Teilnehmern/innen gewährleistet ist). Für die Daten aus den Vorher-Erhebungen wird der Vorhersagewert für Lern- und Transfererfolge beim AT versus bei der PR überprüft. Kurzfristige „Outcome“-Maße sind dabei Kursabbrüche und die subjektive Qualität der AT- versus PR-Übungen am Ende der Einführungskurse, mittelfristige beziehen sich auf die Häufigkeit von AT- versus PR-Übungen im Lebensalltag und die subjektive Qualität dieser Entspannungsübungen minimal drei Monate nach Abschluss der Einführung in das Entspannungsverfahren. Das katamnestische Erfolgskriterium wurde auf die Angabe festgelegt, dass die Entspannungsübung wenigstens „1 x pro Woche“ oder häufiger angewendet wird.

Vorerfahrungen mit Entspannungsverfahren

In Tabelle 4 sind die inhaltlichen Ergebnisse zur differentiellen Indikation sy-

stematischer Entspannungsverfahren anhand der Vorerfahrungen von Kursteilnehmern/innen zusammengefasst. Alle Interpretationshinweise gehen auf Effekte zurück, die zumindest bei $p < .05$ inferenzstatistisch abgesichert sind (siehe hierzu Krampen, 2002b, 2002c) und beziehen sich sowohl auf die oben genannten kurzfristigen als auch die mittelfristig, katamnestisch festgestellten Erfolgskriterien beim Erwerb und Transfer von AT versus PR. Das in Tabelle 4 zusammengefasste Befundmuster zur primären Indikation von AT versus PR in Abhängigkeit von Vorerfahrungen mit einschlägigen versus andersartigen Entspannungsverfahren ist plausibel und bedarf keiner weiteren Kommentierung. Ergänzend werden in Tabelle 4 Hinweise auf weitere Personvariablen gegeben, die bei der differentiellen Indikationsstellung ggfs. zu beachten sind. Diese beziehen sich vor allem auch auf die Teilnahmemotive der Personen sowie die von ihnen angezielten Anwendungsbereiche und -situationen.

Teilnahmemotive

Hinweise zur differentiellen Indikation von AT versus PR aufgrund von Teilnahmemotiven sind in Tabelle 5 zusammengestellt (zu den Befunden der statistischen Analysen siehe Krampen, 2002b, 2002c). Auch hier beziehen sich die Befunde sowohl auf die Vorhersage der kurzfristigen als auch auf die Vorhersage der mittelfristigen, katamnestisch festgestellten Erfolgskriterien beim Erwerb und Transfer von AT versus PR. Wichtig ist dabei vor allem auch der bei den ersten

Tabelle 4: Interpretationshinweise zur differentiellen Indikation systematischer Entspannungsverfahren aufgrund der mit ET-ANAM erhobenen Vorerfahrungen der Teilnehmer/innen (nach Krampen, 2002b)

Vorerfahrung mit	Qualität der Vorerfahrung	primär indiziert ist	zu beachten
Autogenem Training	positiv	AT	- gelernte Übungsvarianten - individueller Übungsstand
	negativ	PR oder anderes körperorientiertes Verfahren	- Exploration der AT-Erfahrungen und Lernprobleme
Progressiver Relaxation	positiv	PR	- gelernte Übungsvarianten - individueller Übungsstand
	negativ	AT oder anderes mentales Verfahren	- Exploration der PR-Erfahrungen und Lernprobleme
Yoga/Meditation	positiv	AT	- Lernprobleme aufgrund von Körperhaltung wahrscheinlich - Klärung von Anwendungssit. und Teilnahmemotiven
	negativ	PR oder AT	- Exploration der Vorerfahrungen und Probleme
anderem Entspannungsverfahren	positiv	- bei körperorientierten Vorerfahrungen PR - bei mentalen Vorerfahrungen AT	- Klärung von Anwendungssit. und Teilnahmemotiven
	negativ	AT oder PR	- Exploration der Vorerfahrungen und Probleme
keine		AT oder PR	Klärung von Anwendungssit. und Teilnahmemotiven

fünf in Tabelle 5 aufgeführten Motiven zusätzlich gegebene Hinweis, dass dann, wenn nur Motive aus diesem Fünfer-Block benannt werden, eine weitergehende motivationale Abklärung im Einzelfall dringlich ist, um die Wahrscheinlichkeit

von unnötigen Kursabbrüchen zu reduzieren. Treten andere Motive hinzu, so besteht dieses Problem nicht.

Tabelle 5: Interpretationshinweise zur differentiellen Indikation systematischer Entspannungsverfahren aufgrund der Teilnahmemotive (nach Krampen, 2002b)

Motiv	primär indiziert ist	zu beachten
ärztlicher Rat	AT/PR	- Rückfrage/ggfs. medizinische Abklärung - ggfs. psychodiagnostische Abklärung - wenn einziges Motiv: motivationale Abklärung und Motivationsförderung (etwa Anwendungssituationen)
psycholog. Rat	AT/PR	- Rückfrage/ggfs. medizinische Abklärung - ggfs. psychodiagnostische Abklärung - wenn einziges Motiv: motivationale Abklärung und Motivationsförderung (etwa Anwendungssituationen)
Rat von Bekannten/ Freunden	AT/PR	- wenn einziges Motiv: motivationale Abklärung und Motivationsförderung (etwa Anwendungssituationen)
Neugier	AT/PR	- wenn einziges Motiv: motivationale Abklärung und Motivationsförderung (etwa Anwendungssituationen)
akute Belastung/ Lebenskrise	PR	- Rückfrage/ggfs. medizinische Abklärung - ggfs. psychodiagnostische Abklärung - wenn einziges Motiv: motivationale Abklärung und Motivationsförderung (etwa Anwendungssituationen)
- besser entspannen - gelassener werden - weniger aufregen - besser konzentrieren - Schmerzen bewältigen - Wechsel zwischen Ruhe und Aktivität lernen - bessere Introzeption - mentale Entspannung lernen - entspannen in sozialen Situationen - selbstsicherer werden - Selbstentwicklung fördern	AT/PR AT/PR AT/PR AT AT/PR PR AT/PR AT AT AT AT AT	- Rückfrage/ggfs. medizinische Abklärung - Rückfrage/ggfs. psychodiagnostische Abklärung

Änderungssensitive Symptome und Beschwerden

Für insgesamt sechs Bereiche der subjektiven Beschwerden- und Symptombelastung wurde durch systematische Vergleiche der Vorher-Messungen (Kursbeginn) mit den Nachher-Messungen (Kursende) die kurzfristige Änderungssensitivität aufgrund des Erwerbs von AT versus PR sowie durch systematische Vergleiche der Vorher-Messungen (Kursbeginn) mit der Katamnese (minimal drei Monate nach Kursabschluss) die mittelfristige Änderungssensitivität aufgrund des Transfers von AT- versus PR-Übungen in den Lebensalltag statistisch überprüft.

Anhand des statistischen Parameters der (mittleren) Änderungssensitivität C können differentielle Effekte von AT versus PR beschrieben werden. Der Parameter C variiert zwischen -2.00 (sehr starke negative Veränderung) über 0.00 (keine Änderung) bis $+2.00$ (sehr starke positive Änderung). Werte von $C > 1.29$ können als Indikatoren einer hohen Änderungssensitivität (analog zu einer großen Effektstärke), Werte von $0.99 < C < 1.30$ als Indikatoren einer mittleren Änderungssensitivität (mittlere Effektstärke) und Werte von $0.69 < C < 1.00$ als Indikatoren einer geringen Änderungssensitivität (kleine Effektstärke) interpretiert werden. Die mittleren Änderungssensitivitäten der sechs Skalen zur subjektiven Symptom- und Beschwerdenbelastung für AT und PR im kurz- und mittelfristigen Zeitvergleich sind zusammen mit den Indikatorvariablen (Items) der sechs Skalen von ET-SYM bzw. AT-SYM (Krampen, 1991, 2003) in Tabelle 6 aufgeführt.

Mit Ausnahme des Beschwerdenbereichs „Anspannung und Nervosität“ zeigen sich durchgängig im Vergleich zur PR höhere (positive) Änderungssensitivitäten für das AT, die insgesamt alle im Bereich kleiner bis großer Effektstärken variieren. Durchgängig zeigt sich zum zweiten, dass alle Änderungssensitivitäten für den mittelfristigen Vergleich höher ausfallen als die für den kurzfristigen Vergleich. D.h., dass dann, wenn es Teilnehmern/innen gelingt, die Entspannungsübung nach Kursabschluss in den Lebensalltag zu integrieren, die Effekte von AT und PR deutlicher werden.

Für die differentielle Indikation von AT und PR ergibt sich, dass AT vor allem bei erhöhten Beschwerdenbelastungen in den Bereichen der „psychophysiologischen Dysregulationen“ und der „Leistungs- und Verhaltensschwierigkeiten“ sowie bei „Problemen in der Selbstbestimmung und -kontrolle“ indiziert ist, wobei in aller Regel längerfristige Anwendungen notwendig sein dürften. Auch bei hoher „körperlicher und psychischer Erschöpfung“ sowie starken „Schmerzbelastungen“ weist das AT im Vergleich zur PR höhere Änderungssensitivitäten auf (ist also die Methode erster Wahl), wengleich sich für die PR ebenfalls recht gute Effektstärken zeigen. Umgekehrt ist dies bei erhöhter „Anspannung und Nervosität“, für die sich die PR mit etwas höheren Änderungssensitivitäten als das AT als Methode erster Wahl qualifiziert (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Mittlere Änderungssensitivitäten (C^a) der Skalen zur subjektiven Symptom- und Beschwerdenbelastung (ET-SYM) für Autogenes Training und Progressive Relaxation im kurz- und mittelfristigen Zeitvergleich

ET-SYM-Skala mit zugehörigen Items	kurzfristiger Vergleich (Kursbeginn versus -ende)		mittelfristiger Vergleich (3-Monats-Katamnese)	
	AT	PR	AT	PR
Körperliche und psychische Erschöpfung 01. Gefühl, nicht abschalten zu können 02. Erschöpfung, Müdigkeit 03. Körperliche Verspannungen, Verkrampfungen 04. Innere Unruhe (Hektik, Gefühl des Gehetztseins) 05. Energielosigkeit (Schwächegefühl, Mattigkeit) 06. Ein- oder Durchschlafstörungen 07. Sich abgespannt und „gerädert fühlen“ 08. Gefühl des Unwohlseins, Missbefinden	1.45	1.33	1.77	1.42
Anspannung und Nervosität 09. Reizbarkeit, leichte Erregbarkeit 10. Innere Anspannung, Nervosität 11. Gefühl der Unausgeglichenheit 12. Angstgefühle 13. Gefühl der Schwermütigkeit 14. Neigung zum Weinen 15. Trübe Gedanken 16. Leicht ärgerlich und verletzt sein	1.20	1.26	1.41	1.53
Psychophysiologische Dysregulationen 17. Schwindelgefühl, Kreislaufstörungen 18. Verdauungsstörungen 19. Appetitlosigkeit 20. Herzklopfen, -stolpern, -jagen 21. Atemnot, Luftmangel (bei Aufregung) 22. Kälteempfindlichkeit, Frieren, kalte Füße 23. Aufsteigende Hitze, Hitzewallungen, Schwitzen 24. Leichtes Erröten oder Zittern bei Aufregung	0.96	0.61	1.15	0.82

Tabelle 6: Fortsetzung

ET-SYM-Skala mit zugehörigen Items	kurzfristiger Vergleich (Kursbeginn versus -ende)		mittelfristiger Vergleich (3-Monats-Katamnese)	
	AT	PR	AT	PR
Schmerzbelastungen	0.84	0.71	1.08	0.97
33. Kopfschmerzen, Druck im Kopt				
34. Bauchschmerzen, Magendruck, Unterleibsschmerzen				
35. Gelenk- oder Gliederschmerzen				
36. Nacken-, Kreuz- oder Rückenschmerzen				
37. Herzstiche, Herzschmerzen				
38. Ohrenscherzen, Ohrgeräusche				
39. Augenflimmern, Schmerzen in den Augen				
40. Allgemeine diffuse Schmerzen				
Probleme in der Selbstbestimmung	0.87	0.52	1.34	0.88
41. Entschlusslosigkeit, Entscheidungsprobleme				
42. Selbstunsicherheit, Selbstzweifel				
43. Schüchternheit				
44. Mangelndes Selbstvertrauen				
45. Angstzustände ohne Anlass				
46. Gefühl, unausgefüllt zu sein				
47. Hoffnungslos in die Zukunft blicken				
48. Gefühl des gestörten inneren Gleichgewichts				

4. Fazit: Mehrstufige Differentialdiagnostik

Die Literatur- und Befundübersichten legen ein mehrstufiges differentialdiagnostisches Vorgehen zur Optimierung der differentiellen Indikation von AT und PR nahe. Unter Beachtung absoluter und relativer Kontraindikationen von AT und PR (siehe hierzu etwa Krampen, 1998, 2002b) wird (1.) im ersten Schritt von der allgemeinen Indikationsstellung ausgegangen, die schrittweise auf die prognostisch für den Lern- und Transfererfolg

bedeutsamen Personmerkmale (2.) der Vorerfahrungen mit Entspannungsverfahren, (3.) der Teilnahmemotive und (4.) der Belastung durch Symptome und Beschwerden, die für AT und/oder PR änderungssensitiv sind, ausgeweitet wird. Im nicht-klinischen Anwendungsbereich wird dabei im Regelfall der *erste Schritt*, die allgemeine Indikationsstellung nach der klassifikatorischen Diagnostik (ICD-10) entfallen. Dies darf aber nicht für die Prüfung des Vorliegens absoluter und relativer Kontraindikationen gelten, da gerade in den Anwendungskontexten der offenen

Erwachsenenbildung und Gesundheitserziehung Teilnehmer/innen mit latenten und auch solche mit manifesten Störungen sehr häufig anzutreffen sind (siehe hierzu im Überblick Krampen, 1998). Der interventionsspezifische Anamnesebogen für Entspannungstraining und -therapie (ET-ANAM; Krampen, 2002b) bietet hierfür ein „Screening“, das als teilstrukturiertes Interview oder schriftlich appliziert werden kann.

Sowohl im klinischen als auch im präventiven Anwendungskontext sollte sich nach dem mehrstufigen Vorgehen der *zweite Schritt auf die Erfassung der Vorerfahrungen* in systematischen Entspannungsmethoden beziehen. Auch dafür bietet ET-ANAM eine Unterstützung. AT ist vor allem indiziert bei positiven Vorerfahrungen mit AT, bei negativen mit PR oder einem anderen körperorientierten Verfahren sowie bei positiven Vorerfahrungen mit imaginativen und meditativen Entspannungstechniken. PR ist vor allem indiziert bei positiven Vorerfahrungen mit PR oder einem anderen körperorientierten Verfahren (etwa Atemtechniken) sowie bei negativen Vorerfahrungen mit AT sowie imaginativen und meditativen Entspannungstechniken. Liegen keine oder uneindeutige, heterogene Vorerfahrungen mit Entspannungsverfahren vor, so schließt sich der dritte Schritt, die Abklärung von Teilnahmemotiven an.

Teilnahmemotive können im dritten Schritt ebenfalls durch ET-ANAM unterstützt erfasst werden. Für weitergehende motivationale Abklärungen ist aber das Gespräch unabdingbar. AT ist insbesondere dann indiziert, wenn Wünsche nach Anwendungen der Entspannungsübungen

in sozialen Kontexten, nach mentaler (geistiger) Entspannung und ggfs. Meditation, nach Verbesserungen der Konzentrationsleistung sowie nach Selbstaktualisierung im Vordergrund der Motivationsstruktur stehen. PR ist insbesondere indiziert, wenn es um die Verarbeitung einer akuten Belastung oder Krise geht oder Wünsche nach einer Schulung des Muskelsinns sowie des Wechsels zwischen Ruhe und Aktivität dominant sind. Bei unklarer oder gemischter Motivstruktur sind weitergehende motivationale Abklärungen indiziert, was sinnvoll durch den vierten Schritt, die Abklärung der individuellen Problem- und Symptombelastung ergänzt wird.

Die für AT und PR mehr oder weniger *änderungssensitiven Symptome und Probleme können im vierten Schritt* der indikationsorientierten Diagnostik mit ET-SYM oder seiner Vorform AT-SYM (Krampen, 1991) erfasst werden. Bei erhöhter Nervosität und innerer Anspannung ist PR die Methode erster Wahl, für AT zeigen sich hier etwas schwächere Effekte. Umgekehrt ist dies bei hoher körperlicher und psychischer Erschöpfung sowie bei hohen Schmerzbelastungen. Vor allem bei längerfristiger Übungspraxis erweist sich das AT der PR auch bei ausgeprägten psychophysiologischen (vegetativen) Dysregulationen, Leistungs- und Verhaltensschwierigkeiten sowie Problemen in der Selbstbestimmung und -kontrolle als überlegen.

Literatur

- Blanchard, E.B. et al. (1978). Temperature biofeedback in the treatment of migraine headaches: A controlled evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 35, 581-588.
- Borgeat, F., Stravynski, A., Chaloult, L. (1983). The influence of two different sets of information and suggestions on the subjective effects of relaxation. *Journal of Human Stress*, 9, 40-45.
- Engel-Sittenfeld, P., Engel, R.R., Huber, H.P., Zangl, K. (1980). Wirkmechanismen psychologischer Therapieverfahren bei der Behandlung chronischer Schlafstörungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 9, 34-52.
- Eppley, K.R., Abrams, A.I., Shear, J. (1989). Differential effects of relaxation techniques on trait anxiety: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 957-974.
- Garcia-Fernandez-Abascal, E., Miguel-Tobal, J.J. (1979). Breathing styles in different relaxation methods. *Informes del Departamento de Psicología General*, 2, 127-141.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel*. Göttingen: Hogrefe.
- Gustitus, C.-R. (1997). The effects of progressive muscle relaxation training and autogenic training on employees stress and anxiety. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 58, 2675.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation* (2nd ed.). Chicago, IL.: University of Chicago Press.
- Janssen, K., Neutgens, J. (1986). Autogenic training and progressive relaxation in the treatment of three kinds of headache. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 199-208.
- Kaluza, G., Stempel, I. (1995). Der Einfluss von Selbstentspannungsmethoden und visueller Bildvorstellung auf den Augeninnendruck bei Patienten mit einem offenwinkligen Glaukom. *Ophtalmologica*, 209, 122-128.
- Kanfer, F.H. (1996). Die Motivierung von Klienten aus der Sicht des Selbstregulationsmodells. In: Kuhl, J., Heckhausen, H. (Hrsg.) *Motivation, Volition und Handlung* (= Enzyklopädie der Psychologie, Bd. C/IV/4, S. 909-921). Göttingen: Hogrefe.
- Keefe, F.J., Surwit, R.S., Pilon, R.N. (1980). Biofeedback, autogenic training, and progressive relaxation in the treatment of Raynaud's Disease: A comparative study. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 13, 3-11.
- Krampen, G. (1991). *Diagnostisches und Evaluatives Instrumentarium zum Autogenen Training (AT-EVA)*. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1997). Autogenes Training bei depressiven Störungen vor und begleitend zur methodenübergreifenden Einzelpsychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 45, 214-232.
- Krampen, G. (1998). *Einführungskurse zum Autogenen Training: Ein Lehr- und Übungsbuch für die psychosoziale Praxis* (2. Aufl.). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie Göttingen.

- Krampen, G. (2002a). Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Einzel-Psychotherapie (STEP). Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (2002b). Entspannungstraining und -therapie: Anamnesebogen (ET-ANAM). Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (2002c). Prognostischer Wert von Vorerfahrungen und Teilnahmemotiven für den Lern- und Transferprozess bei Autogenem Training und Progressiver Relaxation. *Entspannungsverfahren*, 19, 5-24.
- Krampen, G. (2003). Entspannungstraining und -therapie: Änderungssensitive Symptomliste (ET-SYM). Göttingen: Hogrefe (in Vorbereitung).
- Kröner, B., Heiss, M. (1982). Der Einsatz von Entspannungsverfahren bei chronischen Kopfschmerzen. In: Huber, H.P. (Hrsg.) *Migräne* (S. 154-175). München: Urban & Schwarzenberg.
- Lehrer, P.-M. (1996). Varieties of relaxation methods and their unique effects. *International Journal of Stress-Management*, 3, 1-15.
- Liebelt, A., Maier, S., Gruber, C., Spitzer, M. (1999). Entspannungskongruente Bahnungseffekte bei autogenem Training und progressiver Muskelrelaxation. *Zeitschrift für Psychologie*, 207, 87-95.
- Linden, W. (1994). Autogenic Training: A narrative and quantitative review of clinical outcome. *Biofeedback and Self-Regulation*, 19, 227-264.
- Meichenbaum, D., Turk, D.C. (1994). *Therapiemotivation des Patienten*. Bern: Huber.
- Miguel-Tobal, J.J., Garcia-Fernandez-Abascal, E. (1980). Electrodermal measurement of different relaxation techniques. *Informes del Departamento de Psicología General*, 4, 209-220.
- Nicassio, P., Bootzin, R. (1974). A comparison of progressive relaxation and autogenic training as treatment for insomnia. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 253-260.
- Ohm, D. (2003). *Stressfrei durch Progressive Relaxation* (4. Aufl.). Stuttgart: Thieme-Trias.
- Schneider, H.G., Rawson, J.C., Bhatnagar, N.S. (1987). Initial relaxation response: Contrasts between clinical patients and normal volunteers. *Perceptual and Motor Skills*, 64, 137-153.
- Shapiro, S., Lehrer, P.-M. (1980). Psychophysiological effects of autogenic training and progressive relaxation. *Biofeedback and Self-Regulation*, 5, 249-255.
- Stetter, F., Kupper, S. (1998). Autogenes Training: Qualitative Meta-Analyse kontrollierter klinischer Studien und Beziehungen zur Naturheilkunde. *Forschende Komplementärmedizin*, 5, 211-223.
- Stetter, F., Kupper, S. (2002). Autogenic training: A meta-analysis of clinical outcome studies. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 27, 45-98.
- Takaishi, N. (2000). A comparative study of Autogenic Training and Progressive Relaxation as methods for teaching clients to relax. *Sleep and Hypnosis*, 2 (3), 132-136.
- Vaitl, D. (1982). Kontrolle der essentiellen Hypertonie durch Entspannungstechniken. In: Vaitl, D. (Hrsg.) *Essen-*

tielle Hypertonie (S. 162-202). Berlin: Springer.
Vasilos, J.G. (1977). Skin temperature control. Dissertation Abstracts International, 38 (3-B), 1427-1428.

*Prof. Dr. Günter Krampen
Fachbereich I – Psychologie
Abt. Klinische Psychologie und
Psychotherapie
Universität Trier
D-54286 Trier
E-mail: krampen@uni-trier.de*

Helmut Brenner

Autogenes Training Der Weg zur inneren Ruhe

Zu viel Stress, Leistungsdruck und Zeitknappheit! Fühlen Sie sich auch manchmal überbelastet? Leiden Sie wie heutzutage viele Menschen unter zunehmenden muskulären und nervlichen Anspannungen mit möglichen Folgen wie Geiztheit, Schlafstörungen oder Krankheiten? Dann hilft Autogenes Training, dieses wichtige ganzheitlich orientierte Entspannungsverfahren, das auch die seelisch-körperlichen Wechselwirkungen behandelt.

Autogenes Training bedeutet aktive Gesundheitsvorsorge und ermöglicht einen gelasseneren Umgang mit den ausufernden Alltagsbelastungen.

Mit gezielten Entspannungsübungen, die in diesem Handbuch genau erklärt werden, lösen Sie körperliche und geistige Verspannungen und beeinflussen Ihre Gesundheit positiv.

ISBN 3-936142-62-9, Preis: 15,- Euro

PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28, D-49525 Lengerich, Tel. 05484-308, Fax 05484-550, E-mail: pabst.publishers@t-online.de – Internet: <http://www.pabst-publishers.com>