

# DIAGNOSTISCHE UND EVALUATIVE HILFSMITTEL FÜR ANWENDUNGEN SYSTEMATISCHER ENTSPANNUNGSVERFAHREN IN THERAPIE UND PRÄVENTION<sup>1</sup>

GÜNTER KRAMPEN

Informiert wird über Hilfsmittel für die Durchführung der Eingangsdiagnostik und Indikationsstellung sowie der Prozessevaluation, Ergebniskontrolle und Katamnese bei Anwendungen systematischer Entspannungsverfahren in der Therapie und Prävention. Ergänzend zur diagnostischen und evaluativen Urteilsbildung anhand mehr oder weniger systematischen Teilnehmerbeobachtungen und -rückmeldungen, die sich im Wesentlichen auf qualitative Daten beziehen, werden strukturierte psychodiagnostische Hilfsmittel benannt, die zum großen Teil psychometrisch überprüft und abgesichert sind, also neben qualitativen auch quantitative Daten liefern. Damit soll dazu beigetragen werden, den historisch überkommenen Zwist zwischen qualitativen „versus“ quantitativen Methoden durch ein gezieltes und integriertes Sowohl-als-Auch im Sinne der multimethodalen Diagnostik und Evaluation sowohl in der psychologischen Anwendungspraxis als auch in der psychologischen Forschungspraxis, von der eine bessere Annäherung an die Komplexität des menschlichen Handelns und Erlebens sowie seiner Veränderungen zu erwarten ist, zu ersetzen.

Schlüsselwörter: Progressive Relaxation, Autogenes Training, Differentialdiagnostik, Indikation, Evaluation, Nachuntersuchungen

## 1. Eingangsdagnostik und Indikationsstellung

Voraussetzung für die Indikationsstellung, den Ausschluss von absoluten Kontraindikationen und die Beachtung der Konsequenzen relativer Kontraindikationen ist die differentielle Diagnostik. Verbunden mit Wiederholungsmessungen führt die psycho-

logische Diagnostik automatisch zu einer (indirekten) Veränderungsmessung und damit zur kurz- sowie längerfristigen Evaluation des eigenen Vorgehens bei Einführungen in systematische Entspannungsverfahren sowie zur Kontrolle der Effekte bei den Teilnehmern. Eine solche systematische Effektkontrolle geht deutlich über die zumeist nur cursorisch und

---

<sup>1</sup> Gekürzter Vorabdruck aus Krampen, G. (2013). Entspannungsverfahren in Therapie und Prävention (3., überarbeitete und erweiterte Auflage). Göttingen: Hogrefe (mit freundlicher Genehmigung des Verlages).

zufällig bleibende Evaluation von Interventionen (etwa durch zufällige Rückmeldungen von einzelnen Teilnehmern, durch Informationen von Dritten oder dadurch, dass ein Teilnehmer den Kurs vorzeitig abbricht) hinaus und sollte daher generell bei der Durchführung von Einführungen in systematische Entspannungsmethoden durchgeführt werden.

Die Eingangsdiagnostik für Interessenten an einer Einführung in eine systematische Entspannungsmethode oder für Patienten mit einer entsprechenden Überweisung oder Zuweisung sollte minimal eine interventionsspezifische Anamnese sowie eine Beschwerden- und Symptom-orientierte Diagnostik umfassen, die ggf. um eine breitere Persönlichkeitsdiagnostik ergänzt werden können. Anzustreben ist ein multimethodales Vorgehen in der Diagnostik und Evaluation, bei dem sich minimal Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren, also Q- und L'-Daten ergänzen sollten (s. Kasten 1).

### 1.1 Anamnese und klassifikatorische Diagnostik

Für jede psychologische Behandlung unverzichtbar ist zunächst die biographische Anamnese der Personen, die an der Behandlung teilnehmen sollen. Bei Anwendungen systematischer Entspannungsverfahren kann in der Regel eine Beschränkung auf eine *interventionsspezifische Anamnese* erfolgen, in der in verkürzter Form für den Einsatz von Entspan-

#### **Kasten 1**

##### **Datenmodalitäten für eine multimethodale Diagnostik**

Nach der Systematik der Datenarten von R.B. Cattell (1965) kann in der multimethodalen Diagnostik und Evaluation prinzipiell zurückgegriffen werden auf:

1. L-Daten: biographische Informationen (hier etwa auch Vorerfahrungen mit systematischen und unsystematischen Entspannungsverfahren, Krankheitsgeschichte etc.),
2. L'-Daten: Fremdbeurteilungen und -beobachtungen durch die Gruppenleitung, ggf. auch durch behandelnde Ärzte, Psychotherapeuten oder andere Bezugspersonen,
3. Q-Daten: Selbstaussagen und -beurteilungen der Teilnehmer in mündlicher und schriftlicher Form sowie
4. T-Daten: hier vor allem psychophysiologische und medizinische Daten, ggf. auch Leistungstests.

nungsmethoden zentrale biographische Variablen erhoben werden. In einigen dieser Anwendungsbereiche ist die Durchführung einer mündlichen Anamnese und eines Vorgesprächs über die Methode, die an sie herangetragenen Erwartungen etc. leider kaum möglich (dies gilt wohl vor allem für Bereiche der Offenen Erwachsenenbildung, in der sich die Teilnehmer schriftlich oder fernmündlich anmelden und dann einfach zum ersten Gruppentermin erscheinen). Für solche Fälle (und ausschließlich

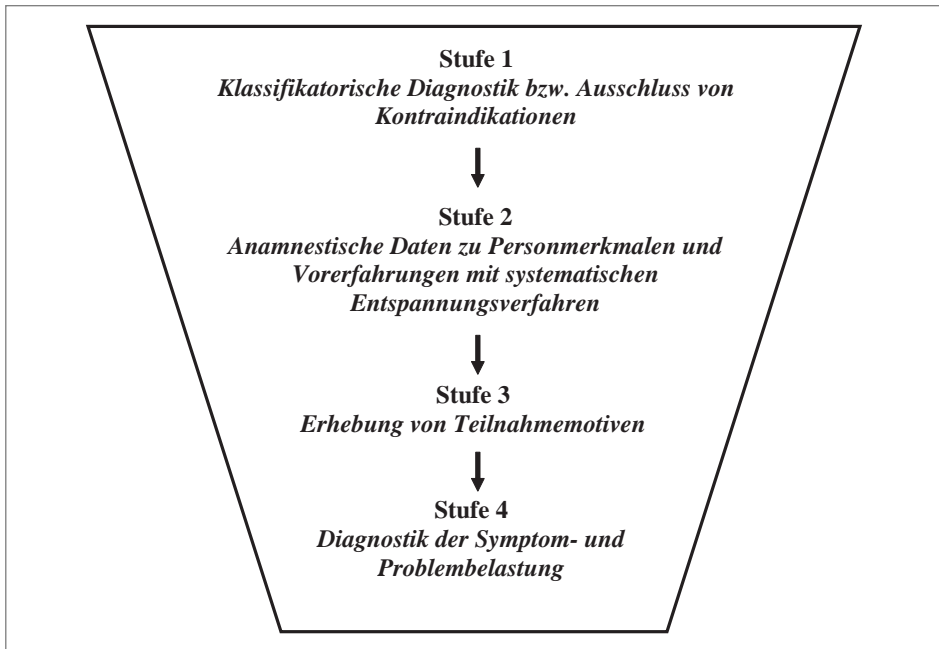
für solche!) bietet der *Anamnesebogen zu Entspannungstraining und -therapie* (ET-ANAM; Krampen, 2002a) einen kurzen schriftlichen, für Einführungen in systematische Entspannungsmethoden spezifischen Anamnesebogen, der spätestens in der ersten Gruppensitzung, besser vorher von den Teilnehmern ausgefüllt werden sollte.

ET-ANAM geht auf den älteren *AT-Fragebogen zur Person* (AT-ANAM) zurück, der der erste Teil des *Diagnostischen und Evaluativen Instrumentariums zum Autogenen Training* (AT-EVA; Krampen, 1991a) ist. Es sei betont, dass ET-ANAM ebenso wie AT-ANAM auf keinen Fall die mündliche Anamnese (wenn sie möglich ist) ersetzen sollte. Schriftliche Anamnesebogen können nur eine unvollkommene Alternative für das persönliche Gespräch sein. Dies deshalb, weil die mündlich durchgeführte interventionsspezifische Anamnese zum Aufbau einer adäquaten Beziehung zwischen Gruppenleitung und Teilnehmer/Patienten beiträgt, weil in persönlichen Interaktionen Unklarheiten schnell erkannt sowie ausgeräumt werden können und weil im Gespräch weitere bedeutsame Informationen quasi nebenbei anfallen können. Ggf. ist ET-ANAM auch gezielt um allgemeinere Fragen zur aktuellen Lebenssituation, zur Lebensgeschichte und zu kritischen Lebensereignissen im Sinne einer umfassenderen biographischen Anamnese (vgl. hierzu etwa die Anamnesefragebogen bei Schulz & Vogler, 1983; vgl. auch Keßler, 1982), beim Vorliegen

oder beim Verdacht auf eine Störung mit Krankheitswert um die klassifikatorische Diagnostik nach ICD-10 zu ergänzen. Dies betrifft die erste Stufe des Vier-Stufenmodells der Differenzialdiagnostik und differentiellen Indikation von AT und PR (Krampen, 2006), das in Abbildung 1 in der Übersicht dargestellt ist.

Erfasst werden mit ET-ANAM etwas differenzierter als mit AT-ANAM neben persönlichen Daten ausschließlich Informationen, die direkte Relevanz für Anwendungen systematischer Entspannungsmethoden haben. Die Akzeptanz aller Frageinhalte ist bei Patienten und Kursteilnehmern hoch, da ihr direkter Bezug zur Anwendung von Entspannungsverfahren allgemein nachvollziehbar und damit die Begründung der Fragenvorgabe transparent ist.

► In standardisierter Form werden zuerst (1.) die *Vorerfahrungen der Patienten bzw. Teilnehmer mit systematischen Entspannungsverfahren* (Progressive Relaxation, Autogenes Training, Yoga, Meditationstechniken, andere Methoden) erfragt, die vor allem für den Ablauf des Lernprozesses (etwa Probleme mit der Körperhaltung, mit einzelnen Übungselementen oder mit der Durchführung von Entspannungsübungen außerhalb des Interventions-Settings) von indikativer Bedeutung sind. Daneben lernt die Gruppenleitung den Erfahrungsstand der einzelnen Teilnehmer und der Gruppe insgesamt kennen, was für die Gestaltung der Gruppensit-



**Abb. 1:** Vier-Stufenmodell der Differenzialdiagnostik und differenziellen Indikation von AT und PR (nach Krampen, 2006)

- zungen und die zeitliche Sequenzierung der Einführung nützlich ist.
- ▶ Es folgen (2.) fünf Fragen zu Bereichen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen; psychotherapeutische, psychiatrische, neurologische Behandlung; chronische Erkrankungen; regelmäßige Medikamenteneinnahme; akute Medikation), die *relative Kontraindikationen* systematischer Entspannungsmethoden betreffen können (aber nicht müssen). Auf dem Hintergrund des Wissens über mögliche Probleme beim Erlernen und bei der Anwendung systematischer Entspannungsmethoden werden damit die Bereiche in sehr allgemei-

ner Form abgedeckt, die ggf. in Einzelgesprächen abzuklären sind. Bei bestehenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen, laufenden psychotherapeutischen, psychiatrischen oder neurologischen Behandlungen, chronischen Erkrankungen sowie regelmäßigem Medikamentenkonsum ist auf jeden Fall die Rückfrage beim behandelnden Arzt bzw. Psychotherapeuten, ggf. eine fachärztliche Untersuchung zur Abklärung spezifischer funktioneller oder somatischer Organsensibilitäten bzw. -störungen indiziert. Da absolute Kontraindikationen systematischer Entspannungsmethoden

selten sind, erhalten vor allem solche Daten Bedeutung, die für die Optimierung des Lernprozesses bei den einzelnen Teilnehmern wichtig sind.

- ▶ Als ebenfalls indikations-relevante Variable wird zusätzlich (3.) die *Motivation der Person* dafür erhoben, an der Einführung in die Entspannungsmethode teilzunehmen. In ET-ANAM sind 16 mögliche und relativ häufig auftretende Motive in strukturierter Form zum Ankreuzen aufgeführt. Diese Liste wird durch freie Zeilen ergänzt, in die von den Teilnehmern idiosynkratische Motive eingetragen werden können. Damit sollen kurz einige der Voraussetzungen auf der Seite der Teilnehmer abgeklärt werden, die dem Kursleiter in den Gruppensitzungen dabei helfen können, auf spezifische Lernprobleme, Motivationsprobleme (etwa bei den Übungen außerhalb der Gruppe) etc. einzugehen.

#### *Vorerfahrungen mit Entspannungsmethoden und -techniken*

Vorerfahrungen mit einer bestimmten Entspannungsmethode wirken so z. B. dann förderlich für die erneute Teilnahme an einem Kurs, wenn die Entspannungsmethode bei der früheren Gelegenheit hinreichend gut gelernt wurde, noch (zumindest hin und wieder) praktiziert wird und der neue Kurs den Charakter eines Auffrischkurses hat. Ggf. sind Unterschiede in der Durchführung der konkreten Entspannungsübungen zwischen dem

früher Gelernten und dem in der neuen Einführung Vermittelten zu beachten und mit dem Teilnehmer zu besprechen.

Die Gruppenleitung hat dagegen eher mit Lern- und Anfangsschwierigkeiten zu rechnen, wenn die frühere Einführung abgebrochen oder ohne subjektiv zufriedenstellendes Ergebnis beendet wurde, was auch in den meisten Fällen dazu geführt hat, dass die Entspannungsübungen nicht mehr praktiziert werden. Auch Vorerfahrungen mit anderen systematischen Entspannungsmethoden weisen darauf, dass mit einer höheren Inzidenz von Anfangsschwierigkeiten beim Lernen der individuell neuen Entspannungsmethode (etwa mit der Körperhaltung beim Üben oder dem autosuggestiven bzw. autoinstruktiven Ansatz oder dem mentalen bzw. körperorientierten Vorgehen etc.) zu rechnen ist. Dies gilt umso mehr, wenn die Motivation zum Kursbesuch sich vor allem auf die Neugierde und/oder eine Fremdbestimmtheit durch andere (Empfehlung durch Arzt, Psychologen, Freunde/Bekannte) und weniger auf selbstbestimmte inhaltliche Motive und Anwendungswünsche bezieht.

Zudem können sich aus bei einem Teilnehmer vorliegenden spezifischen Vorerfahrungen mit Entspannungsmethoden und -techniken Hinweise auf die differentielle Indikation von Autogenem Training versus Progressiver Relaxation ergeben. Dies betrifft die zweite Stufe des Vier-Stufenmodells der Differenzialdiagnostik und differentiellen Indikation von AT und PR (siehe Abbildung 1).

### *Kontraindikationen*

Mit ET- und AT-ANAM werden auch die wesentlichen (relativen) Kontraindikationsbereiche systematischer Entspannungsmethoden in einer allgemeinen Form erhoben. Heute herrscht weitgehende Übereinstimmung darin, dass absolute Kontraindikationen für sie selten, relative Kontraindikationen dagegen häufig sind (vgl. Krampen, 1998, 2013). Da es in den meisten Fällen vom Schweregrad einer Störung abhängt, ob die Entspannungsmethode absolut oder relativ kontraindiziert ist bzw. einen Misserfolg wahrscheinlich macht, sind die mit ET-ANAM erhobenen Informationen im Zweifelsfall immer durch Rückfragen beim behandelnden Arzt oder Psychotherapeuten, ggf. durch eine fachärztliche Untersuchung abzuklären. Nicht nur bei psychosomatischen und somatoformen Störungen, sondern auch bei psychischen ist stets die Prüfung möglicher somatischer Determinanten zum Ausschluss organischer Ursachen bzw. zu ihrer adaptiven Beachtung zu veranlassen. Das Vorgehen bei der Vermittlung der Entspannungsmethode ist auf die Ergebnisse dieser Untersuchungen abzustimmen, wobei von der Gruppenleitung insbesondere darauf zu achten ist, dass es durch die Anwendung der Entspannungsübungen und/oder die Verwendung bestimmter Übungselemente nicht zu einer Symptomverschlechterung oder -provokation kommt. Aus relativen Kontraindikationen resultieren zudem Hinweise für die differentielle

Indikation von Autogenem Training versus Progressiver Relaxation (Krampen, 2006).

### *Teilnahmemotivation*

Mit Problemen bei Erwerb, Anwendung, Konsolidierung und Transfer von Entspannungsübungen ist bei solchen Teilnehmern zu rechnen, die *ausschließlich* ein Motiv oder mehrere Motive aus der Gruppe der ersten fünf in ET-ANAM aufgeführten Teilnahmemotive angegeben haben. Treten weitere (intrinsische) Motive aus der Liste oder individuelle Motive hinzu, ist dagegen weniger motivationale Klärungsarbeit nötig. Basiert die Teilnahme aber nur auf Empfehlungen (auch Überweisungen) durch Ärzte, Psychologen oder Freunde/Bekannte, so ist eine Reflexion dieser *rein extrinsischen Teilnahmemotivation* mit dem Teilnehmer indiziert. Dies kann etwa über die Exploration möglicher Anwendungssituationen der Entspannungsübungen im Lebensalltag oder über die Thematisierung der Notwendigkeit von Lebensstil-Veränderungen geschehen, die eine geeignete Anfangsmotivation für die Kurs Teilnahme aufbaut, so den Kursabbruch oder die nicht ernsthafte Durchführung der Entspannungsübungen vermeidet und zu Initialerfolgen bei ihren Anwendungen führt, die mittel- und längerfristig zu einer intrinsischen Motivation führen.

Ähnliche motivationale Klärungsarbeit empfiehlt sich auch bei Personen, die angeben, *ausschließlich aus Neugier* an der Einführung teilzunehmen

men: Neugier ist zwar etwas sehr Schönes, trägt aber als flüchtiges Motiv häufig nicht ausreichend lange, so dass oftmals nach ein, zwei oder drei Sitzungen die Ansicht geäußert wird, die Entspannungsmethode sei nichts für die eigene Person (man habe das „schnell“ festgestellt) oder aber, ganz im Gegenteil, man kenne und beherrsche die Entspannungsmethode bereits vollständig. Dabei wird übersehen, dass systematische Entspannungsmethoden in so kurzer Zeit allenfalls im Sinne von Demonstrationsübungen kennen gelernt, jedoch keinesfalls so gelernt werden können, dass sie mit stabilen Übungseffekten in unterschiedlichen Alltagssituationen erfolgreich angewandt werden können.

Ausführlich zu sprechen (am besten im Einzelgespräch) ist zudem mit Menschen, die ausschließlich angeben, die Entspannungsmethode zur *Bewältigung einer schweren akuten Belastung* lernen zu wollen. Zwar können früher erfolgreich und gut gelernte Entspannungsmethoden (wie PR oder AT) bei akuten Belastungsreaktionen (ICD-10: F43.0) und Anpassungserfordernissen sinnvoll zur Bewältigung und vor allem zur Verhinderung einer Chronifizierung sowie Deprivation angewendet werden. Für den erstmaligen Erwerb systematischer Entspannungsmethoden stellen solche akuten Belastungssituationen und kritischen Lebensereignisse jedoch keine gute Voraussetzung dar, weil auf die Belastung bezogene Gedanken die Einstellung auf die Entspannungsübung und de-

ren Automatisierung erschweren. Ggf. sind Teilnehmer auf alternative Behandlungs- und Interventionsmöglichkeiten hinzuweisen.

Alle weiteren in der Liste von ET-ANAM aufgeführten (intrinsischen) Motive für die Teilnahme an einer Einführung in systematische Entspannungsmethoden sind günstige Teilnahmevoraussetzungen, geben aber zum Teil Hinweise auf die differentielle Indikation von Autogenem Training versus Progressiver Relaxation. Dies betrifft die dritte Stufe des Vier-Stufenmodells der Differenzialdiagnostik und differentiellen Indikation von AT und PR (siehe Abbildung 1; Krampen, 2006). Interessant ist, dass der kurz-, mittel- und längerfristige Erfolg beim Lernen und bei der Anwendung von Entspannungsübungen im Alltag nur bis zur Anzahl von vier Motiven mit der Anzahl der (intrinsischen) Teilnahmemotive, darüber hinaus dagegen nicht mehr zunimmt (Krampen & von Eye, 2006). Kaum alternativ zu ET-ANAM, aber ergänzend kann das von Ströbl, Reusch und Ellgring (2004) auf der Basis des Transtheoretischen Modells der Verhaltensänderung (TTM) von Prochaska und DiClemente (1983) vorgelegte Forschungsinstrument zur Erfassung der Motivation zu Entspannungsübungen zur Abschätzung der Eingangsmotivation eingesetzt werden. Neben der Motivation zur Durchführung selbstständiger Entspannungsübungen umfasst dieser Fragebogen Skalen zur Selbstwirksamkeitserwartung im Bereich von Entspannungsübungen sowie Subskalen zu den subjektiven

Vor- und Nachteilen von Entspannungsübungen. Für die angewandte Forschung ist das Verfahren von Ströbl et al. (2004) interessant, es bedarf aber der Ergänzung um Fragen nach den Vorerfahrungen mit und dem Vorwissen über systematische Entspannungsverfahren.

### 1.2 Beschwerden- und Symptom-orientierte Diagnostik

Die anamnestische und die ggf. notwendig werdende klassifikatorische Diagnostik sollte durch eine auf persönliche Beschwerden und Symptome spezifischer ausgerichtete Eingangsdiagnostik ergänzt werden. Neben der psychologischen und/oder fachärztlichen Untersuchung sind dafür - gerade für eine ökonomische Eingangsdiagnostik bei vielen Grup-

penteilnehmern - standardisierte Beschwerde- oder Symptomlisten geeignet. Neben interventionsunspezifischen Verfahren (siehe Kasten; vgl. im Überblick Krampen, 1995) liegt dazu mit der *Änderungssensitiven Symptomliste zu Entspannungserleben, Wohlbefinden, Beschwerden- und Problembelastungen* (ASS-SYM; Krampen, 2006) eine speziell für Anwendungen systematischer Entspannungsmethoden konstruierte Selbstbeurteilungsmethode vor, die in der Eingangsdiagnostik zur Indikationsstellung und in der Erfolgskontrolle zur indirekten Veränderungsmessung verwendet werden kann. ASS-SYM ist somit nicht nur minimal vor Beginn anzuwenden, sondern zudem sinnvoll nach Abschluss einer Einführung in eine systematische Entspannungsmethode, ggf. auch zusätzlich bei der Katamnese zu applizieren (siehe Kasten 2).

#### Kasten 2

##### **Konstruktion und psychometrische Evaluation der Änderungssensitiven Symptomliste**

ASS-SYM ist eine auch für Anwendungen bei anderen Entspannungsverfahren und in anderen diagnostischen Kontexten geeignete Weiterentwicklung der im Rahmen des *Diagnostischen und Evaluativen Instrumentariums zum Autogenen Training* (AT-EVA; Krampen, 1991a) vorgestellten Änderungssensitiven Symptomliste für das Autogene Training (AT-SYM). AT-SYM geht ursprünglich auf frühere Versuche zurück, Effekte der Teilnahme an Einführungskursen zum Autogenen Training durch allgemeine (interventionsunspezifische) „Beschwerdenlisten“ o. ä. zu evaluieren (vgl. etwa Krampen & Ohm, 1984, 1985a). Motiviert durch den dabei erzielten geringen Erkenntnisnutzen wurden zunächst die vorliegenden Instrumente zur Erfassung allgemeiner psychischer und psychosomatischer Beschwerden daraufhin durchgesehen, welche ihrer Items sich den sieben Indikationsbereichen des Autogenen Trainings (Krampen, 1991a) eindeutig zuordnen lassen. In diese Inhaltsanalysen sind die *Beschwerdenliste* (B-I; alle





Fortsetzung Kasten 2

Formen) von Von Zerssen (1976), die *Skala zur Messung von studentischen Problemen* (SSP) von Sander und Lück (1974), der *Beschwerdenfragebogen* (BEB) von Höck und Hess (1973), der *Beschwerden-Erfassungsbogen* (BEB) von Kasielke und Hänsgen (1987) und die *Kieler Änderungssensitive Symptomliste* (KASSL) von Zielke (1979) eingegangen.

Ein erstes Ergebnis dieser Analysen war, dass diese Instrumente eine Reihe von Problem- oder Symptombeschreibungen enthalten, die nicht den Indikationsbereichen von Entspannungsverfahren zugeordnet werden können, somit für die Indikation und Effektkontrolle von darauf bezogenen Einführungen und Anwendungen zu weit greifen und damit „diagnostischen Ballast“ darstellen. Die verbleibenden Items aller Instrumente wurden den Indikationsbereichen systematischer Entspannungsmethoden zugeordnet, wobei die Indikationsbereiche „Erhöhung der Selbstbestimmung“ und „Erhöhung der Selbstkritik und -kontrolle“, die ohnehin eher vor allem die freien Vorsatzformeln und die Oberstufe des Autogenen Trainings betreffen, zu einem einzigen Indikationsbereich „Selbstaktualisierungswünsche“ zusammengefasst wurden. Die Zuordnung der Items aus den o.g. Beschwerdelisten zu diesen sechs Indikationsbereichen und einer unspezifischen Restkategorie wurde von zwei unabhängigen Kodierern durchgeführt. Die Übereinstimmung lag im ersten Durchlauf bei 94 Prozent; alle Abweichungen konnten in einem zweiten Zuordnungsdurchlauf geklärt werden.

Die resultierende interventionsspezifische Itemliste wurde anhand empirischer Befunde zu teststatistischen Kennwerten, Parametern der Änderungssensitivität für die Teilnahme an Einführungen zum AT und der inhaltlichen Validität auf 48 Items reduziert (vgl. Krampen, 1991a). Dabei sind im AT-SYM jeweils acht Items eindeutig einem der sechs Indikationsbereiche systematischer Entspannungsverfahren zugeordnet, woraus die Möglichkeit resultiert, neben einem Gesamtwert für die Problembelastetheit und Beschwerden (SYM-G; Summenwert über alle 48 Items) sechs indikationsspezifische Teilsummenwerte der Problembelastung zu bestimmen. Diese Subskalen beziehen sich auf (1) körperliche und psychische Erschöpfung, (2) Nervosität und innere Anspannung, (3) psychophysiologische Dysregulation, (4) Leistungs- und Verhaltensschwierigkeiten, (5) Schmerzbelastungen sowie (6) Probleme in der Selbstbestimmung und -kontrolle. AT-SYM lässt am Ende einige Zeilen zusätzlichen Freiraum für spezifische Beschwerden oder Probleme der Person, die in der Itemliste (objektiv oder auch nur subjektiv) nicht repräsentiert sind.

In der Folge wurde die Tauglichkeit von AT-SYM für Anwendungen anderer Entspannungsmethoden (insbesondere die Progressive Relaxation) sowie auch in anderen diagnostischen Kontexten umfangreich empirisch erprobt, psychometrisch positiv evaluiert und separat als *Änderungssensitive Symptomliste zu Entspannungserleben, Wohlbefinden, Beschwerden- und Problembelastungen* (ASS-SYM; Krampen, 2006) publiziert. ASS-SYM ist ebenso wie AT-SYM aufgebaut und nicht nur für Anwendungen in der interventionsspezifischen Diagnostik und Evaluation bei Einführungen in systematische Entspannungsmethoden geeignet, sondern - vor allem durch die Vermeidung psychopathologisierender Skalenbezeichnungen - auch für die Differenzialdiagnostik und Evaluation in der Psychotherapie und Klinischen Psychologie sowie in der Verhaltensmedizin und Medizinischen Psychologie.

Mit ASS-SYM wurde die Möglichkeit geschaffen, unter engem Bezug auf die allgemeinen zentralen Indikationsbereiche systematischer Entspannungsverfahren einzelfall-orientierte Aussagen zu machen. Entspannungsmethoden sind danach vor allem dann indiziert, wenn der Gesamtskalenwert SYM-G und/oder Subskalenwerte von ASS-SYM (unter sozial vergleichender Perspektive) im hohen Wertebereich liegen. Wegen dem u.a. auch präventiven Zielsetzungen dienenden Ansatz systematischer Entspannungsmethoden sollten diese mit AT-SYM ermittelten Befunde der Eingangsdiagnostik aber nicht im Sinne einer absoluten Indikation und damit des Ausschlusses von Personen mit niedrigen Werten auf den ASS-SYM-Skalen aufgefasst werden. Hohe Werte bei ASS-SYM legen die spezifische Indikation von Entspannungsmethoden nahe, wobei u. U. auch ein oder mehrere bestimmte Indikationsbereiche (= SYM-Subskalen) besonders hervortreten können; niedrige Werte bei ASS-SYM schließen weder die Anwendbarkeit noch den Nutzen systematischer Entspannungsmethoden bei einer Person (etwa unter präventiven Gesichtspunkten oder im Bereich sportlicher Anwendungen) aus.

Sowohl für die Indikation systematischer Entspannungsverfahren als auch für die Evaluation von besonderer Bedeutung sind die mit „sehr stark/sehr häufig auftretend“ vom Teilnehmer bezeichneten Einzelsymptome in ASS-SYM. Über die anamnestischen Informationen hinaus

geben sie wichtige Hinweise auf psychische, aber ebenfalls auf funktionelle und/oder somatische Störungen, die auf jeden Fall der Exploration, u. U. der fachärztlichen Untersuchung bedürfen.

Die beschwerden- und symptomorientierte Differenzialdiagnostik (etwa mit ASS-SYM) betrifft die vierte Stufe des Vier-Stufenmodells der Differenzialdiagnostik und differentiellen Indikation von AT und PR. Bei hohen Werten auf einzelnen Subskalen von ASS-SYM oder bei bestimmten Items (= Beschwerdenbelastungen) ergeben sich gezielte Hinweise auf die differenzielle Indikation der PR oder der AT-Grundstufe (siehe Abbildung 1; Krampen, 2006).

### 1.3 Persönlichkeitsdiagnostik

Obwohl bislang nur wenige konsistente empirische Hinweise auf den indikativen Wert allgemeiner Persönlichkeitsvariablen für Anwendungen systematischer Entspannungsverfahren vorliegen (vgl. Krampen, 1998, 2013), ist - nicht nur in der angewandten Forschung - zu erwägen, in der Eingangsdiagnostik entsprechende Daten zu erheben. Aus pragmatischen Gründen kommen dafür im Wesentlichen Selbstbeurteilungs- und Fremdbeurteilungsverfahren (vgl. im Überblick etwa Stieglitz, 1988) in Frage, wenngleich natürlich auch sowohl psychophysiologische Parameter (etwa zum allgemeinen Aktivierungsniveau o. ä.) als auch psychologische Testdaten (etwa aus

Konzentrationstestungen oder objektiven Persönlichkeitstests) von Forschungsinteresse sein können. Hier sollen nur einige Hinweise auf solche Persönlichkeitsdiagnostika gegeben werden, die in der auf Anwendungen systematischer Entspannungsverfahren bezogenen Eingangsdiagnostik unter indikativer Perspektive relevant sein können.

#### *Breitbandverfahren der Persönlichkeitsdiagnostik*

Obwohl die vorliegenden Befunde kaum dafür sprechen, dass Breitbandverfahren der Persönlichkeitsdiagnostik (wie FPI, MMPI, NEO-FFI oder 16 PF) Wesentliches zur Indikationsstellung systematischer Entspannungsmethoden und zur Prognose ihrer Effektivität und Effizienz beitragen (Krampen, 1998, 2013), kommt ihre Verwendung in Betracht. Sie sollte eventuell weniger unter der Perspektive erfolgen, dass spezifische Abweichungen von den Normwerten indikativ oder prognostisch relevant sind, als vielmehr unter der, dass geringe Abweichungen von den Durchschnittswerten - vor allem dann, wenn gleichzeitig die Teilnahmemotivation ungünstig ist - für den Erfolg beim Erwerb systematischer Entspannungsmethoden ungünstig sind (vgl. hierzu Bartmann & Mathes, 1992; Bühler & Koch, 2008; Springub, Feireis & Wilke, 1989).

#### *Spezielle Persönlichkeitsfragebogen*

Indikativ und prognostisch für Entspannungsmethoden bedeutsamer scheinen aber ohnehin Persönlichkeitsvariablen zu sein, die mit diesen Breitbandverfahren nicht oder nur unzulänglich erfasst werden. Neben den *generalisierten Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen*, die etwa mit den Instrumenten von Krampen (1981, 1991b) ökonomisch erfasst werden können, sind dies vor allem Persönlichkeitsvariablen wie *Hypochondrie* und *Hysterie*, für deren Erfassung Süllwold (1987, 1990) einen reliablen und validen Forschungsfragebogen vorlegte, die *objektive Selbstaufmerksamkeit* (vgl. hierzu im Überblick Krampen, 1985; Ohm, 1987), andere Variablen generalisierter selbstbezogener Kognitionen (vgl. Hewig, Hank & Krampen, 2009; Krampen, 2000) sowie ggf. auch die *Fähigkeit und Bereitschaft zum selbstreflexiven Denken und Handeln* (siehe hierzu Krampen, 2011, S. 129ff.).

#### *Entspannungsfähigkeit und Suggestibilität*

Da sowohl für objektive als auch für subjektive *Suggestibilitätstests* entweder keine signifikanten (Dittmann, 1988) oder aber nur schwach ausgeprägte Beziehungen zum (Initial-)Erfolg beim Erwerb autosuggestiver Entspannungsmethoden vorliegen (Gheorghiu & Langen, 1971; Meyer et al., 1987; Scholz, 2002), taugen sie kaum als Indikationsmerkmal (vgl.

auch Diehl, 1987). Forschungsinstrumente für *Baseline*- und ggf. auch für Wiederholungserhebungen beziehen sich z. B. auf die Erfassung von *Imaginations- und Relaxationsfähigkeit* sowie *Suggestibilität* (Scholz, 2002), von *Entspannbarkeit* (Gheorghiu et al., 1994) oder der *Entspannungstiefe* (*Behavioral Relaxation*; Blanchard & Andrasik, 1991; Schilling & Poppen, 1981). Da direkte empirische Nachweise für die indikative Bedeutung dieser Verfahren für Anwendungen systematischer Entspannungstrainings und -therapien bislang ausstehen, ist ihr Einsatz vor allem für die Angewandte Forschung und ggf. auch für die Prozess- sowie Ergebnisevaluation von Interesse.

## 2. Qualitätskontrolle: Die systematische Evaluation des Lernerfolgs

### *Prozessevaluation*

Systematische Kontrollen der Effekte der Teilnahme an Einführungen zu systematischen Entspannungsmethoden sollten nicht nur produktorientiert (summativ), sondern auch prozessorientiert (formativ) während der Laufzeit der Einführungen selbst realisiert werden. Durch die *Prozessevaluation* ergeben sich systematisch Möglichkeiten, unmittelbar und gezielt auf Lernschwierigkeiten von Teilnehmern einzuwirken, das Tempo des Vorgehens dem jeweiligen Übungsstand der Gruppe anzupassen, ggf. einzelne Teilnehmer geson-

dert zu betreuen etc. Erreicht wird damit durch die Prozessevaluation eine erhöhte Selbstkontrolle der Gruppenleitung, die von den bei allen Kursteilnehmern systematisch erhobenen Angaben ausgeht und direkt auf die Intervention (selbstkorrigierend) im Sinne der adaptiven Indikation zurückwirkt.

### *Kurz- und längerfristige Ergebnisevaluation*

Die systematische *Ergebnisevaluation* (Produktevaluation) dient ebenfalls der Selbstkontrolle der Gruppenleitung, ist dabei aber längerfristig angelegt und hat für die jeweilige Einführung keine direkten Konsequenzen. Es geht vielmehr darum, die Effektivität und Effizienz des eigenen Vorgehens insgesamt (bezogen auf einen bestimmten Kurs und das dabei realisierte Vorgehen) selbstkritisch zu prüfen. Realisiert wird dies über die indirekte (Vortest-Nachtest-Vergleiche) und direkte Veränderungsdiagnostik (Abschlusshebung), die sich als unterschiedliche Methoden der Veränderungsmessung mit spezifischen Vor- und Nachteilen gegenseitig ergänzen. Komplettiert wird dies durch *Katamnesen*, die die mittel- und längerfristige Ergebniskontrolle betreffen und zumindest mittelfristig (über drei Monate), besser langfristig die Auswirkungen der Teilnahme an einer Einführung in ein Entspannungsverfahren systematisch analysieren.

*Profit für Teilnehmer/Patienten,  
Kursleitung und Evidenzbasierung*

Nur durch solche prozess- und produkt-evaluative sowie katamnestiche Daten erhält die Gruppenleitung und ggf. auch die beauftragende Institution systematische Informationen über die kurz-, mittel- und längerfristigen Wirkungen ihrer Arbeit und ggf. Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten in der laufenden und auch in späteren Einführungen in systematische Entspannungsverfahren. Offenbar werden nämlich Erfolge, aber auch Handlungsfehler und Misserfolge, die in der Anwendungs- und auch in der Forschungspraxis allzu häufig vernachlässigt werden (vgl. hierzu Kuhr, 1988). Neben diesem individuellen Profit für den Gruppenleiter und dem für die Teilnehmer ihrer laufenden und späteren Einführungen in systematische Entspannungsverfahren kann sich aber auch ein allgemeiner Nutzen für das Wissen über die Methode selbst und ihre empirische Fundierung ergeben. Systematische Effektkontrollen und Katamnesen sind Beispiele der *angewandten psychologischen Forschung* und können dazu beitragen, Interventionsmethoden fortzuentwickeln und ihr empirisches Fundament, also ihre Evidenzbasierung zu verbessern (siehe Kasten 3).

*Bestandteile von ET-EVA*

In *Tabelle 1* sind die Bestandteile von ET-EVA mit ihren diagnostischen und evaluativen Zielsetzungen und Funk-

tionen sowie die den Bestandteilen zugeordneten Erhebungszeitpunkten aufgeführt. Als Baukastensystem kann ET-EVA im konkreten Einzelfall einer Einführung in eine systematische Entspannungsmethode komplett eingesetzt werden, es können aber auch Ergänzungen vorgenommen oder bestimmte Bestandteile ausgewählt und isoliert eingesetzt werden. Die ersten beiden Bestandteile von ET-EVA, der interventionspezifische *Anamnesebogen für Entspannungstraining und -therapie* (ET-ANAM; Krampen, 2002a) sowie die *Änderungssensitive Symptomliste zu Entspannungserleben, Wohlbefinden, Beschwerden- und Problembelastungen* (ASS-SYM; Krampen, 2006) dienen der Eingangsdiagnostik und differentiellen Indikationsstellung vor oder zu Beginn einer Einführung in eine systematische Entspannungsmethode (siehe Abschnitt 1). Die am Ende bzw. zwischen den Sitzungen für die Prozessevaluation und adaptive Indikation sinnvoll anwendbaren Stunden- und Protokollbogen für die Entspannungsübungen stehen im Vordergrund von Abschnitt 2.1. Auf die für die Veränderungsmessung vorgesehenen psychometrischen Hilfsmittel in ET-EVA wird in Abschnitt 2.2, auf Hilfsmittel für Katamnesen in Abschnitt 2.3 eingegangen.

*Fokus auf psychologischen Daten*

ET-EVA beschränkt sich ebenso wie sein Vorgänger AT-EVA explizit auf die Erfassung psychologischer Variablen. Physiologische und biopsycholo-

### Kasten 3

#### **Das diagnostische und evaluative Instrumentarium für Entspannungstherapien und Entspannungstrainings**

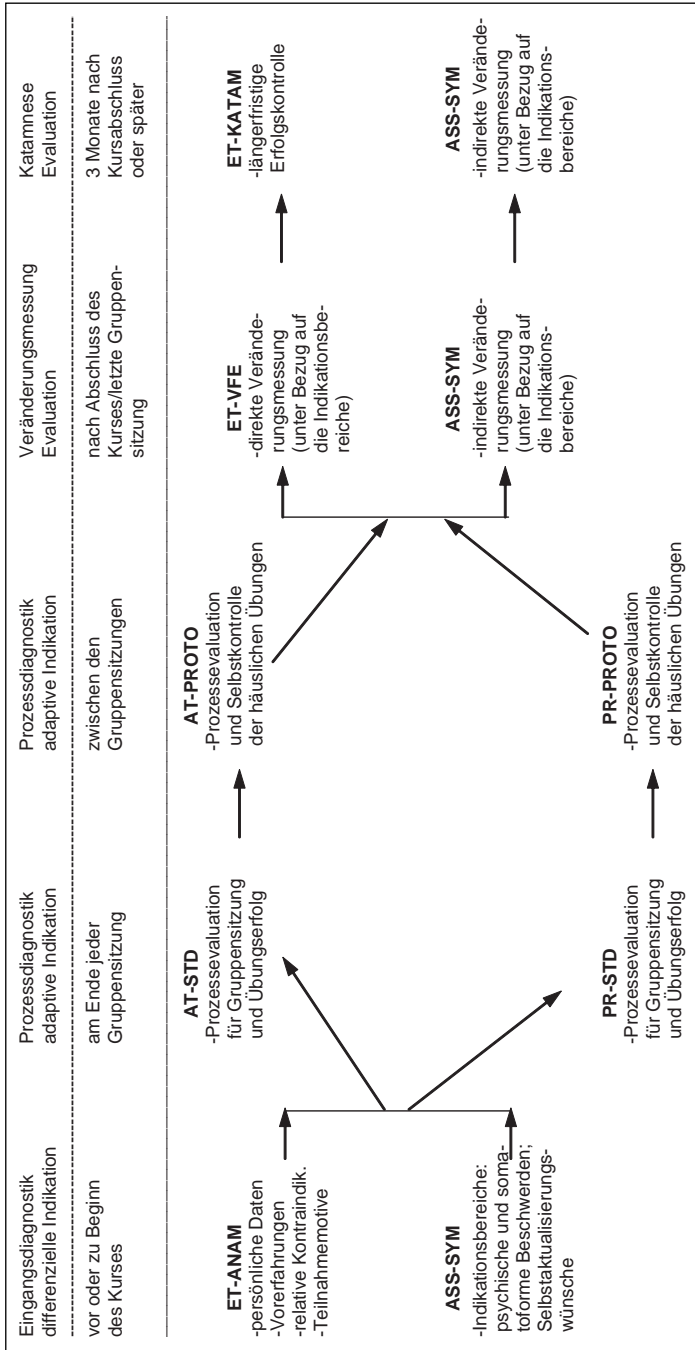
Mit dem Diagnostischen und Evaluativen Instrumentarium zum Autogenen Training (AT-EVA; Krampen, 1991a), dem Vorläufer des *Diagnostischen und Evaluativen Instrumentariums zu systematischen Entspannungstherapien und Entspannungstrainings* (ET-EVA; Krampen, 2002a, 2006), wurde erstmals ein diagnostisches und evaluatives Instrumentarium vorgelegt, das sich spezifisch auf die Indikationsstellungen und die Effektkontrolle des Autogenen Trainings bezieht. Motivation für seine Entwicklung war die Erfahrung, dass unspezifische, allgemein gehaltene psychodiagnostische Verfahren (wie etwa Persönlichkeitsfragebogen) in geringem Maße für die Indikation und die Evaluation des Autogenen Trainings geeignet sind, da sie seine Indikationsbereiche nur unzulänglich erfassen und - zumeist - als „Breitbandverfahren“ der Persönlichkeitsdiagnostik zu grob und breit angelegt sind. Für Persönlichkeitsdiagnostika resultieren daher in nicht-klinischen Gruppen (deren Skalenmittelwerte ohnedies zumeist im Durchschnittsbereich liegen) im Vorher-Nachher-Vergleich der Messwerte häufig insignifikante (oder widersprüchliche) Befunde. Auch Verfahren, die speziell für die Evaluation psychotherapeutischer Interventionen entwickelt wurden (wie etwa Beschwerdelisten oder der *Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens*, VEV, von Zielke & Kopf-Mehnert, 1978), greifen häufig zu breit, da sie sich auf die Evaluation intensiver einzelpsychotherapeutischer Maßnahmen beziehen und die spezifischen Indikationsstellungen des Autogenen Trainings allenfalls grob und wenig differenziert (oder gar nicht) berücksichtigen. Aus diesen Gründen wurde mit dem AT-EVA erstmalig eine spezifische, von den Indikationsstellungen und Effekterwartungen des Autogenen Trainings ausgehende, *interventionsspezifische Erhebungsmethodik* entwickelt.

AT-EVA konnte in der Folgezeit erfolgreich empirisch zu einem allgemein für Anwendungen systematischer Entspannungsverfahren geeigneten *Diagnostischen und Evaluativen Instrumentarium zu systematischen Entspannungstherapien und Entspannungstrainings* (ET-EVA; Krampen, 2002a, 2006) weiterentwickelt werden. Psychometrisch evaluiert wurden die verschiedenen unabhängig voneinander einsetzbaren Bestandteile von ET-EVA mit dem Schwerpunkt auf der Progressiven Relaxation und der Grundstufe des Autogenen Trainings. In kleineren Stichproben erwiesen sich die Teile von ET-EVA aber auch bei Einführungen in andere systematische Entspannungsverfahren nicht nur als einsetzbar, sondern auch bei guter Akzeptanz durch die Teilnehmer als diagnostisch und evaluativ nützlich. Über die einzelnen Bestandteile von ET-EVA informiert Tabelle 1 im Überblick.

logische Variable bleiben ausgeklammert. Diese Beschränkung resultiert zum Ersten daraus, dass bei systematischen Entspannungsverfahren subjektive und damit genuin psychologische Variablen sowohl beim Erlernen

der Methode als auch bei ihren Effekten im Vordergrund stehen und die für den Erfolg entscheidenden Variablen sind (siehe Krampen, 1998, 2013). Psychophysiologische Indikatoren der körperlichen Entspannung

**Tab. 1: Bestandteile von ET-EVA mit diagnostischen und evaluativen Zielsetzungen sowie zugeordneten Erhebungszeitpunkten (nach Krampen, 2006, S. 30)**



können selbstverständlich neben den psychologischen Indikatoren in der Prozess- und Produktevaluation zusätzlich herangezogen werden und dienlich sein; für die Indikationsstellung sind sie jedoch von geringem Wert. Entscheidend sind hier vielmehr psychologische Variablen. Zum Zweiten wird auf den in der Forschung unproblematischeren Einschluss biopsychologischer Indikatoren der Entspannung in ET-EVA pragmatisch deswegen verzichtet, weil sie in vielen Anwendungsbereichen systematischer Entspannungsverfahren und Praxisfeldern kaum realisiert werden können. Biopsychologische Erhebungsmethoden verlangen in den meisten Fällen zeitlich aufwendige Erhebungen (u.a. bedingt durch die Notwendigkeit der Erhebung von *Baselines*) und z. T. auch aufwendige Apparaturen, die zudem den Lern- und Übungserfolg der Probanden u. U. (etwa bei Anschluss an elektrophysiologische Messverfahren) beeinträchtigen können.

In der Forschung ist freilich stets dann, wenn es für die Fragestellung wichtig ist, die Erweiterung von ET-EVA um biopsychologische Diagnostika zu empfehlen. Dabei sollte aber nicht alleine das Misstrauen gegenüber den (subjektiven) Angaben von Kursteilnehmern dazu führen, solche objektiven Verfahren einzusetzen. Einerseits steht der (qualitative) psychologische Stellenwert vieler psychophysiologischer Erhebungsmethoden nach wie vor in Frage (vgl. hierzu etwa bereits ausführlich Fahrnerberg, 1980, 1983), und ein biologi-

scher Reduktionismus und Dualismus ist abzulehnen (vgl. hierzu Krampen, 1982; Rotter, 1982), andererseits ist das Misstrauen gegenüber subjektiven Angaben in der interventionsorientierten Diagnostik und in der Forschung kaum gerechtfertigt (vgl. hierzu Krampen, 2000, S. 278ff). Tritt trotzdem Misstrauen gegenüber den Selbstberichten eines Teilnehmers bzw. Patienten auf, so ist mit König, di Pol und Schaeffer (1979) zu empfehlen, dass diese Person dazu aufgefordert wird, die Erfahrungen möglichst differenziert zu beschreiben. Dadurch und durch ein exploratives Nachfragen, ein leicht modifiziertes Widerspiegeln des Gesagten sowie die systematische Verhaltensbeobachtung während der Durchführung der Entspannungsübungen können Zweifel zumeist beseitigt werden.

### *Ertrag*

Die mit ET-EVA realisierte Differentialdiagnostik führt zu spezifischen Aussagen über die Indikation systematischer Entspannungsverfahren bei der einzelnen Person (*® Kapitel 16.1*). Die mit ET-EVA im Einzelfall realisierte Evaluation führt zu spezifischen Aussagen über den Lernprozess sowie die kurz- und längerfristigen Effekte der systematischen Entspannungsmethode bei der einzelnen Person. Dabei können selbstverständlich Einflüsse anderer Faktoren auf die individuelle Entwicklung, Phänomene einer mehr oder weniger spontanen Remission und Placebo-Effekte in der Einzelfall-Evaluation -



ebenso wie bei der Evaluation anderer Interventionsmaßnahmen - nicht ausgeschlossen werden; sie sind aber durch die Bezüge zu den Vertrauensgrenzen und kritischen Differenzen der mit ET-EVA in der Veränderungsdiagnostik erhobenen Skalen teststatistisch (als Wahrscheinlichkeitsaussagen) prüfbar.

#### *Umsetzung von Anforderungen an psychologische Diagnostik und Evaluation*

Bei der Entwicklung von ET-EVA und auch bei der seines Vorgängers AT-EVA wurden zentrale Forderungen an eine moderne psychologische Diagnostik und Evaluation (vgl. z. B. Guthke, 1981; Zielke, 1982) aufgegriffen, die sich beziehen lassen auf die Notwendigkeiten

1. einer gezielten interventionsorientierten Diagnostik, die keinen überflüssigen „diagnostischen Ballast“ produziert und die von den Betroffenen nicht im Sinne einer Beschäftigungstherapie abgelehnt oder nur mit Widerwillen bearbeitet, sondern als sinnvolle, in sich stimmige, da transparente und plausible Diagnostik und Evaluation gut akzeptiert wird,
2. der Abwendung von einer allein eigenschaftsorientierten diagnostischen Betrachtungsweise,
3. der Berücksichtigung der direkten und der indirekten Veränderungsmessung,
4. der Berücksichtigung der produkt- und prozess-orientierten Evaluation,

5. der Realisierung individualisierter (idiographischer) Diagnostik und Evaluation neben der interindividuell vergleichenden (nomothetischen) sowie
6. einer auch kriteriumsorientierten und populationsunabhängigen Messung.

#### *2.1 Prozessevaluation: Rundgespräche, Verhaltensbeobachtung, Stunden- und Protokollbogen*

##### *Unsystematische Prozessevaluation: Wichtig, aber ergänzungsbedürftig*

Grundlagen der Prozessevaluation bei Einführungen in systematische Entspannungsverfahren sind in der Regel die Selbstberichte der Teilnehmer in den *Rundgesprächen* und die Beobachtung der Teilnehmer bei den Gruppenübungen. In der Mehrzahl der Fälle geschieht dies jedoch in unsystematischer Form, wobei allenfalls nach dem Ende der Gruppensitzung entsprechende Informationen von bzw. über einzelne Teilnehmer in Form von Notizen festgehalten werden, da die Protokollierung während der Sitzung und während des Rundgesprächs den Ablauf ungebührlich stören würde. Auch die von der Kursleitung während der Entspannungsübungen durchgeführten *Verhaltensbeobachtungen* (etwa zu Augenschluss, Blinzeln, Muskelzuckungen und Körperbewegungen, Korrekturen der Körperhaltung, Kieferzeichen,

Wangenrötung, Atemrhythmus etc.) bleiben in der Regel unvollständig.

Solche unsystematischen Prozessprotokolle der Gruppenleitung weisen in den meisten Fällen Erinnerungslücken auf, konzentrieren sich auf das, was für die Kursleitung (vielleicht aber nicht für den Teilnehmer) subjektiv auffällig oder bedeutsam war, und zeigen häufig starke Defizite, da sie nicht allen Gruppenteilnehmern gleich gerecht werden. Die über die unsystematische Prozessevaluation erhobenen Informationen sind als Fremdbeobachtungs- und Fremdbeurteilungsdaten (L'-Daten) also subjektiv und selektiv. Diese Mängel werden mit einer systematischen Prozessevaluation behoben, die dann, wenn sie in standardisierter Form erfolgt, auch vollständige Informationen zu allen Teilnehmern ergibt. Standardisierte Hilfsmittel für die systematische Prozessevaluation dürfen allerdings die (unsystematischen) Rundgespräche und Verhaltensbeobachtungen keinesfalls ersetzen, sie ergänzen sie sinnvoll im Sinne einer multimethodalen Diagnostik und Evaluation.

### *Systematische Verhaltensbeobachtung*

Die systematische Prozessevaluation kann zunächst von Beobachtungsdaten ausgehen, die während der Entspannungsübungen erhoben werden (vgl. z. B. Kircher et al., 2002; Langenkamp, Steinacker & Kröner, 1982; Vlemincx et al., 2009). Für eine möglichst vollständige Aufzeichnung ist

es aber notwendig, dass das Beobachtungsprotokoll nicht von der Gruppenleitung selbst, sondern von einer zweiten Person, die sich häufig auch nur auf einige Teilnehmer konzentrieren kann, erstellt wird. Verwendung finden können z. B. Verhaltenszeichen (also Aufzeichnungen) wie etwa

- ▶ Augenschluss und Blinzeln,
- ▶ unwillkürliche Muskelzuckungen und (auch willkürliche) Bewegungen von Gesicht (Mimik), Händen und Füßen,
- ▶ solche zur Körperhaltung,
- ▶ Veränderung und Korrektur der Körperhaltung,
- ▶ das Kieferzeichen (langsames Öffnen des Mundes während der Übung),
- ▶ die Wangenrötung,
- ▶ der Atemrhythmus,
- ▶ Räuspern und
- ▶ Atemgeräusche (wie Seufzen).

Entsprechende Beobachtungsversuche durch den Übungsleiter selbst bleiben in der Regel unsystematisch und unvollständig, lenken den Übungsleiter zudem von seiner eigentlichen Funktion ab. Sie müssen also von unabhängigen Verhaltensbeobachtern (am besten mehreren) anhand eines vorab erstellten Beobachtungssystems (vgl. hierzu Greve & Wentura, 1997) durchgeführt werden. Als Beobachtungssysteme bieten sich Zeichensysteme mit eng, exklusiv und verhaltensnah definierten Indikatorvariablen der Entspannung an. Von der Verwendung von Fremdbeurteilungsskalen (*Rating-Systeme*) ist wegen ihrer mangelnden Beob-

achter-Übereinstimmung, von Kategoriensystemen wegen der Forderung nach der Exhaustivität ihrer Kategorien für Verhalten eher abzuraten.

Als Methode der teilweise apparativ unterstützten Verhaltensbeobachtung (Zeichensystem) umfasst die *Behavioral Relaxation Scale* (BRS) zehn direkt beobachtbare Verhaltensweisen, die während einer Entspannungsübung (etwa Stirn-EMG-Biofeedback, Imitationen entspannter Körperhaltungen oder selektive Aufmerksamkeitslenkung durch Entspannungsmusik bei Schilling & Poppen, 1981) über 60 Sekunden erfasst werden: In den ersten 30 Sekunden wird die Atemfrequenz registriert, in den zweiten 30 Sekunden werden Körperhaltung und -bewegungen anhand der neun Verhaltenszeichen Abwesenheit von Lauten oder nasalen Geräuschen, Fehlen von Körperbewegungen, Kopflege, Augen, Mund, Hals, Schultern, Hände und Füße notiert. Schilling und Poppen (1981) konnten differentielle BRS-Werte für unterschiedliche Entspannungsinduktionen und -trainings nachweisen, Blanchard und Andrasik (1991) bestätigen diese Befunde anhand eigener Erfahrungen und heben den Wert der Skala für die Validierung von Patienten-Selbstberichten hervor. Nach einem randomisierten Kontrollgruppen-Design haben Norton et al. (1997) nachgewiesen, dass der BRS-Wert zwischen Probanden, die Progressive Relaxation erfolgreich gelernt versus nicht gelernt haben, diskriminiert.

### *T-Daten*

Weitere Möglichkeiten einer objektiven Prozessevaluation (T-Daten) sind durch die so genannten *Kontrollversuche* (z. B. Prüfung der Erschlaffung des Armes, den so genannten Armfallversuch nach Schultz, 1932/1970; Exkursionsmessungen des Zuckungseffektes beim Partellarreflex) und durch die Ableitung *biopsychologischer Indikatoren der Entspannung* (vgl. Fischel & Müller, 1962; Krampen, 2013) gegeben, die dann, wenn sie in regelmäßigen Abständen wiederholt werden, zwar zu einer systematischen Effektkontrolle führen, bei denen aber zugleich mögliche negative Effekte auf die Teilnehmer (die sich etwa kontrolliert fühlen oder einen falschen Leistungsehrgeiz entwickeln) zu bedenken bleiben.

### *Stunden- und Protokollbogen zu den Entspannungsübungen*

Häufiger realisiert werden - neben der unsystematischen Prozessevaluation durch die Teilnehmerbeobachtung und Rundgespräche sowie deren Dokumentation - systematische Prozessevaluationen, die auf in standardisierter Form erfassten Selbstberichten aller Teilnehmer basieren. Zumeist findet dabei eine Konzentration auf die Effekte der im Interventions-Setting durchgeführten Entspannungsübungen statt (vgl. z. B. Kröner & Beitel, 1980; Stetter & Stuhlmann, 1987), was aber leicht durch die Verwendung von Protokollbogen für die Teilnehmer auf die

Übungen außerhalb der Gruppe ausgedehnt werden kann (vgl. hierzu König et al., 1979; Krampen, 1991a, 2002d; Schultz, 1932/1970).

#### *AT- und PR-Stundenbogen*

Der im Rahmen des *Diagnostischen und Evaluativen Instrumentariums zum Autogenen Training* (AT-EVA; Krampen, 1991a) entwickelte *AT-Stundenbogen* (AT-STD) kann zur ökonomischen Prozessevaluation in den Gruppensitzungen verwendet werden und liegt seit längerem auch in einer leicht modifizierten Form als *PR-Stundenbogen* (PR-STD; Krampen, 2002d, 2013) für die Progressive Relaxation vor.

Fünf Fragen beider Kurzinstrumente beziehen sich auf *allgemeine Einschätzungen* der in der Gruppe durchgeführten Entspannungsübungen und auf das Erleben der Gruppenatmosphäre (letztere können bei Einzeleinführung einfach gestrichen werden). Diese allgemeinen Fragen gehen auf eine 15 Items umfassende Vorform von AT-STD zurück (vgl. etwa Krampen & Ohm, 1985a) und wurden anhand ihrer teststatistischen Kennwerte aus vielen Untersuchungen mit dem Ziel ausgewählt, zu einer Liste möglichst trennscharfer und inhaltlich valider Items für Gruppensitzungen zum Autogenen Training bzw. zur Progressiven Relaxation zu kommen, die möglichst kurz und so für den Einsatz am Ende jeder Gruppensitzung geeignet ist.

In den Stundenbogen folgen *spezifische Fragen* für die Anwendung

der PR bzw. des AT. Sieben Fragen von AT-STD beziehen sich auf die Vorsatzformeln der Grundstufe des Autogenen Trainings, bei PR-STD betreffen sechs weitere Fragen das Entspannungserleben bei unterschiedlichen Muskelpartien. Die Teilnehmer werden gebeten, jeweils die erlebten Effekte der Übungsbestandteile, die aktuell von ihnen verwendet wurden, während der Entspannungsübung im Interventions-Setting auf bipolaren Antwortskalen (von +3 bis -3) mit einem Nullpunkt für „weder ja, noch nein“ in der Mitte zu beurteilen. In den ersten Sitzungen beschränken sich die Angaben daher auf die ersten, schon gelernten Formelvorsätze der AT-Grundstufe bzw. die ersten Übungsbestandteile der PR; erst gegen Ende der Einführung werden Einschätzungen für alle Übungsbestandteile abgegeben.

#### *AT- und PR-Protokollbogen*

Auch der im Rahmen des *Diagnostischen und Evaluativen Instrumentariums zum Autogenen Training* (AT-EVA; Krampen, 1991a) entwickelte *Protokollbogen für das AT* (AT-PROTO) zur systematischen Prozessevaluation der Übungen zum Autogenen Training, die von den Kursteilnehmern außerhalb der Gruppensitzungen durchgeführt werden, bezieht sich auf die sieben Formeln der AT-Grundstufe. Im *Protokollbogen für die PR* (PR-PROTO; Krampen, 2002d, 2013) wird das Entspannungserleben für dieselben sechs Muskelpartien erhoben wie in PR-STD.

Bei AT-PROTO und PR-PROTO wird davon ausgegangen, dass pro Tag von jedem Teilnehmer minimal zwei Entspannungsübungen außerhalb des Interventions-Settings realisiert werden. Für jede dieser Übungen sehen die Protokollblätter Einschätzungen der Formelwirkungen bzw. des Entspannungserlebens auf den gleichen siebenstufigen, bipolaren Schätzskaalen vor, wie sie in AT- und PR-STD verwendet werden, was den Vergleich zwischen den Angaben der Teilnehmer zu den im Interventions-Setting und den alleine durchge-

fürhten Entspannungsübungen erleichtert. Auch hier sind natürlich stets nur die Wirkungen anzugeben, die sich auf die bisher gelernten und angewandten Übungselemente beziehen. Zusätzlich ist Raum für freie Anmerkungen gelassen, die ggf. in der Gruppe oder in Einzelgesprächen behandelt werden sollten. AT- und PR-PROTO bieten Raum für sieben Tage, da davon ausgegangen wird, dass die Einführungssitzungen im wöchentlichen Abstand durchgeführt werden, kann aber für andere Frequentierungen der Sitzungen und Zeiträume zwi-

#### **Kasten 4**

##### **Akzeptanz und Effekte von Protokollbogen zu AT und PR**

In insgesamt 94 Gruppeneinführungen zur Progressiven Relaxation oder Grundstufe des Autogenen Trainings, an denen 872 Jugendliche und Erwachsene (Altersspanne: 17 bis 82 Jahre) in ambulant- und stationär-psychotherapeutischen sowie präventiven Anwendungskontexten beteiligt waren, wurden zur Protokollierung der Entspannungsübungen außerhalb des Gruppensettings drei Varianten evaluiert: Protokollvariante (1) bezog sich auf eine freie schriftliche Protokollierung jeder alleine durchgeführten Entspannungsübung, Variante (2) auf eine hoch strukturierte Protokollierung, bei der auf einem Blatt für zwei pro Tag aufgeführte Übungen ihre Durchführung abzuhaken war (Checkliste) und Variante (3) auf die teilstrukturierte Protokollierung mit PR-PROTO bzw. AT-PROTO.

Als abhängige Variablen wurden neben der Regelmäßigkeit der Protokollführung die Notwendigkeit einer Protokollabsetzung im Einzelfall, die Häufigkeit nachträglicher Protokollierungen, die Bewertung der Protokollierung durch die Teilnehmer, die Anzahl der protokollierten Entspannungsübungen pro Woche und die sechs Monate nach Kursabschluss bei den Teilnehmern katamnestisch erfasste Übungshäufigkeit erhoben. Bei etwa 5 % der Teilnehmer wurde die Protokollierung während der Einführung abgesetzt, da sie damit nicht zurecht kamen, z. B. ihre Gedanken während der Übungsdurchführung beständig auf die spätere Protokollierung fokussierten. Für die teilstrukturierte Protokollierung mit PR-PROTO und AT-PROTO zeigten sich durchgängig die besten Ergebnisse: Sie wird von der großen Mehrheit der Teilnehmer an AT- und PR-Einführungen am besten akzeptiert, am seltensten verspätet vorgenommen und am positivsten bewertet. Sie führt zudem zu den höchsten Häufigkeiten für die während der Einführung außerhalb des Interventions-Settings durchgeführten AT- bzw. PR-Übungen und zu den höchsten katamnestisch erfassten Quoten für deren Transfer in den Lebensalltag (Krampen, 2002d).

schen den Sitzungen leicht angepasst werden (s. Kasten 4).

#### *Auswertung der Stunden- und Protokollbogen*

Die mit ET-EVA realisierte Prozessevaluation bezieht sich somit auf den Lernprozess innerhalb der Gruppensitzungen (AT- und PR-STD) und die außerhalb der Gruppensitzungen gemachten Übungsfortschritte (AT- und PR-PROTO). Durch den Bezug auf Normwerte können dabei Aussagen über die Lernfortschritte des einzelnen Teilnehmers im Vergleich zur Normierungsstichprobe gemacht werden. Analoge Vergleiche sind auch im Rahmen des eingeschränkten (kleineren) Bezugfeldes der Gruppe selbst möglich. So können die Unterschiede und Gemeinsamkeiten im Lernprozess innerhalb einer Kleingruppe systematisch evaluiert werden, was insbesondere für die zeitliche Sequentierung des weiteren Vorgehens von Bedeutung ist. Eine zweite Interpretationsmöglichkeit ist durch die bipolare Skalierung der STD- und PROTO-Antwortskalen gegeben: Populationsunabhängig und kriterienorientiert kann idiographisch und terminspezifisch die positive, neutrale oder negative Bewertung der Gruppensitzungen/-übungen und der Formelwirkungen bzw. Entspannungseffekte im Einzelfall analysiert und interpretiert werden. Der interpretative Bezugsrahmen ist dabei durch intraindividuelle Vergleiche (Zeitvergleiche der STD- bzw. PROTO-Skalenwerte von einer Person)

gegeben und bezieht sich zugleich auf die Qualität der vom Teilnehmer gegebenen Einschätzungen der Formelwirkungen bzw. Entspannungseffekte in bestimmten Muskelpartien (als positiv, neutral oder negativ).

Auch die für die Prozessevaluation der außerhalb des Interventions-Settings durchgeführten Entspannungsübungen einzusetzenden Protokollbogen AT- und PR-PROTO können direkt danach ausgewertet werden, ob die Entspannungswirkungen außerhalb des Interventions-Settings und dort zu verschiedenen Zeiten sowie in verschiedenen Anwendungssituationen subjektiv als positiv, neutral oder negativ erlebt werden. Prozessindikativ sind für die Optimierung des *autoinstruktiven* Lernprozesses neben dieser idiographischen Evaluation der subjektiven Wirkungen auch die vom Teilnehmer in AT- bzw. PR-PROTO frei formulierten Anmerkungen über positive oder negative Erfahrungen mit den Anwendungen der Entspannungsübungen wichtig. Dabei eventuell auftauchende spezifische Übungsschwierigkeiten außerhalb des Interventions-Settings sind weiter zu explorieren, um den Transfer des Gelernten auf alltägliche Lebenssituationen zu gewährleisten.

#### *Erinnerungshilfe und Selbstkontrolle*

Ferner dienen AT- und PR-PROTO als Erinnerungshilfe für die Teilnehmer dazu, das regelmäßige Üben und die Selbstbeobachtung der Teilnehmer zu fördern. Gerade in der Anfangsphase von Einführungen in sys-

tematische Entspannungsmethoden haben Teilnehmer häufiger Probleme, in ihrem Tagesablauf freie Zeiten für die Durchführung der Übungen zu finden. Auch hier ist eine genauere Exploration des „typischen“ Tagesablaufs mit dem Ziel, zeitliche Lücken zu finden und damit zugleich zu einer allgemeineren Reflexion der eigenen Lebensgestaltung beim Teilnehmer zu kommen, zu empfehlen. Wird dies unterlassen, so besteht die Gefahr, dass von Kursbeginn an bestehende stereotype Ausreden für das Nicht-Üben stabil bleiben und Misserfolge wahrscheinlich machen. So kann bereits allein durch die Verwendung von AT- bzw. PR-PROTO und ihre Berücksichtigung in der Prozessevaluation das Lernen des Autogenen Trainings bzw. der Progressiven Relaxation gefördert werden (vgl. Krampen, 2002d; Krampen, Main & Waelbroeck, 1991). Wenngleich bislang in zwei Analogstudien keine Hinweise dafür gefunden werden konnten (siehe Krampen et al., 1991), ist bei einer latent oder manifest vorliegenden depressiven Störung ggf. auf die Vorgabe von AT- und PR-PROTO zu verzichten, da die durch die Protokollierung provozierte erhöhte Selbstbeobachtung eventuell depressive Symptome verstärken oder von der mentalen Konzentration auf die Entspannung während der Übung ablenken kann. Wegen ihrer relativen Kontraindikation mussten bei 5 % von 872 PR- und AT-Kursteilnehmern die Protokollierungen abgesetzt werden (Krampen, 2002d): Grund dafür waren nachhaltig stabile (ruminierende)

Fixierungen auf die Protokollierung während der Durchführung der Entspannungsübungen, die vor allem bei Teilnehmern mit depressiven, hysterischen oder hypochondrischen Tendenzen beobachtet wurden.

#### *Weitere Hilfsmittel für die Prozessevaluation*

Vor allem in der Angewandten Forschung können zur Prozessevaluation bei Einführungen in systematische Entspannungsmethoden neben dem *Goal Attainment Scaling* auch psychometrische Hilfsmittel wiederholt eingesetzt werden, die für die Diagnostik der therapeutischen Beziehung (vgl. im Überblick Krampen & Hank, 2008), für die Prozessdiagnostik einzel- und gruppentherapeutischer Intervention (Krampen, 2002c) oder die Erfassung des Vertrauens in die therapeutische Beziehung (Hewig et al., 2009) entwickelt wurden. Entsprechendes gilt für den wiederholten Einsatz von Beobachtungssystemen zur Entspannungstiefe wie etwa die aus zehn Verhaltenszeichen bestehende *Behavioral Relaxation Scale* (BRS) nach Schilling und Poppen (1981). Das *Goal Attainment Scaling* (GAS; Kiresuk, Smith & Cardillo, 1994; vgl. im Überblick und zum Vorgehen auch Hank & Krampen, 2008) ist eine einzelfallbezogene Methode, mit der sich aktuelle individuelle Interventionsziele präzisieren und das subjektive Ausmaß ihrer Erreichung quantifizieren lassen.

## 2.2 *Ergebnisevaluation: Outcome-Kontrolle*

Die Erfolgsbeurteilung bei Einführungen in systematische Entspannungsmethoden wird in vielen Fällen unsystematisch allein anhand der Teilnehmerangaben im Rundgespräch der letzten Gruppensitzung vorgenommen. Günstiger ist die Ergänzung dieser oft lückenhaft und selektiv bleibenden Effektmessung durch ein standardisiertes, systematisches Vorgehen, bei dem zumindest von bzw. für alle Gruppenteilnehmer vollständige Informationen erhoben werden. Gearbeitet wird dabei zumeist mit strukturierten Erhebungsinstrumenten, in denen die Teilnehmer relativ global ihre Trainingserfolge und -misserfolge sowie ihr aktuelles Befinden beschreiben (Q-Daten; vgl. etwa Hirsch, 1987; Kröner & Beitel, 1980) oder mit Fremdbeurteilungen der Lernerfolge durch den Kursleiter bzw. ein Therapeutenteam (L'-Daten; vgl. etwa Stetter & Stuhlmann, 1987). In Vorher-Nachher-Vergleichen wird auch mit standardisierten psychodiagnostischen Verfahren gearbeitet, wobei unterschiedliche Fragebogeninstrumente (vor allem Persönlichkeitsfragebogen; vgl. etwa Beitel & Kröner, 1982; Schejbal, 1979) - somit Q-Daten - im Vergleich zu T-Daten (vgl. etwa Siersch, 1986, 1989) dominieren. Der Anwendungsschwerpunkt liegt dabei wohl in den meisten Fällen eher auf der Forschung und weniger auf der idiographischen Veränderungsmessung. Vor allem bei den mit Breitbandverfahren der Persönlich-

keitsdiagnostik nach dem Ansatz der indirekten Veränderungs-messung erfassten Befunden sind nicht nur deren methodische Interpretationsprobleme zu bedenken. Festzuhalten ist auch, dass die bei hinreichend großen Untersuchungsstichproben erreichte statistische Signifikanz der Vortest-Nachtest-Differenzen in der Regel nur mit (sehr) kleinen praktischen Effektstärken verbunden ist (vgl. Krampen, 2013). Persönlichkeitsmerkmale sind *per definitionem* transsituativ wirksame sowie kurz- und mittelfristig zeitlich relativ stabile Variablen, für die - z. B. auch im Unterschied zu Beschwerden- und Symptombelastungen - nur längerfristige Variabilität (im Sinne intraindividuelle Plastizität bei interindividuellen Differenzen in den Entwicklungsverläufen) angenommen wird (vgl. hierzu etwa Krampen & Greve, 2008).

Für die systematische formative (produkt-orientierte) Evaluation der Effekte von Einführungen in systematische Entspannungsverfahren sind zwei interventionsspezifisch konstruierte Bestandteile des *Diagnostischen und Evaluativen Instrumentariums zum Autogenen Training* (AT-EVA; Krampen, 1991a) bzw. dessen Weiterentwicklung zu dem breiter einsetzbaren *Diagnostischen und Evaluativen Instrumentarium zu systematischen Entspannungstherapien und Entspannungstrainings* (ET-EVA; Krampen, 2006, 2008) geeignet: Mit der *Änderungssensitiven Symptomliste zu Entspannungserleben, Wohlbefinden, Beschwerden- und Pro-*



blembelastungen (ASS-SYM; Krampfen, 2006) bzw. ihrem Vorläufer, der *Änderungssensitiven Symptomliste zum Autogenen Training* (AT-SYM; Krampfen, 1991a) kann eine für die Ergebnisevaluation bei Entspannungsmethoden indirekte Veränderungsmessung über Vergleiche von Vortest- mit Nachtestwerten durchgeführt werden. Der *Veränderungsfragebogen zum Entspannungserleben und Befinden* (VFE-PT; Krampfen, 1991a; 2008) ist als psychometrisches Hilfsmittel für die direkte Veränderungsmessung auf Gruppen- und auf Individualebene entwickelt worden. Beide Strategien der Effektkontrolle sind - bei spezifischen methodischen Vor- und Nachteilen (siehe dazu unten) - als sich gegenseitig ergänzend zu betrachten. Für die zusammenfassende Interpretation der Befunde ist dabei die Übereinstimmung der Ergebnisse beider Evaluationsstrategien von besonderer Bedeutung. Ist diese gegeben, haben die Befunde Bestand, da die Vor- und Nachteile von direkter und indirekter Veränderungsmessung methodenspezifisch sind und die jeweiligen Nachteile durch die Vorteile aufgehoben werden. Stimmen die Befunde auf der Gruppenebene oder im Einzelfall nicht überein, so ist diagnostisch und evaluativ abzuwägen, welche Strategie im konkreten Fall die verlässlicheren Daten liefert.

### 2.2.1 Indirekte Veränderungsmessung

Bei der indirekten Veränderungsmessung werden die zu Beginn der Einführung in ein systematisches Entspannungsverfahren erhobenen Daten (Vortestwerte) mit den bei einer Wiederholungsmessung (am Ende der Einführung oder auch später) erfassten Nachtestwerten verglichen. Ebenso wie bei anderen psychometrischen Instrumenten sind für diese Vortest-Nachtest-Vergleiche auch bei ASS-SYM (Krampfen, 2006) und AT-SYM (Krampfen, 1991a) die Differenzen der T-Normwerte der psychometrischen Skalen und deren Absicherung gegenüber den im Manual angegebenen kritischen Differenzen von zentraler Bedeutung. Zusätzlich können die vom Teilnehmer bei der Vorher- und Nachher-Messung als „sehr stark/sehr häufig auftretend“ beantworteten Symptome idiographisch und unter dem Aspekt intraindividuelle Veränderungen interpretiert werden. Bei engem Bezug auf die Indikationsbereiche systematischer Entspannungsmethoden und auf deren konkrete Indikation im Einzelfall bieten ASS-/AT-SYM damit interventionsspezifische Möglichkeiten der indirekten Veränderungsmessung. Dieser Einsatz von ASS-/AT-SYM steht in der Tradition der klassischen Vorher-Nachher-Vergleiche und kann problemlos durch indirekte Effektmessungen anhand anderer diagnostischer Verfahren (etwa Persönlichkeitsfragebogen, Leistungstests oder biopsychologische Indika-

torvariablen) ergänzt werden. Wie bei allen indirekten Veränderungsmessungen sind dabei allerdings die mit

dieser Strategie verbundenen Interpretationsprobleme zu reflektieren (s. Kasten 5).

### Kasten 5

#### **Methodenimmanente Probleme der indirekten Veränderungsmessung**

In seinen Ausführungen zu „einigen beharrlichen / anhaltenden Dilemmata der Veränderungsmessung“ legte Bereiter (1963, S. 3; Übersetzung vom Verf.) vor über 40 Jahren methodenimmanente Probleme der indirekten, psychometrisch fundierten Veränderungsmessung pointiert kritisch und zugleich konstruktiv dar (siehe hierzu Krampen, 2011). Dieser Beitrag kann als der entscheidende Impuls für die Entwicklung der Methoden der direkten Veränderungsmessung in der Psychometrie bezeichnet werden. Die dabei offen gelegten methodenimmanenten Probleme der indirekten Veränderungsmessung sind:

- ▶ *Regressionseffekte*: Es liegt an der prinzipiell nie gegebenen optimalen Reliabilität und der damit gegebenen Messfehlerbehaftetheit psychometrischer Erhebungsverfahren ( $r_{tt} < 1.00$ ), dass die Testwerte einer Person bei Messwiederholungen unter denselben Bedingungen zum Mittel regredieren. Zu diesen messfehlerbedingten Regressionseffekten treten statistische Regressionseffekte hinzu. Sie bestimmen die Richtung der Zufallsänderungen: Zwischen Vortest- und Differenzwerten bestehen negative Zusammenhänge, Nachtestwerte und Differenzwerte korrelieren positiv miteinander. Niedrige Anfangswerte gehen also mit höheren Differenzwerten einher, ohne dass faktisch ein substantieller Zuwachs gegeben ist.
- ▶ *Reliabilitäts-Validitäts-Dilemma*: Die Definition der Reliabilität nach der Klassischen Testtheorie als Verhältnis von wahrer Varianz zu beobachteter Varianz bringt es mit sich, dass im Differenzwert aus Vor- und Nachtestung die Fehler beider Messungen kumulieren. Dieser Problematik könnte nur dadurch entgangen werden, dass zwischen Vor- und Nachtest kein Zusammenhang angenommen würde. Dies wäre eine insbesondere bei der Veränderungsmessung höchst problematische Prämisse, da Vor- und Nachtestung schließlich dieselbe Variable valide erfassen sollen. Resultat ist das Reliabilitäts-Validitäts-Dilemma bei der Interpretation von Differenzwerten aus der indirekten Veränderungsmessung.
- ▶ *Physikalismus-Subjektivismus-Problem*: Die Frage ist, ob numerisch identische Messwert-Differenzen aus Vor- und Nachtests in unterschiedlichen Bereichen eines Messwert-Kontinuums psychologisch (subjektiv) das Gleiche bedeuten? Eine durch ein kognitives Training erreichte (metrische) IQ-Steigerung um zehn Punkte ist etwa bei sehr niedriger oder bei sehr hoher Intelligenz psychologisch anders zu interpretieren als bei mittlerer. Identische oder auch nur ähnliche numerische Messwert-Differenzen aus Vor- und Nachtests repräsentieren damit kaum gleiche oder auch nur ähnliche psychologische Veränderungen. Zielke und Kopf-Mehnert (1978, S. 5) schlussfolgern: Das „Kontinuum der physikalischen Messwertebene (entspricht nicht dem) Kontinuum auf der subjektiv-psychologischen Bedeutungsebene“. Es empfiehlt sich daher, gleiche Messwertdifferenzen in Abhängigkeit vom Ausgangsniveau zu interpretieren.

Fortsetzung Kasten 5

Inzwischen wurden unterschiedliche Vorschläge für die statistische Korrektur von Messwert-Differenzen aus Gruppenstudien vorgelegt, die zu einer validen Interpretation der Veränderungsindikatoren führen sollen (etwa über Residualmaße, Partialkorrelationen unter Einbezug einer Drittvariablen, regressionsangepasste Veränderungswerte, Change-Quotient, Veränderungsindex; siehe im Überblick etwa Fydrich, 2006; Zielke & Kopf-Mehnert, 1978). Für die Beurteilung der klinischen Relevanz von Veränderungen im Einzelfall bleiben die methodenimmanenten Probleme der indirekten Veränderungsmessung aber bestehen, sind damit wahrlich „beharrlich“ und „anhaltend“ (Bereiter, 1963).

Noch deutlicher wird dies aus experimentalpsychologischer Perspektive. Das Vorgehen der indirekten Veränderungsmessung entspricht einem *einfachen vor-experimentellen Design mit einer Vor- und Nachuntersuchung in einer Interventionsgruppe*: O X O. Nach der Notation von Campbell und Stanley (1963) steht O für *observation* (hier also Vortest und Nachtest) und X für *treatment* (also die Intervention). Ursachen mangelnder Validität der Differenzwerte können in einem solchen vor-experimentellen Design neben den oben genannten problemimmanenten Mängeln der indirekten Veränderungsmessung potentiell zusätzlich

- ▶ das zwischenzeitliche Geschehen (äußere Ereignisse, die neben der Intervention auftreten),
- ▶ die Reifung (biologische und psychische Prozesse, die von äußeren Ereignissen unabhängig sind),
- ▶ Vortest-Effekte (Wirkungen der Voruntersuchung),
- ▶ die Veränderung diagnostischer Hilfsmittel (*instrumental decay* etwa durch Lernvorgänge oder Ermüdungserscheinungen bei in Fremdbeurteilungen involvierten Diagnostikern oder Bezugspersonen)

sein. Diesen Mängeln kann nur dadurch abgeholfen werden, dass bereits in der Testkonstruktion mit echten *experimentellen Designs*, also mit Randomisierung (R) der Ausgangsbedingungen gearbeitet wird: R O X O für die Interventionsgruppe und R O O für die randomisierte Kontrollgruppe. Nach diesem Zwei-Gruppen-Design mit randomisierter Zuordnung von Personen zu einer Interventions- und einer Wartegruppe können in der Testkonstruktion die Validität gefährdende Faktoren des zwischenzeitlichen Geschehens, der Reifung, der Vortest-Effekte und des *instrumental decay* kontrolliert werden. Durch den Vergleich der Messwert-Differenzen der Interventionsgruppe (X) mit denen der Wartegruppe (ohne X) kann die *Änderungssensitivität* von Items (etwa zu einzelnen Symptombelastungen) und psychometrischen Skalen (etwa zur gesamten Symptombelastung) im Hinblick auf die eingesetzte Interventionsmethode X bestimmt werden (siehe etwa Krampen, 1991a, 2006). Dies entspricht dem Grundgedanken von Bereiter (1963) zur psychometrischen Entwicklung änderungssensitiver Variablen und überwindet zumindest die versuchsplanerischen Schwächen der indirekten Veränderungsmessung. ASS-/AT-SYM, die für die indirekte Veränderungsmessung zur Ergebnisevaluation bei Anwendungen systematischer Entspannungsverfahren entwickelt wurden, wurden nach dieser aufwendigen versuchsplanerischen Strategie entwickelt. Behoben werden jedoch nicht ihre oben genannten methodenimmanenten Probleme der Regression zur Mitte, des Reliabilitäts-Validitäts-Dilemmas und des Physikalismus-Subjektivismus-Dilemmas.

### 2.2.2 Direkte Veränderungsmessung

Auch der *Veränderungsfragebogen zum Entspannungserleben und Befinden* (VFE und VFE-PT; Krampen, 2008) wurde zunächst im Rahmen des *Diagnostischen und Evaluativen Instrumentariums zum Autogenen Training* (AT-EVA; Krampen, 1991a) speziell für die Evaluation von Einführungskursen in die Grundstufe des Autogenen Trainings entwickelt, später auch für Anwendungen anderer systematischer Entspannungsmethoden und in psychotherapeutischen Kontexten psychometrisch erfolgreich evaluiert (Krampen, 2008). Im Unterschied zu Wertevergleichen bei Vorher-Nachher-Messungen (indirekte Veränderungsmessung) werden die Befragten bei der mit dem VFE-PT realisierten direkten Veränderungsmessung gebeten, subjektiv erlebte Veränderungen in ihrer Richtung für einen vorgegebenen Zeitraum (etwa am Ende der Einführung im Vergleich zu deren Beginn) direkt einzuschätzen.

Da die direkte Veränderungsmessung zwar einige der Probleme indirekter Veränderungsmessungen vermeidet (etwa das Reliabilitäts-Validitäts-Dilemma und Effekte der Regression zur Mitte; vgl. hierzu etwa Krampen, 2008, 2011; Zielke, 1982) und auch ökonomischer handhabbar ist als diese, jedoch auf der anderen Seite über eigene methodische Probleme verfügt (etwa durch die große Bedeutung von Gedächtnisprozessen und Orientierungen in der Zeit),

darf sie nicht als eine Alternative zur indirekten Veränderungsmessung betrachtet werden. Sie stellt vielmehr eine eigenständige Methodik der Veränderungsmessung dar, die ergänzend zur indirekten Veränderungsmessung herangezogen werden sollte (vgl. hierzu auch Baumann, Sodemann & Tobien, 1980; Krampen, 2008; Zielke, 1982), wobei die Konsistenz der Befunde aus beiden Strategien der Produktevaluation idiographisch von besonderem Interesse ist.

Der VFE-PT geht auf frühere Versuche zurück, Effekte von Einführungskursen zum Autogenen Training mit Hilfe des *Veränderungsfragebogens des Erlebens und Verhaltens* (VEV) von Zielke und Kopf-Mehnert (1978) sowie des *Fragebogens zu erlebten gesundheitlichen Veränderungen* (FGV) von Krampen und von Delliuss (1981; vgl. auch Krampen & Ohm, 1985b) direkt zu evaluieren. Aufgrund der auf intensive (gesprächs-)psychotherapeutische Einzelinterventionen bei psychisch Kranken (VEV) bzw. auf stationäre medizinische und psychologische Behandlungen von Klinikpatienten (FGV) bezogenen Items blieb der evaluative Wert dieser Verfahren für Einführungen in systematische Entspannungsverfahren u. a. bei Gesunden begrenzt; ihre Items greifen für die Evaluation solcher Kurse zu weit oder aber inhaltlich daneben. Dies war Anlass für die Entwicklung des VFE-PT, der - ebenso wie ASS-/AT-SYM - von den spezifischen Indikationsbereichen und Effekterwartungen syste-

matischer Entspannungsmethoden ausgeht.

Jeweils zwei Items des VFE-PT beziehen sich auf die auch dem ASS-/AT-SYM zugrunde liegenden sechs Indikationsbereiche von Entspannungsmethoden. Bei der Bearbeitung des VFE-PT werden die Teilnehmer am Kursende gebeten, für jedes Item direkt anzugeben, ob sie im Vergleich mit der Zeit vor Beginn der Einführung eine negative Veränderung (Skalierung: -3, -2, -1), keine Veränderung (0) oder eine positive Veränderung (+1, +2, +3) erleben. Auf den Einschluss negativ gepolter Items

wurde aufgrund früherer Erfahrungen, die zeigten, dass dies häufig zu Missverständnissen und - wie durch Nachfragen leicht zu ermitteln war - individuell falschen Antworten führt (Krampen & von Delius, 1981), verzichtet. In der Auswertung des VFE-PT wird ein einfacher Summenwert über die Antworten zu allen zwölf Items berechnet, der direkt über das Ausmaß der von der Person angegebenen positiven versus negativen Veränderungen im Entspannungserleben und Befinden informiert. Wegen hoher Iteminterkorrelationen ist die Berechnung indikationsspezifischer

#### **Kasten 6**

##### **Soziale Erwünschtheit in der indirekten und direkten Veränderungsmessung?**

Da sich ASS-/AT-SYM und VFE-PT auf die Verwendung von Selbsteinschätzungen in der interventionsorientierten Diagnostik und Evaluation beschränken, war zu prüfen, in welchem Maße ihre Ergebnisse (1) von Antworttendenzen und (2) von unspezifischen (therapeutischen) Wirkfaktoren abhängen. Alle Skalen von ASS-/AT-SYM weisen weder zu der mit der *Marlow-Crowne-Skala* erfassten Tendenz, in sozial erwünschter Weise zu antworten, noch mit der Skala zur Lügertendenz des *Eysenck-Persönlichkeits-Inventars* (EPI; Eggert, 1983) statistisch bedeutsame Korrelationen auf (Krampen, 1991a, 2006, 2008). Für den die direkte Veränderungsmessung betreffenden VFE-Skalenwert zeigen sich dagegen in verschiedenen Stichproben durchgängig positive Korrelationskoeffizienten, die aber nur in einem Fall statistisch bedeutsam werden. Die gemeinsame Varianz zwischen sozialer Erwünschtheit und dem angegebenen (positiven) Veränderungserleben bleibt auch dabei mit maximal 9 % im unteren Bereich. Der VFE-Skalenwert ist dagegen deutlicher mit unspezifischen Wirkfaktoren psychologischer Interventionen korreliert. Sowohl für die mit dem *Stuttgarter Bogen* (SB; Enke & Lermer, 1978) erfasste positive Einstellung zum Gruppenleiter (Subskala zur reaktiven Emotionalität mit den Polen „fühle mich unverstanden, ...ausgeliefert, ...elend etc.“ versus „fühle mich verstanden, ...geschützt, ...behaglich etc.“) als auch die vor Kursbeginn über eine 9-stufige Schätzskala erfassten (geringen versus hohen) persönlichen Erwartungen an die Entspannungsmethode sowie die allgemeinen Wirkfaktoren psychotherapeutischer Interventionen sind in verschiedenen Stichproben signifikant positiv mit dem VFE-Skalenwert korreliert (Krampen, 2008). Für die ASS-/AT-SYM-Skalen sind dagegen keine bedeutsamen Bezüge zu diesen unspezifischen Wirkfaktoren von Interventionen zu beobachten (vgl. Krampen, 1991a, 2006).

scher Teilskalenwerte nicht sinnvoll. Auch die Befunde der mit VFE-PT realisierten direkten Veränderungs-messung werden - bei Beachtung der statistischen Vertrauensgrenzen - unter sozial und intraindividuell vergleichender Perspektive interpretiert (vgl. Krampen, 1991a, 2008) (s. Kasten 6).

### 2.3 *Katamnesen:* *Mittel- und längerfristige* *Ergebniskontrolle*

Für die Bewertung von mittel- und längerfristigen Interventionseffekten reichen Datenerhebungen, die sich auf den Abschluss einer Einführung in ein systematisches Entspannungsverfahren oder die Zeit kurz danach beziehen, nicht aus. Gilt dies für nahezu alle psychologischen Interventionen gleichermaßen, so ist zu betonen, dass es für die Evaluation des Erfolges von Einführungen in autoinstruktive Entspannungsmethoden in besonderem Maße gilt, da diese Methoden der Selbstentspannung unter Anleitung und (in den meisten Fällen) in einer Gruppe gelernt wird. Da sich Anleitung und Gruppenteilnahme mit dem Ansatz einer autoinstruktiven Methode zumindest partiell widersprechen, müssen sich Nutzen und Effekte der Entspannungsübungen im Einzelfall außerhalb der Gruppe und ohne Anleitung bewähren. Dies wird zwar bereits partiell durch die während des Kurses durchgeführten häuslichen Übungen, deren Besprechung im Interventions-Setting und in der Prozessevaluation mit Protokoll-

bogen wie AT- und PR-PROTO geleistet; die echte Bewährungsprobe ist aber erst dann gegeben, wenn die Einführung beendet ist und Anleitung sowie Gruppenübungen nicht mehr in regelmäßigen zeitlichen Abständen ohne weiteres zur Verfügung stehen. Zu bedenken ist auch, dass Einführungen in systematische Entspannungsmethoden nicht nur häufiger über hohe Abbrecherquoten verfügen, sondern dass zusätzlich der Prozentsatz der Personen, der den Kurs zwar abschließt, danach die Entspannungsübungen aber nicht mehr praktiziert, relativ hoch liegt. Hier wird die Notwendigkeit katamnestischer Untersuchungen besonders deutlich.

Bei der Planung und Durchführung katamnestischer Untersuchungen steckt man in einem Dilemma: einerseits wird ein möglichst hoher Rücklauf angestrebt, was etwa durch kürzere und überschaubare Verfahren leichter erreicht werden kann (vgl. im Überblick Champion & Sear, 1968/69), andererseits möchte man möglichst viele Informationen über die längerfristigen (positiven und negativen) Effekte der Intervention erheben. Bei dem im Rahmen des *Diagnostischen und Evaluativen Instrumentariums zum Autogenen Training* (AT-EVA; Krampen, 1991a) entwickelten *Nachbefragungsbogen zum Einführungskurs in das Autogene Training* (AT-KATAM) und seiner Erweiterung zum auch bei Einführungen in die Progressive Relaxation einsetzbaren, allgemeineren *Nachbefragungsbogen für Teilnehmer(in-*

nen) an *Entspannungstrainings und -therapien* (ET-KATAM; Krampen, 2013) wurde versucht, den schwierigen Mittelweg zwischen diesen Wünschen und Anforderungen an Katamnesen zu finden.

Auf nur zwei Seiten werden bei AT-/ET-KATAM in überschaubarer Form einige der zentralen katamnestischen Variablen für Einführungen in eine systematische Entspannungsmethode erfasst. AT-/ET-KATAM kann schriftlich (mit postalischem Versand), fernmündlich oder im persönlichen Gespräch bei den ehemaligen Kursteilnehmern, etwa auch im Kontext von Auffrischterminen appliziert werden. Katamnesen sollten frühestens drei Monate nach Abschluss der Einführung, besser später durchgeführt werden. Ebenso wie bei ET-ANAM ist auch hier darauf zu verweisen, dass AT-/ET-KATAM in seiner standardisierten Form lediglich Minimalanforderungen an eine interventionsspezifische Katamnese genügen kann (zur Problematik von Versuchen der Standardisierung von Katamnese siehe etwa Funke und Krampen, 1985). Ergänzungen von AT-/ET-KATAM um andere Erhebungsverfahren (wie etwa um ASS-/AT-SYM), die aus spezifischen Fragestellungen und Hypothesen resultieren, sind von Fall zu Fall angebracht.

In AT- und ET-KATAM wird zunächst nach der zentralen evaluativen Variable, ob die in der Einführung gelernten Entspannungsübungen von den ehemaligen Kursteilnehmern zum Katamnesezeitpunkt überhaupt noch realisiert werden und wenn ja,

wie häufig pro Monat, Woche oder Tag (= *katamnestische Übungshäufigkeit*), gefragt. Es folgen sieben Fragen zu *allgemeinen Einstellungen und persönlichen Bewertungen der Entspannungsmethode*, mit denen auf einer globalen Ebene der den Entspannungsübungen zugeschriebene persönliche Nutzen katamnestisch erfasst wird. Neben itemspezifischen Interpretationen ist in der Auswertung die Berechnung eines Summenwertes für die globale katamnestische Bewertung des Autogenen Trainings (Krampen, 1991a) vorgesehen. Es folgt eine globale Einschätzung des *aktuellen persönlichen Wohlbefindens* auf einer graphischen Skala, die als *single-item measure* zwar methodisch problematisch ist (so sind etwa keine punktuellen Reliabilitätsbestimmungen möglich), sich jedoch als ein auf die momentane Lebenssituation bezogener Indikator des Allgemeinbefindens in verschiedenen Forschungskontexten als konvergent valide und evaluativ nützlich erwiesen hat (vgl. Krampen, 1991a; Krampen & Ohm, 1985b; Krampen & von Delius, 1981).

Die ehemaligen Kursteilnehmer, die die Entspannungsübungen zum Katamnesezeitpunkt noch anwenden, werden in AT-/ET-KATAM ferner gefragt, in welcher Körperhaltung sie die Übungen meistens durchführen. Zudem werden sie um Angaben über ihr *Entspannungserleben bei sechs Muskelpartien* (PR-orientiert) sowie über *die subjektiven Wirkungen aller AT-Formeln* und die *Verwendung freier Formelvorsätze* (AT-orientiert) ge-

beten. Zu beantworten sind selbstverständlich jeweils nur jene Fragen, die sich auf Übungsformen und -bestandteile beziehen, die vom jeweiligen ehemaligen Teilnehmer nach wie vor praktiziert werden. Ebenso wie bei AT/PR-STD und AT/PR-PROTO (® Kapitel 16.5.1) kann in der Auswertung auch hier ein einfacher Summenwert berechnet werden, der Auskunft über die zum Katamnesezeitpunkt erlebten Wirkungen der Entspannungsübungen gibt. Am Ende von AT-/ET-KATAM ist schließlich noch freier Raum für persönliche Anmerkungen der ehemaligen Kursteilnehmer gelassen. Angaben sind hier relativ häufig anzutreffen (bei ca. einem Drittel der Rückmeldungen) und müssen idiographisch ausgewertet werden.

Für die längerfristige Evaluation der Effekte der Teilnahme an einer Einführung in eine systematische Entspannungsmethode ist zunächst die katamnestic Übungshäufigkeit von zentraler Bedeutung. Sind bereits Kursabbrüche bei solchen Einführungskursen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich häufiger anzutreffen, so liegt auch der Prozentsatz der Teilnehmer, die den Kurs zwar abschließen, danach aber die Entspannungsübungen nicht mehr praktizieren, häufig hoch. Die aktuelle Anwendungshäufigkeit muss natürlich auch unter Bezug auf die Länge des Katamnesezeitraums interpretiert werden, wengleich die vorliegenden Befunde (Krampen, 1991a, 2013) dafür sprechen, dass es sich häufig bereits drei Monate

nach Kursabschluss abzeichnet, wer die Entspannungsübungen in sein Leben integriert hat (und es zumindest hin und wieder praktiziert) und wer nicht. Die mit AT-/PR-KATAM darüber hinaus erhobenen Skalenwerte können erneut unter sozial vergleichender und populationsunabhängiger Sicht interpretiert werden (vgl. Krampen, 1991a).

Erst solche katamnestic Erhebungen, deren Fehlen in der Fachliteratur immer wieder kritisiert wird, erlauben eine wirkliche Erfolgsbeurteilung psychologischer Interventionen. Nur durch sie kann der längerfristige Nutzen (auch vergleichend zu anderen Interventionsformen) der auch wegen ihrer Anwendung in Kleingruppen unter ökonomischen Gesichtspunkten immer wieder gelobten systematischen Entspannungsverfahren empirisch überprüft werden. Was nutzt alle Ökonomie, wenn z. B. die Beobachtung von Cremerius (1962), dass das Autogene Training im Vergleich zu anderen Interventionsmethoden zwar zu schnelleren Erfolgen führe, dafür aber vergleichsweise hohe Abbruch- und Rückfallquoten aufweise, nicht auf Dauer widerlegt werden kann. Dazu sind Arbeiten in der Grundlagenforschung und in der Angewandten Forschung notwendig, die sich weiter und vertieft mit Fragen der selektiven und adaptiven Indikation, den psychologischen und biopsychologischen Effekten sowie den Lern-, Konsolidierungs- und Transferprozessen beim Erwerb systematischer Entspannungsmethoden auseinan-



dersetzen und durch katamnestiche Daten abgesichert werden.

### **3. Untersuchungs-Designs für die angewandte Interventions- und Evaluationsforschung**

Sorgfältige und dokumentierte Eingangsdiagnostik, Prozess- und Ergebnisevaluationen sowie Katamnesen führen nicht nur zu individuellen Profiten für die Kursleitung und die Teilnehmer an Einführungen zu systematischen Entspannungsverfahren, sondern verfügen auch über einen allgemeineren Nutzen für das Wissen über die Entspannungsmethode selbst und ihre empirische Fundierung. Systematische Effektkontrollen und Katamnesen sind Beispiele für die Angewandte Forschung und können dazu beitragen, systematische Entspannungsverfahren fortzuentwickeln und ihr empirisches Fundament, damit ihre Evidenzbasierung zu verbessern.

Angewandte Forschung ist dadurch gekennzeichnet, dass sie unter realistischen Bedingungen (in Kliniken, Praxen, Beratungsstellen etc., also seltener im Labor) unter Bezug auf direkt praxisrelevante Fragestellungen durchgeführt wird. Hier bestehen in allen Bereichen der Psychologie - insbesondere in der Interventionsforschung - Defizite. Die dabei zu behandelnden Fragestellungen werden sich vor allem auf Fragen der Indikationsstellung und der Effekte von systematischen Entspannungsme-

thoden - z. B. bei spezifischen Störungen, bei bestimmten Subgruppen, bei bestimmten Varianten in der Interventionstechnik etc. - beziehen. Nur so wird auf Dauer dazu beigetragen werden können, dass - bei hinreichenden empirischen Belegen für die Effekte systematischer Entspannungsverfahren - die Frage nach ihren Funktionsprinzipien weiter geklärt werden kann. Es bleibt ferner zu hoffen, dass durch solche Arbeiten eine Integration psychologischer Interventionsmethoden weiter vorangetrieben wird, die weniger durch eine eklektische Methodenaddition als durch ein methoden-heuristisches Vorgehen und die Kombination nicht nur pragmatisch-praktisch, sondern vor allem auch theoretisch vereinbar Methoden und Techniken gekennzeichnet ist.

#### *Geeignete Untersuchungsansätze (designs)*

In der angewandten Forschung zu systematischen Entspannungsverfahren sind die im jeweiligen Praxisfeld gegebenen institutionellen Restriktionen, die allzu häufig angewandte Forschung als kaum durchführbar erscheinen lassen, zu bedenken. In der Psychologie sind - neben sorgfältigen Analysen der Fehlerquellen experimenteller und quasi-experimenteller Untersuchungsansätze (Designs) - aber durchaus Untersuchungsstrategien entwickelt worden, die gerade im Bereich der Angewandten Psychologie realisiert werden können (vgl. etwa Cook & Campbell,

1979; Hager & Westermann, 1983). Ohne hier auf Einzelheiten einzugehen, sollen nur knapp einige Hinweise für Untersuchungsstrategien gegeben werden, die in vielen Anwendungskontexten praktikabel sind.

Im stationären und im ambulanten Bereich ist so z. B. häufiger die Einführung in eine systematische Entspannungsmethode in ein umfassenderes Behandlungsprogramm integriert. Effektkontrollen, in denen nicht das gesamte Behandlungsprogramm unspezifisch evaluiert werden soll, werden etwa dann möglich, wenn in verschiedenen Gruppen unterschiedliche Varianten einer Entspannungsmethode, verschiedene Entspannungsmethoden vergleichend oder eine Entspannungsmethode vergleichend zu einer anderen Gruppenintervention (etwa psychoedukative Gruppentreffen, themenzentrierte Gesprächsgruppen o.ä.) bei Personen, die ansonsten die gleiche Behandlung erfahren, realisiert werden. Dieses Vorgehen entspricht der *vergleichenden Evaluationsforschung*, in der kleine bis mittlere Effekte erwartet werden, da sich ja alle Patienten einer Behandlung unterziehen. Der Vergleich einer Gruppe, die neben der üblichen Behandlung eine Einführung in das Entspannungsverfahren erhält, mit einer „reinen“ Kontrollgruppe, die nur die übliche Behandlung erhält, empfiehlt sich dagegen weniger, da mit unspezifischen Effekten der Teilnahme an einer Gruppenintervention zu rechnen ist (vgl. etwa Krampen & Ohm, 1984).

Die in der Praxis häufiger vorhandene Unmöglichkeit, Personen nach dem Zufall verschiedenen experimentellen Gruppen zuzuweisen (etwa deswegen, weil nicht genug Patienten zu einem Zeitpunkt für Kurse zur Verfügung stehen oder weil sich die Unterschiede im Behandlungsprogramm unter den Patienten herumsprechen und evtl. Wünsche nach Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme/Abbruch provozieren), kann gut durch *zeitverschobene Kontroll- oder Vergleichsgruppen-Designs* gelöst werden (siehe etwa Krampen & Petry, 1987). Dabei werden alle Personen, die zu einem ersten Zeitpunkt an der Intervention/dem Behandlungsprogramm beteiligt sind, mit der Entspannungsmethode behandelt, alle Personen, die zu einem späteren, zweiten Zeitpunkt (nach Abschluss der ersten Gruppe) an der Intervention teilnehmen, werden mit der Vergleichs- oder Kontrollintervention behandelt etc. Diese auf den Zeitpunkt des Interventionsbeginns bezogene Gruppenbildung kann beliebig häufig wiederholt werden und ist so lange unproblematisch, wie nicht interventions-relevante Merkmale der Personen mit den unterschiedlichen Aufnahmeterminen (etwa mit den Jahreszeiten) kovariieren. Diese Fehlerquelle kann jedoch einfach durch Vergleiche zwischen den Gruppen anhand ihrer Vortestwerte überprüft werden; solche Kontrollanalysen sind auf jeden Fall zu empfehlen.

Zahlreiche weitere *quasi- und auch vor-experimentelle Untersuchungs-Designs*, die für die Ange-

wandte Forschung zu systematischen Entspannungsverfahren gut geeignet sind, werden mit ihren Vorteilen im Bereich der Sicherung von externer Validität und ihren Beschränkungen im Bereich der internen Validität z. B. bei Cook und Campbell (1979) sowie Hager und Westermann (1983) mit den dazu gehörigen statistischen Auswertungsstrategien beschrieben. Auch der Einsatz „echter“ *experimenteller Designs mit Randomisierung* der Probanden bzw. Patienten in verschiedenen Untersuchungsgruppen ist in der Angewandten Forschung, wenn auch häufig unter erschwerten institutionellen Rahmenbedingungen, häufiger möglich. Auf die Evaluation von systematischen Entspannungsmethoden bezogene Untersuchungsbeispiele finden sich etwa bei Krampen (1994, 1999). Gleichwohl sei explizit von einer Überhöhung des „ausschlaggebenden, alleinigen“ Wertes experimenteller Studien im Vergleich zu quasi- und vor-experimentellen Studien für die Bewertung der empirischen Fundierung psychologischer Interventionsverfahren und der Evidenzbasierung von Psychotherapie gewarnt, da eine einfache Übertragung des auf dem pharmakologischen Prüfphasen-Modell basierenden Konzepts der evidenzbasierten Medizin auf Effektivitätsbeurteilungen von Psychotherapien und damit auch von systematischen Entspannungsverfahren nicht nur umstritten, sondern ungeeignet ist. Der Stellenwert einer evidenzbasierten Psychotherapie für die psychotherapeutische Anwen-

dungspraxis kann aber anhand eines Pyramidenmodells geklärt und dabei relativiert werden (Krampen, 2010). In diesem Modell bildet das Wissen über die empirische Befundlage zwar die Grundlage des konkreten psychotherapeutischen Handelns, ist aber zugleich am weitesten von ihm entfernt, da es für erfolgreiche Psychotherapie zwar eine notwendige, aber keinesfalls eine hinreichende Bedingung ist (s. Kasten 6).

*Ein Pyramidenmodell zum Stellenwert evidenzbasierter Psychotherapie in der Anwendungspraxis*

Systematisch empirisch generiertes Wissen und seine forschungskritische Zusammenfassung zur Befundlage im Bereich psychischer Störungen und ihrer Behandlung bilden die *erste Ebene im Pyramidenmodell zu den Grundlagen (Voraussetzungsebenen) einer wissenschaftlich fundierten psychotherapeutischen Anwendungspraxis (Abbildung 2)*, die sich von vorwissenschaftlichen, religiös oder ideologisch eingebetteten Ansätzen durch Kriterien wie Systemcharakter, Widerspruchsfreiheit, interpersonale Übereinstimmung (Objektivität), Transparenz und Explizitheit, empirische Prüfbarkeit, systematische Erfahrungskontrolle, heuristischer Wert und Anwendbarkeit abhebt (vgl. Krampen, 2002b, 2010). Auf dieser untersten Pyramidenebene ist der Ansatz der evidenzbasierten (oder einer empirisch fundierten) Psychotherapie angesiedelt, für den

## Kasten 6

### Zur klinisch-psychologischen Kritik an zu engen Konzepten einer evidenzbasierten Psychotherapie

Die Methodologie klinischer Wirksamkeitsnachweise in der Psychotherapieforschung ist in Deutschland nicht zuletzt durch das Gerangel um die wissenschaftliche und die sozialrechtliche Anerkennung komplementärer psychotherapeutischer Verfahren in und zwischen dem „Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie“ (nach § 11 PsychThG; siehe [www.wbpsychotherapie.de](http://www.wbpsychotherapie.de)), dem „Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen“ (G-BA; nach § 91 SGB-V; siehe etwa [www.bptk.de](http://www.bptk.de)) sowie den beteiligten Bundes- und Landesministerien in den Blickpunkt der psychotherapeutischen Anwendungspraxis geraten. Verstärkt wurde dies durch recht plötzliche, zum Teil auch strategisch anmutende Veränderungen der methodischen Anforderungen an Studien zu Wirksamkeitsnachweisen für psychotherapeutische Verfahren in Beirat und Bundesausschuss. Hoch gehalten werden dabei Forderungen nach den in Analogie zum 4-Phasen-Prüfmodell der pharmakologischen Forschung (vgl. etwa Möller, 1992; Möller & Leimkühler, 1995; Müller-Oerlinghausen & Linden, 1981) bestimmten *randomized control trials* (RCTs; echte experimentelle Designs mit randomisierter Zuordnung von Patienten zu Behandlungs- und Kontrollgruppen). RCTs werden auch als „Goldstandard“ der Interventionsforschung und damit der evidenzbasierten Medizin sowie Psychotherapie bezeichnet und dadurch übergewichtet (siehe Norcross, Beutler & Levant, 2006; Ollenschläger et al., 2003; United States National Institutes of Health, NIH, [www.ClinicalTrials.gov](http://www.ClinicalTrials.gov); International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Humans, ICH, [www.ich.org](http://www.ich.org); Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, IQWiG, [www.iqwig.de](http://www.iqwig.de)).

Diese Überhöhung des Wertes von RCTs ist in der Klinischen Psychologie, zum Teil auch in der Medizin nicht ohne Widerspruch geblieben:

Kritisiert werden die alleinige Berücksichtigung des Kriteriums der internen Validität klinischer Untersuchungsbefunde gegenüber dem Kriterium ihrer externen Validität, die mangelnde Beachtung von Komorbiditäten, Diskrepanzen in der Therapiedauer zwischen den manualisierten Vorgaben in RCT-Studien und der psychotherapeutischen Praxis, die Unmöglichkeit der Durchführung von Doppelblindstudien und die eingeschränkten Möglichkeiten von Blindstudien in der Psychotherapieforschung (da Patienten sich informieren, eigene Hypothesen entwickeln etc.). Propagiert wird die Weiterentwicklung empirischer Prüfmethode in der Psychotherapieforschung, die über das 4-Phasen-Prüfmodell hinausgeht und den Spezifika von Psychotherapie – im Unterschied zur Pharmakotherapie – gerecht wird (Caspar, 2006; Fischer, Barwinski & Eichenberg, 2007; Grawe, 2005; Henningsen & Rudolf, 2000; Krampen, Schui & Wiesenhütter, 2008; Kriz, 2004; Schmacke, 2006; Westen, Novotny & Thompson-Brenner, 2004).

Problematisiert wird zudem die Vernachlässigung von Studien, die für die Weiterentwicklung psychotherapeutischer Behandlungsansätze heuristisch und innovativ wichtig werden können (Grawe, 2005; Heerkerens & Ohling, 2005). Gemeint sind Konzeptio-

Fortsetzung Kasten 6

nen neuartiger oder neuartig kombinierter Interventionsmethoden oder -techniken mit (zunächst) minimaler empirischer Evidenz, die sich etwa auf Kasuistiken und anekdotische Fallbeschreibungen beschränkt.

Bemängelt wird auch die Vernachlässigung von empirischen Studien, die sich auf den Aufbau von Schutz- und Resilienzfaktoren, den Abbau von Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren sowie die Selbstverwirklichung, mithin die primäre und tertiäre Prävention sowie die Fokussierung der Persönlichkeitsentwicklung (*personal growth*) beziehen (siehe etwa Zurhorst, 2005). Entsprechende Behandlungen überschreiten zumindest partiell den ambulanten heilkundlichen Anwendungsbereich nach dem Sozialgesetzbuch V (SGB V), sind aber gerade in stationären und teilstationären psychotherapeutischen Anwendungskontexten – etwa zur Rückfallprophylaxe in Rehabilitationskliniken – von erheblicher Bedeutung. Von den *United States National Institutes of Health* (NIH; [www.ClinicalTrials.gov](http://www.ClinicalTrials.gov)) sind so auch für die Registrierung entsprechender klinischer Studien u. a. ausdrücklich die Kategorien der *preventive trials* und der *quality of life trials* vorgegeben.

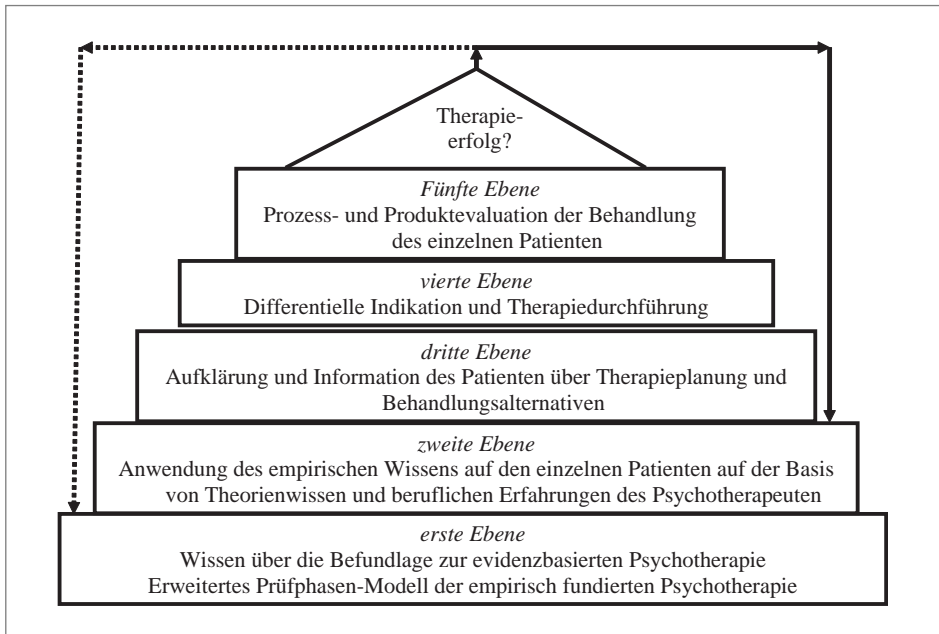
Auf diesem Hintergrund ist eine Neubestimmung des Stellenwerts des 4-Phasen-Prüfmodells und damit der Grundgedanken des Paradigmas der evidenzbasierten Medizin bzw. seiner Übertragung auf die Psychotherapie und damit auch auf systematische Entspannungsverfahren notwendig. Dies kann in einem Pyramidenmodell zum Status der evidenzbasierten Psychotherapie in der psychotherapeutischen Anwendungspraxis umgesetzt werden.

– zumindest bei einer Erweiterung – das Prüfphasenmodell für klinische Wirksamkeitsnachweise durchaus angemessen ist.

Die *zweite Ebene des Pyramidenmodells* ist durch die Anwendung dieses empirischen Wissens (von der ersten Ebene) auf den einzelnen Patienten definiert. Nach dem Wissenschaft-Praxis-Modell geht es hier um nomopragmatisches (technologisches) Wissen (vgl. Perrez, 2005), dessen praktische Anwendung im klinischen Einzelfall nur auf der Basis der beruflichen Erfahrungen und des Theorienwissens von Psychotherapeuten möglich wird. Professionelle Erfahrung wird durch Aus-, Fort- und

Weiterbildung, Supervision, Intervention sowie die klinische Erfahrungsbreite und -dauer von Psychotherapeuten bestimmt. Ihr Theorienwissen kann mit Kaminski (1970) sinnvoll nach den Bereichen des Bedingungs-, Änderungs- und Kompetenzwissens sowie des Ge-Wissens (normkritische und -analytische Interventionsaspekte) unterschieden werden.

Auf diesen beiden unteren Ebenen bauen auf der *dritten Ebene des Pyramidenmodells* die Aufklärung und Information des einzelnen Patienten über die Behandlungsnotwendigkeit, Therapieplanung und Behandlungsalternativen auf (*Abbildung 2*), zu denen nicht nur das SGB V,



**Abb. 2:** Pyramidenmodell zum Stellenwert der evidenzbasierten Psychotherapie in der Anwendungspraxis (nach Krampen, 2010, S. 230)

sondern auch die berufsethischen Vorgaben verpflichtet.

Darauf basiert die *vierte Pyramidenebene*, die sich auf die differentielle Indikation psychotherapeutischer Maßnahmen im Hinblick auf die spezifischen Merkmale des einzelnen Patienten und seines Lebensumfeldes sowie die Behandlungsdurchführung selbst bezieht.

Verlauf und (Zwischen-)Ergebnisse der Behandlung werden nach der *fünften Ebene des Pyramidenmodells* im Sinne der systematischen Prozess- und Produktevaluation kritisch begleitet und reflektiert, woraus sich schließlich in der *Spitze der Pyramide* in Abstimmung mit dem Patienten

und ggf. auch mit Bezugspersonen die Thematisierung der Fragen nach dem Therapieerfolg und -abschluss, dabei auch nach Residuen und Rezidivgefährdungen ergibt (*Abbildung 2*).

Mit diesem Pyramidenmodell zu den Grundlagen und Voraussetzungen-Ebenen einer wissenschaftlich fundierten psychotherapeutischen Anwendungspraxis, die Anwendungen systematischer Entspannungsverfahren umschließt, wird der grundlegende - auf der ersten Ebene angesiedelte - Stellenwert des Wissens über die Befundlage aus empirischen Studien zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Maßnahmen (auch in

Abhängigkeit von bestimmten Patienten- und Umfeldmerkmalen) deutlich. Wegen der Bedeutsamkeit der weiteren Pyramidenebenen für die Anwendungspraxis darf sein Stellenwert gleichwohl nicht absolut gesetzt, sondern muss anhand der Inhalte aller anderen Pyramidenebenen relativiert werden. Im Extremfall kann dies dadurch deutlich werden, dass evidenzbasierte Psychotherapie nicht bedeuten kann und darf, dass Psychotherapeuten tatenlos bleiben sollten, solange kein zuverlässiges empirisches Wissen über die Behandlung eines bestimmten Störungsbildes unter gegebenen Randbedingungen (d.h. in Abhängigkeit von Patienten- und Umfeldmerkmalen) vorliegt. Theorienwissen und berufliche Erfahrungen (zweite Ebene), Aufklärung und Information des Patienten (ggf. über die defizitäre wissenschaftliche Befundlage; dritte Ebene), explorative, auf diesen Voraussetzungsebenen hypothetisch basierende differentielle Indikation und Therapiedurchführung (vierte Ebene) sowie deren kritische Prozess- und Produktevaluation (fünfte Ebene) ermöglichen Psychotherapien, die durchaus in der Pyramidenspitze von Erfolgen „gekrönt“ werden können. Gerade dieses Beispiel verdeutlicht den im Pyramidenmodell spezifizierten hohen Rückkopplungswert von Erfahrungen aus der psychotherapeutischen Anwendungspraxis für die Fortentwicklung der Berufserfahrungen von Psychotherapeuten (auf der zweiten Pyramidenebene) und ggf. auch die Fortentwicklung des Wissens über die empi-

risch fundierte Psychotherapie (auf der ersten Ebene des Pyramidenmodells).

Die Resultate, d.h. die therapeutischen Erfolge, Misserfolge, Stagnationen etc. der Behandlung einzelner Patienten führen in der Regel zur Optimierung der Berufserfahrung des einzelnen Psychotherapeuten (durchgezogene Linie von der Pyramidenspitze zur zweiten Pyramidenebene in *Abbildung 2*). Werden die Erfahrungen in kollegialen Supervisionen, Interventionen o. ä. weitergegeben und reflektiert, so profitieren auch Kollegen in ihren Berufserfahrungen. Dies kann dadurch optimiert, da verbreitert werden, dass auf Einzelbehandlungen basierende Kasuistiken oder aber Beiträge aus einzelnen oder mehreren psychotherapeutischen Praxen bzw. Institutionen zur Versorgungsforschung, d.h., den Ergebnissen psychotherapeutischer Maßnahmen in der Regelversorgung unter Routinebedingungen, publiziert werden (gestrichelte Linie von der Pyramidenspitze zur ersten Pyramidenebene in *Abbildung 2*). Damit schließt sich der Kreis, da systematisierte Erfahrungen (also Empirie) aus der psychotherapeutischen Anwendungspraxis direkt die erste Ebene der Pyramide zu den Grundlagen und Voraussetzungs-Ebenen einer wissenschaftlich fundierten psychotherapeutischen Anwendungspraxis – mithin das Wissen über die Befundlage zur empirisch fundierten Psychotherapie – erweitern.

*Die breite Basis der empirisch fundierten Psychotherapie*

Um den oben benannten klinisch-psychologischen Kritikpunkten an der einfachen Übertragung des konventionellen 4-Phasen-Prüfmodells aus der Pharmakaforschung und evidenzbasierten Medizin auf den Bereich der Psychotherapie zu begegnen, wurde ein um zwei Prüfphasen erweitertes Modell für klinisch-psychologische Intervention vorgeschlagen (Krampen et al., 2008). Die inhaltlichen Bestimmungen des „konventionsgemäß in 4 Phasen eingeteilten“ (Möller & Leimkühler, 1995, S. 69) pharmakologischen Prüfmodells bleiben zwar erhalten und werden methodologisch sowie in ihren methodischen Spezifika und Zielsetzungen klar voneinander unterschieden, die Bedeutung *aller* Prüfphasen für die empirisch fundierte Psychotherapie wird aber ausdrücklich anerkannt und keine der Phasen wird als „Goldstandard“ o.ä. bezeichnet und damit methodologisch überhöht. Dies kommt auch dem Vorschlag der *American Psychological Association* (APA) und deren Konzept der *empirically supported treatments* nahe (ESTs; American Psychological Association, 1995; Chambless & Ollendick, 2001; Norcross et al., 2006).

Für die Psychotherapieforschung wird unter Bezug auf die Maxime der multimethodalen Forschung und des multiplen Operationalismus, nach der Untersuchungsbefunde dann besonders gut empirisch abgesichert sind, wenn sie durch unterschiedliche De-

*signs* und Datenerhebungsmethoden bestätigt werden konnten, für ein „Sowohl-als-auch“ plädiert: Objektivität, Reliabilität, interne und externe Validität von Befunden – somit auch ihre potentielle Anwendungsrelevanz – sind dann optimal gesichert, wenn sich beim Einsatz der unterschiedlichsten Forschungsmethoden ähnliche, idealiter identische Ergebnisse gezeigt haben. Bezogen auf den kritisch diskutierten Stellenwert von *randomized control trials* (RCTs) bedeutet dies, dass sich weder Argumente für die Position finden lassen, dass RCTs für die Verbesserung der Versorgung von Patienten nicht nutzbringend sein könnten, noch Argumente für die Position finden lassen, dass sich die Psychotherapieforschung in den unverzichtbaren RCTs erschöpfen könnte.

Vorgeschlagen wird ferner (Krampen et al., 2008), das pharmakologische 4-Phasen-Prüfmodell um zwei Phasen zu erweitern:

- ▶ *Phase 0* bezieht sich als kreative Entwicklungsphase auf Beiträge zur Konzeption sowie Explikation theoretischer und normativer Annahmen neuartiger oder neuartig kombinierter Interventionsmethoden oder -techniken mit (zunächst) minimalen empirischen Bezügen (wie Kasuistiken, anekdotische Fallbeschreibungen);
- ▶ *Phase 5* (Prävention, Rehabilitation, Persönlichkeitsentwicklung) sind empirisch fundierte Beiträge zu primär- und tertiär-präventiven sowie auf die Persönlichkeitsentwicklung ausgerichteten klinisch-



psychologischen Interventionsansätzen (*preventive trials* und *quality of life trials*; United States NIH, [www.ClinicalTrials.gov](http://www.ClinicalTrials.gov)) zugeordnet.

Dies resultiert in dem für die Psychotherapieforschung auf sechs Phasen erweiterten Prüfmodell, ohne dass die „konventionsgemäße“ (Möller & Leimkühler, 1995, S. 69), international und national verwendete 4-Phaseneinteilung der pharmakologischen Prüfung (und deren üblich gewordenen Kurzbezeichnungen als „Phase-1-, Phase-2-, Phase-3- und Phase-4-Forschung“) verletzt wird. Die Orientierung an der konventionellen Phaseneinteilung und -bezeichnung ist wichtig, weil die psychotherapeutische Anwendungspraxis und auch die Psychotherapieforschung häufig interdisziplinär unter Beteiligung von Psychologie, Medizin, Pharmazie etc. erfolgen und etwa die entsprechenden Forschungspläne und -arbeiten nach der Phaseneinteilung und -bezeichnung des klassischen pharmakologischen Prüfmodells von Ethikkommissionen, Datenbanken für die Registrierung klinischer Studien sowie Drittmittelgebern eingeordnet werden. Erleichtert wird also auf jeden Fall die interdisziplinäre Kommunikation, ggf. auch die intradisziplinäre Kommunikation innerhalb der Psychologie. Dies dann, wenn die Grundüberlegungen zum erweiterten Prüfphasen-Modell auf die Evaluation psychologischer Interventionen allgemein (etwa auch Interventionen wie Trainings und Beratungen in der Pä-

dagogischen Psychologie sowie in der Arbeits- und Organisationspsychologie) übertragen werden.

Aus der psychotherapeutischen Anwendungspraxis und der zu systematischen Entspannungsverfahren kommenden Beiträge bleiben nicht auf solche zur Phase 0 (Kasuistiken) und zur Phase 4 (Versorgungsforschung) des Prüfmodells und damit auf die Zielsetzungen der Entwicklung neuer und/oder kombinierter psychotherapeutischer Methoden bzw. der Praxiskontrolle beschränkt, sondern können und sollten sich auch auf die vier anderen Zielsetzungen klinisch-psychologischer Studien beziehen. Dies verdeutlicht, in welchem Ausmaß Beiträge aus der Anwendungspraxis für die Weiterentwicklung der empirisch fundierten Psychotherapie und Praxis systematischer Entspannungsverfahren relevant sind. Sie sollten nicht methodologischen und methodischen „Scheingefechten“ geopfert werden: „Durch die empirische Validierung von Therapiemethoden entsteht noch keine wirksamere Psychotherapie. Es geht vielmehr darum, über die bestehenden Methoden und Therapieformen hinauszukommen.“ (Grawe, 2005, S. 4). Dies wird nur möglich werden, wenn die Anwendungspraxis ihren Teil dazu beiträgt und im Orchester der verschiedenen klinisch-psychologischen Studientypen (in ihren Abhängigkeiten von den jeweiligen Zielsetzungen und ihrer Zugehörigkeit zu den Phasen des erweiterten Prüfmodells) eine tragende Tonlage übernimmt. Nur dann wird die Inter-

ventionsforschung unter Bezug auf die Maxime der multimethodalen Forschung und des multiplen Operationalismus, nach der Untersuchungsbefunde dann besonders gut empirisch abgesichert sind, wenn sie durch unterschiedliche *Designs* und Datenerhebungsmethoden bestätigt werden konnten, ihrer Funktion als grundlegende (erste) Ebene des Pyramidenmodells zu den Grundlagen und Voraussetzungen der psychotherapeutischen Anwendungs- und psychologischen Interventionspraxis gerecht werden können.

## Literatur

- American Psychological Association. (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-27.
- Bartmann, U. & Mathes, W.-D. (1992). Autogenes Training an der VHS zur Psychohygiene. *Prävention*, 15, 22-24.
- Baumann, U., Sodemann, U. & Tobien, H. (1980). Direkte versus indirekte Veränderungsdiagnostik. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 1, 201-216.
- Beitel, E. & Kröner, B. (1982). Veränderung des Selbstkonzepts durch Autogenes Training. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 11, 1-15.
- Bereiter, C. (1963). Some persisting dilemmas in the measurement of change. In C. W. Harris (Ed.), *Problems in measuring change* (pp. 3-20). Madison, WI: University of Wisconsin Press.
- Blanchard, E.B. & Andrasik, F. (1991). *Behältigung chronischer Kopfschmerzen*. Bern: Huber.
- Bühler, K.-E. & Koch, J. (2008). Extra- und Introversion als Moderatoren der Wirkungen von Autogenem Training. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 159, 345-351.
- Campbell, D. T. & Stanley, J.C. (1963). Experimental and quasi-experimental designs for research on teaching. In N.L. Gage (Ed.), *Handbook of research on teaching* (pp. 171-246). Chicago, IL: Rand McNally.
- Caspar, F. (2006). Forschungsdesigns in der Psychotherapieforschung: Die Diskussion um Randomisierte Klinische Studien. In A. Brueggemann & R. Bromme (Hrsg.), *Entwicklung und Bewertung von anwendungsorientierter Grundlagenforschung in der Psychologie* (S. 38-46). Berlin: Akademie-Verlag.
- Cattell, R.B. (1965). *The scientific analysis of personality*. Harmondsworth (GB): Penguin (Deutsche Ausgabe 1973: *Die wissenschaftliche Erforschung der Persönlichkeit*. Weinheim: Beltz).
- Chambless, D.L. & Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 55, 685-716.
- Champion, D.J. & Sear, A.M. (1967/68). Questionnaire response rate. *Social Forces*, 47, 335-339.
- Cook, T.D. & Campbell, D.T. (1979). *Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings*. Chicago, IL: Rand McNally.
- Cremerius, J. (1962). *Die Beurteilung des Behandlungserfolges in der Psychotherapie*. Berlin: Springer.

- Diehl, B.J.M. (1987). *Autogenes Training und gestufte Aktivhypnose: Psychophysiologische Aspekte*. Berlin: Springer.
- Dittmann, R.W. (1988). *Zur Psychophysiologie beim Autogenen Training von Kindern und Jugendlichen*. Frankfurt/Main: Lang.
- Eggert, D. (1983). *Eysenck-Persönlichkeits-Inventar (EPI) (2. Aufl.)*. Göttingen: Hogrefe.
- Enke, H. & Lermer, S.P. (1978). Selbsterleben von Gruppenmitgliedern im Spiegel empirischer Untersuchungsbefunde. *Praxis der Psychotherapie*, 23, 13-25.
- Fahrenberg, J. (1980). Empirische Beiträge zur multivariaten Aktivierungstheorie. *Medizinische Psychologie*, 6, 95-102.
- Fahrenberg, J. (1983). Psychophysiologische Methodik. In K.-J. Groffmann & L. Michel (Hrsg.), *Verhaltensdiagnostik (= Enzyklopädie der Psychologie, Band B/III/4, S. 1-192)*. Göttingen: Hogrefe.
- Fischel, W. & Müller, K.-P. (1962). Psychogalvanische Hautreaktionen im autogenen Training und während der Hypnotherapie. *Zeitschrift für Psychologie*, 167, 80-106.
- Fischer, G., Barwinski, R. & Eichenberg, C. (2007). Evidenzbasierte Psychotherapie? Wenn schon, dann richtig! *Report Psychologie*, 32, 453-456.
- Funke, J. & Krampen, G. (1985). Kann und soll man die Durchführung von Katamnesen standardisieren? *Suchtgefahren*, 31, 246-250.
- Fydrich, T. (2006). Diagnostik und Intervention in der Klinischen Psychologie. In M. Amelang & L. Schmidt-Atzert (Hrsg.), *Psychologische Diagnostik und Intervention (4. Aufl., S. 495-532)*. Heidelberg: Springer.
- Gheorghiu, V.A. & Langen, D. (1971). Beziehungen zwischen Suggestibilität und autogenem Training. In D. Langen (Hrsg.), *Hypnose und autogenes Training in der psychosomatischen Medizin (S. 179-183)*. Stuttgart: Hippokrates.
- Gheorghiu, V.A., Koch, E., Hübner, M. & Keller, K. (1994). Ein Verfahren zur Erfassung der „Entspannbarkeit“ in Anlehnung an die Grundübungen des Autogenen Trainings. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 42, 60-76.
- Grawe, K. (2005). (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal*, 4, 4-11.
- Greve, W. & Wentura, D. (1997). *Wissenschaftliche Beobachtung (2. Aufl.)*. Weinheim: Beltz.
- Guthke, J. (1981). Entwicklungstendenzen und Probleme der Psychodiagnostik. *Probleme und Ergebnisse der Psychologie*, 77, 5-22.
- Hager, W. & Westermann, R. (1983). Planung und Auswertung von Experimenten. In J. Bredenkamp & H. Feger (Hrsg.), *Hypothesenprüfung (= Enzyklopädie der Psychologie, Band B/II/5, S. 24-238)*. Göttingen: Hogrefe.
- Heerkerens, H.-P. & Ohling, M. (2005). Therapieevaluation – eine Sach- und Beziehungsklärung. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 36, 5-11.
- Henningsen, P. & Rudolf, G. (2000). Zur Bedeutung der Evidence-Based Medicine für die Psychotherapeutische Medizin. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 50, 366-375.
- Hewig, M., Hank, P. & Krampen, G. (2009). Rasch-basierte Prüfung von Kurzskalen

- zur Erfassung von Vertrauen in der Psychotherapie. Klinische Diagnostik und Evaluation, 2, 175-193.
- Hirsch, R.D. (1987). Das Autogene Training in der Gerontologie. Zeitschrift für Gerontologie, 20, 242-247.
- Höck, K. & Hess, H. (1973). Zur Groberfassung von Neurosen mit Hilfe von Fragebogen. In H.-D. Schmidt & H. Szewczyk (Hrsg.), Persönlichkeitsdiagnostik (2. Aufl., S. 97-118). Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften.
- Kaminsik, G. (1970). Verhaltenstheorie und Verhaltensmodifikation: Entwurf einer integrativen Theorie psychologischer Praxis am Individuum. Stuttgart: Klett.
- Kasielke, E. & Hänsgen, K.-D. (1987). Beschwerden-Erfassungsbogen (BEB; 2. Aufl.). Berlin: Psychodiagnostisches Zentrum der Sektion Psychologie der Humboldt Universität.
- Keßler, B.H. (1982). Biographische Diagnostik. In K.-J. Groffmann & L. Michel (Hrsg.), Persönlichkeitsdiagnostik (= Enzyklopädie der Psychologie, Band B/II/3, S. 1-56). Göttingen: Hogrefe.
- Kircher, T. et al. (2002). Effekte von Autogenem Training bei Älteren. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 35, 157-165.
- Kiresuk, T., Smith, A. & Cardillo, J. (Eds.). (1994). Goal attainment scaling: Applications, theory, and measurement. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- König, W., di Pol, G. & Schaeffer, G. (1979). Autogenes Training: Ein Grundriß. Jena: Gustav Fischer Verlag.
- Krampen, G. (1981). IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1982). Differentialpsychologie der Kontrollüberzeugungen. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1985). Aufmerksamkeits-Orientierung. In T. Herrmann & E.-D. Lantermann (Hrsg.), Persönlichkeitspsychologie (S. 354-361). München: Urban & Schwarzenberg.
- Krampen, G. (1991a). Diagnostisches und Evaluatives Instrumentarium zum Autogenen Training (AT-EVA). Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1991b). Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK). Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1994). Erste Befunde zu einem integrativen Gruppenprogramm zur Gesundheitsförderung bei Älteren. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 2, 49-63.
- Krampen, G. (1995). Beschwerden- und Symptom-orientierte Diagnostik und Evaluation. Report Psychologie, 20 (11-12), 36-46.
- Krampen, G. (1998). Einführungskurse zum Autogenen Training: Ein Lehr- und Übungsbuch für die psychosoziale Praxis (2. Aufl.). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie Hogrefe.
- Krampen, G. (1999). Long-term evaluation of the effectiveness of additional autogenic training in the psychotherapy of depressive disorders. European Psychologist, 4, 11-18.
- Krampen, G. (2000). Handlungstheoretische Persönlichkeitspsychologie (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (2002a). Entspannungstraining und -therapie : Anamnesebogen (ET-ANAM). Göttingen : Hogrefe.

- Krampen, G. (2002b). Drei-Phasen-Modell zur Geschichte der Psychotherapie. *Report Psychologie*, 27, 330-346.
- Krampen, G. (2002c). Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Einzelpsychotherapie (STEP). Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (2002d). Akzeptanz und Effekte unterschiedlicher Protokollierungstechniken bei Einführungen in das AT und die PR. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 50, 65-74.
- Krampen, G. (2006). Änderungssensitive Symptomliste zu Entspannungserleben, Wohlbefinden, Beschwerden- und Symptombelastungen (ASS-SYM). Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (2008). Veränderungsfragebogen zum Entspannungserleben und Befinden – Psychotherapie (VFE-PT). Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (2010). Zum Stellenwert evidenzbasierter Psychotherapie in der Anwendungspraxis: Ihre Einordnung in ein Pyramidenmodell und Hinweise zu Informationsressourcen. *Report Psychologie*, 35, 228-236.
- Krampen, G. (2011). Psychologisches Gesundheitstraining: Ein Programm zur Systematischen Selbstbeobachtung und Reflexion des Gesundheitsverhaltens – Das SySeRe-Programm. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Krampen, G. (2013). Entspannungsverfahren in Therapie und Prävention (3., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Göttingen: Hogrefe (im Druck).
- Krampen, G. & Greve, W. (2008). Persönlichkeits- und Selbstkonzeptentwicklung über die Lebensspanne. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (6., vollständig überarbeitete Aufl., S. 652-686). Weinheim: Beltz.
- Krampen, G. & Hank, P. (2008). Prozessdiagnostik und kontrollierte Praxis. In B. Röhrlé, F. Caspar & P. F. Schlottke (Hrsg.), *Lehrbuch der klinisch-psychologischen Diagnostik* (S. 300-329). Stuttgart: Kohlhammer.
- Krampen, G. & Ohm, D. (1984). Effects of relaxation training during rehabilitation of myocardial infarction patients. *International Journal of Rehabilitation Research*, 7, 68-69.
- Krampen, G. & Ohm, D. (1985a). Zur indikativen Bedeutung von Kontrollüberzeugungen für das autogene Training. In F.-J. Hehl, V. Ebel & W. Ruch (Hrsg.), *Diagnostik psychischer und psychophysiologischer Störungen* (S. 231-252). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Krampen, G. & Ohm, D. (1985b). Klinikwahrnehmung und Genesung von Herzinfarktpatienten in einer Rehabilitationsklinik. *Die Rehabilitation*, 24, 64-68.
- Krampen, G. & Petry, J. (1987). Klinische Evaluation eines Gruppenprogramms zur Motivation und Information von Alkoholabhängigen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 16, 58-71.
- Krampen, G. & von Delius, A. (1981). Zur direkten Messung subjektiv erlebter gesundheitlicher Veränderungen. *Medizinische Psychologie*, 7, 166-174.
- Krampen, G. & von Eye, A. (2006). Treatment motives as predictors of acquisition and transfer of relaxation methods to everyday life. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 83-96.
- Krampen, G., Main, C. & Waelbroeck, O. (1991). Optimierung des Lernprozesses beim Autogenen Training bei kurzer Kurslaufzeit durch Übungsprotokolle.

- Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie, 39,33-45.
- Krampen, G., Schui, G. & Wiesenhütter, J. (2008). Evidenzbasierte Psychotherapie und Therapieressourcen: Ein erweitertes 4-Phasen-Prüfmodell und seine Anwendung auf die klinisch-psychologische Fachliteratur aus dem deutschsprachigen Bereich. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 37, 43-51.
- Kriz, J. (2004). Methodologische Aspekte von „Wissenschaftlichkeit“ in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft*, 6, 6-31.
- Kröner, B. & Beitel, E. (1980). Längsschnittuntersuchung über die Auswirkung des autogenen Trainings auf verschiedene Formen der subjektiv wahrgenommenen Entspannung und des Wohlbefindens. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 28, 127-133.
- Kröner, B. & Beitel, E. (1981). Erfolgserwartung und Therapieerfolg beim autogenen Training. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 31, 166-167.
- Kuhr, A. (1988). Fehler und Mißerfolge in der Psychotherapie. In D. Kleiber & A. Kuhr (Hrsg.), *Handlungsfehler und Mißerfolge in der Psychotherapie* (S. 8-17). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Langenkamp, B., Steinacker, I. & Kröner, B. (1982). Autogenes Training bei 10jährigen Kindern. *Praxis der Kinderpsychologie & Kinderpsychiatrie*, 31, 238-243.
- Meyer, H.K., Diehl, B.J., Ulrich, P. & Meinig, G. (1987). Kurz- und langfristige Änderung der kortikalen Durchblutung bei Autogenem Training. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 33, 52-62.
- Möller, H.J. (1992). Klinische Prüfstudien. In P. Riederer, G. Laux & W. Pödlinger (Hrsg.), *Neuropsychopharmaka* (S. 177-199). Berlin: Springer.
- Möller, H.J. & Leimkühler, A.M. (1995). Qualitätssicherung in der psychiatrischen Forschung. In H.J. Haug & R.D. Stieglitz (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychiatrie* (S. 63-91). Stuttgart: Enke.
- Müller-Oerlinghausen, B. & Linden, M. (1981). Rationalität der Indikation zur psychopharmakologischen Behandlung. In U. Baumann (Hrsg.), *Indikation zur Psychotherapie* (S. 210-220). München: Urban & Schwarzenberg.
- Norcross, J.C., Beutler, L.E. & Levant, R.F. (Eds.). (2006). *Evidence-based practices in mental health*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Norton, M., Holm, J.E., McSherry, I.I. & Clinton, W. (1997). Behavioral assessment of relaxation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 28, 129-137.
- Ohm, D. (1987). Entspannungstraining und Hypnose bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit in der stationären Rehabilitation. Regensburg: Roderer.
- Ollenschläger, G. et al. (Hrsg.). (2003). *Kompodium evidenzbasierte Medizin* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Perrez, M. (2005). Wissenschaftstheoretische Grundlagen: Klinisch-psychologische Interventionen. In M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (3. Aufl., S. 68-88). Bern: Huber.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of

- change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Rotter, J.B. (1982). *The development and application of social learning theory*. New York, NY: Praeger.
- Sander, K. & Lück, H. (1974). Entwicklung einer Skala zur Messung von studentischen Problemen (SSP). *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie*, 21, 250-262.
- Schejbal, P. (1979). Auswirkungen des autogenen Trainings im psychischen Bereich, dargestellt anhand der Literatur und eigener Untersuchungen (unveröff. Diss.). Essen: Fachbereich 2 der Universität Essen.
- Schilling, D.J. & Poppen, R. (1981). Behavioral and EMG feedback in relaxation. In *Biofeedback Society of America (Ed.), Proceedings of the Twelfth Annual Meeting* (pp. 71-73). Ridge, CO: Biofeedback Society of America.
- Schilling, D.J. & Poppen, R. (1983). Behavioral relaxation training and assessment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 14, 99-107.
- Schmacke, N. (2006). Evidenzbasierte Medizin und Psychotherapie: Die Frage nach den angemessenen Erkenntnismethoden. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 56, 202-209.
- Scholz, O.B. (2002). *Freiberger Imaginations-, Relaxations- und Suggestibilitäts-test (FIRST)*. Frankfurt a. M.: Klotz.
- Schultz, J.H. (1932/1970). *Das autogene Training* (1. / 13. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Schulz, W. & Volger, I. (1983). *Kopfschmerz-Therapie*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Siersch, K. (1986). Verbesserung von Konzentrationsleistungen durch Autogenes Training. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 15, 158-163.
- Siersch, K. (1989). Zum Einfluß des Autogenen Trainings auf die Konzentrationsleistung und auf subjektiv erlebte Beanspruchungsfolgen. *Ärztliche Praxis und Psychotherapie*, 11(5/6), 5-10.
- Springub, J., Feireis, H. & Wilke, E. (1989). Der Einfluß der Compliance auf die Behandlung mit autogenem Training. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 39, 418-422.
- Stetter, F. & Stuhlmann, W. (1987). Autogenes Training bei gerontopsychiatrischen Patienten. *Zeitschrift für Gerontologie*, 20, 236-241.
- Stieglitz, R.-D. (1988). Klinische Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren. *Diagnostica*, 34, 28-57.
- Ströbl, V., Reusch, A. & Ellgring, H. (2004). Konstruktion eines Verfahrens zur Erfassung der Motivation zu Entspannungsübungen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 12, 65-74.
- Süllwold, F. (1987). Hypochondrie und Hysterie als psychodiagnostische Kategorien. *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie*, 34, 453-473.
- Süllwold, F. (1990). Zur Struktur der hypochondrischen und der hysteroiden Persönlichkeit. *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie*, 37, 642-659.
- Vlemincx, E. et al. (2009). Why do you sigh? Sigh rate during induced stress and relief. *Psychophysiology*, 46, 1005-1013.
- von Zerssen, D. (1976). *Die Beschwerdenliste*. Weinheim: Beltz.
- Zielke, M. (1979). *Kieler Änderungssensitive Symptomliste (KASSL)*. Weinheim: Beltz.

- Zielke, M. (1982). Probleme und Ergebnisse der Veränderungsmessung. In M. Zielke (Hrsg.), Diagnostik in der Psychotherapie (S. 41-59). Stuttgart: Kohlhammer.
- Zielke, M. & Kopf-Mehnert, C. (1978). Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV). Weinheim: Beltz.
- Zurhorst, G. (2005). Evaluierungsmethoden aus der Pharmaforschung gehen am Kern Humanistischer Psychotherapien vorbei. Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung, 36, 13-16.

*Prof. Dr. Günter Krampen  
Fachbereich I - Psychologie  
Leibniz-Zentrum ZPID  
Universität Trier  
54286 Trier  
krampen@uni-trier.de*



 VERLAG BEYERLEIN & STEINSCHULTE

Achtsamkeit ist ein wichtiger Bestandteil der vom Buddha gelehrt Weisheit, die seit über 2500 Jahren praktiziert wird, um die von den Triebkräften gesteuerten und angetriebenen Denkgewöhnungen zu durchbrechen - um die Dinge so zu sehen, wie sie wirklich sind. Sie ist eine Eigenschaft, die all unsere Erfahrungen – seien es alltägliche oder ganz einzigartige – auf eine neue, erhellende Weise lebendig werden lässt.

In diesem Buch zeigt Maitreyabandhu, wie es uns gelingen kann, in einem Acht-Wochen-Kurs die verlorenen Augenblicke unseres Lebens durch die Praxis der Achtsamkeit zurück zu holen und wie wir unser alltägliches Erleben in einer neuen, klareren und offeneren Weise erfahren können.

Maitreyabandhu: Leben in voller Achtsamkeit  
Verlag Beyerlein & Steinschulte  
324 Seiten, Paperback, 20 Euro  
ISBN 978-3-931095-87-1  
[www.buddhareden.de](http://www.buddhareden.de)