



## **Interventionsspezifische Diagnostik und Evaluation beim Einsatz**

# **systematischer Entspannungsmethoden bei Kindern und Jugendlichen**

Günter Krampen

*Systematische Entspannungsmethoden wie imaginative Entspannungsverfahren sowie kindgemäße Varianten der Grundübungen des Autogenen Trainings und der Progressiven Muskelrelaxation werden bei Kindern und Jugendlichen häufig eingesetzt. Dies erfolgt mit präventiven Indikationen sowie – in der Regel als Begleitbehandlung – mit psychotherapeutischen und pädagogisch-psychologischen Indikationsstellungen. Für die darauf bezogene interventionsspezifische Eingangsdiagnostik sowie Prozess- und Ergebnisevaluation mangelt es an kindgemäßen Erhebungsmethoden. Nach einem Überblick zu den Grundlagen, Indikationen und Kontraindikationen systematischer Entspannungsmethoden bei Kindern und Jugendlichen werden entsprechende differentialdiagnostische und evaluative Methoden vorgestellt, von deren Einsatz zu hoffen bleibt, dass die Befundlage zu den Effekten systematischer Entspannungsmethoden bei Kindern und jüngeren Jugendlichen sowie die darauf bezogene Qualitätssicherung in der psychologischen Anwendungspraxis verbessert werden kann.*

pädagogik sowie imaginativen Entspannungsverfahren bis hin zu mehr oder weniger kind- und entwicklungsgemäß aufbereiteten Varianten der Grundübungen des Autogenen Trainings und der Progressiven Relaxation sowie unterschiedlichsten, zumeist idiosynkratisch entwickelten, häufig kaum systematisch erprobten Kombinationsverfahren reichen.

Die im Buchhandel verfügbare Zahl der praktischen Handreichungen für die Durchführung von Entspannungsmethoden unterschiedlichster Art bei Kindern und Jugendlichen ist nahezu unendlich, auf jeden Fall aber kaum überschaubar. Eine für die wissenschaftlich fundierte Anwendung psychologischer Interventionsmethoden höchst problematische Gemeinsamkeit der großen Mehrheit – zu schätzen sind bis zu 90 Prozent – dieser Publikationen (als Buch, Selbsthilfeanleitung für Eltern/Erzieher/Lehrer sowie auf Audiokassette, CD, CD-ROM und Videokassette) ist deren Zugehörigkeit zur Kategorie der tradierten oder auch einer neuen, jedoch schlichtweg postulierten „praktischen Lebenshilfe“ ohne relevante wissenschaftliche Anbindung und systematische Erprobung oder gar Fundierung anhand erfahrungswissenschaftlich gewonnener Untersuchungsbefunde. Kurz- und auch längerfristige Wirkungen von mehr oder weniger heterosuggestiven Phantasie Reisen, kontemplativer oder suggestiver Musik, beschaulichen Filmstreifen mit Musik und Text zur Verstärkung sowie elterlichen oder erzieherischen „Maßnahmen“ zur Entspannung ihrer Kinder werden in der Regel ohne jeden Hauch empirischer Belege nicht nur behauptet, sondern es werden zudem Effekt-, wenn nicht gar Heilerwartungen geweckt, die kaum dem Wirkungsgrad und Status weitgehend symptomunspezifischer Interventionsmethoden (zumal wenn sie ohne fachliche Anleitung selbst appliziert werden) entsprechen. Ganz abgesehen davon, dass zumeist mit keiner Silbe auf die bei Kontraindikationen durchaus bestehenden Risiken des Einsatzes solcher Methoden verwiesen wird, die sich im Einzelfall etwa manifestieren können

- in (weiteren) Verschlechterungen häufig ohnehin belasteter Eltern-Kind- oder Erzieher-/Lehrer-Kind-Beziehungen,
- in massiven Überforderungen von Kindern (etwa durch zu lange Übungen bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen, nach

Der Einsatz systematischer Entspannungsmethoden gehört zum grundlegenden Interventionsrepertoire von Diplom-Psychologen in sehr vielen Anwendungsbereichen. Dies gilt auch für die präventiv ausgerichtete und gesundheitspsychologisch orientierte Arbeit mit Kindern und Jugendlichen sowie für deren Behandlung in psychotherapeutischen, klinisch-psychologischen und pädagogisch-psychologischen Anwendungskontexten nahezu jedweder Art. In der (Fach-)Literatur finden sich dafür zahlreiche Anleitungen und Hinweise, die von Atemübungen, spielerischen Ansätzen aus dem Bereich der Kindergarten- und Vorschul-

PSYCHODIAGNOSTIK

ICD-10: F90.x, oder durch Gruppenübungen bei Kindern mit Störungen des Sozialverhaltens, nach ICD-10: F91.x, F92.x, ggfs. auch F93.x),

- in kumulierenden Misserfolgserlebnissen für alle Beteiligten sowie daraus resultierenden Marginalisierungen, Pathologisierungen und Etikettierungen und/oder gar
- in der Verstärkung von Isolationstendenzen und autistischen Verhaltensweisen von Kindern.

In Absetzung von diesen häufig allenfalls kurzfristige, nämlich situativ gebundene Entspannungseffekte bei Kindern erreichen, wissenschaftlich nicht oder nur marginal fundierten Entspannungsmethoden stehen im Folgenden solche systematischen Entspannungsmethoden für jüngere und ältere Kinder (bis in das frühe Jugendalter) im Vordergrund, deren Indikationsbereiche und Effekte wissenschaftlich zumindest durch einige empirische, wenn nicht gar kontrollierte (experimentelle) Untersuchungsbeobachtungen abgesichert sind. Zudem werden sie zumindest mittelfristig mit der Zielsetzung und Indikationsstellung eingesetzt, dass Kinder die autonome Fertigkeit erwerben, die vermittelten Entspannungsübungen auch selbstständig und ohne Hilfsmittel in ihrem Alltagsleben anzuwenden.

## Grundlagen systematischer Entspannungsmethoden für Kinder und Jugendliche

Anwendungen systematischer Entspannungsmethoden bei Kindern und Jugendlichen sind nicht nur in klinisch-therapeutischen Kontexten, wo sie als Begleitbehandlung bei einer Vielzahl von Störungsbildern seit Jahrzehnten zum psychotherapeutischen Standardrepertoire gehören (vgl. hierzu etwa Biermann, 1996; Krampen, 1998), sondern auch in pädagogisch-psychologischen und heilpädagogischen Kontexten unter den Schwerpunkten der Rehabilitation, der Angewandten Entwicklungspsychologie (dort der Entwicklungsintervention) und der Gesundheitspsychologie (dort der holistischen Gesundheitsförderung) relevant (vgl. hierzu Borchert, 1996; Krampen, 1995, 1997).

Systematische Methoden der körperlichen und psychischen Entspannung unterscheiden sich von individuellen, idiosynkratischen Formen der Entspannung und Erholung (wie etwa dem „Ausruhen“, dem Hören subjektiv angenehmer, „entspannender“ Musik oder Vorlieben für andere interindividuell sehr unterschiedliche Tätigkeiten, bei denen man „entspannen“ und „abschalten“ kann), über die wohl die meisten Erwachsenen verfügen, nicht nur dadurch, dass sie als standardisierte, mehr oder weniger allgemein anwendbare Verfahren empirisch erforscht und wissenschaftlich abgesichert sind. Hinzu tritt, dass sie auf dem systematischen Einüben psychomotorischer Entspannungsroutinen basieren. Dadurch können – bei hinreichendem Training bzw. hinreichender Erfahrung mit ihnen – durch ihren Einsatz die gewünschten Effekte nicht nur schneller, sondern auch mit einer gewissen Stabilität und Regelmäßigkeit gezielt und willkürlich erreicht werden. Dies gilt vor allem auch für Anwendungen vor, während und nach Belastungssituationen, in denen die idiosynkratischen, unsystematischen Entspannungsverfahren häufiger versagen. Zudem verfügen die systematischen Entspannungsmethoden bei adäquatem Einsatz und Beachtung ihrer Kontraindikationen (siehe unten) über keine Anwendungsrisiken, die für einige der idiosynkratischen Entspannungsmethoden bestehen (man denke etwa an das „Abschalten“ mit Hilfe des Rauchens,

**„Für die körperliche Gesundheit und psychische Ausgeglichenheit (...) (ist) ein ungefähres Gleichgewicht zwischen Leistung und Entspannung unabdingbar.“**

„Schnüffeln“, Konsums von Alkohol oder anderer Drogen sowie Versuche des Spannungsabbaus und der Selbstberuhigung durch exzessiv ausgeübte grobmotorische Bewegungstereotypen, Tics, dem „restless-leg“-Verhalten etc.). Bei jüngeren Kindern und auch manchen älteren Kindern sowie einigen Jugendlichen ist zudem zu bedenken, dass sie häufig erst in geringerem Maß als Erwachsene idiosynkratische Entspannungs-routinen entwickelt haben. Sie bekommen so mit den Entspannungsübungen ggfs. erstmalig Möglichkeiten zu einer selbstbestimmten, systematischen Entspannung und Erholung (etwa gerade auch vor, während und nach Belastungs- und Leistungssituationen) an die Hand, die sie zugleich vor der Entwicklung der oben genannten risikoreichen Verhaltensweisen schützen und damit ihre Vulnerabilität gegenüber Stressoren und Entwicklungsrisiken reduzieren.

Die älteren systematischen Entspannungsmethoden (wie etwa die Grundstufe des Autogenen Trainings und die Progressive Relaxation, die beide den 20er Jahren dieses Jahrhunderts entstammen) sind für Erwachsene und ältere Jugendliche entwickelt worden, und es war bald klar, dass ihre jeweilige Standardmethodik nicht ohne weiteres (d.h. nur mit Schwierigkeiten und einigen Risiken) auch Kindern vermittelt und von ihnen eingesetzt werden kann. Die (zumindest relative) Kontraindikation der Standardverfahren bei Kindern geht vor allem auf das noch nicht adäquat entwickelte Körperschema, die erhöhte Empfänglichkeit für heterosuggestive Einflüsse (bzw. die Fixierung auf Heterosuggestionen, die selbstständige Anwendungen der Methode unwahrscheinlich macht), z.T. auch auf Verständnis- und Motivationsprobleme zurück. Notwendig wurden damit Veränderungen in der Vermittlungs- und Durchführungsmethodik. Zahlreiche Vorschläge dazu wurden publiziert (noch mehr wurden und werden wahrscheinlich realisiert, ohne jemals der Fachöffentlichkeit vorgestellt worden zu sein), es entstand auch eine Vielzahl eklektischer Methodenkombinationen aus unterschiedlichsten Elementen, und es wurden einige neue, kindgemäße Methoden entwickelt, wobei u.a. auf den reichhaltigen Erfahrungsschatz der Vorschul- und Kindergartenpädagogik zurückgegriffen werden konnte.

Vor allem im Vorschulbereich war früh die Notwendigkeit erkannt worden, durch einen systematischen, dauerhaften Einbezug standardisierter Entspannungsübungen in die (institutionelle) Erziehung zu einem wirkungsvollen Gegengewicht zur Leistungsorientierung zu gelangen, die mit ihren sozial-normativen und kognitiven Anforderungen sowohl Kindergärten als auch Schulen in weiten Bereichen dominiert. Krowatschek (1994, S. 22-23) führt dies sehr schön aus, indem er die Sympathikus-Erregung des vegetativen Nervensystems (VNS) in Leistungssituationen zu Leistungsreaktionen und die Parasympathikus-Aktivierung des VNS in Erholungsphasen/Pausen zu Entspannungsreaktionen in Beziehung setzt und hervorhebt, dass „für die körperliche Gesundheit und psychische Ausgeglichenheit (...) ein ungefähres Gleichgewicht zwischen Leistung und Entspannung unabdingbar (ist)“.

Alle systematischen Entspannungsmethoden ermöglichen Erfahrungen (oder sogar das Training) der systematischen, willentlichen Umschaltung von sympathischer Erregung (Leistungs- und Aktivierungsreaktion) des vegetativen Nervensystems auf parasympathische Erregung (Entspannungs- und Erholungsreaktion). Damit verbunden sind die Grundprinzipien der Erfahrung und des Trainings der Interozeption (Körperwahrnehmung) und der Vorstellungskaktivierung, was ihrer Anwendung bei Kindern (mit der in der Regel bei ihnen gegebenen Imaginations-

PSYCHODIAGNOSTIK



fähigkeit) entgegenkommt. Durch die wiederholte Übung werden im Idealfall nach den Prinzipien der angeleiteten klassischen Selbstkonditionierung Assoziationen der verbalen Entspannungsinstruktionen mit den positiv erlebten körperlichen und psychischen Entspannungsreaktionen aufgebaut, die mittel- und längerfristig zu effektiven Anwendungen der systematischen Entspannungsmethoden im Lebensalltag führen.

## Indikationsbereiche und Systematisierung nach Entspannungstherapie, Entspannungstraining und Entspannungsübungen

Die Anwendung systematischer Entspannungsverfahren in pädagogisch-psychologischen Kontexten ist zumeist weniger auf die unmittelbare Korrektur von Störungen des Erlebens und Verhaltens (mit Krankheitswert nach Sozialgesetzbuch V, SGB V) als vielmehr auf den Kompetenzaufbau sowie die primäre, sekundäre und tertiäre Prävention von Störungen ausgerichtet:

- **Primär-präventiv** sollen durch die Vermittlung und den Einsatz systematischer Entspannungsmethoden die Vulnerabilität gegenüber Stressoren reduziert sowie die Fähigkeiten der Person, ihre seelische und körperliche Gesundheit zu erhalten und zu verbessern, erhöht werden.
- **Sekundär-präventiv** wird durch die Anwendung systematischer Entspannungsmethoden eine Verkürzung der Erkrankungsdauer und die Verbesserung der Krankheitsverarbeitung angestrebt.
- **Tertiär-präventiv** steht beim Einsatz systematischer Entspannungsmethoden die Reduktion von Rückfallrisiken (etwa im Rahmen rehabilitativer Maßnahmen) im Vordergrund.

Damit erfüllen systematische Entspannungsmethoden wesentliche Kriterien, die für präventiv orientierte Interventionen im Rahmen der modernen psychologischen Konzepte aus der Angewandten Entwicklungspsychologie (vgl. etwa Gräser, 1980; Montada, 1998) und der Gesundheitspsychologie (vgl. etwa Schwarzer, 1996; Schwenkmezger & Schmidt, 1994) gelten. Theoretisch können sie als historisch früh entstandene Methoden der Entwicklungsintervention und Gesundheitsförderung in die aktionale, handlungstheoretisch fundierte Perspektive zu einer Entwicklungspsychologie des gesamten Lebenslaufs eingeordnet werden (vgl. hierzu Krampen, 1992, 1998, S. 87ff). In diesem Ansatz werden neben den auf die eigene Entwicklung bezogenen Emotionen und Kognitionen die Bemühungen von Personen analysiert und betont, die eigene Entwicklung aktiv zu beeinflussen, zu regulieren und zu optimieren. Zentral ist dabei das Konzept der personalen Entwicklungskontrolle, unter dem die gezielte Beeinflussung von Entwicklungsverläufen verstanden wird. Durch systematische Entspannungsverfahren kann die personale Entwicklungskontrolle der Person gestärkt werden, was inzwischen – allerdings bislang nur für Erwachsene – auch empirisch belegt werden konnte (vgl. Krampen, 1991, 1992).

Unter Bezug auf die präventive und korrektive Indikation systematischer Entspannungsmethoden und den bei ihrer Anwendung erforderlichen Lern- und Trainingsaufwand ist es sinnvoll, zwischen drei Anwendungstypen systematischer Entspannungsmethoden zu differenzieren (siehe auch Tabelle 1). Diese Anwendungstypen können sich freilich partiell überschneiden, auf jeden Fall sinnvoll ergänzen.

► **Erster Anwendungstyp: Entspannungstherapie** als Anwendung spezifischer Techniken der korrektiv ausgerichteten Einzel- oder gruppenpsychotherapeutischen Behandlung durch Dipl.-Psychologen/innen und Ärzte/innen mit einer speziellen Zusatzausbildung im jeweiligen Entspannungsverfahren. Es handelt sich dabei in der Regel um den längerfristigen, regelmäßigen Einsatz systematischer Entspannungsmethoden in der Vor- und/oder Begleitbehandlung eines breiten Spektrums von psychischen, psychosomatischen und somatischen Störungsbildern. Neben dem Autogenen Training (vgl. hierzu etwa Krampen, 1998), der Progressiven Relaxation (vgl. hierzu etwa Ohm, 1997) und – teilweise – den Phantasieren (vgl. hierzu etwa Petermann & Kusch, 1993) werden insbesondere auch die Hypnosetechnik (vgl. hierzu etwa Kossak, 1989) und die Biofeedback-Behandlung (vgl. hierzu etwa Vaitl, 1993) als systematische Entspannungsmethoden mit korrekativer Indikation in psychotherapeutischen Kontexten eingesetzt. Ihre Anwendung setzt neben einer Zusatzausbildung in dem jeweiligen Verfahren eine fundierte psychodiagnostische, psychodynamische und psychopathologische Ausbildung voraus und bleibt den Berufsgruppen der psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten/innen vorbehalten.

► **Zweiter Anwendungstyp: Entspannungstraining** mit dem Fokus auf präventiven Indikationsstellungen (siehe oben). Ebenso wie die Entspannungstherapie zielt das Entspannungstraining auf anhaltende Effekte, die durch die regelmäßige, selbstständige Übung von Entspannungsroutrinen – vor allem auch außerhalb der Gruppensituationen in entsprechenden Einführungskursen – systematisch erlernt und entwickelt werden. Die primäre Zielsetzung bezieht sich jedoch nicht auf einen Defizitabbau, sondern auf den Kompetenzaufbau und die Integration der Entspannungsroutrinen in den Lebensalltag. Der damit verbundene Lernaufwand liegt zumeist (wegen der Notwendigkeit regelmäßiger Übungen außerhalb der Gruppe) im höheren bis mittleren Bereich, und es ist – abgesehen von Initialeffekten – erst nach längerer Übungszeit mit stabilen Effekten und Erfolgserlebnissen für die Lernenden zu rechnen. Die Grundübungen des Autogenen Trainings, die Progressive Relaxation und Phantasieren werden in entsprechenden Entspannungstrainings-Kursen vermittelt.

► **Dritter Anwendungstyp: Entspannungsübungen** beziehen sich auf den situationsspezifischen Einsatz ausgewählter systematischer Entspannungsmethoden und zielen eher auf unmittelbare, kurzfristige Effekte in der jeweiligen Situation und weniger auf längerfristige Veränderungen bei der Person. Ihre Wirkung sollte trotzdem nicht unterschätzt werden, da neben den direkten situativen Effekten die Anwender u.U. neuartige Selbsterfahrungen machen und diese Erfahrungen durchaus auf ihren Lebensalltag übertragen können. Ein Vorteil dieser in der Regel kurzen Entspannungsübungen, zu denen auch Atemübungen und Übungen zum Abbau motorischer Spannungen gehören, liegt darin, dass der für ihre Anwendung notwendige Lern- und Trainingsaufwand gering ist.

In Tabelle 1 sind für ausgewählte systematische Entspannungsmethoden neben den erläuterten Indikationsaspekten jeweils die Art der Entspannungsinduktion (hetero- versus auto-suggestive Induktion bei passiver Selbstkonzentration versus körperlicher Aktivität der Person) und die primäre Entspannungsreaktion aufgeführt. Zusätzlich ist der Altersbereich angegeben, ab dem die jeweilige Methode in der Regel sinnvoll angewendet werden kann.

### Kompetenzaufbau und Prävention von Störungen

**Tabelle 1**

**Klassifikation systematischer Entspannungsmethoden für Kinder und Jugendliche nach Aspekten ihrer Indikation, der Entspannungsinduktion und der primären Entspannungsreaktion (aus Krampen, 1997, S. 86)**

Entspannungsmethode	Indikationsaspekte				Entspannungsinduktion			primäre Entspannungsreaktion	
	Alter	präventiv	korrektiv	Lernaufwand	autosugg.	heterosugg.	Aktivität der Person	körperlich	psychisch
Autogenes Training (AT)	ab etwa 9 Jahren	+	+	hoch	+	-	passiv	+	+
AT-Grundübungen	ab etwa 7 Jahren	+	(+)	mittel	+	-	passiv	+	(+)
Progressive Relaxation	ab etwa 9 Jahren	+	+	mittel	(+)	-	aktiv	+	(+)
Phantasiereisen	ab etwa 7-8 Jahren	+	(+)	gering	-	+	passiv	+	(+)
Atemübungen	ab etwa 4-5 Jahren	+	-	gering	(+)	+	aktiv	+	(+)
kurze Entspannungsübungen	ab etwa 4-5 Jahren	+	-	gering	-	+	passiv	+	(+)
Übungen zum Abbau motorischer Spannung	ab etwa 3-4 Jahren	+	-	gering	-	+	aktiv	(+)	-

Anmerkung: + = Überwiegend, (+) = teilweise, - = selten oder nie realisiert.

### Indikationsstellungen systematischer Entspannungsübungen bei Kindern und Jugendlichen

Die Hauptindikationen der in Tabelle 1 aufgeführten Entspannungstrainings und -übungen (auch in den Anwendungen als Entspannungstherapie in der Begleitbehandlung von Störungen) bei Kindern und Jugendlichen beziehen sich auf

- die Verhinderung und Reduktion von Konzentrationsstörungen und -schwierigkeiten,
- die bessere Nutzung von Erholungspausen vor, während und nach mentalen und/oder körperlichen Leistungsbelastungen (zur Leistungssteigerung),
- die Förderung der Bewältigung von Stressoren,
- die Förderung der Selbstakzeptanz des Kindes (bei Selbstwertproblemen),
- die Förderung der Akzeptanz des Kindes durch Bezugspersonen,
- die Förderung von Phantasie und Kreativität,
- sowie die Prävention und Begleitbehandlung von psychischen, psychosomatischen und somatischen Störungen sowie Verhaltensauffälligkeiten und -störungen.

Effektnachweise und positive Anwendungserfahrungen liegen vor allem für das Autogene Training als Begleitbehandlung unter sekundär- und tertiär-präventiven Zielsetzungen bei den folgenden Störungsbildern vor (vgl. im Überblick Biermann, 1996; Krampen, 1996a, 1998):

- funktionelle Schlafstörungen,

- Verhaltensauffälligkeiten und -störungen wie spastische Zustände (Tics, Schreibkrampf, Zähneknirschen, Stottern, Stimmstörung), Hyperaktivität, Konzentrationsstörungen, motorische Unruhe, Enuresis und Enkopresis,
- affektive Störungen (Angststörungen, Phobien, emotionale Labilität, Unsicherheit),
- Funktionsstörungen der Atmung (wie Asthma bronchiale, Hyperventilation, nervöse Atemstörungen),
- akute und chronische Schmerzzustände,
- dermatologische Störungen (endogenes Ekzem, chronisches Ekzem),
- Störungen des Bewegungs- und Stützapparats (Gelenkschmerzen, muskuläre Verkrampfungen).

### Absolute und relative Kontraindikationen systematischer Entspannungsübungen bei Kindern und Jugendlichen

Die Kontraindikationen systematischer Entspannungsmethoden beziehen sich stets auf (1) die Gefahr von Symptomprovokationen oder -verschlechterungen, die durch die (ungewohnte) Konzentration auf die eigene Person und die Aktivierung (ungewohnter) psychophysiologischer Sensationen entstehen können, und (2) die Unfähigkeit bzw. eingeschränkten Fähigkeiten von Menschen, die Methode zu lernen und selbstständig anzuwenden.

**Absolute Kontraindikationen, welche eine Anwendung systematischer Entspannungsmethoden ausschließen, sind gegeben bei**

- akuten Belastungszuständen mit Krankheitswert nach SGB V (etwa einer akuten posttraumatischen Belastungsstörung) ohne abgestimmte oder noch nicht hinreichend fortgeschrittene Primärbehandlung,
- akuten Krankheitszuständen (wie etwa akute psychotische Zustandsbilder, Myokardinfarkt, offene peptische Ulzera, Bronchospasmen und Migräneattacken) ohne abgestimmte oder noch nicht hinreichend fortgeschrittene Primärbehandlung,
- schwersten Intelligenzminderungen sowie
- psychischen Dämmerzuständen, die eine aktive Mitarbeit ohnehin ausschließen.

Häufiger und zahlreicher sind die relativen Kontraindikationen systematischer Entspannungsmethoden, die eine gezielte Anpassung des Vorgehens bei der Vermittlung der Entspannungstechnik erforderlich machen (siehe hierzu Krampen, 1998). Sie beziehen sich vor allem auf

- (1) den Entwicklungsstand und das Alter von Kindern (siehe Tabelle 1),
- (2) die Suggestibilität und eine erhöhte soziale Externalität in den Kontrollüberzeugungen,
- (3) Körperschema-Störungen (etwa bei Essstörungen),
- (4) Zwangsstörungen,
- (5) hypochondrische und hysterische Störungen,
- (6) akute Belastungsreaktionen infolge von Konfliktsituationen, Lebenskrisen und kritischen Lebensereignissen,
- (7) depressive Störungen,
- (8) überhöhte Erfolgserwartungen sowie übersteigerte Leistungs- und Konkurrenzorientierungen,
- (9) negative Voreinstellungen gegenüber der Methodik,
- (10) eine rein extrinsische Motivation sowie
- (11) aversive physische und/oder psychische Initialreaktionen.

Auf diese relativen Kontraindikationen systematischer Entspannungsmethoden bezogene Hinweise und Empfehlungen zur adaptiven Indikation und zur konkreten Vorgehensweise im Einzelfall finden sich bei Krampen (1998).

## Hinweise zur interventionsspezifischen Diagnostik und Evaluation beim Einsatz systematischer Entspannungsmethoden bei Kindern und Jugendlichen

Die folgenden Hinweise und Empfehlungen zur interventionsspezifischen Diagnostik und Evaluation beim Einsatz systematischer Entspannungsmethoden bei Kindern und Jugendlichen sind exemplarisch, jedoch systematischer Art und gehen auf eigene Anwendungserfahrungen zurück.

In Tabelle 2 (s. S. 188) findet sich zunächst ein grober systematischer Überblick zu den Elementen des psychodiagnostischen und -evaluativen Prozesses sowie den darauf bezogenen Teilschritten des konkreten Vorgehens. Angemerkt sei vorab, dass bei allen Verfahrensvorschlägen auf die altersgemäße Anwendbarkeit und Zumutbarkeit geachtet wurde, wobei freilich nach dem Alter und Entwicklungsstand von Kindern und (jüngeren) Jugendlichen zu differenzieren ist. Darauf wird im folgenden an den jeweiligen Stellen durch Altersangaben zur Eignung der Instrumente verwiesen.

## Interventionsspezifische Eingangsdiagnostik vor der Vermittlung systematischer Entspannungsmethoden an Kinder und Jugendliche

Die interventionsspezifische Eingangsdiagnostik beim Einsatz systematischer Entspannungsmethoden bei Kindern und Jugendlichen umfasst nach Tabelle 2 fünf Schritte, von denen der erste und zweite Schritt zur Erfassung der individuellen Teilnahmevoraussetzungen grundsätzlich, der dritte zur differentialdiagnostischen Abklärung der Indikationsstellung sowie der vierte und fünfte zur differentiellen Statusdiagnostik fallweise ergänzend realisiert werden sollten.

➤ Schritt 1 bezieht sich auf die **interventionsspezifische Anamnese** (siehe Tabelle 2), in der minimal die (1) Vorerfahrungen des Kindes mit systematischen Entspannungsmethoden, (2) seine Mitarbeit- und Teilnahmemotivation sowie (3) die akuten und chronischen Krankheiten und psychosozialen Belastungen des Kindes zur Abklärung von absoluten und relativen Kontraindikationen zu erfassen sind. Bei älteren Kindern und Jugendlichen kann dies im persönlichen Gespräch erfolgen, bei jüngeren Kindern sind diese anamnestischen Informationen auf jeden Fall bei einer primären Bezugsperson zu erfragen.

● Konkrete Hinweise für das Vorgehen finden sich etwa im *Anamnesebogen für das Autogene Training* (AT-ANAM aus dem „Diagnostischen und Evaluativen Instrumentarium zum Autogenen Training“, AT-EVA; Krampen, 1991), der auch beim Einsatz anderer Entspannungsmethoden (als dem Autogenen Training) als Gesprächsleitfaden für die Durchführung der interventionsspezifischen Anamnese hilfreich ist.

Wie stets in der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie ist darüber hinaus im persönlichen Kontakt mit dem Kind bzw. Jugendlichen seine Mitarbeit- und Teilnahmemotivation unter Bezug auf den Vorstellungsgrund zu thematisieren und soweit wie möglich frühzeitig durch Offenheit und Transparenz für das Kind bzw. den Jugendlichen zu klären, damit der Aufbau einer adäquaten therapeutischen Beziehung nicht von vornherein gefährdet wird.

➤ Schritt 2 betrifft die **Diagnostik der allgemeinen psychischen Voraussetzungen** für die Arbeit mit dem Kind bzw. dem Jugendlichen in einer Kleingruppe (siehe Tabelle 2). Die klinisch-diagnostische Urteilsbildung erfolgt auf dem Hintergrund der Erstkontakte mit dem Kind bzw. Jugendlichen sowie diagnostisch relevanter Auskünfte seiner Bezugspersonen und bezieht sich auf

- (1) die zumindest entwicklungsfähige Kompetenz des Kindes bzw. Jugendlichen zu angemessener Mitarbeit (ist sie zunächst nicht gegeben, so muss zunächst im Einzelsetting gearbeitet werden),
- (2) seine zumindest entwicklungsfähigen Konzentrationskompetenzen (ist dies nicht gegeben, so muss zunächst im Einzelsetting, am besten mit speziellen anderen Interventionsmethoden – wie etwa einem (Selbst-)Verstärkungsprogramm – gearbeitet werden),
- (3) die zumindest entwicklungsfähige Bereitschaft zu ausdauernder Übung (ist diese nicht vorhanden, so sollte zunächst nur mit situativ ausgerichteten Entspannungsübungen gearbeitet werden – siehe auch Tabelle 1 –, um das Kind nicht zu überfordern) sowie
- (4) die zumindest entwicklungsfähige Bereitschaft und Fähigkeit des Kindes bzw. Jugendlichen zu sozialem Kontakt in der „Peer“-Kleingruppe (ggfs. müssen diese zunächst im Einzelsetting erarbeitet werden).



Diagnostische Verfahren, die diese beim Einsatz systematischer Entspannungsverfahren bei Kindern und Jugendlichen relevanten Aspekte umfassend in strukturierter Form erfassen, liegen nicht vor. Basis bleibt somit in der Regel eine möglichst alle vier Aspekte umfassende, damit systematisierte klinische Urteilsbildung auf dem Hintergrund der Erstkontakte mit dem Kind bzw. Jugendlichen sowie der von seinen Bezugspersonen gegebenen Informationen. Ggfs. können standardisierte Verfahren aus der differentiellen Statusdiagnostik für die differenzierte Beurteilung einzelner dieser vier Aspekte hinzutreten (-> Schritte 4 und 5 der interventionsspezifischen Eingangsdiagnostik; etwa Verfahren zur Erfassung des Sozialverhaltens und der Konzentrationsfähigkeit von Kindern/Jugendlichen oder Beobachtungs- und Beurteilungsbogen für Erzieher/Eltern; siehe insbesondere die Verfahren zu L'-Daten in Tabelle 2 und im Text weiter unten).

► In Schritt 3 der interventionsspezifischen Eingangsdiagnostik stehen die **allgemeinen Indikationsbereiche systematischer Entspannungsmethoden** im Vordergrund. Sie beziehen sich auf (1.) körperliche und psychische Erschöpfungszustände und Belastungen, (2.) Nervosität und innere Anspannung, (3.) (psychosomatische) Symptome der psychophysiologischen Dysregulation, (4.) Leistungs- und Verhaltensschwierigkeiten, (5.) Schmerzbelastungen sowie (6.) Persönlichkeitsprobleme in der Selbstbestimmung und -kontrolle (vgl. hierzu Krampen, 1998). Direkt auf die Erfassung dieser sechs allgemeinen Indikationsbereiche ausgerichtet ist

- die **Änderungssensitive Symptomliste** (AT-SYM aus dem AT-EVA; Krampen, 1991). AT-SYM ist bislang jedoch nur für das Alter ab 15 Jahren normiert. Anwendungserfahrungen haben inzwischen ergeben, dass AT-SYM mit seinen insgesamt 48 Items auch bei jüngeren Jugendlichen und bei Kindern sowie in der Fremdbeurteilung durch deren primäre Bezugspersonen eingesetzt werden kann. Die für die sechs allgemeinen Indikationsbereiche aus AT-SYM resultierenden Skalenwerte und die idio-

graphische Auswertung haben sich zudem auch für die Indikation und in der Evaluation der Effekte anderer systematischer Entspannungsmethoden (als dem Autogenen Training) als hilfreich erwiesen.

Alternative standardisierte Erhebungsmethoden, die jedoch nicht interventionsspezifisch, sondern breiter auf die Erfassung der Symptomatik, Beschwerden und Belastungen von Kindern und Jugendlichen ausgerichtet sind, sind etwa:

- der **Gießener Beschwerdebogen für Kinder und Jugendliche** (GKB-KJ; Brähler, 1992), mit dem im Altersbereich von 9 bis 15 Jahren über 59 Items die subjektive körperliche Beschwerdenbelastung in den Bereichen (Skalen) Erschöpfung, Magensymptomatik, Gliederschmerzen, Kreislaufsymptomatik und Erkältungssymptomatik erfasst werden kann;
- das **Mannheimer Elterninterview** (MEI; Esser, Blanz, Geisel & Laucht, 1989), mit dem bei den Eltern 6- bis 16jähriger neben der Demographie und Sozialstatistik von Eltern und Kind sehr breit die kinder- und jugendlichenpsychiatrische Symptomatik sowie die sozio-familiären Lebensbedingungen und bedeutsame Lebensereignisse erfasst werden können (Zeitdauer: etwa eine Stunde);
- der **Diagnostische Elternfragebogen** (DEF; Dehmelt, Kuhnert & Zinn, 1993), über den bei Eltern 5-13jähriger systematisch Informationen über die Biographie und Entwicklung des Kindes sowie seine Verhaltensauffälligkeiten erhoben werden.

► Schritt 4 betrifft die ggfs. ergänzend zu realisierende weitere differentialdiagnostische Abklärung, wobei in der Entwicklungsdiagnostik zunächst nach Q- (Selbstauskünfte) und T-Daten (Testdaten) zu unterscheiden ist (siehe Tabelle 2). Je nach Vorstellungs- und/oder Teilnahmegrund kann aus dem Repertoire der vorliegenden Differenzialdiagnostika gezielt ausgewählt werden. Bei der Erhebung von Q-Daten haben sich in eigenen Anwendungen fallweise bislang u.a. die folgenden Verfahren (auch unter evaluativen Einsatzgesichtspunkten; siehe unten) bewährt:

Tabelle 2

**Systematik der interventionsspezifischen Diagnostik und Evaluation beim Einsatz systematischer Entspannungsmethoden bei Kindern und Jugendlichen mit zugeordneten exemplarischen Erhebungsinstrumenten (zu den Abkürzungen siehe Text)**

fünf Schritte der interventionsspezifischen Eingangsdiagnostik			(formative) Prozessevaluation		
Diagnostik der Teilnahmevoraussetzungen	Beschwerden-/ Symptombezogene Differenzialdiagnostik	differenzielle Statusdiagnostik	Veränderungsdiagnostik (Kursabschluss)	Katamnese (> 3 Monate danach)	(summativ) Produktevaluation
<b>1. Schritt</b> <i>interventionsspezifische Anamnese:</i> (1) Vorerfahrungen (2) Motivation (3) Kontraindikationen => AT-ANAM	<b>3. Schritt</b> <i>Indikationsbereiche:</i> (1) Erschöpfung/Belastung (2) Nervosität/Anspannung (3) psychophys. Dysreg. (4) Leistungs- und Verhaltensprobleme (5) Schmerzbelastungen (6) Persönlichkeitsprobleme => AT-SYM => GBB-KJ => MEI => DEF	<b>4. Schritt</b> <i>Entwicklungsdiagnostik (Q/T-Daten):</i> => EAS => AFS, AVT => SSK, DIKJ => WET, KVS-P => ZVT, KT 3-4	<i>nach jeder Sitzung:</i> - Aktenführung über Beobacht./Inhalte => WOHL-K-ET1 => WOHL-K-ET2 => AT-PROTO => PR-PROTO	<i>indirekte Veränderungsmessung:</i> Wiederholungsmessung zur Beschwerden- und Statusdiagnostik => AT-KATAM ggfs. erneute	<i>Katamnese:</i> Frequenz und Wirkung der Übungen => AT-KATAM ggfs. erneute
<b>2. Schritt</b> <i>Diagnostik allgemeiner Voraussetzungen:</i> (1) Mitarbeitsfähigkeit (2) Konzentrationsfäh. (3) Übungsbereitschaft (4) Kontaktfähigkeit		<b>5. Schritt</b> <i>Entwicklungsdiagnostik (L'-Daten):</i> => HAMEL, HAVEL => MVL, VFHK => BBK, VBV 3-6	<i>zwischen den Sitzungen:</i> => ET-K-PROTO => AT-PROTO => PR-PROTO	<i>direkte Veränderungsmessung:</i> - bei primären Bezugspersonen => VFE	<i>Veränderungsdiagnostik</i>

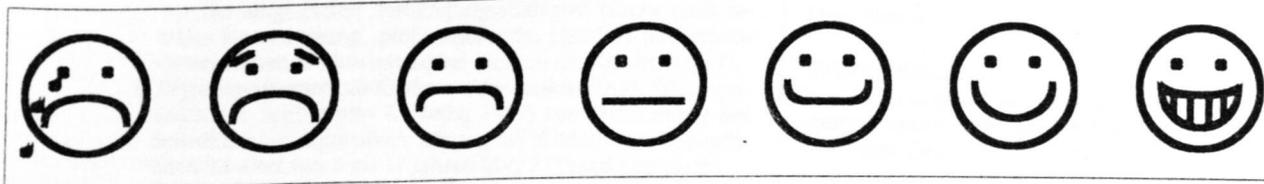


Abbildung 2: Gesichterskala („worries“ versus „smilies“) für WOHL-K-ET1 und WOHL-K-ET2 (Krampen, 1989)

- Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen (EAS; Petermann & Petermann, 1996), mit dem in geschlechtsspezifischen Varianten bei 9- bis 13-jährigen über 22 Items, in denen Alltagskonflikte zwischen Kindern thematisiert werden, die situationsgebundene Aggression gegen Gegenstände und Autoaggression erfasst werden können;
- Angstfragebogen für Schüler (AFS; Wiczerkowski, Nickel, Janowski, Fittkau & Rauer, 1975) zur Erhebung von Prüfungsangst, allgemeiner (manifest) Angst und Schulunlust bei 9- bis 17-jährigen, der ggfs. durch die Vorgabe einer analog aufgebauten

- ten Fremdbeurteilung durch Lehrkräfte ergänzt werden kann;
- Anstrengungsvermeidungstest (AVT; Rollett & Bartram, 1998) zur Erhebung der schulbezogenen Anstrengungsvermeidung und des schulischen Pflichteifers bei 10- bis 15-jährigen;
- Fragebogen zur Erhebung von Stresserleben und -bewältigung im Kindesalter (SSK; Lohaus, Fleer, Freytag & Klein-Heßling, 1996) zur Erfassung des Ausmaßes des aktuellen Stresserlebens,

### SITUATIONSVORGABEN ZUM WOHLBEFINDEN VON KINDERN BEI ENTSPANNUNGSÜBUNGEN (WOHL-K-ET1)

#### ➤ Gesichterskala dem Kind vorlegen und kurz erläutern!

Schau' einmal auf dieses Blatt! Du siehst da viele kleine Gesichter, die unterschiedlich schauen/aussehen. Dieses Gesicht(lein) – auf zweites von rechts zeigen – schaut ganz fröhlich aus. Was meinst Du, wie sieht denn dieses Gesicht(lein) – auf zweites von links zeigen – aus? (Ggfs. Antwort des Kindes kommentieren und weitere Gesichter durchgehen und deren Bedeutung klären).

Jetzt frage ich Dich einige Sachen über Dich. Du zeigst mir immer das Gesicht(lein), das am besten zu Dir (ganz alleine) passt. (Bei allen Einzelfragen ggfs. durch Umformulierungen oder Erläuterungen sicherstellen, dass das Kind verstanden hat, was gemeint ist. Bei keinen Verständnisproblemen können ggfs. bei den Folgefragen die Nachsätze „Wie hätte Dein Gesicht im Spiegel ausgesehen ...“ und „Denke einmal darüber nach und ...“ entfallen).

#### ➤ Bei jeder Frage auf der Antwortskala die Antwort des Kindes ankreuzen.

1. Kannst Du mir jetzt sagen, wie Du Dich eben während der Entspannungsübung gefühlt hast? Wie hätte Dein Gesicht im Spiegel ausgesehen...?

Denke einmal darüber nach und zeige mir dann das Gesicht, das am besten passt!

traurig 1      2      3      4      5      6      7      froh

2. Überlege einmal, wie Du Dich jetzt im Moment (also nach der Übung) fühlst. Bist Du eher fröhlich oder eher traurig? Wie würde Dein Gesicht im Spiegel aussehen...?

Denke einmal darüber nach und zeige mir dann das Gesicht, das am besten passt!

traurig 1      2      3      4      5      6      7      froh

3. Überlege einmal, wie Du Dich wohl heute abend fühlen wirst, wenn Du ins Bett gehst. Bist Du da eher fröhlich oder eher traurig? Wie würde Dein Gesicht im Spiegel ausgesehen ...?

Denke einmal darüber nach und zeige mir dann das Gesicht, das am besten passt!

traurig 1      2      3      4      5      6      7      froh

[4. Kannst Du Dir vorstellen, eine solche Entspannungsübung auch einmal alleine zu machen?

(=> Antwort des Kindes nach folgenden Kategorien beurteilen)

- 0      nein, überhaupt nicht
- 0      ja, eventuell (?; unklares Antwortverhalten)
- 0      ja, ganz bestimmt]

Datum:

Situation:

Kürzel:

Abbildung 1: Situationsvorgaben zum Wohlbefinden von Kindern bei Entspannungsübungen (WOHL-K-ET1; Krampen, 1989)



des Ausmaßes der aktuellen physischen Stresssymptomatik sowie der eingesetzten Bewältigungsstrategien (Suche nach sozialer Unterstützung, problemlösendes Handeln und emotionsregulierende Aktivitäten) bei Kindern der Klassen 3 bis 6;

- *Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche* (DIK; Stiensmeier-Pelster, Schürmann & Duda, 1989) zur Bestimmung der Schwere einer depressiven Störung bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 8 bis 17 Jahren über 27 Fragebogenitems. T-Daten können ggfs. einzelfallbezogen – je nach Vorstellungs- und Teilnahmegrund – etwa mit einem der folgenden Verfahren ergänzend erhoben werden:

- *Wiener Entwicklungstest* (WET; Kastner-Koller & Deimann, 1998) als Breitband-Entwicklungsdiagnostikum zur Erfassung des Entwicklungsstandes 3- bis 6jähriger in den Bereichen Motorik, visuelle Wahrnehmung und Gedächtnis sowie kognitive, sprachliche und sozial-emotionale Entwicklung (Durchführungszeit im Einzelsetting ca. 60 Minuten);
- *Kreativitätstest für Vorschul- und Primarschulkinder* (KVS-P; Krampen, 1996b) zur weitgehend sprachfreien Erfassung divergenter Denk- und Handlungsfähigkeiten sowie Entwicklungspotentiale (Ideenflüssigkeit und Ideenflexibilität) von 4- bis 11jährigen (Durchführung im Einzelsetting etwa 30 Minuten);

Abbildung 4  
Merkzettel für die Entspannungsübungen (ET-K-PROTO; Krampen, 1992)

☞ Dein Merkzettel für die Entspannungsübungen ☞

☛ Dein Name: \_\_\_\_\_

Tag	Übung	Übung gemacht	Besonderes aufschreiben oder malen....
Montag	1		*
	2		
Dienstag	1		
	2		
Mittwoch	1		
	2		
Donnerstag	1		
	2		
Freitag	1		
	2		
Samstag	1		
	2		
Sonntag	1		
	2		

Dein Name: \_\_\_\_\_

Streiche/Kreuze bitte genau das Gesichtlein an, das am besten dazu passt, wie Du Dich eben während der Entspannungsübungen gefühlt hast...

Wie hätte Dein Gesicht im Spiegel ausgesehen?



Dein Platz zum Malen (wenn Du willst):

Abbildung 3:  
Kurzbewertung der Entspannungsübung durch Kinder 0 (WOHL-K-ET2; Krampen, 1989)

- *Zahlen-Verbindungs-Test* (ZVT; Oswald & Roth, 1997) zur Diagnose der kognitiven Leistungsgeschwindigkeit ab dem Alter von 8 Jahren (wobei im vorliegenden Kontext vor allem der Bezug der „perceptual speed“ zum Konzentrationsvermögen und zur Aufmerksamkeitsspanne relevant ist; Durchführungszeit im Einzel- oder Gruppensetting ca. 5-10 Minuten);

- *Test d2 Aufmerksamkeits-Belastungs-Test* (Test d2; Brickenkamp, 1994) zur Erfassung verschiedener Aspekte des Aufmerksamkeits- und Konzentrationsvermögens ab dem Alter von 9 Jahren (Durchführung im Einzel- oder Gruppensetting knapp 10 Minuten);

- *Konzentrationstest für 3. und 4. Klassen* (KT 3-4; Heck-Möhling, 1993) zur Erfassung der Konzentrationsleistung (Genauigkeit, Arbeitstempo und Fehlerart) bei Kindern der 3. und 4. Klasse (Durchführung im Gruppensetting etwa 40 Minuten, im Einzelsetting kürzer).

► Nach Schritt 5 wird die **differentielle Statusdiagnostik mit L'-Daten** auf standardisierte Verfahren zur Fremdbeurteilung bzw. -beobachtung von Kindern durch primäre Bezugspersonen sowie das u.a. für die Vermittlung systematischer Entspannungsmethoden an Kinder und Jugendliche relevante (elterliche) Erziehungsverhalten (Q-Daten von Eltern/Erziehern) ausgeweitet (siehe Tabelle 2). Einzelfallspezifisch – erneut je nach Vorstellungs- und Teilnahmegrund – haben sich dabei etwa die folgenden Methoden bewährt:

- *Hamburger Erziehungsverhaltensliste für Mütter* (HAMEL; Baumgärtel, 1979), durch die bei Müttern 9- bis 14jähriger ökonomisch (mit nur 24 Items) die in der faktorenanalytischen Erziehungsstilforschung der 60er und 70er Jahre identifizierten beiden Hauptdimensionen des

Erziehungsverhaltens (Unterstützung und Strenge) erfasst werden; nicht nur für die Vermittlung einer autonomen Anwendung systematischer Entspannungsmethoden an Kinder und Jugendliche besonders bedeutsam ist die Zusatz-Kurzskala der HAMEL zur Abschätzung extremen mütterlichen Zuwendungsverhaltens;

- **Hamburger Verhaltensbeurteilungsliste** (HAMEL; Wagner, 1981) zur Erfassung der Dominanz, vegetativen Labilität, Gewissenhaftigkeit und Arbeitshaltung 7- bis 14-jähriger in der Fremdbeurteilung durch eine primäre Bezugsperson;
- **Marburger Verhaltensliste** (MVL; Ehlers, Ehlers & Makus, 1978) zur Abklärung kindlichen Problemverhaltens in den Bereichen emotionale Labilität, Kontaktangst, unrealistisches Selbstkonzept, unangepasstes Sozialverhalten und instabiles Leistungsverhalten in der Fremdbeurteilung durch die Eltern 6- bis 12-jähriger;
- **Verhaltensfragebogen für geistig- und lernbehinderte Heimkinder** (VFHK; Stahl, 1985) zur Beobachtung und Beurteilung der Selbstständigkeit und Ausdauer, der Durchsetzungsfähigkeit, der Kommunikations- und Kooperationsbereitschaft mit Erwachsenen und mit anderen Kindern sowie der Unsicherheit und emotionalen Labilität von 6- bis 16-jährigen geistig- und lernbehinderten Kindern, die in Heimen leben (tallweise ist der VFHK auch bei anderen Kindern einsetzbar);
- **Beobachtungsbogen für Kinder im Vorschulalter** (BBK; Duhm & Althaus, 1980) zur systematischen Verhaltensbeobachtung 4- bis 6-jähriger Kinder durch Erzieher(innen) nach den Aspekten ihrer Lösung von primären Bezugspersonen (Ankommen im Kindergarten), ihres sozial-emotionalen Gruppenverhalten sowie ihres Spiel-, Sprach- und Arbeitsverhaltens;
- **Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder** (VBV 3-6; Döpfner, Berner, Fleischmann & Schmidt, 1993) zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten in den Bereichen der sozial-emotionalen Kompetenzen, des oppositionellen Verhaltens, der Aufmerksamkeitsschwäche/Hyperaktivität und der emotionalen Auffälligkeiten von 3- bis 6-jährigen anhand separater Fremdbeurteilungsbogen für Eltern und Erzieher(innen).

### Prozessevaluation bei der Vermittlung systematischer Entspannungsmethoden an Kinder und Jugendliche

Durch die formative, den Prozess der Vermittlung systematischer Entspannungsmethoden an Kinder und Jugendliche begleitende Evaluation wird der Lern- und Transferprozess systematisch beobachtet, woraus wertvolle Hinweise für die adaptive Indikation und damit für die Anpassung des Vermittlungsvorgehens an den jeweiligen Lern- und Transferstatus des Kindes bzw. Jugendlichen resultieren. Dies bezieht sich sowohl auf die (Gruppen-)Sitzungen selbst als auch auf die Entspannungsübungen, die von den Kindern bzw. Jugendlichen sofort oder erst mit zunehmender Interventionszeit außerhalb der (Gruppen-)Sitzungen – in der Regel zu Hause – durchgeführt werden.

- Bezogen auf die (Gruppen-)Sitzungen steht natürlich die ohnehin nach professionellen Standards übliche **Aktenführung** über die Beobachtungen des Kindes bzw. Jugendlichen in der jeweiligen Sitzung, seine Äußerungen und die Inhalte der Sitzung im Vordergrund. Da entsprechende Protokollierungen post hoc erfolgen, damit in der Regel selektiv und auch subjektiv bleiben, ist eine standardisierte Prozessevaluation aus der Sicht des Kindes bzw. des Jugendlichen der einzelnen Sitzungen – zumindest hin und wieder – im Interventionsprozess sinnvoll (s. Tabelle 2). Ökonomisch einsetzbar (Bearbeitungsdauer: 2 bis 4 Minuten) sind dazu etwa die folgenden Verfahrensvorschläge, deren Aus-

Kurt A. Heller (Hrsg.)

## Begabungsdiagnostik in der Schul- und Erziehungsberatung



2., vollständig überarbeitete Auflage 2000.  
420 Seiten, Kt  
DM 59.- / Fr. 51.- /  
öS 431.-  
(ISBN 3-456-83252-4)

Das bewährte Lehrbuch wurde stark überarbeitet und aktualisiert. Es wurden neue Begabungstheorien

Tests berücksichtigt; die diagnostischen Anwendungsfelder wurden erweitert. Die Gutachtenerstellung wird an zwei Fallbeispielen erläutert.

Christoph Perleth / Albert Ziegler (Hrsg.)

## Pädagogische Psychologie



Grundlagen und Anwendungsfelder

1999. 319 Seiten,  
11 Abb., 6 Tab., Kt  
DM 49.80 / Fr. 44.80 /  
öS 364.-  
(ISBN 3-456-83253-2)

Das Buch wurde als orientierender Einführungstext konzipiert.

Es gibt einen Überblick über zentrale Bereiche der Pädagogischen Psychologie. Es berücksichtigt sowohl klassische Modelle als auch aktuelle Forschungsansätze.

<http://www.hanser.de>



Verlag Hans Huber  
Bern Göttingen Toronto Seattle



wertung und Interpretation weitgehend populationsunabhängig und kriterienorientiert (nach den negativen, neutralen versus positiven Einschätzungen des Kindes bzw. Jugendlichen) erfolgt:

- *Stundenbogen zum Autogenen Training* (AT-STD aus dem AT-EVA; Krampen, 1991) für Kinder ab etwa 9 Jahren und Jugendliche;
  - *Stundenbogen zur Progressiven Relaxation* (PR-STD; Krampen, 1996a) für Kinder ab etwa 9 Jahren und Jugendliche;
  - *Situationsvorgaben zum Wohlbefinden von Kindern bei Entspannungsübungen* (WOHL-K-ET1) für den Altersbereich von 5 bis 12 Jahren, wobei die Erhebung nicht nur bei den jüngeren Kindern im Gespräch erfolgen sollte bzw. muss (siehe Abbildung 1 und Abbildung 2);
  - *Kurzbewertung der Entspannungsübung durch Kinder* (WOHL-K-ET2) für den Altersbereich von 4 bis 8 Jahren (ggfs. auch bei älteren Kindern) mit im Gespräch angeleiteten Bearbeitungshinweisen (siehe Abbildung 3).
- Für die **Prozessevaluation** der für den Transferprozess besonders wichtigen außerhalb der (Gruppen-)Sitzungen vom Kind bzw. Jugendlichen autonom realisierten **Entspannungsübungen** stehen die folgenden Verfahrensvorschläge zur Verfügung (siehe Tabelle 2):
- *Protokollbogen zum Autogenen Training* (AT-PROTO aus AT-EVA; Krampen, 1991) für Kinder ab etwa 9 Jahren und Jugendliche;
  - *Protokollbogen zur Progressiven Relaxation* (PR-PROTO; Krampen, 1996a) für Kinder ab etwa 9 Jahren und Jugendliche;
  - *Merkzettel für die Entspannungsübungen* (ET-K-PROTO) für Kinder und Jugendliche im Alter von ca. 5 bis 12 Jahren (siehe Abbildung 4), wobei insbesondere bei den jüngeren Kindern die Instruktion sehr ausführlich erfolgen muss.

### **Produktevaluation, Veränderungsmessung, Katamnesen bei der Vermittlung systematischer Entspannungsmethoden an Kinder und Jugendliche**

Die mehr oder weniger kurzfristig, allenfalls mittelfristig ausgerichtete Veränderungsmessung kann indirekt durch Wiederholungsmessungen und/oder direkt über Veränderungseinschätzungen erfolgen. Empfehlenswert ist der Einsatz beider Methoden der Veränderungsmessung, da sich deren methodische Vor- und Nachteile kompensieren, wobei zwischen ihnen übereinstimmende evaluative Befunde besonders aussagekräftig sind. Zu komplettieren ist dies idealiter durch eine Katamnese, die frühestens drei Monate (besser später) nach dem Abschluss der Intervention erfolgen sollte.

- Für die **indirekte Veränderungsmessung** sind Wiederholungsmessungen mit standardisierten Verfahren zur beschwerden- und symptombezogenen Diagnostik sowie mit den einzelfallspezifisch ausgewählten Methoden der differentiellen Statusdiagnostik (über Q-, T- und/oder L'-Daten; siehe Tabelle 2 und oben) sowie idiographische Prä-Post-Test-Vergleiche naheliegend.
- Für die **direkte Veränderungsmessung** liegen bislang kaum psychometrisch abgesicherte Verfahren vor. Neben direkten Fragen an das Kind bzw. den Jugendlichen über das subjektive Veränderungserleben sind aber auf jeden Fall direkte Nachfragen zu den beim Kind bzw. Jugendlichen wahrgenommenen Veränderungen bei seinen primären Bezugspersonen (Eltern, Lehrer, Erzieher) sinnvoll. Entsprechende direkte Veränderungsbeurteilungen sollten dabei stets für einen klar definierten Zeitraum und unter Bezug auf den Vorstellungs- bzw. Teilnahmegrund sowie die allgemeinen Indikationsbereiche systematischer Entspannungsmethoden erhoben werden.
- *Im Veränderungsfragebogen zum Entspannungserleben* (VFE aus AT-EVA; Krampen, 1991) werden dazu die oben erläuterten sechs allgemeinen Indikationsbereiche systematischer Entspannungsmethoden für die direkte Veränderungsbeurteilung (mit nur 12 Items) vorgegeben. Bei Jugendlichen kann der VFE in der vorliegenden Form eingesetzt werden, bei Kindern kann der VFE als Leitfaden für teilstrukturierte Gespräche mit ihren primären Bezugspersonen genutzt werden.
- In der **Katamnese** stehen die Häufigkeiten und subjektiven Wirkungen der erworbenen systematischen Entspannungsübungen im Vordergrund. Ein Verfahrensvorschlag dazu findet sich im
- *Katamnesebogen zum Autogenen Training* (AT-KATAM aus AT-EVA; Krampen, 1991), der in leicht abwandelbarer Form auch in Katamnesen zu den längerfristigen Effekten von Einführungen in andere systematische Entspannungsmethoden sowie in Fremdkatamnesen (bei Bezugspersonen von Kindern bzw. Jugendlichen) eingesetzt werden kann.



kartoniert, 480 Seiten +  
16 Farbseiten  
DM 58,-  
ISBN 3-934387-00-4

»EIN BUCH FÜR KREATIV-THERAPEUTINNEN, die – gleich welcher Grundprofession sie angehören – offen für das sind, was in den KlientInnen Gestalt und Ausdruck finden will, die nicht danach fragen, ob gerade Musiktherapie oder Gestaltungstherapie dran ist, sondern die mit KlientInnen gemeinsam nach dem angemessenen Weg suchen, der Seele auf der Suche nach Lust auf Leben einen (Aus-)weg zu zeigen. Ein wertvolles Buch, das mich wegen seiner Aufrichtigkeit und seiner kreativen Fülle so begeistert und berührt.«

Martin Lenz

**Affen**  
könig

Affenkönig Verlag und Vertrieb

Balderbruchweg 35  
47506 Neukirchen-Vluyn  
Tel. + Fax: 0 28 45/46 35  
VK-Nr. 10126

## Zusammenfassung

Nach einem Überblick zu den Grundlagen, Indikationen und Kontraindikationen systematischer Entspannungsmethoden bei Kindern und Jugendlichen werden differenzialdiagnostische und evaluative Verfahren für die interventionsspezifische Eingangsdiagnostik, die Prozessevaluation sowie die mittel- und längerfristige Produktevaluation und Katamnese dargestellt. Systematisch unterschieden wird zwischen den Anwendungstypen der Entspannungstherapie, des Entspannungstrainings und der Entspannungsübungen. In den konkreten Hinweisen zur interventionsspezifischen Diagnostik wird zwischen Verfahren zur interventionsspezifischen Anamnese, zur Diagnostik der allgemeinen Voraussetzungen für die Teilnahme, zur Diagnostik von sechs spezifischen Indikationsbereichen systematischer Entspannungsverfahren sowie zur Entwicklungsdiagnostik (anhand von Q-, T- und L-Daten) differenziert. Für die Prozessevaluation werden Verfahrensvorschläge für die standardisierte Evaluation einzelner Entspannungsübungen und für die vom Kind bzw. Jugendlichen autonom durchgeführten Entspannungsübungen (zu Hause) vorgestellt. Zusätzlich werden Hinweise auf Möglichkeiten der indirekten und direkten Veränderungsmessung sowie katamnestischer Befragungen zur mittel- und längerfristigen Qualitätskontrolle gegeben.



## Literatur

- BAUMGÄRTEL, F. (1979). *Hamburger Erziehungsverhaltensliste für Mütter* (HAMEL). Göttingen: Hogrefe.
- BIERMANN, G. (1996). *Autogenes Training mit Kindern und Jugendlichen* (3. Aufl.). München: Reinhardt.
- BORCHERT, J. (1996). *Pädagogisch-therapeutische Interventionen bei sonderpädagogischem Förderbedarf*. Göttingen: Hogrefe.
- BRÄHLER, E. (1992). *Der Gießener Beschwerdebogen für Kinder und Jugendliche (GBB-KJ)*. Bern: Huber.
- BRICKENKAMP, R. (1994). *Test d2 Aufmerksamkeits-Belastungs-Test* (8. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- DEHMELT, P., KÜHNERT, W. & ZINN, A. (1993). *Diagnostischer Elternfragebogen (DEF)* (3. Auflage). Weinheim: Beltz.
- DÖPFNER, M., BERNER, W., FLEISCHMANN, T. & SCHMIDT, M. (1993). *Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder (VBV 3-6)*. Weinheim: Beltz.
- DUHM, E. & ALTHAUS, D. (1980). *Beobachtungsbogen für Kinder im Vorschulalter (BBK)* (2. Aufl.). Braunschweig: Westermann.
- EHLERS, B., EHLERS, T. & MAKUS, H. (1978). *Marburger Verhaltensliste (MVL)*. Göttingen: Hogrefe.
- ESSER, G., BLANZ, B., GEISEL, B. & LAUCHT, M. (1989). *Mainheimer Elterninterview (MEI)*. Weinheim: Beltz.
- GRÄSER, H. (1980). *Entwicklungsintervention*. In: W. Wittling (Hrsg.), *Handbuch der Klinischen Psychologie* (S. 16-50). Hamburg: Hoffmann und Campe.
- HECK-MÖHLING, R. (1993). *Konzentrationstest für 3. und 4. Klassen (KT 3-4)* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- KASTNER-KOLLER, U. & DEIMANN, P. (1998). *Der Wiener Entwicklungstest (WET)*. Göttingen: Hogrefe.
- KOSSAK, H.-C. (1989). *Hypnose*. München: Psychologie Verlags Union.
- KRAMPEN, G. (1991). *Diagnostisches und Evaluatives Instrumentarium zum Autogenen Training (AT-EVA)*. Göttingen: Hogrefe.
- KRAMPEN, G. (1992). *Autogenes Training als Entwicklungsintervention*. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 24, 184-200.
- KRAMPEN, G. (1995). *Systematische Entspannungsmethoden für Kindergarten- und Primarschulkinder*. *Report Psychologie*, 20 (7), 47-48 und 61-65.
- KRAMPEN, G. (1996a). *Förderung des Erwerbs und Transfers systematischer Entspannungsmethoden durch Übungsprotokolle*. *Autogenes Training & Progressive Relaxation*, 13, 5-10.
- KRAMPEN, G. (1996b). *Kreativitätstest für Vorschul- und Primarschulkinder (KVS-P)*. Göttingen: Hogrefe.
- KRAMPEN, G. (1997). *Autogenes Training*. In: C. Steinebach (Hrsg.), *Heilpädagogik für chronisch kranke Kinder und Jugendliche* (S. 81-108). Freiburg i. Br.: Lambertus.
- KRAMPEN, G. (1998). *Einführungskurse zum Autogenen Training: Ein Lehr- und Übungsbuch für die psychosoziale Praxis* (2. Aufl.). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie Hogrefe.
- KROWATSCHKE, D. (1994). *Entspannung in der Schule*. Dortmund: borgmann.
- LOHAUS, A., FLEER, B., FREYTAG, P. & KLEIN-HEBLING, J. (1996). *Fragebogen zur Erhebung von Streßerleben und Streßbewältigung im Kindesalter (SSK)*. Göttingen: Hogrefe.
- MONTADA, L. (1998). *Entwicklungspsychologie und Anwendungspraxis*. In: R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (4. Aufl., S. 895-914). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- OHM, D. (1997). *Progressive Relaxation* (2. Aufl.). Stuttgart: Thieme (Trias).
- OSWALD, W.D. & ROTH, E. (1997). *Zahlen-Verbindungs-Test (ZVT)* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- PETERMANN, F. & KUSCH, M. (1993). *Imaginative Verfahren*. In: D. Vaitl & F. Petermann (Hrsg.), *Handbuch der Entspannungsverfahren* (Bd. 1, S. 217-244). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- PETERMANN, F. & PETERMANN, U. (1996). *Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen (EAS)* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- ROLLETT, B. & BARTRAM, M. (1998). *Anstrengungsvermeidungstest (AVT)* (3. Aufl.). Braunschweig: Westermann.
- SCHWARZER, R. (1996). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- SCHWENKMEZGER, P. & SCHMIDT, L.R. (Hrsg.). (1994). *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Enke.
- STAHL, B. (1985). *Verhaltensfragebogen für geistig- und lernbehinderte Heimkinder (VF-HK)*. Weinheim: Beltz.
- STIENSMEIER-PELSTER, J., SCHÜRMAN, M. & DUDA, K. (1989). *Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ)*. Göttingen: Hogrefe.
- VAITL, D. (1993). *Bioteedback*. In: D. Vaitl & F. Petermann (Hrsg.), *Handbuch der Entspannungsverfahren* (Bd. 1, S. 272-302). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- WAGNER, H. (1981). *Hamburger Verhaltensbeurteilungsskizze (HABEL)*. Göttingen: Hogrefe.
- WIECZERKOWSKI, W., NICKEL, H., JANOWSKI, A., FITTKAU, B. & RAUER, W. (1975). *Angstfragebogen für Schüler (AFS)* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.



**Günter Krampen**, geb. 1950; Dipl.-Psych.: 1976, Dr.phil.: 1980, Dr.habil.: 1985; Psychotherapeut; Prof. an der Universität Trier sowie Honorarprofessor am ISERP/Luxemburg. Anschrift: Universität Trier, Fachbereich I - Psychologie, D-54286 Trier.