

DIFFERENTIELLE UND GEMEINSAME EFFEKTE VON AUTOGENEM TRAINING UND PROGRESSIVER RELAXATION IN KURZ- UND LÄNGERFRISTIGER PERSPEKTIVE

GÜNTER KRAMPEN

Dargestellt werden empirische Untersuchungsbefunde zu den kurz- und längerfristigen Effekten von Einführungskursen in die Grundstufe des Autogenen Trainings (AT) und in die Progressive Relaxation (PR) auf das subjektive Beschwerdenerleben von Kursteilnehmerinnen und -teilnehmern. Standardisierte Datenerhebungen wurden mit der „Änderungssensitiven Symptomliste zu Entspannungserleben, Wohlbefinden, Beschwerden- und Problembelastungen“ (ASS-SYM) zu Beginn und am Ende entsprechender Einführungskurse in primär-, sekundär- und tertiär-präventiven Anwendungskontexten sowie minimal drei Monate nach Kursabschluss durchgeführt (Gesamtstichprobe: N = 1473 Jugendliche und Erwachsene). Kurzfristige Effekte der Kursteilnahme werden anhand der Änderungssensitivitäten der ASS-SYM-Skalen und der Item-Werte für die 788 Personen, die ihren AT-Kurs regulär beendeten (Drop-out: 12 Prozent), und für die 492 Personen, die ihren PR-Kurs regulär beendeten (Drop-out: 15 Prozent), bestimmt. Längerfristige Effekte werden analog anhand der katamnestischen Daten für die 459 Teilnehmer/innen an AT-Kursen, denen zum Katamnesezeitpunkt der Transfer der AT-Übungen in ihren Lebensalltag gelungen ist (Transferquote: 58 Prozent), und für die 285 Teilnehmerinnen an PR-Kursen, denen zum Katamnesezeitpunkt der Transfer der PR-Übungen auf ihren Lebensalltag gelungen ist (58 Prozent), beschrieben. Insgesamt zeigt sich, dass AT und PR für Beschwerdenbelastungen ähnliche Änderungssensitivitäten aufweisen. Leichte Vorteile des AT bestehen bei der Reduktion von Symptombelastungen in den Bereichen der psychophysiologischen Dysregulationen, der Leistungs- und Verhaltensprobleme sowie von Problemen in der Selbstbestimmung und -kontrolle. Vorteile der PR bestehen bei der Behandlung von Symptomen der erhöhten Anspannung und Nervosität. Für Symptome in den Bereichen der körperlichen und psychischen Erschöpfung sowie der Schmerzbelastungen liegen ähnliche mittlere bis hohe Effektstärken vor. Die längerfristigen Effekte liegen durchgängig höher als die kurzfristigen. Diese Befunde bestätigen ein vierstufiges Vorgehen bei der differentiellen Indikation von AT und PR, bei dem (1.) nach der allgemeinen Indikationsstellung (klassifikatorische Diagnostik) und dem Ausschluss von Kontraindikationen, (2.) die Vorerfahrungen mit systematischen Entspannungsmethoden, (3.) die Teilnahmemotivation und (4.) die Stärke der spezifischen Problem- und Beschwerdebelastungen abgeklärt werden.

Schlüsselwörter: Autogenes Training; Progressive Relaxation; Therapieerfolgskontrolle; Therapieergebnisse; Therapieabbrecher; Transfer; Symptome; Beschwerden; Änderungssensitivität

Trotz der Unterschiede im Zugang und in der Durchführung sowie in ihrer Herkunft und Geschichte weist die Mehrzahl der vorliegenden Befunde aus vor- und quasi-experimentellen Studien sowie aus „echten“ experimentellen Studien mit Randomisierung auf ähnliche Effekte der Grundstufe des Autogenen Trainings (AT; Schultz, 1972; Krampen, 1998) und der Progressiven Relaxation (Jacobson, 1938; Ohm, 2003) bei der Vor- und Begleitbehandlung psychischer und somatoformer Störungen mit Krankheitswert. Dies zeigt sich sowohl in direkten empirischen Vergleichen beider Methoden (siehe im Überblick Krampen, 1998, 2006) als auch in indirekten Vergleichen, die auf metaanalytischen Zusammenfassungen der separat für AT versus PR gewonnenen Effektnachweise basieren (siehe Grawe, Donati & Bernauer, 1994; Stetter & Kupper, 2002).

Das Resultat dieser Befundlage sind etwa störungs- und krankheitsbezogene Indikationsleitlinien für AT und PR (siehe zusammenfassend etwa Krampen, 2002, 2006), bei denen die Gemeinsamkeiten gegenüber den Unterschieden überwiegen, mithin die Entscheidung für die Anwendung von AT oder PR bei einem bestimmten Störungsbild weitgehend pragmatisch – etwa nach den gegebenen therapeutischen Ressourcen und Kompetenzen sowie ohne die Berücksichtigungen weiterer Patientenmerkmale – erfolgen kann. Damit liegt ein Verzicht auf differentielle Indikationsstellungen zu Gunsten einer alleinigen allgemeinen Indikationsstellung für die Anwendung von systematischen Entspannungsverfahren (egal, ob AT oder PR) nahe, die dem Konzept einer ausschließlich stö-

rungs- und krankheitsbezogenen Indikation – d.h., alleine auf der Basis der klassifikatorischen Diagnostik nach ICD-10 und/oder DSM-IV-TR – psychotherapeutischer Maßnahmen und einer darauf bezogenen Therapieplanung und Manualisierung (vgl. hierzu etwa Wittling, 1982; Hahlweg, 1995; Schulte, 1997; Fiedler, 1998) entspricht.

Weitgehend unbeachtet bleiben nach dem Konzept der störungsbezogenen, allgemeinen Indikation psychotherapeutischer Verfahren komorbide Störungsbilder, die in der klinischen Anwendungspraxis häufig sind, ebenso wie Anwendungen systematischer Entspannungsverfahren in der primären Prävention, also bei Personen ohne eine Störung mit Krankheitswert. In der korrektiven Anwendung können daher die in der Therapieplanung (und Antragstellung) der Frage nach der Behandlungsnotwendigkeit nachgeschalteten Fragen nach der Zweckmäßigkeit und der Wirtschaftlichkeit von Behandlungsmaßnahmen zumeist nicht alleine aufgrund der klassifikatorischen Diagnostik hinreichend beantwortet werden. Ihre Beantwortung erfordert vielmehr eine auch ätiologisch und biographisch sowie prognostisch orientierte Differentialdiagnostik, deren Befunde eine differentielle Indikationsstellung von spezifischen Behandlungsmaßnahmen – hier für AT versus PR – erst ermöglichen. Ähnliches gilt für primär-präventive Anwendung von AT und PR, da sich deren Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit erst durch die Kenntnis prognostisch relevanter Personenmerkmale – etwa im Sinne der „aptitude-treatment-interaction“ – erschließen lassen.

Die Bedeutsamkeit von Untersuchungen zu den differentiellen und den gemeinsamen Effekten von AT und PR wird insbesondere dann deutlich, wenn die in der Fachliteratur berichteten „*compliance*“-Quoten berücksichtigt werden. „*Compliance*“ kann bei der Vermittlung systematischer Entspannungsmethoden (mit der Zielsetzung ihrer autonomen Anwendung durch Patienten im Lebensalltag) zweifach operationalisiert werden.

Der erste Aspekt betrifft die Quote der Kursteilnehmer/innen, die entsprechende Einführungskurse vorzeitig und ohne Lernerfolge beenden. Bei erheblicher Variation liegt der Mittelwert für die in der Fachliteratur für AT und PR berichteten „*drop-out*“-Quoten bei knapp einem Drittel.

Der zweite Aspekt betrifft die Quote der Kursteilnehmer/innen, die ihren Einführungskurs regulär abschließen und zudem katamnestic (d.h., etwa minimal drei Monate nach Kursabschluss) angeben, die gelernten Entspannungsübungen wenigstens ein Mal pro Woche (oder häufiger) in ihrem Lebensalltag anzuwenden. Nach der Fachliteratur liegt der Mittelwert dieser *Transfer-Quote* ebenfalls bei etwa einem Drittel derer, die ihren Einführungskurs regulär beendet haben.

Zusammengefasst bedeuten diese Befunde (vgl. im Überblick Krampen, 1998), dass von zehn Personen, die AT- oder PR-Einführungen beginnen, etwa sechs bis sieben ihren Kurs regulär beenden, von denen dann aber nur etwa zwei längerfristig die Integration der Entspannungsübungen in ihren Lebensalltag gelingt – die Erfolgs- oder „*compliance*“-Quote liegt damit im Durchschnitt bei etwa 20 Prozent, mithin nur einem

Fünftel derjenigen, die auf der Grundlage der allgemeinen Indikationsstellung mit einem AT- oder PR-Einführungskurs begonnen haben. Empirische Befunde zu differentiellen positiven Effekten von AT versus PR auf der Ebene subjektiver Beschwerden- und Problembelastungen mögen neben Maßnahmen zur Optimierung von Lern- und Transferprozessen (wie etwa Klärung von Behandlungsmotivation, Verwendung von Protokollbogen für die Entspannungsübungen außerhalb der Gruppe etc.) dazu dienen, diese „*compliance*“-Quote zu erhöhen.

Anhand einer für die Anwendung systematischer Entspannungsverfahren änderungssensitiven Symptomliste wurde daher der Frage nachgegangen, ob sich auf der Ebene subjektiver Beschwerden- und Problembelastungen neben Befunden zu gemeinsamen (oder ähnlichen) Effekten von AT und PR in kurz- und längerfristiger Perspektive auch solche zu differentiellen Effekten finden lassen. Im Vordergrund stehen somit Fragen nach dem allgemeinen und nach dem spezifischen Beitrag von AT- und PR-Anwendungen auf die subjektiv erlebte Problembewältigung von Kursteilnehmern/innen.

Methoden

An den Datenerhebungen waren insgesamt 1473 Jugendliche (ab 14 Jahren) und Erwachsene (bis 85 Jahre) beteiligt, die mit primär-präventiven Zielsetzungen ($n = 385$; 26 Prozent) oder im Rahmen der Behandlung einer psychischen, somatoformen oder somatischen Störung mit Krankheitswert ($n = 1088$; 74 Pro-

zent) in ambulanten oder stationären Kontexten eine Einführung in die Grundstufe des AT ($n = 892$; 61 Prozent) oder die Progressive Relaxation ($n = 581$; 39 Prozent) begonnen haben. Die Einführungen folgten dem Standardvorgehen (für PR siehe Ohm, 2003; für AT siehe Krampen, 1998) und erstrecken sich auf minimal fünf bis maximal acht Gruppentermine. Die Selbstkontrolle im Lernprozess und die systematische adaptive Indikation wurden durch die Anwendung von Protokollbogen für die außerhalb der Gruppensitzungen durchgeführten AT- bzw. PR-Übungen unterstützt (siehe hierzu etwa Krampen, 1991, 1998).

Die AT-Einführungen wurden von 788 Personen regulär beendet (*drop-out*: 12 Prozent), die PR-Einführungen von 492 (*drop-out*: 15 Prozent). Minimal drei Monate bis maximal zwölf Monate nach Kursabschluss gaben 459 der AT-Kursteilnehmer/innen an, AT-Übungen wenigstens ein Mal pro Woche (oder häufiger) anzuwenden (Transfer-Quote: 58 Prozent bezogen auf die Anzahl derer, die den Kurs regulär beendet haben); bei den PR-Kursteilnehmern/innen waren es 285, was ebenfalls einer Transfer-Quote von 58 Prozent entspricht. Als „*compliance*“-Quote ergeben sich somit für das AT 51 Prozent und für die PR 49 Prozent.

Standardisierte Datenerhebungen wurden mit der „*Änderungssensitiven Symptomliste zu Entspannungserleben, Wohlbefinden, Beschwerden- und Problembelastungen*“ (ASS-SYM; Krampen, 2006) zu Beginn und am Ende der Einführungskurse sowie minimal drei Monate nach Kursabschluss durchgeführt. Die ASS-SYM wurde unter engem Bezug auf die Indikationsbereiche syste-

matischer Entspannungsverfahren nach den Prinzipien der klassischen Testtheorie entwickelt. Durchführungsobjektivität ist gegeben, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität sind bei Orientierung an den Auswertungs- und Interpretationshinweisen gewährleistet. Die Befunde zur internen Konsistenz sowie zur Testhalbierungs- und Testwiederholungsreliabilität sind gut bis sehr gut. Die Profilreliabilität der sechs ASS-SYM-Skalen ist dagegen ebenso unzureichend wie ihre faktorielle Validität auf der Item-Ebene. Positiv ist die Befundlage zur inhaltlichen, konvergenten, diskriminanten, differentiellen und prognostischen Validität der ASS-SYM, wobei insbesondere darauf zu verweisen ist, dass keine bedeutsamen Zusammenhänge zu Antworttendenzen und zum Einfluss unspezifischer Wirkfaktoren nachgewiesen werden konnten. Die Durchführung der ASS-SYM erfordert weniger als 15 Minuten, die Auswertung ist einfach und mündet in sechs Subskalenwerte und einen Gesamtskalenwert, für die T-Wert- und Prozentrang-Normen aus einer Normierungsstichprobe von 2788 Jugendlichen und Erwachsenen vorliegen (siehe Krampen, 2006).

Die ASS-SYM umfasst sechs Subskalen mit jeweils acht Items (siehe Tabelle 1), die sich auf die Indikationsbereiche systematischer Entspannungsverfahren beziehen und zudem in einem breiten Spektrum von Anwendungen in der Differentialdiagnostik und Evaluation therapeutischer Maßnahmen in der Psychotherapie, Medizinischen Psychologie und Verhaltensmedizin von Relevanz sind:

- (1) Subskala ASS-SYM-ERSCHÖ: körperliche und psychische Erschöpfung,
- (2) Subskala ASS-SYM-ANSPAN: Nervosität und innere Anspannung,
- (3) Subskala ASS-SYM-DYSREG: psychophysiologische Dysregulationen,
- (4) Subskala ASS-SYM-LEISTU: Leistungs- und Verhaltensschwierigkeiten,
- (5) Subskala ASS-SYM-SCHMER: Schmerzbelastungen,
- (6) Subskala ASS-SYM-SELBST: Probleme in der Selbstbestimmung und -kontrolle.

Hinzu tritt die alle 48 Items umfassende Gesamtskala ASS-SYM-G als Indikator der allgemeinen Symptom- und Problembelastung.

Ergebnisse

Kurzfristige Effekte der Teilnahme an AT- versus PR-Einführungskursen werden anhand der Änderungssensitivitäten (C) der ASS-SYM-Skalen und der Item-Werte für die 788 Personen, die ihren AT-Kurs regulär beendeten, und für die 492 Personen, die ihren PR-Kurs regulär beendeten, bestimmt. Längerfristige Effekte werden analog anhand der katamnestischen Daten für die 459 Teilnehmer/innen an AT-Kursen, denen zum Katamnesezeitpunkt der Transfer der AT-Übungen in ihren Lebensalltag gelungen ist, und für die 285 Teilnehmerinnen an PR-Kursen, denen zum Katamnesezeitpunkt der Transfer der PR-Übungen auf ihren Lebensalltag gelungen ist, beschrieben.

Die in Tabelle 1 aufgeführten *Item- und Skalenparameter C* sind Indikatoren der standardisierten Varianz der Messwertdifferenzen aus Vor- und Nachtestung (vgl. hierzu etwa Petermann, 1978, S. 41; Zielke, 1979a, 1979b, S. 117ff). 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 (analog zu einer mittleren Effektstärke) und
- Werte von $0.69 < C < 1.00$ als Indikatoren einer geringen Änderungssensitivität (analog zu einer kleinen Effektstärke) interpretiert werden.

Die in Tabelle 1 aufgeführten Kennwerte der mittleren Änderungssensitivität verdeutlichen somit spezifisch für Einführungskurse zum Autogenen Training und zur Progressiven Relaxation den Grad, mit dem ein Item (eine Beschwerde, ein Symptom) sich zwischen Vor- und Nachtestung verändert.

Getrennt für AT und PR sind in Tabelle 1 die spezifischen Änderungssensitivitäten der 48 ASS-SYM-Items und der sechs ASS-SYM-Subskalen im kurzfristigen Vergleich (ASS-SYM-Erhebung zu Kursbeginn versus am Kursende) und im längerfristigen Vergleich (ASS-SYM-Erhebung zu Kursbeginn versus katamnestisch, d.h., minimal drei Monate nach Kursende) angegeben.

Tab. 1: Mittlere Änderungssensitivitäten (C)^a der Skalen zur subjektiven Symptom- und Beschwerdenbelastung (ASS-SYM) für Autogenes Training und Progressive Relaxation im kurz- und mittelfristigen Zeitvergleich (nach Krampen, 2006)

ASS-SYM-Skala mit zugehörigen Items	kurzfristiger Vergleich (Kursbeginn versus Kursende)		mittelfristiger Vergleich (Kursbeginn versus ≥ 3-Monats-Katamnese)	
	AT (N=788)	PR (N=492)	AT (N=459)	PR (N=285)
Skala „Körperliche und psychische Erschöpfung“	1.45	1.33	1.77	1.42
01. Gefühl, nicht abschalten zu können	1.56	1.52	1.90	1.61
02. Erschöpfung, Müdigkeit	1.53	1.31	1.88	1.38
03. Körperliche Verspannungen, Verkrampfungen	1.01	1.47	1.39	1.59
04. Innere Unruhe (Hektik, Gefühl des Gehetzseins)	1.38	1.41	1.56	1.50
05. Energielosigkeit (Schwächegefühl, Mattigkeit)	1.40	1.30	1.77	1.38
06. Ein- oder Durchschlafstörungen	1.73	0.98	1.94	1.08
07. Sich abgespannt und „gerädert“ fühlen	1.53	1.42	1.89	1.49
08. Gefühl des Unwohlseins, Missbefinden	1.42	1.19	1.79	1.30
Skala „Anspannung und Nervosität“	1.20	1.26	1.41	1.53
09. Reizbarkeit, leichte Erregbarkeit	1.14	1.05	1.36	1.35
10. Innere Anspannung, Nervosität	1.40	1.27	1.59	1.41
11. Gefühl der Unausgeglichenheit	1.31	1.33	1.54	1.61
12. Angstgefühle	1.31	1.35	1.50	1.58
13. Gefühl der Schwermütigkeit	1.16	1.33	1.35	1.70
14. Neigung zum Weinen	1.07	1.29	1.30	1.64
15. Trübe Gedanken	1.12	1.24	1.35	1.52
16. Leicht ärgerlich und verletzt sein	1.09	1.20	1.32	1.46
Skala „Psychophysiologische Dysregulationen“	0.96	0.61	1.15	0.82
17. Schwindelgefühl, Kreislaufstörungen	0.71	0.42	0.92	1.15
18. Verdauungsstörungen	1.16	0.39	1.20	0.47
19. Appetitlosigkeit	1.19	0.61	1.42	0.84
20. Herzklopfen, -stolpern, -jagen	1.12	0.55	1.37	0.63
21. Atemnot, Luftmangel (bei Aufregung)	0.79	0.67	0.90	0.97
22. Kälteempfindlichkeit, Frieren, kalte Füße	0.83	0.62	1.10	1.01
23. Aufsteigende Hitze, Hitzewallungen, Schwitzen	0.81	0.46	1.02	0.69
24. Leichtes Erröten oder Zittern bei Aufregung	1.10	0.62	1.27	0.78

Fortsetzung von Tabelle 1 auf der nächsten Seite

Tab. 1: Fortsetzung

ASS-SYM-Skala mit zugehörigen Items	kurzfristiger Vergleich (Kursbeginn versus Kursende)		mittelfristiger Vergleich (Kursbeginn versus \geq 3-Monats-Katamnese)	
	AT (N=788)	PR (N=492)	AT (N=459)	PR (N=285)
Skala „Leistungs- und Verhaltens- schwierigkeiten“	1.19	0.66	1.37	1.02
25. Angst vor Prüfungen/Leistungs- situationen	1.39	0.99	1.56	1.42
26. Konzentrationsschwierigkeiten, -schwächen	1.15	0.74	1.47	1.07
27. Vergesslichkeit, Erinnerungs- schwierigkeiten	1.21	0.53	1.35	0.94
28. Mangelnde Ausdauer, Ablenkbarkeit	0.88	0.71	1.10	1.08
29. Sprachschwierigkeiten (bei Aufregung)	1.18	0.66	1.32	0.82
30. Leistungsschwäche, Lernschwierig- keiten	1.80	0.54	1.82	0.77
31. Umgangsschwierigkeiten, Kontakt- probleme	0.65	0.42	0.94	0.72
32. Gefühl, nicht zu leisten, was man könnte	1.26	0.71	1.42	1.34
Skala „Schmerzbelastungen“	0.84	0.71	1.08	0.97
33. Kopfschmerzen, Druck im Kopf	0.70	0.81	0.99	1.05
34. Bauchschmerzen, Magendruck, Unterleibsschmerzen	0.65	0.43	0.84	0.72
35. Gelenk- oder Gliederschmerzen	0.48	1.22	0.74	1.45
36. Nacken-, Kreuz- oder Rückenschmerzen	1.23	1.41	1.40	1.53
37. Herzstiche, Herzschmerzen	1.04	0.37	1.29	0.74
38. Ohrenscherzen, Ohrgeräusche	0.52	0.33	0.78	0.81
39. Augenflimmern, Schmerzen in den Augen	1.06	0.42	1.25	0.59
40. Allgemeine, diffuse Schmerzen	1.05	0.71	1.31	0.88
Skala „Probleme in der Selbst- bestimmung“	0.87	0.52	1.34	0.88
41. Entschlusslosigkeit, Entscheidungs- probleme	1.01	0.62	1.32	1.02
42. Selbstunsicherheit, Selbstzweifel	0.98	0.27	1.37	0.69
43. Schüchternheit	0.64	0.62	1.28	1.07
44. Mangelndes Selbstvertrauen	0.85	0.35	1.09	0.72
45. Angstzustände ohne Anlass	0.74	0.69	1.52	1.10
46. Gefühl, unausgefüllt zu sein	0.95	0.29	1.33	0.58
47. Hoffnungslos in die Zukunft blicken	1.02	0.73	1.43	0.82
48. Gefühl des gestörten inneren Gleichgewichts	0.79	0.62	1.39	1.07

* C > 1.29: hohe Änderungssensitivität (große Effektstärke);
0.99 < C < 1.30: mittlere Änderungssensitivität (mittlere Effektstärke);
0.69 < C < 1.00: geringe Änderungssensitivität (kleine Effektstärke).
C < .70: keine Änderungssensitivität

Mit Ausnahme des Beschwerdenbereichs „Anspannung und Nervosität“ zeigen sich - zum Ersten - sowohl auf *Itemniveau* als auch auf *Subskalenniveau* von ASS-SYM durchgängig im Vergleich zur PR etwas höhere positive Änderungssensitivitäten für das AT, die alle im Bereich kleiner bis großer Effektstärken liegen (siehe Tabelle 1). Durchgängig zeigt sich zum Zweiten, dass alle Änderungssensitivitäten für den längerfristigen 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 positiven Effekte von AT und PR deutlicher werden.

Für die differentielle Indikation von AT und PR ergibt sich auf der *Ebene der ASS-SYM-Subskalen* aus diesen Befunden, dass Anwendungen des 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“ im Vergleich zur PR über leichte Vorteile verfügen, wobei in aller Regel längerfristige Anwendungen notwendig sein dürften. Auch bei hoher „körperlicher und psychischer Erschöpfung“ sowie erhöhten „Schmerzbelastungen“ weist das AT im Vergleich zur PR leicht erhöhte Änderungssensitivitäten auf (ist also die Methode erster Wahl), wenngleich 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 Metho-

de erster Wahl qualifiziert (siehe Tabelle 1).

Auf *Itemniveau* weisen im kurzfristigen Vergleich 13 der insgesamt 48 ASS-SYM-Items (also 27 Prozent der Items) eine hohe Änderungssensitivität ($C > 1.29$; große Effektstärke), weitere 20 eine mittlere Änderungssensitivität (42 Prozent; $.99 < C < 1.30$; mittlere Effektstärke) auf und lediglich 10 der Items (21 Prozent) verfügen über eine geringe, jedoch auch positiv ausgeprägte Änderungssensitivität bei AT-Einführungskursen ($.69 < C < 1.00$). Im längerfristigen Vergleich (siehe Tabelle 1) verfügen 32 der 48 ASS-SYM-Items (67 Prozent) über hohe, 9 (19 Prozent) über eine mittlere und 7 (14 Prozent) über eine geringe Änderungssensitivität für AT, von denen keines die kritische Grenze von $C < .70$ (für Änderungssensitivität) unterschreitet.

Für die PR liegen die Änderungssensitivitäten im Durchschnitt etwas niedriger, aber ebenfalls durchgängig im positiven, dabei zum großen Teil mittleren bis hohen Bereich (siehe Tabelle 1). Kurzfristig - also für den Vergleich von ASS-SYM-Daten vom Kursbeginn und Kursende - verfügen 10 der insgesamt 48 Items (21 Prozent) über eine hohe, 7 (16 Prozent) über eine mittlere und 6 (13 Prozent) weitere über eine geringe Änderungssensitivität für den Erwerb der PR. D.h., 24 (50 Prozent) der insgesamt 48 ASS-SYM-Items erweisen sich kurzfristig für PR-Effekte als änderungsinsensitiv. Im längerfristigen Vergleich von ASS-SYM-Daten, die zu Kursbeginn und minimal drei Monate nach dem Kursende erhoben wurden, sind die Befunde für PR günstiger: 19 Items (40 Prozent) verfü-

gen für PR-Effekte langfristig über eine große, 9 (19 Prozent) über eine mittlere und 16 (33 Prozent) über eine kleine Effektstärke. Nur mehr vier ASS-SYM-Items liegen unterhalb der kritischen Grenze von $C < .70$ und sind damit im Durchschnitt für die Erfassung längerfristiger PR-Effekte nicht änderungssensitiv (siehe Tabelle 1).

Diskussion

Insgesamt weisen die Befunde darauf, dass Einführungen in die Grundstufe des AT und in die PR für subjektive Beschwerden- und Problembelastungen eher ähnliche als unterschiedliche Änderungssensitivitäten aufweisen. Leichte Vorteile des AT bestehen bei der Reduktion von Symptombelastungen in den Bereichen der psychophysiologischen Dysregulationen, der Leistungs- und Verhaltensprobleme sowie von Problemen in der Selbstbestimmung und -kontrolle. Vorteile der PR bestehen bei der Behandlung von Symptomen der erhöhten Anspannung und Nervosität. Für Symptome in den Bereichen der körperlichen und psychischen Erschöpfung sowie der Schmerzbelastungen liegen eher ähnliche mittlere bis hohe Effektstärken vor. Wichtig ist, dass die längerfristigen Effekte durchgängig beträchtlich höher liegen als die kurzfristigen, dass also bei beiden systematischen Entspannungsverfahren die selbstständige, regelmäßige Anwendung der jeweiligen Entspannungsübungen im Lebensalltag für positive Effekte auf das Wohlbefinden sowie die Beschwerden- und Problembelastungen entscheidend ist.

Zahlreiche Hinweise auf differentielle Effekte von AT versus PR in kurz- und mittelfristiger Perspektive liegen auf der Itemebene von ASS-SYM für spezifische subjektive Beschwerden- und Problembelastungen vor (siehe Tabelle 1), die bei der differentiellen Indikationsstellung Beachtung verdienen. Kurzfristig sind etwa die Effekte der PR bei „körperlichen Verspannungen, Verkrampfungen“ (ASS-SYM-Item-Nr. 03) stärker als die des AT, bei längerfristiger Anwendung der Entspannungsübungen im Lebensalltag hebt sich dieser Unterschied allerdings auf. Für „Einschlaf- und Durchschlafstörungen“ (ASS-SYM-Item-Nr. 06) erweist sich dagegen sowohl in kurz- als auch in längerfristiger Perspektive das AT als erheblich effektiver als die PR. Sinnvoll ist es daher, in der Eingangsdiagnostik mit ASS-SYM insbesondere auch auf der Itemebene zu prüfen, wo bei einer Person erhöhte Beschwerden- und Problembelastungen vorliegen, um daraus Zuweisungsempfehlungen für AT- versus PR-Einführungen abzuleiten.

Diese Befunde bestätigen ein vierstufiges Vorgehen bei der differentiellen Indikation von AT und PR (Krampen, 2006), bei dem (1.) nach der allgemeinen Indikationsstellung (klassifikatorische Diagnostik) und dem Ausschluss von Kontraindikationen, (2.) die Vorerfahrungen mit systematischen Entspannungsmethoden, (3.) die Teilnahmemotivation und (4.) die Stärke der spezifischen Problem- und Beschwerdenbelastungen abgeklärt werden. Dadurch kann die Erfolgsquote bei Einführungen in AT und PR (d.h., wenige *drop-outs* und viele, denen der Transfer der Entspannungsübungen in den Lebensalltag nach dem Kurs-

ende gelingt) weiter optimiert werden, da die „Passung“ des Entspannungsverfahrens auf die Merkmale des einzelnen Teilnehmers, u.a. die gegebenen spezifischen subjektiven Beschwerden- und Problembelastungen sowie die darauf bezogenen Erfolgswahrscheinlichkeiten (im Sinne der Problembewältigung), erhöht wird.

Literatur

- Fiedler, K. (1998). Mythen, Gegenwart und die Zukunft psychologischer Therapie. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 19, 39-57.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel*. Göttingen: Hogrefe.
- Hahlweg, K. (1995). Zur Förderung und Verbreitung psychologischer Verfahren: Ein APA-Bericht. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 24, 275-284.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation* (2nd ed.). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Krampen, G. (1991). *Diagnostisches und Evaluatives Instrumentarium zum Autogenen Training (AT-EVA)*. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1998). *Einführungskurse zum Autogenen Training* (2. Aufl.). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie Hogrefe.
- Krampen, G. (2002). *Entspannungstraining und -therapie: Anamnesebogen (ET-ANAM)*. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (2006). *Änderungssensitive Symptomliste zu Spannungserleben, Wohlbefinden, Beschwerden- und Problembelastungen (ASS-SYM)*. Göttingen: Hogrefe.
- Ohrn, D. (2003). *Stressfrei durch Progressive Relaxation* (4. Aufl.). Stuttgart: Thieme-Trias.
- Petermann, F. (1978). *Veränderungsmessung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schulte, D. (1997). Störungsbezogene Therapieplanung. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 18, 171-173.
- Schultz, J.H. (1972). *Das autogene Training* (14. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Stetter, F., Kupper, S. (2002). *Autogenic training: A meta-analysis of clinical outcome studies*. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 27, 45-98.
- Wittling, W. (1982). Überblick über die in der psychologischen Behandlung angewandten psychotherapeutischen Interventionstechniken unter besonderer Berücksichtigung ihrer Wirksamkeit in der Krankenhilfe. *Report Psychologie*, 7 (3), 24-34 und 55-57.
- Zielke, M. (1979a). *Kieler Änderungssensitive Symptomliste (KASSL)*. Weinheim: Beltz.
- Zielke, M. (1979b). *Indikation zur Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.

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