

**Effekte von Supervision auf Therapieprozess und
Therapieergebnis bei der Behandlung von Patientinnen mit
Anorexia nervosa**

Ein Beitrag zur Supervisionsforschung

Inaugural-Dissertation
in der Fakultät für Pädagogik, Philosophie und Psychologie
der Otto-Friedrich Universität Bamberg

vorgelegt von

Valerija Sipos

aus

Kula

Tag der mündlichen Prüfung: 20. Juni 2001

Dekan: Universitätsprofessor Dr. Ortwin Beisbart

Referent: Universitätsprofessor Dr. Hans Reinecker

Koreferent: Universitätsprofessor Dr. Winfried Rief

Szeretett szüleimnek és drága nencikémnek nagy köszönettel

Meiner verstorbenen Meisterin, der Ehrwürdigen Ayya Khema

1 Inhaltsverzeichnis

Effekte von Supervision auf Therapieprozess und Therapieergebnis bei der Behandlung von Patientinnen mit Anorexia nervosa	1
Ein Beitrag zur Supervisionsforschung	1
1 Inhaltsverzeichnis	4
2 Zusammenfassung	7
2.1 Hintergrund der Fragestellung	7
2.2 Fragestellung	7
2.3 Supervisionsmethode	7
2.4 Ergebnisse	8
3 Vorwort	9
4 Supervision	11
4.1 Zum Begriff Supervision	11
4.2 Abgrenzung der Supervision	13
4.3 Supervisionsmethoden	14
4.4 Supervision als Problemlöseansatz	14
4.4.1 Die Geschichte vom Rabbi	18
4.5 Das Problemlösemodell in der verhaltenstherapeutischen Supervision (AZA)	19
4.6 Exkurs: Was ist eine gute verhaltenstherapeutische Supervision?	21
4.7 Supervision und Qualitätssicherung	22
4.8 Supervisionsforschung	26
4.9 Supervision im Forschungsprojekt	28
4.10 Durchführung der Live-Supervision	29
4.11 Durchführung der Videosupervision	31
4.11.1 Beispiel einer Orientierungsphase in der Videosupervision	32
4.12 Zusammenfassung Supervision	32
5 Anorexia nervosa	34
5.1 Beschreibung des Störungsbildes	34
5.2 Diagnostik und Differentialdiagnostik	36
5.2.1 Psychiatrische Diagnostik	36
5.2.2 Somatische Diagnostik	38
5.2.3 Psychiatrische und somatische Differentialdiagnostik	38
5.2.4 Komorbidität / Multimorbidität	39
V. Sipos: Effekte von Supervision	4

5.2.5	Epidemiologie.....	39
5.2.6	Verlauf und Prognose	40
5.2.7	Ätiologie der Anorexia nervosa	40
5.2.8	Pathogenese und prädisponierende Faktoren	40
5.3	Die Therapie der Anorexia nervosa in der Klinik Roseneck.....	44
5.3.1	Institutionelle Rahmenbedingungen / Setting	44
5.3.2	Therapiekonzept	45
5.3.3	Therapieziele.....	46
5.3.4	Therapiedurchführung.....	47
5.4	Zusammenfassung: Beschreibung und Behandlung der Anorexia nervosa ...	48
6	Forschungshypothesen	50
6.1	Supervision und Prozessqualität.....	50
6.2	Supervision und Ergebnisqualität	58
6.3	Prozessqualität und Ergebnisqualität.....	60
7	Untersuchungsdurchführung	63
7.1	Gewinnung der Stichprobe	63
7.2	Darstellung der Untersuchungsinstrumente.....	63
7.2.1	Diagnostik	63
7.2.2	Messinstrumente zur Erfassung der Prozessqualität	65
7.2.3	Messinstrumente und Verfahren zur Erfassung der Ergebnisqualität...71	
8	Forschungsdesign	80
8.1.1	Reflexion des Forschungsdesigns	81
8.2	Aufbau des Projektes.....	82
8.2.1	Beschreibung der Station B3.....	82
8.2.2	Therapeutinnen und Therapeuten	83
8.2.3	Supervisorinnen und Supervisoren	84
8.2.4	Rahmenbedingungen der Supervision	84
8.3	Schwierigkeiten in der Durchführung des Projektes	85
8.3.1	Stationsbedingte Schwierigkeiten	85
8.3.2	Klinikinterne Schwierigkeiten.....	86
8.4	Stichprobenbeschreibung	87
8.4.1	Diagnosen nach DSM-IV	87
8.4.2	Soziodemographische Daten	89
8.4.3	Störungsbezogene Daten	93

9	Ergebnisse	96
9.1	Resultate zur Prozessqualität	97
9.1.1	Auswertung Supervisions-Stundenbögen	97
9.1.2	Auswertung der Fragebögen für TherapeutInnen und Klienten/Klientinnen	98
9.2	Korrelative Beziehungen zwischen Prozessqualität und Ergebnisqualität....	104
9.2.1	Eating Disorder Inventory	104
9.2.2	Symptom-Check-List-90-R	105
9.2.3	TherapeutInnenstundenbogen (TB)	107
9.2.4	Klienten/Klientinnen-Stundenbogen	108
9.2.5	Auswertung des Symptomwochenberichts	110
9.2.6	Body Mass Index.....	116
9.2.7	Beck-Depressions-Inventar	117
9.2.8	Symptom-Check-List-90-R	120
9.2.9	Vergleich des Therapieverlaufs über 10 Wochen.....	121
9.3	Resultate zur Ergebnisqualität	122
9.3.1	Vergleich der Outcome-Werte	122
9.4	Vergleich der Aufnahme- und Entlassungsdaten.....	129
9.4.1	Therapieeffektivität, ermittelt über die Effektstärke	142
9.5	Bewertung der Hypothesen	145
9.5.1	Supervision und Prozessqualität	145
10	Diskussion	152
10.1	Interpretation der Ergebnisse zur Prozessqualität	152
10.2	Zusammenhänge der Prozessqualität und der Ergebnisqualität	157
10.3	Interpretation der Ergebnisse zur Ergebnisqualität	159
10.4	Zusammenfassende Interpretation	162
11	Literaturverzeichnis	163
12	Anhang	173
12.1	Verzeichnis der Abbildungen	173
12.2	Verzeichnis der Tabellen	175
12.3	Materialien	177
13	Erklärung	204
14	Danksagungen.....	205

2 Zusammenfassung

2.1 Hintergrund der Fragestellung

Supervision ist ein zentrales Element der Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Sie wird als Bestandteil der Strukturqualität therapeutischer Institutionen gesehen. Durch sie sollen die Prozessqualität und die Ergebnisqualität von Behandlungen gefördert werden.

Die bisherige Forschung weist Ergebnisse zur proximalen, d.h. zu einer direkt auf die Supervisandinnen und Supervisanden bezogenen Wirkung von Supervision auf. Untersuchungen, welche die ultimative Wirkung der Supervision berücksichtigen, d. h. auf die Klientinnen der jeweiligen Supervisandinnen und Supervisanden im Sinne der Qualitätssicherung von Therapien abzielen, standen bislang noch aus.

2.2 Fragestellung

In der vorliegenden Studie wird der Frage nach der ultimativen Wirkung von Supervision bei der Einzelpsychotherapie anorektischer Patientinnen nachgegangen:

1. Wird durch die Supervision die Prozessqualität der Therapie verbessert?
2. Wird durch die Supervision die Ergebnisqualität der Therapie verbessert?
3. Besteht ein Zusammenhang zwischen Prozessqualität und Ergebnisqualität?

2.3 Supervisionsmethode

Die Supervision erfolgt vor verhaltenstherapeutischem Hintergrund. Sie orientiert sich mit einem strukturierten Vorgehen nach Anliegen, Ziel und Auftrag am Problemlösemodell. Bei Bestätigung der ultimativen Wirkung der Supervision kann davon ausgegangen werden, dass für die im Projekt durchgeführte Supervision "Treatment-Nützlichkeit" vorliegt.

2.4 Ergebnisse

1. Die Daten bestätigen tendenziell einen positiven Einfluss der Supervision auf die Prozessqualität.
2. In der Ergebnisqualität zeigten sich gering ausgeprägte unterschiedliche Effekte zwischen der Supervisionsgruppe und der Non-Supervisionsgruppe.
3. Es liegt ein deutlicher Einfluss der Faktoren der Prozessqualität auf das Therapieergebnis vor.

Für die im Forschungsprojekt durchgeführte Supervision ist anzunehmen, dass ihr als Bestandteil der Strukturqualität "Treatment-Nützlichkeit" zugesprochen werden kann.

3 Vorwort

Als Vorwort, ein persönlicher Bericht eines Supervisanden aus dem Forschungsprojekt :

Die Inhalte der Supervision bei der Behandlung von Anorexie-Patientinnen unterscheiden sich meiner Erfahrung nach in verschiedener Hinsicht von den Supervisionen anderer Störungsbilder. Um das zu verdeutlichen, möchte ich zunächst darauf eingehen, was die Therapie dieser Patientengruppe kennzeichnet: für mich ist es zum einen die Dramatik der Erkrankung, zum anderen die ambivalente Therapiemotivation der Patientinnen und die Fremdheit der Störung. Im Anschluß an eine (körperliche) Untersuchung einer Patientin sagte eine meiner Kolleginnen, dass sie den Eindruck hatte, der Tod stehe mit im Raum. Obwohl dies allzu dramatisch klingen mag, gibt dieser Eindruck doch wieder, was auch ich bei der Arbeit mit anorektischen Patientinnen oft empfunden habe, als ich in vielen Stunden den zum Skelett abgemagerten, gleichermaßen jung wie greisenhaft wirkenden Frauen gegenüber saß, die mehr dem Tod als dem Leben gehörten. Als behandelnder Therapeut (und insbesondere als Anfänger), werde ich von diesem Anblick einem starken Appell ausgesetzt. Der Wunsch, helfen zu wollen, der Anspruch, dazu in der Lage zu sein, und der elende Zustand der Patientin sorgten dafür, dass ich oft mehr Verantwortung für die Therapie übernahm, als mir gut tat. Gleichzeitig erlaubt es das Störungsbild weniger als jedes andere, sich Illusionen über den Verlauf der Therapie hinzugeben. Obgleich eine Gewichtszunahme allein noch keinen Therapieerfolg ausmacht, ist sie doch die *Conditio sine qua non* der Behandlung. Aus diesem Grund offenbart eine Stagnation des Gewichts oder gar eine Gewichtsabnahme in schonungsloser Weise, wie es um die Therapie bestellt ist. Damit verbunden tauchen immer wieder quälende Fragen auf: warum nur nimmt sie nicht endlich zu? Mache ich etwas falsch? Würde jemand anderes der Patientin eher helfen können?

Es war die ambivalente Motivation der Patientinnen, die mich oft zermürbte: Hilfe zu suchen, sie durch das äußere Erscheinungsbild in extremster Weise einzufordern und sich ihrer gleichzeitig zu verweigern. Nicht nur einmal kam ich hierdurch an einen Punkt, an dem sich in meiner eigenen erlebten Hilflosigkeit diejenige der

Patientinnen zu spiegeln schien. Denn ich habe aus der Behandlung von Anorexie-Patientinnen gelernt, dass Hungern immer auch das letzte Mittel der Ohnmächtigen und Hilflosen ist, wie manipulativ auch immer es erscheinen mag.

Schließlich erschien mir, zumal als Mann, auch die Erlebniswelt meiner Patientinnen fremd, seltsam und bizarr. Ich selbst esse gerne und meist auch viel. Mein Hungern beschränkt sich auf die Zeit zwischen Abendessen und Frühstück und schlank bin ich per Genetik von selbst. Auch viele der anderen Themen, die in der Therapie von anorektischen Patientinnen häufige Themen sind, wie: Frau werden, der Druck einen perfekten, also auch schlanken Körper haben zu müssen, sexuelle Übergriffe bzw. Missbrauch und andere mehr sind mir persönlich, Gott sei Dank, fremd. Das muss nicht unbedingt ein Nachteil sein, denn manchmal erleichtert eine innere Distanz die Therapie. Damit diese Distanz sich jedoch konstruktiv auswirken kann, braucht es Supervision. Ich brauchte sie (u. a.) als Brücke, um die Kluft zwischen der inneren Welt meiner Patientinnen und meiner eigenen zu überwinden. Die richtigen Fragen zu stellen, die bedeutsamen Themen erkennen und sie angemessen therapeutisch zu bearbeiten, braucht die Unterstützung durch Supervision, wenn man so wenig aus eigener Erfahrung schöpfen kann. Obwohl ich methodisch vielleicht am meisten gelernt habe, war mir die emotionale Unterstützung durch die Supervision noch wichtiger. Wie gesagt, stellt sich in der Behandlung von Anorexie-Patientinnen die Frage, ob man alles "richtig" macht, unerbittlicher als bei der Therapie anderer Störungsbilder. Entsprechend bedrückender sind die Zweifel am eigenen Vorgehen. Besonders in solchen Situationen habe ich in der Supervision immer wieder Anregungen und neue therapeutische Möglichkeiten aufgezeigt bekommen oder auch "nur" die Bestätigung erhalten, dass ich nicht mehr tun kann als das, was ich eben tue. Die Supervision hat mir oft dabei geholfen, meine eigene Hilflosigkeit zu überwinden. Manchmal auch, sie als Teil meiner Arbeit zu akzeptieren. Mit der Zeit habe ich viel dazu gelernt, habe mich immer seltener hilflos und in meinem therapeutischen Vorgehen zunehmend sicherer gefühlt. Dies ist wahrscheinlich der Effekt von jeder guten Supervision. Aber bei keinem anderen Störungsbild habe ich sie als so notwendig erlebt wie bei der Therapie der Anorexie.

Dr. Michael Marwitz
(Supervisand)

4 Supervision

4.1 Zum Begriff Supervision

Eine eindeutige Begriffsbestimmung der Supervision gibt es nicht. Supervision wird nach Therapieschulen, Einsatzfeldern und Aufgabenbereichen unterschiedlich, zum Teil gegensätzlich, definiert.

So charakterisiert die Deutsche Gesellschaft für Supervision (Deutsche Gesellschaft für Supervision, 1992) Supervision als "eine Beratungsmethode, die zur Sicherung und Verbesserung der Qualität beruflicher Arbeit eingesetzt wird. Supervision bezieht sich dabei auf psychische, soziale und instrumentelle Faktoren".

In der Sozialarbeit wird Supervision als "eine Art des Lehrens, eine Methode des Lehrens und Lernens" definiert (Kamphuis, 1968). Strömbach und Mitarbeiter beschreiben die Supervision als "eine methodisch angelegte Beratung, die problemorientiertes Lernen ermöglicht (Strömbach, Fricke & Koch, 1975). Ihr Ziel ist es, auf Prozesse in Berufsfeldern einzuwirken, die sich mit Erziehung und Bildung, mit Konfliktlösungen, mit der Wiederherstellung gestörter Beziehungen, mit Therapie und mit sozialer Planung befassen".

Pühl und Schmidbauer (Pühl & Schmidbauer, 1986) definieren Supervision als "kritisch angeleitete(n) Prozess der Selbstreflexion" mit der Aufgabe, das "komplizierte Beziehungsgeflecht zwischen Helfer und Klient" für Supervisandinnen und Supervisanden in seiner "bewußten und unbewußten Dynamik zu entwirren" (S.16).

Kaatz und Plessen beschreiben Supervision als einen pädagogisch/erzieherischen oder therapeutisch/beratenden Einflussprozess, "bei dem eine erfahrene und fachlich kompetente Person (Supervisor) einer fachlich unerfahrenen Person (Supervisand) Lernmöglichkeiten in Form von Beratungen, Anleitungen oder Kontrollen, verbunden mit spezifischen Arbeitsaufgaben, anbietet mit dem Ziel der Erweiterung oder Vertiefung der persönlichen, fachlichen und sozialen Handlungskompetenz (Plessen V. Sipos: Effekte von Supervision

& Kaatz, 1985; Kaatz, 1985). Die Lernmöglichkeiten, die der Supervisand dabei erhält, beziehen sich auf die eigene Person oder auf seine Interaktionen mit anderen, wie Klientinnen, Gruppenmitgliedern etc.” (S. 25).

Langlotz-Weis & Sturm beschreiben die verhaltenstherapeutische Supervision: “Psychotherapeutische Supervision wird in diesem Rahmen verstanden als gemeinsames Bemühen, die Vorbereitung, Durchführung und Auswertung verhaltenstherapeutischer Maßnahmen bei Patienten mit zum Teil erheblichen psychosomatischen und psychiatrischen Störungen möglichst erfolgreich zu gestalten und die therapeutische Behandlungskompetenz der Beteiligten stetig zu verbessern” (Langlotz-Weis & Sturm, 1986)(S. 330).

Schmelzer definiert die Supervision in der Selbstmanagement-Therapie folgendermaßen: “Generell betrachtet ist Supervision bei psychosozial Tätigen ein Mittel zum Gewährleisten des adäquaten Umgangs mit professionellen Anforderungen. Im weiteren Sinne kann Supervision auf das funktionsadäquate Erfüllen psychosozialer Aufgaben von Einzelpersonen, aber auch von ganzen Teams, Institutionen und Organisationen gerichtet sein. Im engeren (auf Therapie bezogenen) Sinn bezieht sie sich auf eine Situation, in der ein Therapeut in eigener Verantwortung Klienten betreut und bei dieser Aufgabe von einem Supervisor (in der Regel von einer “kompetenteren” und/oder “erfahreneren” Person) unterstützt wird.” (Schmelzer, 1997) (S. 116).

Holloway bezeichnet die Supervision als eine Dienstleistung mit klaren Aufgaben. “Im Verlauf der Supervision müssen Fachleute gelehrt werden, jeden Fall individuell zu behandeln, die Situation zu verstehen und zu konzeptualisieren und dann aus bekannten Methoden die angemessenen auszuwählen und anzupassen.” “Die Aufgabe der Supervision besteht in der Artikulation der verschiedenen Ebenen des Denkens, des Verständnisses, der Konzeptbildung und deren Anwendung.” (Holloway, 1998) (S. 20).

Zimmer betont den Doppelcharakter der Supervision. “Supervision ist Hilfe und Kontrolle.” (Zimmer, 1996) (S.525).

Lohmann beschreibt Supervision “als die Reflexion beruflichen Handelns” (Lohmann, 1999). Womit sie auf einen bei allen definitorischen Unterschieden vorliegenden Konsens trifft, der darin besteht, Supervision als eine Beratungsform zu kennzeichnen, bei der die systematische Reflexion zur Verbesserung des beruflichen Handelns das übergeordnete Ziel ist (Auckenthaler & Kleiber, 1992; Eck, 1993; Fatzner, 1993; Schreyögg, 1994; López-Frank, 1995; Schmelzer, 1997; Beck, 1998).

Diesem übergeordneten Ziel der Erweiterung der methodischen und persönlichen Kompetenzen von Therapeutinnen und Therapeuten durch Supervision wird in der vorliegenden Studie vor verhaltenstherapeutischem Hintergrund gefolgt.

4.2 Abgrenzung der Supervision

Eine an wissenschaftlichen Standards orientierte verhaltenstherapeutische Zusatzausbildung orientiert sich an drei zentralen Bausteinen: (1) Theorieausbildung, (2) Supervision und (3) Selbsterfahrung. Sie unterscheiden sich sowohl in ihren Zielen und Inhalten als auch in der Art ihrer Durchführung.

Das Ziel der Theorieausbildung ist die Vermittlung von störungsspezifischem und methodischem Wissen. Der Schwerpunkt der Supervision besteht in der Übertragung des theoretischen Wissens in die konkrete Arbeit mit Patientinnen und Patienten. Gegenstand der berufsbezogenen Selbsterfahrung in der Ausbildung ist die Anwendung verhaltenstherapeutischer Methoden auf sich selbst. Das fördert die Kenntnis verhaltenstherapeutischer Techniken und das Verständnis für Patientinnen und Patienten in einer Verhaltenstherapie.

Theorieausbildung, Supervision und Selbsterfahrung sind darüber hinaus von einer Psychotherapie abzugrenzen. Deren Durchführung setzt eine Störung bei einem Ausbildungskandidaten voraus und ist demzufolge nicht als notwendiger Bestandteil jeder verhaltenstherapeutischen Ausbildung anzusehen.

In der Praxis liegen zwischen den verschiedenen Elementen fließende Übergänge vor. So kann die Vorstellung einer Patientin in einem Theorieseminar die

Zielsetzungen der Supervision berühren; in der Supervision können durch die Reflexion des eigenen therapeutischen Handelns Selbsterfahrungsaspekte auftreten und in der Selbsterfahrung die Notwendigkeit einer eigenen Therapie deutlich werden. Eine Gefahr dieser unscharfen Grenzen besteht beispielsweise darin, dass Supervision zur Nachhilfe oder Therapie wird und damit zu Lasten des eigentlichen supervisorischen Auftrages geht (Lairaiter, 1997; Diesinger & Mehring, 1996; Schmelzer, 1997; Ubben, 1998).

4.3 Supervisionsmethoden

Die spezifischen Therapieformen haben ihre jeweils spezifischen Supervisionsformen entwickelt: Balint-Gruppe (Nedelmann & Ferstl, 1989), integratives Modell unter Berücksichtigung gestalttheoretischer und psychodramatischer Verfahren (Schreyögg, 1994), systemischer und analytischer Konzepte (Hennch, Werner & Bergmann, 1998) und die verhaltenstherapeutische Supervision (Schmelzer, 1997). Darüber hinaus liegen zahlreiche Entwicklungsmodelle oder auch an ihrer Funktion orientierte Konzepte zur Supervision vor (Schmelzer, 1997; Rzepka-Meyer, 1997).

Im folgenden wird mit der Darstellung des Problemlöseansatzes der theoretische Hintergrund für das Forschungsprojekt dargestellt.

4.4 Supervision als Problemlöseansatz

Supervisionsmodelle, die sich als angewandtes Problemlösen verstehen, gehen auf John Dewey zurück, der bereits 1910 Ideen zu einer systematischen Problemlösung entwickelte (Schmelzer, 1997). Konzeptuelle Weiterentwicklungen wurden 1971 von D`Zurilla & Goldfried vorgenommen und in die Verhaltenstherapie eingebracht.

Der Problemlöseansatz beinhaltet eine allgemeine Orientierung, die Definition und Formulierung des Problems, die Suche nach Alternativen, eine Entscheidungsfindung, die Implementation der Lösungen und eine Effektkontrolle. Es werden zunächst die Analyse des IST- und ZIEL- (SOLL-) Zustandes vorgenommen und Interventionen geplant, die sich als Mittel anbieten, um den IST- Zustand in den

gewünschten SOLL-Zustand zu verändern (Reinecker, 1995; Schmelzer, 1997; Fiedler, 1996).

Die Übertragung des Problemlöseansatzes auf die Supervision, besonders im deutschsprachigen Raum, erfolgte 1985 durch Plessen und Kaatz (Plessen & Kaatz, 1985). Obwohl es sich bei den Autoren eher um die Supervision des geschäftspsychotherapeutischen Ansatzes handelte, verfolgten sie ein auf die verhaltenstherapeutische Supervision übertragbares Modell. In ihrem Supervisionsmodell werden fünf Phasen unterschieden. Die erste Phase wurde als "Orientierungsphase" bezeichnet und beinhaltete die Klärung des Anliegens des Supervisanden, die Klärung des Anliegens des Supervisors und die Bestimmung des Auftrages. Die zweite Phase war die "Informationsphase" der Datensammlung (Interaktionsbeobachtung, Klientenbeobachtung, Therapeutenbeobachtung). Die dritte Phase war die "Gewichtungsphase" und diente der Systematisierung der verschiedenen Eindrücke. Sie beinhaltete konkret das Ordnen der Beobachtungen, das Vergleichen mit den Anliegen des Supervisanden und die Selektion der Rückmeldungen. Die vierte Phase war die "Rückmeldephase". Hier ging es um den Austausch und den Vergleich von Eindrücken und konkret um die Mitteilung der Rückmeldungen und die Bestimmung von Lernschritten. Die letzte Phase nannte sich "Kontrollphase" und konzentrierte sich auf die Entwicklung von Handlungskonsequenzen (Plessen & Kaatz, 1985).

Lieb orientiert sich mit seinem Supervisionsprozessmodell ebenfalls an dem Problemlösemodell und bezieht sich inhaltlich auf die Logik der Selbstmanagementtherapie (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996). Nach einer Eröffnungsrunde und Themensammlung erfolgt eine Fallauswahl und die Erarbeitung einer fallbezogenen Fragestellung. Diese mündet in eine fragestellungsbezogene Fallrekonstruktion, einer eventuellen Korrektur der Fragestellung und einer sich daran anschließenden Identifikation von Lösungen, der Ratifikation von Lösungen und einem Lösungstransfer.

Ein wesentlicher Bestandteil dieses Supervisionskonzeptes besteht darin, dass Supervisorinnen und Supervisoren während der Supervision auf verschiedene "Unterprogramme" zur Problemlösung zurückgreifen können, wenn sich in dem

V. Sipos: Effekte von Supervision

"Hauptprogramm" Schwierigkeiten ergeben. Als Unterprogramme sollen bei Bedarf entweder eine Kontextanalyse (Schwierigkeiten beruhen auf dem Arbeits- oder Ausbildungskontext), eine Interaktionsanalyse (Beziehungsproblematik zwischen Supervisand/Supervisandin und Klient/Klientin), ein VT-Teaching (fallbezogene Theorievermittlung), eine Therapieanweisung (bewußtes, korrigierendes Eingreifen der Supervisorinnen und Supervisoren) oder eine selbstreferenzielle Analyse (Probleme liegen bei der Supervisandin oder der Supervisorin selbst oder im Supervisionsprozess) durchgeführt werden.

In einer verhaltenstherapeutischen Supervision sollten verschiedene qualitätssichernde und -verbessernde Schwerpunkte und Ziele berücksichtigt werden (Schmelzer, 1997; Tillmanns, 1990): (1) Fähigkeit zu fachlich korrekter Therapiedurchführung nach den aktuellen Regeln der Zunft; (2) Sensibilität für persönliche Einflüsse auf die Therapie sowie die Fähigkeit, mit diesen Einflüssen adäquat umzugehen; (3) Fertigkeit zum Registrieren von System- bzw. Kontexteinflüssen und zur Schaffung günstiger Rahmenbedingungen für die Arbeit; (4) Bereitschaft zur Kooperation mit Kolleginnen und Kollegen - auch anderer Schulrichtungen; (5) Offenheit für - positives wie negatives - Feedback bei späterer Fallarbeit; (6) selbstreflexives Arbeiten; (7) Motivation zu lebenslanger Weiterentwicklung (ohne Perfektionismus-Syndrom); (8) Sensibilität für die Notwendigkeit zu kollegialem Austausch, Supervision, Intervision, Falldiskussionen auch später (bei Bedarf).

Schmelzer entwickelt ein dementsprechendes differenziertes Mehrebenen-Prozessmodell für die Supervisionspraxis nach dem Selbstmanagementansatz (Schmelzer, 1997). Ausgehend von den Prämissen der Selbstmanagement-Philosophie, "Autonomie" und "Selbstregulation" (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996) konzeptualisiert er auch Supervision als zeitlich begrenzten, problem- und zielorientierten Lehr- und Lernprozess.

Im Überblick werden eine Makro- und eine Mikroebene der Selbstmanagement-Supervision unterschieden. Die Makroebene umfasst Abläufe vor und nach dem Supervisionsprozess (Kontaktphase: Vorstadium und Aufbau der

Supervisionsgrundlagen; Stadium nach Abschluss der Supervision). Die Mikroebene

umfasst den Kernprozess des Problemlösemodells mit folgenden Inhalten: 1. Einstieg und erste Orientierung, 2. Situationsanalyse (Klärung des IST-Zustandes), 3. Zielfindung (Klärung des SOLL-Zustandes), 4. Suche und Auswahl von Lösungen, 5. Umsetzung der Lösungen und Effektkontrolle, 6. Abschluss der Episode und Transfer. Eine explizite fragestellungsbezogene Fallrekonstruktion (vgl. auch die szenische Rekonstruktion von Praxis im Rahmen des Integrativen Modells) wird von Schmelzer nicht vorgesehen (Schmelzer, 1997).

Die Schritte 2 – 4 beinhalten funktional die Problemanalyse und die Interventionsplanung. Hier finden sich inhaltlich drei Supervisionsschwerpunkte: sachlich-aufgabenbezogen, personenbezogen und kontextbezogen. Die Evaluation der Supervision wird als durchgängiges Begleitmerkmal der Supervision thematisiert (Schmelzer, 1997) (S.223 ff).

Anliegen (A) der Supervisandinnen und Supervisanden, Ziel (Z) in der Supervision und Auftrag (A) an den/die Supervisor/Supervisorin (bzw. an die Supervisionsgruppe) sind auch in dem von Lohmann übertragenen Modell der Strukturierten Supervision die wesentlichen Elemente der Problemanalyse und Interventionsplanung (Lohmann, 1999). Mit dem Formulieren von Anliegen, Ziel und Auftrag ist in dem (AZA-)Modell der Kern der problemlöseorientierten Konzepte enthalten.

Im Forschungsprojekt haben wir uns aus folgenden Gründen für diese Form der Supervision entschieden:

Die teilnehmenden Therapeutinnen und Therapeuten stehen am Anfang ihrer verhaltenstherapeutischen Ausbildung, so dass ein strukturiertes Vorgehen innerhalb der Supervision Modellcharakter für die Einzelpsychotherapie hat. Im Besonderen kann so typischen Anfängerfehlern (z. B. Formulierung falscher oder unklarer Therapieziele, planloses Vorgehen in der Therapiestunde, Auswahl ineffektiver Interventionen etc.) entgegengewirkt werden. Wenn Therapeutinnen und Therapeuten lernen, in der Supervision für sich Ziele zu definieren, werden sie diesen Vorgang leichter auf die Arbeit mit ihren Patientinnen übertragen (Reinecker & Schindler, 1996).

Darüber hinaus ist trotz der Asymmetrie zwischen Supervisor/Supervisorin und Supervisand/Supervisandin (z. B. hinsichtlich des therapeutischen Wissens, der beruflichen Erfahrung etc.) ein gleichberechtigtes Vorgehen möglich. Das ist wichtig, um die Supervisandinnen und Supervisanden in ihrer Selbstsicherheit als Therapeutinnen und Therapeuten zu unterstützen. Wer sich nicht nur beim Patienten ineffizient und zu schlecht ausgebildet erlebt, sondern darüber hinaus auch wöchentlich Unterlegenheitsgedanken gegenüber einem "weisen, ratgebenden" Supervisor kultiviert, hat größere Mühe, eine selbstsichere berufliche Identität auszubilden.

4.4.1 Die Geschichte vom Rabbi

Eines Morgens geht der Bauer in den Hühnerstall und merkt, dass zehn von seinen Hühnern in der Nacht gestorben sind. Voller Entsetzen läuft er zu seiner Frau: "Frau, Frau, stell Dir vor, es sind zehn Hühner in der Nacht gestorben!" "Das ist ja furchtbar" sagt die Frau, "geh sofort zum Rabbi und frage ihn um Rat". Der Mann geht zum Rabbi und erzählt ihm von dem Tod der Hühner. Der Rabbi sagt: "Gib Deinen Hühnern mehr Mais, Bauer!" Der Bauer geht mit dem guten Rat des Rabbis wieder nach Hause und füttert am Abend mehr Mais. Als er am nächsten Morgen wieder in den Stall geht, findet er erneut zehn tote Hühner. Er rennt voller Entsetzen zu seiner Frau: "Frau, Frau es sind wieder zehn Hühner verstorben!" "Geh zum Rabbi" schreit die Frau erschrocken. Der Mann geht erneut zum Rabbi und berichtet ihm über den Tod der zehn Hühner. "Füttere mehr Weizen, Bauer, gib deinen Hühnern mehr Weizen!" Der Bauer geht nach Hause und füttert am Abend die Hühner mit reichlich Weizen. Als er am kommenden Morgen in den Stall geht, entdeckt er den Tod seiner letzten zehn Hühner. "Frau, Frau auch unsere letzten zehn Hühner sind gestorben." "O weh! O weh! Was für ein Unglück, geh zum Rabbi und frage ihn um Rat". Der Mann geht erneut zum Rabbi und klagt: "Rabbi, in der vergangenen Nacht sind unsere letzten 10 Hühner auch gestorben, so ein Unglück!" "Ja, wirklich schade" antwortet der Rabbi, "ich hätte noch so viele gute Ratschläge für Dich gehabt!" (erzählt nach Lohmann).

4.5 Das Problemlösemodell in der verhaltenstherapeutischen Supervision (AZA)

Jede Supervision beginnt mit der Orientierungsphase, in der zuerst die Struktur der folgenden Supervisionsstunde bestimmt wird. Einem verhaltenstherapeutischen Vorgehen entsprechend werden Anliegen, Ziel und Auftrag festgelegt.

Die Auswahl des Anliegens ist den Supervisandinnen und Supervisanden überlassen. Sie entscheiden (häufig) bereits vor dem Beginn der Supervision, welchen Themen/Problemen oder Patientinnen sie sich in der Supervisionsstunde zuwenden möchten. Alle berufsbezogenen Themen, die sich im Verlauf der Zusammenarbeit mit Patientinnen stellen, können als Anliegen von Supervisandinnen und Supervisanden vorgebracht werden. Typische Anliegen sind beispielsweise Aspekte der Therapeuten/Therapeutinnen-Klientinnen-Beziehung, Fragen der Therapieplanung, störungsbezogene oder auch diagnostische Überlegungen usw.

In der darauffolgenden Bestimmung des Supervisionsziels sollen konkrete, positiv formulierte und realisierbare Ziele angestrebt werden, die den Fähigkeiten der Supervisandinnen und Supervisanden entsprechen bzw. sie optimal fordern. Hier benötigen vor allem Anfängerinnen/Anfänger und Supervisandinnen und Supervisanden, die mit diesem Supervisionsmodell oder verhaltenstherapeutischen Methoden wenig Erfahrung haben, Unterstützung und Anleitung durch die Supervisorinnen und Supervisoren. Diese zeigen erhebliche Schwierigkeiten in der Formulierung von Zielen überhaupt. Darüber hinaus verfallen Supervisandinnen und Supervisanden bei der Formulierung von eigenen Supervisionszielen vorschnell in die Überlegung, was sie für ihre Patientinnen erreichen wollen und missachten dabei die eigenen Bedürfnisse an die Supervision.

Geübtere Supervisandinnen und Supervisanden mit einer guten verhaltenstherapeutischen Vorbildung schätzen das Modell der strukturierten Supervision wegen der deutlichen Strukturierung, der Überprüfbarkeit der Ziele und der Zeiteffektivität. Diese Vorteile werden besonders daran deutlich, dass

Themenüberfrachtungen und langwierige, über das Supervisionsziel hinausgehende, Informationen z. B. über biographische Einzelheiten der Patientinnen erübrigen.

Der erwünschte Beitrag der Supervisorinnen und Supervisoren (Supervisionsgruppe) zum Erreichen des vorher definierten Supervisionsziels konkretisiert sich mit dem Auftrag. Supervisorinnen und Supervisoren treffen dann die Entscheidung, inwieweit sie diesen Auftrag annehmen können. Daran angelegte Kriterien sind: 1. die Aufträge müssen zielführend sein, 2. im therapeutischen Kontext verantwortbar sein und 3. innerhalb der Supervision durchführbar sein. Insgesamt gilt, dass Ziel und Auftrag zusammen passen müssen.

Auch vor dem Hintergrund des AZA-Modells gibt es im Rahmen der Supervision übergeordnete Aufträge. Supervisorinnen und Supervisoren sind verpflichtet, darauf zu achten, dass die Therapien ihrer Supervisandinnen und Supervisanden nach verhaltenstherapeutischen Standards methodisch fachgerecht und ihren ethischen Richtlinien entsprechend durchgeführt werden.

Eine Kriterienliste mit persönlichen Charakteristika von Therapeutinnen und Therapeuten hat der amerikanische Psychologenverband APA in dem sog. "Shakow-Report" bereits 1947 durch das Komitee für die Ausbildung in Klinischer Psychologie zusammengestellt (Schmelzer, 1997). Guy beschrieb funktionale und dysfunktionale persönliche Eigenschaften und Motive von Therapeutinnen und Therapeuten (Guy, 1987).

In der neueren Therapieforschung veränderte sich der Blickwinkel bei der Beschreibung der persönlichen Kompetenzen der Therapeutinnen und Therapeuten für eine effektive Therapiepraxis zunehmend in Richtung tatsächlich notwendiger Personencharakteristika (Schaap, 1993; Grawe, 1998; Grawe, 1994; Beutler, Machado & Neufeld, 1994; Haley, 1999). Kriterien für die inhaltliche verhaltenstherapeutische Fachkompetenz legen ein spezifisches Wissen über Lerntheorien, Störungsmodelle, Veränderungswissen, Gesprächsführungstechniken, Fähigkeiten zur Förderung verhaltensorientierter Einstellungen und die Anwendung von verhaltenstherapeutischen Methoden fest (Schmelzer, 1997; Tillmanns, 1994; Zimmer, 1996; Reinecker & Schindler, 1996).

4.6 Exkurs: Was ist eine gute verhaltenstherapeutische Supervision?

Eine gute verhaltenstherapeutische Supervision charakterisiert sich durch eine gegenseitige Wertschätzung und respektvolle Zusammenarbeit zwischen Supervisorin/Supervisor und Supervisandin/Supervisand. Die Zusammenarbeit ist gleichberechtigt auf einer kollegialen Ebene. Obwohl Supervisorinnen und Supervisoren über eine höhere Ausbildung und mehr therapeutische Erfahrung verfügen, übernehmen sie, wie bereits thematisiert, nicht die Rolle der "weisen Ratgeberin", sondern sehen ihre Funktion im Rahmen der Dienstleistung Supervision.

Supervisorinnen/Supervisoren und Supervisandinnen/Supervisanden bemühen sich im gleichen Maße um Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit und eine gute Arbeitsatmosphäre. Es gehört zu den Vorleistungen der Supervisandinnen und Supervisanden, sich dahingehend festzulegen, zu welchem Thema, mit welchem Ziel und mit welchem Auftrag sie anhand welcher Mittel (Video, Audio, Live-Supervision etc.) eine patientennahe Supervision in Anspruch nehmen möchten.

Entsprechend gängiger Dienstleistungen ist es auch hier die Aufgabe des Auftraggebers, die durchzuführende Arbeit für den Auftragnehmer zu definieren. Es würde ja auch kein Handwerker ins Haus geholt werden mit dem Auftrag: "Etwas in meinem Haus ist nicht in Ordnung. Gehen Sie bitte vom Dachboden bis zum Keller und suchen Sie erst die defekte Stelle."

Der Kontakt zwischen Supervisorinnen/Supervisoren und Supervisandinnen/Supervisanden ist durch Offenheit und Beständigkeit gekennzeichnet. Eine freiwillige Zusammenarbeit ist in stationären Einrichtungen, in denen häufig Vorgesetzte als Supervisorinnen und Supervisoren tätig sind, nicht immer zu gewährleisten.

Sind Vorgesetzte als Supervisorinnen und Supervisoren tätig, ist es von hoher Wichtigkeit, dass sie eine Ausbildung zur/zum verhaltenstherapeutischen Supervisorin/Supervisor absolviert haben und zur Reflexion ihrer supervisorischen Arbeit an einer kontinuierlichen Eigensupervision weiterhin teilnehmen.

Im Prozess der verhaltenstherapeutischen Supervision steht ein zielorientiertes Vorgehen und eine zielgerichtete Zusammenarbeit im Vordergrund. In der Supervisionssitzung werden konkrete, umschriebene Problemstellungen bearbeitet. Dabei ist das Vorgehen strukturiert und für Supervisandinnen und Supervisanden zu jeder Zeit transparent.

Das Ergebnis einer guten verhaltenstherapeutischen Supervision ist die Erhöhung der Professionalität der Supervisandinnen und Supervisanden und eine Förderung der emotionalen und inhaltlichen Zufriedenheit hinsichtlich ihrer therapeutischen Tätigkeit, wodurch langfristig eine burn-out Prophylaxe angestrebt wird.

Vor dem Hintergrund des Therapieprozesses erfüllt eine gute verhaltenstherapeutische Supervision die Funktion, die Zufriedenheit der Patientinnen/Patienten mit der Therapie zu erhöhen und das Therapieergebnis zu verbessern.

4.7 Supervision und Qualitätssicherung

Supervision lässt sich in ihrer Anfangsphase um die Jahrhundertwende der externen Qualitätskontrolle zuordnen. Sie bezog sich in erster Linie auf "überwachende" Funktionen hinsichtlich der Arbeit von Sozialarbeitern in der Praxis und wurde von Personen in hierarchisch übergeordneten Positionen ausgeübt" (Schmelzer, 1997; Belardi, 1992; Eck, 1993; López-Frank, 1995). Das war mit dem Ziel verbunden, die Sozialarbeit zu vermitteln, da noch keine ausreichenden theoretischen Konzeptionen vorhanden waren.

Heute wird Supervision im Rahmen der gesetzlichen Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen primär unter den Begriffen

Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung thematisiert. Die Supervisorin/Supervisor hat in dieser Kontrollfunktion eine Verantwortlichkeit sowohl gegenüber den Supervisandinnen/Supervisanden als auch gegenüber deren Patientinnen/Patienten. Das heißt, es erfolgt eine Anleitung zu fachgerechtem therapeutischen Vorgehen, Berücksichtigung ethischer Kriterien als professionelle Dienstleistung zur Verbesserung des Therapieergebnisses. Berufspolitische und wissenschaftliche Aspekte sind dabei allerdings nicht selbstverständlich deckungsgleich.

Der Begriff Qualität wird im Gesundheitswesen und damit auch in der Psychotherapie “als das Ausmaß an Gesundheit oder an Linderung psychischen, physischen und sozialen Leidens, das ein Gesundheitswesen für Einzelne und ganze Bevölkerungsgruppen hervorbringt, angesehen” (Lairaiter, 1997) (S.37f).

Die Qualitätssicherung orientiert sich in der Psychotherapie an den von Donabedian (Donabedian, 1966) unterschiedenen drei Qualitätskriterien: Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität (Schulte, 1993; Härter, Stieglitz & Berger, 1999; Reinecker, 1996; Grawe & Braun, 1994).

Strukturqualität bezieht sich primär auf die Rahmenbedingungen, unter denen Psychotherapie durchgeführt wird. Spezifisch geht es um die Ausstattung und Organisation von Institutionen, die Breite und Evaluiertheit von Interventionsmaßnahmen, aber auch um Ausbildungs- und Weiterbildungsmaßnahmen und die Qualifikation des Fachpersonals.

Prozessqualität bezieht sich konkret auf die technische und instrumentelle Qualität der Behandlung. Während die technische Qualität die sachgerechte Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen umfasst, fokussiert die interpersonelle Qualität die psychosozialen Aspekte einer Therapie.

Ergebnisqualität verweist auf das Resultat der durchgeführten Interventionen. Wie erfolgreich war, gemessen am Behandlungsziel (z. B. Verbesserung / Remission / Heilung, Arbeitsfähigkeit) eine Therapie nach Abschluss der Behandlung für die Patientinnen?

Der Begriff Qualität selbst ist damit verbunden, dass Normen und Standards vorliegen. Diese Normen und Standards sollen sicherstellen, dass in den Bereichen Struktur, Prozess und Ergebnis eine ausreichende Qualität gesichert und weiterentwickelt wird. "Maßnahmen, die nicht einer ständigen Qualitätssicherung unterzogen und kontinuierlich weiterentwickelt werden, gehören nicht mehr in unsere Zeit" (Rief, 1999).

Schulte verweist auch auf die Notwendigkeit, primär Kriterien für eine adäquate Beurteilung der Ergebnisqualität festzulegen. Erst im Anschluss daran kann eingeschätzt werden, inwieweit dem Aufbau einer Organisationsstruktur und den Interventionen aufgrund ihrer Konsequenzen für das Therapieergebnis "Treatment-Nützlichkeit" zugesprochen werden kann (Schulte, 1993; Reinecker, 1996).

Insgesamt kennzeichnet der Begriff Qualität ein dynamisches und kein statisches Konzept. "Durch ihn wird ein permanentes Bemühen um Erreichung von Mindeststandards und um Verbesserung von Mängeln und Fehlern impliziert" (Lairaiter, 1997) (S. 39).

In der Psychotherapie wird Supervision von Lairaiter zu den klassischen Methoden der Qualitätssicherung gezählt (Lairaiter, 1997). Moderne Methoden sollen sich unter Berücksichtigung der Qualitätswissenschaften systematischer und breiter um Qualität bemühen. Grawe und Braun (Psychotherapeutische Ambulanz, Bern) und Fiegenbaum und Mitarbeiter (Christoph Dornier-Stiftung, Münster) haben Supervision als einen Bestandteil in ihren Projekten zur Qualitätssicherung explizit aufgenommen (Grawe & Braun, 1994; Fiegenbaum, Tuschen & Florin, 1997).

Supervision ist der internen Qualitätssicherung und dort primär der Strukturqualität zuzuordnen. Sie hat damit im Rahmen des Qualitätsmanagements (Normen der DIN ISO 9000-Reihe) zwei wesentliche Funktionen (Härter, Stieglitz & Berger, 1999): Erstens soll sie bei Therapeutinnen und Therapeuten eine Qualitätsverbesserung erreichen, indem therapeutische Kompetenzen aufgebaut werden und zweitens Therapeutinnen und Therapeuten in der Qualitätssicherung unterstützen, indem die bereits bestehenden therapeutischen Kompetenzen aufrechterhalten und

V. Sipos: Effekte von Supervision

gegebenenfalls weiter verbessert werden. Supervision hat im Rahmen der Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung dabei den Kontext des therapeutischen Handelns zu berücksichtigen.

Im Bereich der Qualitätssicherung in der Wirtschaft handelt es sich bei der Qualität eines Produktes um eine objektiv messbare Größe, die unabhängig von den Abnehmerinnen und Abnehmern erzeugt wird.

Demgegenüber sieht sich Supervision (und auch die Psychotherapie allgemein) damit konfrontiert, dass ihre Leistung schwieriger zu operationalisieren ist.

Supervision muss auf die individuellen Bedürfnisse der Supervisandinnen und Supervisanden eingehen. Sie hat den Auftrag, therapeutische Kompetenzen zu vermitteln und ist mitverantwortlich für den Therapieverlauf der Klientinnen.

Supervision ist eine Dienstleistung, die sowohl die Struktur-, die Prozess- und die Ergebnisqualität betrifft (Badelt, 1997; Pühl, 1998). Wird sie innerhalb der Strukturqualität angesiedelt, hat sie eine Auswirkung auf die Prozessqualität von Therapien durch die kontinuierliche Begleitung der Behandlung und damit auch einen Einfluss auf die Ergebnisqualität durch eine mögliche Verbesserung der Therapieerfolge.

Vor dem Hintergrund, dass zur Zeit noch keine übereinstimmenden Supervisionskonzepte vorliegen, kann man auch nicht von übereinstimmenden Effizienzkriterien ausgehen. Damit spiegelt Supervision im Rahmen der Strukturkategorie zur Zeit eher die Möglichkeit wider, eine bestimmte Qualität erbringen zu können und weniger die Qualität selbst.

Inwieweit und welche Formen der Supervision daher tatsächlich einen Beitrag zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung leisten, ist ebenfalls eine offene Fragestellung. Die bloße Erfüllung eines strukturellen Standards ist damit eine notwendige, aber noch keine hinreichende Bedingung für die Steigerung der Prozess- und Ergebnisqualität.

In diesem Forschungsprojekt wird die Frage gestellt, inwieweit (in welchem Umfang?) Supervision die Prozess- und Ergebnisqualität von Psychotherapie verbessert und ob zwischen der Prozess- und Ergebnisqualität ein positiver Zusammenhang besteht.

Die Supervision der Bezugstherapeutinnen und -therapeuten orientiert sich am Problemlöseansatz (AZA-Modell). Bestätigt sich die Verbesserung des Behandlungsverlaufes und Therapieergebnisses, kann davon ausgegangen werden, dass für die im Projekt durchgeführte Supervision "Treatment-Nützlichkeit" vorliegt (Schulte, 1993). Untersucht wird die Einzelpsychotherapie bei einer homogenen Gruppe anorektischer Patientinnen. Das Störungsbild und die Therapie der Anorexia nervosa werden im nächsten Hauptkapitel vorgestellt.

4.8 Supervisionsforschung

"In unserem Beruf ist die wissenschaftliche Erforschung der Supervision ein einziger großer Witz. Es gibt nicht einmal einen genau definierten Forschungsgegenstand" (Holloway, 1998) (S.13). Auch Schmelzer und Rzepka-Meyer konstatieren erhebliche Mängel der Supervisionsforschung sowohl im deutschsprachigen als auch im internationalen Bereich (Schmelzer, 1997; Rzepka-Meyer, 1997).

Ergebnisse aus dem internationalen Raum lassen sich nur mit erheblichen Schwierigkeiten auf die deutsch-europäische Situation übertragen, zumal sich die gesundheitspolitischen, institutionellen und kulturellen Bedingungen gravierend unterscheiden (Holloway, 1998).

Ein Forschungsprojekt wie das hier durchgeführte, in dem mit einer größeren Stichprobe anorektischer Patientinnen im stationären Bereich gearbeitet wird, ist mit einem erheblichen zeitlichen und finanziellen Aufwand verbunden. Die Finanzierung einer entsprechenden Behandlung ist auf dem internationalen Sektor vor dem Hintergrund unterschiedlicher Gesundheitssysteme nicht selbstverständlich. Das kann u. a. ein Grund dafür sein, dass Schmelzer (S. 99) berichten muss (Schmelzer, 1997): "Obwohl Matarazzo bereits 1971 die Prüfung der Supervisionseffizienz an den *Klienten* (und nicht nur an Supervisanden) angemahnt hatte, berichten die, die gezielt auf der Suche nach Wirkungen auf Klienten waren, einhellig: "Fehlanzeige – keine Studien vorhanden!". In ihrem Überblick weist Frank darauf hin, dass das einzig gesicherte Ergebnis darin besteht, dass Klientinnen aufgrund von Supervision die Therapie seltener abbrechen (Frank, 1996).

Schmelzer unterscheidet zwischen einer proximalen und einer ultimativen Wirkung der Supervision. Die Supervisionsforschung, die sich mit den proximalen (d. h. direkt auf die Supervisandinnen und Supervisanden bezogenen) Wirkungen befasst, weist mittlerweile, gerade im Bereich der Ausbildungssupervision, qualifizierte Ergebnisse auf (Schmelzer, 1997; Frank, 1996; Rzepka-Meyer, Frank & Vaitl, 1998).

Die im Zusammenhang mit dem Gießener Weiterbildungsmodell durchgeführten Untersuchungen zur Auswirkung der Supervision auf die Supervisandinnen und Supervisanden zeigen beispielsweise, dass Supervisandinnen und Supervisanden bezüglich ihrer Supervisionsbedürfnisse (nach emotionaler Unterstützung, Kompetenzerweiterung, nach emotionalem Freiraum, nach Fall und Methoden zentrierter Supervision und nach aktivierenden Impulsen durch die Supervision) entwicklungsabhängig deutlich profitieren (Frank, 1996; Rzepka-Meyer, 1997).

Darüber hinaus betont auch Rzepka-Meyer (S. 88) in ihrer Untersuchung die Notwendigkeit, die Frage nach der ultimativen Wirkung der Supervision dahingehend zu beantworten, ob sich Supervision "tatsächlich auf die Arbeit mit Patienten auswirkt und letztlich die Effektivität von Therapien erhöht" (Rzepka-Meyer, 1997).

Eine Supervisionsforschung, die sich auf die ultimative Wirkung der Supervision bezieht, d. h. auf die Klientinnen der jeweiligen Supervisandinnen und Supervisanden, weist einen höheren Komplexitätsgrad durch die indirekte Übertragung der Supervisionseffekte auf den Therapieprozess und die Therapieergebnisse auf.

Da es letzten Endes in der Therapie darum geht, das Ausmaß an psychischer Gesundheit der Patientinnen zu steigern bzw. zumindest den Grad der Störung zu lindern, muss die ultimative Wirkung der Supervision zum Gegenstand der Supervisionsforschung gemacht werden. Forschungsprojekte dieser Art weisen von vornherein diverse Schwierigkeiten auf. Diese beziehen sich sowohl auf die Durchführung an sich (vgl. Kapitel 7, Forschungsvorgehen) als auch auf methodische Probleme, wie z. B. das meist quasi-experimentelle Vorgehen, kleine

Stichprobengrößen, verminderte interne Validität (Reinecker, 1996; Schmelzer, 1997).

Daher ist die Entscheidung, ein solches Forschungsprojekt durchzuführen, grundsätzlich ein Wagnis. Trotz intensiver Forschungsarbeit besteht ein erhebliches Risiko, dass sich statistisch gesehen keine relevanten Ergebnisse zeigen. Die Neugier, die Notwendigkeit und die Hoffnung, klinisch relevante Ergebnisse zur Verbesserung der Therapieeffektivität zu bekommen, haben dazu motiviert, die vorliegende Untersuchung durchzuführen.

4.9 Supervision im Forschungsprojekt

Die Zeitdauer und Frequenz der in diesem Forschungsprojekt vorgestellten Supervision beträgt 3 x 45 Minuten wöchentlich. Da die Dokumentationen aus diesen Supervisionssitzungen nicht Gegenstand des Interesses der vorliegenden Untersuchung sind, werden sie im Weiteren nicht berücksichtigt. Die vorzustellenden Ergebnisse beziehen sich auf die ultimative Wirkung der Supervision im Therapieprozess und Therapieergebnis.

Die am Forschungsprojekt beteiligten Supervisandinnen und Supervisanden befinden sich in Ausbildung und profitieren durch Video- und Live-Supervisionen von der damit verbundenen Erweiterung ihrer methodischen und persönlichen Kompetenzen.

Die Durchführung der Supervision ist so angelegt, dass einerseits die Live-Supervision schwerpunktmässig die methodische Kompetenz (inhaltliche Fachkompetenz) und andererseits die Videosupervision die Erweiterung der persönlichen Kompetenz (d. h. Kriterien hilfreicher Therapeutinnen und Therapeutenmerkmale) fördert. In beiden Fällen handelt es sich um eine patientinnennahe Form der Supervision.

Die Live-Supervision ist die direkteste Form der Supervision. Bereits im 19. Jahrhundert wurde klinische Hypnose gelehrt, indem der Student den Lehrer und im

Anschluß daran der Lehrer den Studenten bei der Arbeit mit einem Klienten beobachtete. Der Supervisor erlebte also das Geschehen unmittelbar mit und konnte eingreifen" (Haley, 1999) (S.172). Heute ist die Live-Supervision schwerpunktmäßig im Bereich der Familientherapie bzw. der systemischen Therapien vertreten. Für die Durchführung liegen zur Gestaltung der Live-Supervision konkrete Bausteine in Bezug auf das Vorgespräch, das Setting und die Nachbesprechung vor (Schweitzer & Schlippe, 1998). "Die Live-Supervision leistet wertvolle Dienste, wenn es darum geht, Therapeuten beizubringen, einen Therapieplan in die Tat umzusetzen" (Haley, 1999) (S.173).

In der Videosupervision werden Therapiesequenzen oder ganze Therapiesitzungen aufgezeichnet. Sie ermöglicht es Supervisorinnen und Supervisoren, die Supervisandinnen und Supervisanden konkret in ihrer Arbeit kennenzulernen. Im Gegensatz zur Live-Supervision können sie hier jedoch nicht unmittelbar in den therapeutischen Prozess eingreifen. Die Videosupervision erlaubt beispielsweise die Mikro-Analyse einzelner Interaktionen (verbal und non-verbal), das wiederholte Abspielen von Handlungsabläufen, die Überprüfung von Interventionsstrategien. Sie ist in den verhaltenstherapeutischen Ausbildungsgängen fest etabliert.

4.10 Durchführung der Live-Supervision

Die wöchentlich stattfindende Stationssupervision wird in Form einer Live-Supervision in der Gruppe unter Einbeziehung der Patientin durchgeführt. Die Dauer der Sitzungen beträgt 90 Minuten und findet in einem der angenehm ausgestatteten Gruppenräume der Klinik Roseneck statt. Jede Supervisionssitzung wird zur Dokumentation auf Video aufgenommen. An der Supervision nehmen alle Therapeutinnen und Therapeuten, die in der Supervisionsgruppe des Forschungsprojektes waren, teil. Darüber hinaus die zu der Station gehörenden Co-Therapeutinnen und Therapeuten, Praktikantinnen und die Stationspsychologin. Geleitet wird die Supervision von dem Oberarzt der Station.

Die Stunde ist nach folgendem Ablauf aufgebaut: Zu Beginn erstellen der Supervisor und die Supervisandin im Rahmen der Orientierungsphase das AZA-Modell für die

Sitzung. Dabei definiert die Supervisandin ihr Anliegen (A) an die Supervision, das Supervisionsziel (Z) für die Sitzung und den Auftrag an den Supervisor bzw. an die Supervisionsgruppe (A). Die Aufgabe des Supervisors besteht in dieser Phase der Zusammenarbeit darin zu prüfen, inwieweit die Zielsetzung der Supervision mit dem erteilten Auftrag einen sinnvollen Zusammenhang bildet. Des Weiteren geht es um die Überprüfung der Supervisionsstruktur, d. h. es sollten tatsächlich die Anliegen der Supervisandin und nicht die anderer Teammitglieder bearbeitet werden.

Im Anschluss an die Orientierungsphase wird die Patientin live in die Supervision einbezogen. Die Supervisandin und die Patientin bearbeiten das vorher bestimmte Anliegen der Supervisandin. In dieser Phase halten sich der Supervisor und das Team aus der Zusammenarbeit zwischen der Supervisandin und der Patientin heraus. Die gemeinsame Arbeit mit der Patientin beträgt je nach Anliegen 20 bis 30 Minuten. Im Anschluss daran wird eine Besprechungspause eingelegt, während der die Patientin den Raum verlässt.

Der Supervisor übernimmt jetzt die Strukturierung der Sitzung und bespricht mit der Supervisandin den bisherigen Verlauf ihrer Zusammenarbeit mit der Patientin. Es erfolgen weiterhin Rückmeldungen aus dem Team. Die Aufgabe des Supervisors besteht dabei darin, darauf zu achten, dass die Rückmeldungen entsprechend dem Auftrag der Supervisandin erfolgen. Weiterhin wird das Vorgehen für die zweite Phase der Supervision mit der Supervisandin besprochen. Je nach dem Auftrag der Supervisandin können sich jetzt der Supervisor oder das Team in die Arbeit mit der Patientin einschalten. Zu beachten ist dabei wiederum, dass Interventionen aus dem Team bzw. durch den Supervisor dem Auftrag/Ziel und Anliegen der Supervisandin folgen. Diese Phase der Supervision dauert ebenfalls ca. 20 bis 30 Minuten. Anschließend wird die Patientin verabschiedet. Das Team nutzt die verbleibende Zeit zu einer Nachbesprechung mit dem Ziel, die Ergebnisse der Supervision noch einmal zu reflektieren.

4.11 Durchführung der Videosupervision

Die zweiwöchentlich stattfindende Supervision für die Supervisandinnen und Supervisanden dauert 90 Minuten und wird anhand der Videoaufzeichnungen der Einzeltherapien durchgeführt. Auch in dieser Supervisionsveranstaltung wird nach dem AZA-Modell vorgegangen. Die Supervisandin benennt mit der Unterstützung der Supervisorin Anliegen, Ziel und Auftrag für die Supervision und zeigt einen dazu vorbereiteten Ausschnitt einer Videoaufzeichnung aus der Therapiestunde. Danach nehmen die Supervisorin und die Supervisionsgruppe gemäß ihrem Auftrag Stellung zu dem Anliegen der Supervisandin. Die Supervisandin beurteilt abschließend, inwieweit sie ihr Supervisionsziel erreicht hat. In Ausnahmefällen besteht die Möglichkeit, nicht erreichte Supervisionsziele durch einen erneuten Einstieg in die Orientierungsphase weiter zu verfolgen.

Die Aufgaben der Supervisorin entsprechen in der Videosupervision, den Aufgaben, die in der Live-Supervision bereits beschrieben wurden (wie z. B. auf die Struktur der Supervision oder auch die Genauigkeit der Rückmeldungen zu achten). In den 90 Minuten der Supervisionssitzung werden zwei bis drei Videoaufzeichnungen supervidiert.

4.11.1 Beispiel einer Orientierungsphase in der Videosupervision

<i>Anliegen:</i>	Behandlung einer 15-jährigen Patientin mit Anorexia nervosa
<i>Ziel der Supervision:</i>	Veränderung des Interaktionsstils zwischen Therapeutin und Patientin unter Berücksichtigung des Alters
<i>Auftrag an die Supervisorin (Gruppe)</i>	Diagnostik des Interaktionsstils anhand eines Videoausschnittes aus der Therapiestunde (die Beobachtung der Interaktion soll unter dem Gesichtspunkt erfolgen, inwieweit eine altersentsprechende oder eine "Erwachsenensprache" benutzt wird). Strategien sammeln, die der Patientin einen besseren Zugang zu altersentsprechenden Verhaltensweisen, im besonderen im Umgang mit dem Vater, ermöglichen.

4.12 Zusammenfassung Supervision

Der Begriff Supervision wird abhängig von der theoretischen und methodischen Ausrichtung und je nach Einsatzbereich unterschiedlich definiert. Ein Konsens besteht darin, dass durch Supervision das übergeordnete Ziel verfolgt wird, durch eine systematische Reflexion das berufliche Handeln zu überprüfen und zu verbessern.

Im vorliegenden Forschungsprojekt erfolgt die Supervision vor verhaltenstherapeutischem Hintergrund. Sie orientiert sich mit dem strukturierten Vorgehen nach Anliegen, Ziel und Auftrag am Problemlösemodell.

Die am Forschungsprojekt beteiligten Supervisorinnen und Supervisanden befinden sich in Ausbildung und profitieren durch Video- und Live-Supervisionen von der damit verbundenen Erweiterung ihrer methodischen und persönlichen therapeutischen Kompetenzen.

Supervision ist ein zentrales Element im Rahmen der Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Durch sie soll die Prozessqualität und die Ergebnisqualität von Behandlungen gefördert werden.

Die bisherige Forschung weist zwar Ergebnisse zur proximalen, d. h. einer direkt auf die Supervisandinnen und Supervisanden bezogene, Wirkung von Supervision auf.

Untersuchungen, welche die ultimative Wirkung der Supervision berücksichtigen, d. h. auf die Klientinnen der jeweiligen Supervisandinnen und Supervisanden im Sinne der Qualitätssicherung von Therapien abzielen, stehen jedoch noch aus.

In der vorliegenden Studie wird der Frage nach der ultimativen Wirkung von Supervision in der Einzelpsychotherapie anorektischer Patientinnen nachgegangen.

5 Anorexia nervosa

5.1 Beschreibung des Störungsbildes

Eine erste Beschreibung des Störungsbildes der Anorexia nervosa erfolgte bereits im 19. Jahrhundert (Lasègue, 1997). Die Krankheitsbezeichnung "Anorexia nervosa" geht auf Sir Francis Gull zurück, der 1888 eine Monographie in der Zeitschrift *Lancet* veröffentlichte (Gull, 1997). Wörtlich übersetzt bedeutet Anorexie Appetitverlust bzw. -verminderung. Gebräuchlich sind darüber hinaus Begriffe wie zum Beispiel Magersucht bzw. Pubertätsmagersucht, Gewichtspohobie, Kachexia nervosa (Fichter, 1985).

Das charakteristische Kennzeichen der Anorexia nervosa besteht in einem ausgeprägten *Gewichtsverlust*, der im extremen Fall zum Tod führen kann. Diese häufig radikale Gewichtsabnahme (im Durchschnitt bis zu ca. 45 % des Ausgangsgewichtes) wird durch ein restriktives Essverhalten bis hin zur absoluten Nahrungsverweigerung erreicht.

Bei anorektischen Patientinnen ist die Wahrnehmung des eigenen Körpers gestört. Diese *Körperschemastörung* ist dadurch gekennzeichnet, dass sich die Patientinnen selbst in einem extrem untergewichtigen Zustand für zu dick halten und ihren Körperrumfang entsprechend überschätzen. Die dazu durchgeführten Untersuchungen sind methodisch stark kritisiert worden (Hsu & Sobkiewicz, 1991).

Das *Essverhalten* ist erheblich gestört. Um eine Gewichtsreduktion zu erreichen, werden nur geringe Nahrungsmittelmengen aufgenommen oder gehungert. Hochkalorische Nahrungsmittel werden gemieden. Es liegen häufig zwanghafte Essrituale und sehr individuelle Verhaltensweisen im Umgang mit der Nahrung vor. So darf beispielsweise nur gegessen werden, nachdem eine bestimmte Leistung erbracht wurde; oder es wird zwanghaft festgelegt, wieviel Zentimeter Schokolade am Tag gegessen werden dürfen. Nahrungsaufnahme in Gesellschaft ist mit großen Schwierigkeiten verbunden und wird von vielen Patientinnen generell gemieden. Die

Teilnahme am gemeinsamen Essen wird durch die Übernahme der Versorgungsrolle (umfangreiches Kochen für andere) kompensiert.

Bei einigen anorektischen Patientinnen kommt es zu Essanfällen mit Kontrollverlust. Viele treiben exzessiv Sport, missbrauchen Laxantien, Diuretika, Appetitzügler oder Brechmittel.

Es treten vielfache *körperliche Symptome* auf. Durch den Gewichtsverlust und die Mangelernährung bleibt aufgrund von endokrinen Störungen die Menstruation aus (Amenorrhoe). Beginnt die Störung vor der Pubertät, verzögert sich die körperliche und geistige Entwicklung. Weitere Folgen der Anorexia nervosa bestehen in einer Verlangsamung des Herzschlages (Bradykardie), einem niedrigen Blutdruck (Hypotonie), dem Absinken der Körpertemperatur (Hypothermie), Hautproblemen, einer flaumartigen Behaarung (Lanugo), Haarausfall, Muskelschwäche, Störungen des Mineralhaushaltes und Wassereinlagerungen im Gewebe (Ödeme). Die durch die Mangelernährung verursachte körperliche Symptomatik reduziert sich nach der Regulierung des Essverhaltens. Der Grundumsatz untergewichtiger anorektischer Frauen ist gegenüber gesunden Frauen gleichen Alters um ca. 25 % erniedrigt (Casper, Schoeller, Kushner et al., 1991).

Psychische Kennzeichen sind das Leugnen der Störung und eines eventuellen Leidensdrucks, eine ausgeprägte Angst vor einer Gewichtszunahme, eine gestörte Interozeption, dem Verlust des Gefühls von Hunger und Sättigung, häufig eine depressive Symptomatik, eine starke Reizbarkeit bis zu Beeinträchtigungen der Impulskontrolle und selbstschädigendem Verhalten. Es liegen sexuelle Störungen bzw. vermindertes sexuelles Interesse vor. Das Thema "Essen" ist kontinuierlicher Inhalt des Denkens. Es finden sich dysfunktionale Kognitionen in Bezug auf die Figur, das Gewicht und die Ernährung, aber auch hinsichtlich des eigenen Selbstwertgefühls, der subjektiven Leistungsfähigkeit und der Selbstsicherheit. Viele anorektische Patientinnen ziehen sich mehr und mehr zurück, brechen Kontakte ab und sind damit zunehmend sozial isoliert.

Die Wahrnehmung der eigenen Identität hängt eng mit dem Stolz auf das Gewicht bzw. dem Fasten können und der Abmagerung zusammen. Die Veränderung des

Essverhaltens während der Behandlung kann die ursprüngliche Symptomatik dahingehend beeinflussen, dass vorübergehend Verzweiflung, Insuffizienzgefühle, eine innere Leere, Unsicherheiten und die Konflikte, für welche die Störung die vermeintliche Lösung war, in den Vordergrund treten (Laessle, 1994; Laessle, 1996).

5.2 Diagnostik und Differentialdiagnostik

5.2.1 Psychiatrische Diagnostik

Folgende Kriterien sind in der zur Zeit verwendeten psychiatrischen Klassifikation DSM-IV für die Diagnose der Anorexia nervosa erforderlich (American Psychiatric Association, 1994):

Diagnostische Kriterien für 307.1 (F50.00; F50.01) Anorexia nervosa (vgl. DSM-IV, S. 619 f)

A. Die Weigerung, das Minimum des für Alter und Körpergröße normalen Körpergewichts zu halten (z. B. der Gewichtsverlust führt dauerhaft zu einem Körpergewicht von weniger als 85 % des zu erwartenden Gewichts; oder das Ausbleiben einer während der Wachstumsperiode zu erwartenden Gewichtszunahme führt zu einem Körpergewicht von weniger als 85 % des zu erwartenden Gewichts).

B. Ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, trotz bestehenden Untergewichts.

C. Eine Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung, oder Leugnen des Schweregrades des gegenwärtig geringen Körpergewichts.

D. Bei postmenarchalen Frauen das Vorliegen einer Amenorrhoe, d. h. das Ausbleiben von mindestens drei aufeinanderfolgenden Menstruationszyklen (Amenorrhoe wird auch dann angenommen, wenn bei einer Frau die Periode nur nach Verabreichung von Hormonen, z. B. Östrogen, eintritt).

Bestimme den Typus:

Restriktiver Typus (F50.00): Während der aktuellen Episode der Anorexia nervosa hat die Person keine regelmäßigen "Fressanfälle" gehabt oder hat kein "Purging"-Verhalten (d. h. selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt.

"Binge-Eating/Purging"-Typus (F50.01): Während der aktuellen Episode der Anorexia nervosa hat die Person regelmäßig Fressanfälle gehabt und hat Purgingverhalten (d. h. selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt.

Die Kriterien des DSM-IV sind denen der ICD-10, dem zweiten diagnostischen Klassifikationssystem, sehr ähnlich. In der ICD-10 finden sich darüber hinaus Kriterien zur Selbstherbeiführung des Gewichtsverlustes und zu endokrinologischen Veränderungen.

5.2.2 Somatische Diagnostik

Die körperliche Untersuchung sollte grundsätzlich sehr ausführlich erfolgen. Neben Gewicht, Größe, dem kardiovaskulären System, der Haut und dem Zahnstatus ist auch die Pubertätsentwicklung zu berücksichtigen. Technische Untersuchungen sollten EKG, Blutbild, Natrium, Kalium, Calcium, Magnesium, Phosphat, Kreatinin, Amylase, Leberenzyme und den Urinstatus umfassen. Zusätzliche Untersuchungen, wie beispielsweise eine kraniale Computertomographie, eine Knochendichtemessung oder endokrine Untersuchungen sind bei spezieller Indikation erforderlich (Schweiger & Fichter, 1999).

Der Body-Mass-Index (BMI) ist für die Diagnose der Anorexia nervosa von Bedeutung. Er errechnet sich als Gewicht in Kilogramm (kg) / Körpergröße (m)². Es existieren Tabellen und Diagramme aus Erhebungen der Allgemeinbevölkerung, die den durchschnittlichen BMI für eine Altersklasse angeben. Für klinische Zwecke wird folgende Einteilung favorisiert (Männer und Frauen):

BMI < 14 = hochgradiges Untergewicht
BMI 14 - 16 = mittelgradiges Untergewicht
BMI 16 - 18 = leichtgradiges Untergewicht
BMI 18 - 26 = Normalgewicht
BMI 26 - 30 = leichtgradiges Übergewicht
BMI 30 - 40 = mittelgradiges Übergewicht
BMI > 40 = hochgradiges Übergewicht

5.2.3 Psychiatrische und somatische Differentialdiagnostik

Differentialdiagnostisch sind depressive Erkrankungen zu berücksichtigen, die ebenfalls mit einem Gewichtsverlust einhergehen. Hier fehlt oft die für die Anorexia nervosa typische Angst vor einer Gewichtszunahme oder auch Körperschemastörungen. Weiterhin sind soziale Phobie, Angst- und Zwangserkrankungen mit ernährungsbezogenen Ängsten oder Zwangsgedanken, Persönlichkeitsstörungen, Substanzabhängigkeit und Substanzmissbrauch, posttraumatische Belastungsstörungen und auch psychotische Erkrankungen mit ernährungsbezogenem Wahn oder bizarrem Essverhalten abzugrenzen.

Die somatische Differentialdiagnose umfasst Erkrankungen, die mit einer Appetitminderung bzw. Appetitlosigkeit und einer daraus resultierenden Gewichtsabnahme bis hin zur Kachexie verbunden sind. Es ist insgesamt zu untersuchen, ob neurologische oder internistische Erkrankungen wie Hirntumoren, Diabetes mellitus und andere endokrine Erkrankungen, gastrointestinale Erkrankungen, infektiöse Erkrankungen, maligne Erkrankungen, Lebererkrankungen, Nierenerkrankungen und Intoxikationen vorliegen.

5.2.4 Komorbidität / Multimorbidität

Untersuchungen zur Komorbidität bei Essstörungen (Anorexia nervosa und Bulimia nervosa) ergaben ein zusätzliches Vorliegen von affektiven Erkrankungen (ca. 60 %), Angststörungen (bis zu 40 %), Substanzmissbrauch (bis zu 40 %), Zwangsstörungen (bis zu 10 %), bipolare Störungen (bis zu 10 %) und Persönlichkeitsstörungen (bis zu 60 %) (Braun, Sunday & Halmi, 1994).

5.2.5 Epidemiologie

Die Inzidenz der Anorexia nervosa, das heißt die Häufigkeit neu aufgetretener Fälle, stieg seit den 60er Jahren jährlich von ca. 0,3 pro 100.000 Einwohner auf 1 pro 100.000 Einwohner an. Dabei ist die Störung mit einem Verhältnis von 1:12 bei jungen Frauen deutlich häufiger verbreitet als bei jungen Männern. Das Durchschnittsalter zu Beginn der Erkrankung liegt, mit Häufigkeitsgipfeln im Alter von 14 und 18 Jahren, bei ca. 16 Jahren. Für Mädchen und junge Frauen im Alter von 11 bis 20 Jahren wurde in ländlichen Regionen eine Prävalenzrate von 0,6 % ermittelt; für junge Frauen im Risikoalter von 15 bis 19 Jahren liegen Schätzungen für die Verbreitung in Höhe von 3 % vor (Fichter, 1999).

5.2.6 Verlauf und Prognose

In den Langzeituntersuchungen zum Verlauf der Anorexia nervosa zeigt sich, dass der Anteil remittierter Patientinnen, die erst als Erwachsene behandelt wurden, bei langen Verlaufsstrecken (7-20 Jahre) deutlich zunimmt; zum anderen fand sich bei derselben Patientinnenkohorte eine hohe Mortalität von 10 % - 20 % nach einem Verlauf von 10 - 20 Jahren (Theander, 1985; Herzog, Deter, Fiehn et al., 1997).

Anorektische Einstellungen zu Gewicht und Figur persistieren bei vielen Patientinnen auch nach Gewichtsnormalisierung. Patientinnen mit frühem Krankheitsbeginn, die früh therapiert wurden, haben eine günstigere Prognose.

5.2.7 Ätiologie der Anorexia nervosa

In der bisherigen Grundlagenforschung konnte noch kein zufriedenstellendes Ursachenmodell der Anorexia nervosa entwickelt werden (zumal umstritten ist, was als Ursache einer psychischen Störung anzusehen ist (Reinecker, 1994)).

5.2.8 Pathogenese und prädisponierende Faktoren

In Rahmen der Pathogenese werden sowohl biologische Funktionsstörungen als auch individuelle Entwicklungsfaktoren, familiäre Bedingungen und soziokulturelle Einflüsse diskutiert. Die Gewichtung der einzelnen Faktoren ist dabei nicht geklärt (Fairburn, Cooper, Doll et al., 1999).

Nach dem derzeitigem Wissensstand spielen das bei anorektischen Patientinnen vorhandene komplexe endokrinologisch-metabolische Syndrom und die neurochemische Veränderung in der Aufrechterhaltung der Essstörung eine wesentliche pathophysiologische Rolle (Pirke & Ploog, 1986).

So findet sich beispielsweise bei anorektischen Frauen eine Überfunktion des Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Systems in Form einer deutlichen Erhöhung der 24-Stunden-Kortisolsekretion mit einer Zunahme der sekretorischen Episoden (Boyar, Hellman, Roffwarg et al., 1977). Glukokortikoide spielen eine Schlüsselrolle bei der Anpassung an wechselnde Ernährungszustände.

Im Hypothalamus-Hypophysen-Schilddrüsen-System stellt z. B. eine Absenkung des Hormons Trijodthyronin (T3) ein physiologisch wichtiges Element in der Anpassung des Metabolismus an die Mangelernährung dar. Bei anorektischen Frauen findet sich dementsprechend häufig ein "Low-T3" Syndrom (Pirke, Pahl, Schweiger et al., 1985; Moshang, Parks, Baker et al., 1975).

In Bezug auf das Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-System zeigte sich bei anorektischen Frauen durch die Amenorrhoe eine Unterdrückung der gonadalen Funktion. In Langzeitstudien gibt es Hinweise, dass in der Stichprobe früher anorektischer Patientinnen auch die Anzahl der Kinder im Vergleich zur Referenzgruppe niedriger bleibt (Brinch, Isager & Tolstrup, 1988).

Hinsichtlich des Wachstums-Somatomedin-Systems zeigten Patientinnen mit einem Störungsbeginn vor der Pubertät ein vermindertes Längenwachstum (Counts, Gwirtsman, Carlsson et al., 1992). Darüber hinaus fand sich bei anorektischen Patientinnen eine Störung der Glukosetoleranz mit erhöhten Insulinkonzentrationen nach Testmahlzeiten (Schweiger, Warnhoff, Pahl et al., 1986).

Die Neurotransmitter Noradrenalin, Adrenalin und Serotonin spielen ebenfalls eine wesentliche Rolle in der Regulation des Erlebens und Verhaltens. Bei untergewichtigen Frauen fand sich u. a. eine erniedrigte Serotoninkonzentration im Liquor cerebrospinalis (Kaye, Gwirtsman, George et al., 1987). Im Plasma wurden erniedrigte Konzentrationen von Noradrenalin beschrieben (Halmi, Dekirmenjian, Davis et al., 1978). Auch die Konzentration des Peptidhormons Leptin, von dem ein Einfluss auf das Essverhalten, die Gonadenfunktion und eine Anpassung an eine Mangelernährung ausgehen soll, ist bei Anorexia nervosa vermindert (Hebebrand, Blum, Barth et al., 1997).

Lernerfahrungen im Zusammenhang mit Essen und Nahrung gelten als wesentlicher Faktor in der Entwicklung einer Anorexia nervosa. So werden Diäten anfänglich von Freunden und Angehörigen positiv verstärkt, das "angenehme" Gefühl, einen leeren Magen zu haben, kann sich ebenso als Verstärker für weiteres Hungern auswirken, aber auch der Gewichtsverlust selbst wird als Lösung positiv bewertet, da durch ihn die gefürchtete Situation, fett zu sein, vermieden wird. Kognitive Charakteristika wie z. B. Übertreibungen (wenn ich dieses Stück Schokolade esse, wird mir die Jeans bestimmt nicht mehr passen) oder emotionale Beweisführungen lassen vermuten, dass das Denken teilweise auf präkonzeptueller Ebene bleibt.

Familiengenetisch betrachtet tritt das Störungsbild der Anorexia nervosa in Familien gehäuft auf. So haben Schwestern von anorektischen Frauen ein Risiko von 6 %, selbst zu erkranken. Zwillingsstudien weisen mit 80 % bei monozygoten und 25 % V. Sipos: Effekte von Supervision

bei dizygoten Zwillingen auf einen genetischen Faktor hin (Lilienfeld, Kaye & Strober, 1998).

Vor psychologischem Hintergrund sind in Familien mit anorektischen Angehörigen häufig spezifische Verhaltensmuster und Charakteristika festgestellt worden. Neben Interaktionsmustern wie z. B. Rigidität, Koalitionsbildung, Konkurrenz- und Konfliktvermeidung, sind folgende Merkmale häufig zu finden: Disziplin, Ordnung, Korrektheit, eine Vermeidung, Gefühle und Bedürfnisse offen auszutauschen (bis zum Verlust des Vertrauens in die Authentizität eigener Gefühle bei den Patientinnen), eine Aufrechterhaltung der klassischen Frauenrolle, eine Ambivalenz in der Beziehung zwischen Töchtern und Eltern, ein eher außenorientiertes Selbstwertgefühl (Aussehen), hohe Leistungsanforderungen, eine Aggressionshemmung und eine Neigung zu Perfektionismus (Cierpka, 1996). Die bisherigen Untersuchungen zeigen jedoch kein konsistentes Ergebnis (Strober & Humphrey, 1987; Laessle & Pirke, 1997).

Als wesentlicher soziokultureller Einfluss gilt ein Schönheitsideal, das seit Anfang der 60er Jahre bei Frauen einen sehr schlanken Körper favorisiert. In den letzten Jahren liegen Fotomodelle mit ihrem BMI überwiegend im untergewichtigen Bereich. Mittlerweile ist ein "Schlankheitsdruck" entstanden, der sich bereits bei Kindern auswirkt.

Ungeachtet der individuellen, zum Teil von biologisch-genetischen Bedingungen abhängigen, Voraussetzungen wird das Gewicht gering gehalten. Normalgewichtige Frauen werden bereits als übergewichtig klassifiziert. Tatsächliches Übergewicht wird besonders bei Frauen extrem negativ bewertet, während Männer immer noch einen größeren Schonraum haben, um "zunehmend" stattlicher zu werden.

Aktuelle Konflikte (daily hassles) und kritische Lebensereignisse fanden sich gehäuft vor dem Beginn einer Anorexia nervosa. Anforderungen wie z. B. Trennungs- und Verlustereignisse, Versagensängste in Leistungssituationen und Erfolgsdruck, körperliche Erkrankungen, Schwierigkeiten mit alterstypischen Anforderungen wie beispielsweise Probleme mit dem Erwachsenwerden, bzw. bei Mädchen mit dem "Frau-Sein", aber auch traumatisierende Erfahrungen wie sexuelle Übergriffe

V. Sipos: Effekte von Supervision

erfordern Anpassungen bzw. Verarbeitungen, denen die Patientinnen nicht gewachsen sind. Auch strikte Reduktionsdiäten wie z. B. Heilfasten können zu einem fortgesetzten chronischen Diätverhalten führen, dass in einer Anorexia nervosa endet.

Die Symptome der Anorexia nervosa und deren psychosoziale (wie z. B. die kontinuierliche gedankliche Beschäftigung mit dem Essen, eine affektive Labilität, dysfunktionale Kognitionen, soziale Isolierung) und biologische Konsequenzen (metabolisch-endokrinologisches Syndrom, Neurotransmitterstörungen, Verminderung des Energieumsatzes, gastrointestinale Störungen etc.) tragen selbst zu einer Stabilisierung des gestörten Essverhaltens bei (Schweiger & Fichter, 1997).

So führen beispielsweise Essanfälle mit anschließendem Erbrechen zu einer Angstreduktion hinsichtlich einer Gewichtszunahme und werden durch die negative Verstärkung aufrechterhalten (Rosen & Leitenberg, 1985). Hungern kann zu einer Problemlösestrategie werden, mit der die Patientin die Kontrolle über sich selbst (Autonomie, Gewichtszunahme) aber auch über andere (Familie, Freunde) erlangen kann.

Anorektisches Verhalten wird häufig charakterisiert durch ein Gefühl der Insuffizienz und Inkompetenz bei einem realen Defizit an Konfliktbewältigungsstrategien und kontinuierlicher gedanklicher Beschäftigung mit Essen bei gleichzeitiger Nahrungsreduktion bzw. -verweigerung und Gewichtsabnahme (Jacobi, 1998).

Als kognitive Verstärker der anorektischen Symptomatik gelten der Eindruck von Mastery, Selbstkontrolle und Kompetenz über das Diätverhalten (Garner & Bemis, 1982; Fairburn, Shafran & Cooper, 1999).

Als aufrechterhaltende Bedingung sind die verzerrten Einstellungen der Patientinnen hinsichtlich des Körpers und des Gewichtes von besonderer Relevanz. Es finden sich typische dysfunktionale Kognitionen wie beispielsweise dichotomes Denken (es gibt nur zwei extreme Beurteilungskriterien: ich bin dünn oder fett), selektive Abstraktion (es wird ein bestimmter Aspekt einer Situation herausgehoben, während andere Details vernachlässigt oder unterbewertet werden: ich kann mich nur über mein

V. Sipos: Effekte von Supervision

Essverhalten kontrollieren), emotionale Beweisführung (Gefühle drücken genau aus, was wirklich geschieht: wenn ich mich zu dick fühle, bin ich auch zu dick).

Übergeordnete Pläne und Regeln (ich muss perfekt sein, attraktiv aussehen) determinieren das (Ess-)Verhalten und automatisierte Denken in konkreten Zusammenhängen.

Bei einigen Patientinnen mit langen Störungsverläufen zeigt sich die intensive gedankliche Zentrierung auf Essen und Nahrungsmittel über den ganzen Tag. Vor der Anorexia nervosa vorhandene Konflikte und Einstellungen treten demgegenüber in den Hintergrund. Die geregelten Essensstrukturen gehen soweit verloren, dass den Patientinnen eine Wiederherstellung des Essverhaltens außerordentlich schwer fällt.

5.3 Die Therapie der Anorexia nervosa in der Klinik Roseneck

5.3.1 Institutionelle Rahmenbedingungen / Setting

Die Klinik Roseneck in Prien ist eine der größten medizinisch-psychosomatischen Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland. Behandlungsschwerpunkte sind, neben der Essstörung, affektive Erkrankungen, Angststörungen, Zwangserkrankungen, posttraumatische Belastungsstörungen, somatoforme Störungen, chronischer Tinnitus, chronische Schmerzerkrankungen und weitere psychosomatische Erkrankungen. Die Patientinnen werden nach einem integrativen verhaltensmedizinischen Konzept behandelt, das den Einsatz wissenschaftlich fundierter psychotherapeutischer Verfahren umfasst. Darüber hinaus wird eine allgemeinmedizinische Diagnostik und Behandlung sichergestellt.

Die Klinik ist im allgemeinen Krankenhausbedarfsplan enthalten, so dass Patientinnen von Rentenversicherungsträgern, Beihilfestellen und Krankenkassen aufgenommen werden. Von 352 Betten stehen über 100 Betten für die Behandlung von Patientinnen mit Essstörungen zur Verfügung. 1998 wurden insgesamt 755 Patientinnen mit Essstörungen behandelt. Davon wurde bei 245 Patientinnen die Diagnose einer Anorexia nervosa gestellt.

Im Verbund mit der Ludwig-Maximilians-Universität in München erfolgt seit Jahren eine wissenschaftlich fundierte Begleitforschung in Bezug auf die Ätiologie, den Verlauf und die Behandlung von Essstörungen sowie eine Evaluation der klinischen Arbeit.

5.3.2 Therapiekonzept

In der Klinik arbeiten Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Ärztinnen und Ärzte, Co-Therapeutinnen und Co-Therapeuten (therapeutisch geschultes Pflegepersonal), Sozialtherapeutinnen und Sozialtherapeuten, Sport-, Bewegungs- und Gestaltungstherapeutinnen als therapeutisches Team zusammen.

Den Patientinnen wird bei Aufnahme in die Klinik eine Bezugstherapeutin oder ein Bezugstherapeut zugeteilt. Diese ist sowohl für die Durchführung der individuellen Therapie (Anamnese, Diagnostik, Verhaltens- und Bedingungsanalyse, Therapie- und Interventionsplanung) als auch für die Koordination der Einzel- und Gruppentherapie sowie störungsspezifische und störungsübergreifende Therapieangebote zuständig (Heuser & Rief, 1999).

Das Standardtherapieprogramm zur Behandlung von Essstörungen beinhaltet folgende Komponenten: Einzeltherapie, ärztliche Betreuung, allgemeine Gruppentherapie, Anti-Diät-Gruppe, Gemeinschaftstisch und "strukturiertes Essen", Essprotokollgruppe, Lehrküche, Gruppentherapie Soziale Kompetenz, Gestaltungstherapie, Entspannungstraining, Bewegungs- und Sporttherapie, Soziotherapie und physikalische Therapie.

5.3.3 Therapieziele

Die Therapie der Anorexia nervosa verläuft zielorientiert nach zwei grundlegenden Strategien (American Psychiatric Association, 1993): Nach dem ersten Schritt, in dem es um die Abwendung einer akuten Lebensgefahr, den Aufbau einer ausreichenden Behandlungsmotivation und um eine Reduzierung therapiegefährdender Verhaltensweisen geht, ist als kurzfristige Strategie eine Normalisierung des inadäquaten Essverhaltens und die Gewichtszunahme unabdingbar (Ernährungsmanagement). Damit sollen die biologischen und

psychologischen Konsequenzen der Mangelernährung reduziert bzw. aufgehoben werden, die in Form eines Teufelskreises das gestörte Essverhalten aufrechterhalten. Neben der Behandlung der körperlichen Folgen der Anorexia nervosa ist dann die Unterstützung einer stetigen Gewichtszunahme erforderlich.

Das zweite mittel- bis langfristige Ziel besteht u. a. in der Korrektur dysfunktionaler Gedanken, Überzeugungen und Werthaltungen, das sich besonders auf die Bereiche Gewicht, Figur, Nahrungsmittel, Essverhalten bezieht, aber auch auf Aspekte wie Leistungsorientierung und soziale Beziehungen. Es geht um die Verbesserung der Regulation von Gefühlen und um den Aufbau von Verhaltensfertigkeiten (z. B. Konfliktlösungsstrategien, soziale Kompetenzen) sowie die Veränderung der Körperschemastörung.

Darüber hinaus muss eine eventuell vorliegende psychiatrische Komorbidität in der Therapie berücksichtigt werden.

Durch eine Transfersicherung im Rahmen der Rückfallprophylaxe ist beabsichtigt, eine Chronifizierung zu verhindern und gesundheitliche Langzeitrisiken abzuwenden.

5.3.4 Therapiedurchführung

Die Behandlung der anorektischen Patientinnen orientiert sich an der von Kanfer, Reinecker & Schmelzer formulierten optimalen Anpassung der Faktoren Klientin, Therapeutin und Intervention für eine maßgeschneiderte Therapie (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996). Nach der Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen und dem Aufbau von Änderungsmotivation geht es zunächst um die Analyse des individuellen Problems und seines Kontextes (Verhaltensanalyse und funktionelles Bedingungsmodell). Es folgt die Festlegung notwendiger Therapieziele, die Planung, Auswahl und Durchführung notwendiger Interventionen und die Evaluation der therapeutischen Fortschritte, deren Stabilisierung und eine abschließende Transferbildung auf die häusliche Lebenssituation (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996; Caspar, 1996).

Als symptombezogene Maßnahme steht in den ersten beiden Wochen die Teilnahme an den Mahlzeiten im Vordergrund. Die Patientinnen sollen sich mit der Essenssituation und dem Essen in Gemeinschaft konfrontieren und bereits in Eigenverantwortung eine Gewichtszunahme einleiten.

Ein schriftlicher Gewichtsvertrag erfolgt, wenn es den Patientinnen nicht gelingt, pro Woche 0,7 kg zuzunehmen.

In diesen Gewichtsverträgen werden die positiven und negativen Konsequenzen bei Nichterfüllung des Vertrages festgehalten. Dabei ist auch die Aushandlung der negativen Konsequenzen darauf ausgerichtet, was zu einer Gewichtszunahme motiviert und sollte primär keinen Bestrafungscharakter haben.

Zur Wahrung der Gleichbehandlung auf der Station bestehen in Bezug auf negative Konsequenzen auch standardmäßige Vereinbarungen, die zumindest für eine befristete Zeit für jede Patientin zutreffen. Bei Vertragsverletzung in der ersten Woche wird die Ausgangserlaubnis entzogen, die zweite Konsequenz besteht in der Vereinbarung, sich während der therapiefreien Zeit ausschließlich im Zimmer aufzuhalten.

Es versteht sich von selbst, dass Patientinnen nur zunehmen, wenn sie tatsächlich auch essen. Das bedeutet, dass Essensmengen, unter denen die Patientinnen tatsächlich zunehmen können, auch konkret festgelegt werden müssen. Um den Gewichtsvertrag zu erfüllen, geht es durchschnittlich um die zusätzliche Aufnahme von etwa 1000 kcal am Tag.

Erst nachdem eine Gewichtszunahme erfolgt und ein adäquates Ernährungsmanagement aufgebaut ist, sollten die Hintergründe und Auswirkungen der Anorexia nervosa schwerpunktmäßig in den Therapieprozess aufgenommen werden.

Die spezifische Leistung einer Therapeutin/eines Therapeuten bei Frauen mit Essstörungen zeigt sich in den sehr schwierigen Gewichtsverhandlungen mit den anorektischen Patientinnen. Einer 29 kg leichten Patientin mitzuteilen, dass die $\frac{1}{4}$ V. Sipos: Effekte von Supervision

Semmel zum Frühstück nicht vom Mittagessen befreit, erfordert erhebliches Durchhaltevermögen.

In diesem Zusammenhang hat Supervision z. B. die dringende Funktion, Therapeutinnen und Therapeuten darin zu unterstützen, nicht vorschnell in die Hintergrundarbeit zu gehen.

5.4 Zusammenfassung: Beschreibung und Behandlung der Anorexia nervosa

Die Anorexia nervosa stellt eine manchmal lebensbedrohliche ernsthafte Erkrankung dar. Sie geht mit einem radikalen Gewichtsverlust, einem restriktiven Essverhalten, einer Körperschemastörung, zahlreichen körperlichen Symptomen und multiplen psychosozialen Beeinträchtigungen einher.

Im DSM-IV werden ein Gewicht, das weniger als 85 % des zu erwartenden Gewichtes beträgt, eine ausgeprägte Angst vor Gewichtszunahme, die Störung der Wahrnehmung der eigenen Figur und das Vorliegen einer Amenorrhoe als wesentliche diagnostische Kriterien der Anorexia nervosa angesehen.

Die Inzidenz ist seit den 60er Jahren angestiegen. Verlaufsuntersuchungen zwischen 7 und 20 Jahren beschreiben eine deutliche Zunahme remittierter Patientinnen.

Die Pathogenese der Anorexia nervosa wird als multifaktoriell angesehen, da biologische, genetische, individuelle, familiäre und gesellschaftliche Bedingungen eine Rolle spielen. Die Erkrankung wird u. a. durch die Symptomatik selbst aufrechterhalten.

Die Therapie der Anorexia nervosa verfolgt zwei Ziele: kurzfristig geht es um die Normalisierung des Essverhaltens und um eine Gewichtszunahme, langfristig um die Behandlung der mit der Erkrankung verbundenen psychologischen, familiären und sozialen Schwierigkeiten.

Die Behandlung anorektischer Patientinnen ist eine deutliche Herausforderung in Bezug auf ein konsequentes therapeutisches Vorgehen, das besonders bei weniger erfahrenen Therapeutinnen und Therapeuten eine kontinuierliche Begleitung durch Supervision erfordert.

6 Forschungshypothesen

Supervision wird im Rahmen der Qualitätssicherung psychotherapeutischer Dienstleistung als Bestandteil der Strukturqualität therapeutischer Institutionen gesehen. Dabei ist die bloße Erfüllung dieses strukturellen Standards allenfalls eine notwendige, aber noch keine hinreichende Bedingung, um die Aussage zu treffen, dass durch Supervision die Qualität einer Behandlung im Therapieverlauf und Therapieergebnis gesteigert wird.

Das Forschungsprojekt überprüft die Hypothese, dass durch Supervision der Bezugstherapeutinnen und Bezugstherapeuten die Prozess- und Ergebnisqualität der Einzelpsychotherapie verbessert wird und dass zwischen der Prozess- und Ergebnisqualität ein positiver Zusammenhang besteht. Untersucht wird eine homogene Gruppe anorektischer Patientinnen. Bestätigt sich die Verbesserung, kann davon ausgegangen werden, dass für die im Projekt durchgeführte Supervision (AZA-Modell) "Treatment-Nützlichkeit" vorliegt (Schulte, 1993).

6.1 Supervision und Prozessqualität

Die Prozess- bzw. Behandlungsqualität bezieht sich auf die technische und interpersonelle Qualität der Therapie. Die technische Qualität der Therapie betrifft die Angemessenheit der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die interpersonelle Qualität der Therapie fokussiert die psychosozialen Komponenten der Behandlung. Ein übergeordnetes Ziel der Supervision ist die Aufrechterhaltung und Verbesserung der Prozessqualität in der Psychotherapie. Ob dieses Ziel erreicht wird, ist noch nicht zufriedenstellend erforscht. Eine erste Globalhypothese postuliert eine bessere Prozessqualität bei Therapeutinnen/Therapeuten und Patientinnen, die supervidiert werden.

Zur kontinuierlichen Überprüfung der Einzeltherapie in Bezug auf die Prozessqualität wurden die für die Qualitätsforschung entwickelten TherapeutInnenstundenbogen (TB) und Klienten/Klientinnenstundenbogen (KB) (Grawe & Braun, 1994) und ein Symptomwochenbericht (ST) eingesetzt. Im Einzelnen lassen sich, abgeleitet von der

Globalhypothese, folgende Unterschieds- und Zusammenhangshypothesen formulieren:

Die Therapeutinnen und Therapeuten der Supervisionsgruppe bewerten ihre Zusammenarbeit mit den Patientinnen positiver als die Therapeutinnen und Therapeuten der Non-Supervisionsgruppe.

H 1: Bewertung der positiven Zusammenarbeit

$$H_1: \mu_{SV} > \mu_{NSV} \quad H_0: \mu_{SV} \leq \mu_{NSV}$$

Die Therapeutinnen und Therapeuten der Supervisionsgruppe schätzen ihre Sicherheit im therapeutischen Vorgehen mit den Patientinnen höher ein als die Therapeutinnen und Therapeuten der Non-Supervisionsgruppe.

H 2: Einschätzung der Sicherheit im therapeutischen Vorgehen

$$H_1: \mu_{SV} > \mu_{NSV} \quad H_0: \mu_{SV} \leq \mu_{NSV}$$

Die Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Supervision arbeiten, sind mit ihrer Therapie zufriedener als die Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Non-Supervision arbeiten.

H 3: Zufriedenheit mit der Therapie

$$H_1: \mu_{SV} > \mu_{NSV} \quad H_0: \mu_{SV} \leq \mu_{NSV}$$

Die Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Supervision arbeiten, machen mehr Fortschritte innerhalb der Therapie als die Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Non-Supervision arbeiten.

H 4: Fortschritte innerhalb der Therapie

$$H_1: \mu_{SV} > \mu_{NSV} \quad H_0: \mu_{SV} \leq \mu_{NSV}$$

Die Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Supervision arbeiten, machen mehr Fortschritte außerhalb der Therapie als die Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Non-Supervision arbeiten.

H 5: Fortschritte außerhalb der Therapie

$$H_1: \mu_{SV} > \mu_{NSV} \quad H_0: \mu_{SV} \leq \mu_{NSV}$$

Die Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Supervision arbeiten, bewerten die Qualität der Therapiebeziehung besser als die Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Non-Supervision arbeiten.

H 6: Qualität der Therapiebeziehung

$$H_1: \mu_{SV} > \mu_{NSV} \quad H_0: \mu_{SV} \leq \mu_{NSV}$$

Die Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Supervision arbeiten, werden in der Therapie mit mehr schmerzhaften Themen (bzw. Gefühlen) konfrontiert als die Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Non-Supervision arbeiten.

H 7: Emotionalität

$$H_1: \mu_{SV} > \mu_{NSV} \quad H_0: \mu_{SV} \leq \mu_{NSV}$$

Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Therapeutinnen und Therapeuten bezüglich der positiven Zusammenarbeit und der Bewertung der Zufriedenheit mit der Therapie, den Fortschritten innerhalb und außerhalb der Therapie, der Qualität der Therapiebeziehung durch die Patientinnen

H 8: Positive Zusammenarbeit / Skalen 1 - 4 des Klienten/Klientinnenstundenbogens

$$H_1: \rho > 0 \quad H_0: \rho \leq 0$$

Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Therapeutinnen und Therapeuten bezüglich der positiven Zusammenarbeit und der Bewertung der Emotionalität (schmerzhafte Gefühle) durch die Patientinnen.

H 9: Positive Zusammenarbeit / Skala 5 des Klienten/Klientinnenstundenbogens

$$H_1: \rho < 0 \quad H_0: \rho \leq 0$$

Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Therapeutinnen und Therapeuten bezüglich der Sicherheit im therapeutischen Vorgehen und der Bewertung der Zufriedenheit mit der Therapie, den Fortschritten innerhalb und außerhalb der Therapie, der Qualität der Therapiebeziehung durch die Patientinnen.

H 10: Sicherheit im therapeutischen Vorgehen / Skalen 1 - 4 des Klienten/Klientinnenstundenbogens

$$H_1: \rho > 0 \quad H_0: \rho \leq 0$$

Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Therapeutinnen und Therapeuten bezüglich der Sicherheit im therapeutischen Vorgehen und der Bewertung der Emotionalität (schmerzhafte Gefühle) durch die Patientinnen.

H 11: Sicherheit im therapeutischen Vorgehen / Skala 5 des Klienten/Klientinnenstundenbogens

$$H_1: \rho < 0 \quad H_0: \rho \leq 0$$

Im Therapieverlauf ist die Stimmung bei den Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Supervision arbeiten, besser als bei den Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Non-Supervision arbeiten.

H 12: Stimmung

$$H_1: \mu_{SV} > \mu_{NSV} \quad H_0: \mu_{SV} \leq \mu_{NSV}$$

Im Therapieverlauf steigt das Gewicht der Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Supervision arbeiten, stärker an als bei den Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Non-Supervision arbeiten.

H 13: Gewicht

$$H_1: \mu_{SV} > \mu_{NSV} \quad H_0: \mu_{SV} \leq \mu_{NSV}$$

Im Therapieverlauf ist die Angst vor Essanfällen bei den Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Supervision arbeiten, geringer als bei den Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Non-Supervision arbeiten.

H 14: Angst vor Essanfällen

$$H_1: \mu_{SV} < \mu_{NSV} \quad H_0: \mu_{SV} \geq \mu_{NSV}$$

Im Therapieverlauf ist die Neigung zu Essanfällen bei den Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Supervision arbeiten, weniger ausgeprägt als bei den Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Non-Supervision arbeiten.

H 15: Neigung zu Essanfällen

$$H_1: \mu_{SV} < \mu_{NSV} \quad H_0: \mu_{SV} \geq \mu_{NSV}$$

Im Therapieverlauf ist das Kalorieneinsparen bei den Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Supervision arbeiten, geringer als bei den Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Non-Supervision arbeiten.

H 16: Kalorieneinsparen

$$H_1: \mu_{sv} < \mu_{nsv} \quad H_0: \mu_{sv} \geq \mu_{nsv}$$

Im Therapieverlauf beschäftigen sich die Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Supervision arbeiten, gedanklich weniger mit dem Essen als die Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Non-Supervision arbeiten.

H 17: Gedankliche Beschäftigung mit dem Essen

$$H_1: \mu_{sv} < \mu_{nsv} \quad H_0: \mu_{sv} \geq \mu_{nsv}$$

Im Therapieverlauf ist die sportliche Aktivität bei den Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Supervision arbeiten, geringer als bei den Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Non-Supervision arbeiten.

H 18: Sportliche Aktivität

$$H_1: \mu_{sv} < \mu_{nsv} \quad H_0: \mu_{sv} \geq \mu_{nsv}$$

Im Therapieverlauf ist die motorische Unruhe bei den Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Supervision arbeiten, verminderter als bei den Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Non-Supervision arbeiten.

H 19: Motorische Unruhe

$$H_1: \mu_{SV} < \mu_{NSV} \quad H_0: \mu_{SV} \geq \mu_{NSV}$$

Im Therapieverlauf ist der Appetit der Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Supervision arbeiten, besser als bei den Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Non-Supervision arbeiten.

H 20: Appetit

$$H_1: \mu_{SV} > \mu_{NSV} \quad H_0: \mu_{SV} \leq \mu_{NSV}$$

Im Therapieverlauf ist der Hunger bei den Patientinnen größer, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Supervision arbeiten, als bei den Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Non-Supervision arbeiten.

H 21: Hunger

$$H_1: \mu_{SV} > \mu_{NSV} \quad H_0: \mu_{SV} \leq \mu_{NSV}$$

Im Therapieverlauf werden die Essanfälle bei den Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Supervision arbeiten, weniger als bei den Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Non-Supervision arbeiten.

H 22: Essanfälle

$$H_1: \mu_{SV} < \mu_{NSV} \quad H_0: \mu_{SV} \geq \mu_{NSV}$$

Im Therapieverlauf ist die tatsächliche Anzahl der Essanfälle bei den Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Supervision arbeiten, geringer als bei den Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Non-Supervision arbeiten.

H 23: Tatsächliche Anzahl der Essanfälle

$$H_1: \mu_{SV} < \mu_{NSV} \quad H_0: \mu_{SV} \geq \mu_{NSV}$$

Im Therapieverlauf wird die subjektive Einschätzung der Gewichtszunahme bei den Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Supervision arbeiten, besser als bei den Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Non-Supervision arbeiten.

H 24: Subjektive Einschätzung der Gewichtszunahme

$$H_1: \mu_{SV} > \mu_{NSV} \quad H_0: \mu_{SV} \geq \mu_{NSV}$$

6.2 Supervision und Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität betrifft das Resultat der Therapiemaßnahmen, d. h. die Therapieeffektivität. Die Globalhypothese lautet, dass Supervision die Ergebnisqualität in der Psychotherapie verbessert. Hieraus lassen sich als Einzelhypothesen ein höherer Körpermasseindex, eine niedrigere Depressivität und eine niedrigere allgemeine Psychopathologie bei Entlassung postulieren.

Zur Erfassung der Ergebnisqualität wurde ein adäquates störungsspezifisches Instrumentarium zusammengestellt: Berechnung des Body-Mass-Index (BMI), das Beck-Depressions-Inventar (BDI), das Eating Disorder Inventory (EDI), die Symptom-Check-List-90 (SCL-90-R), der Fragebogen zu kognitiven Schemata (FKS), Kognitives Inventar für Borderline-Persönlichkeitsstörungen (KIB), der Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS). Im Einzelnen werden folgende Unterschiedshypothesen untersucht:

Bei den Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Supervision arbeiten, ist der BMI nach der stationären Therapie höher als bei den Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Non-Supervision arbeiten.

H 25: BMI

$$H_1: \mu_{sv} > \mu_{nsv} \quad H_0: \mu_{sv} \leq \mu_{nsv}$$

Bei den Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Supervision arbeiten, ist die Depressivität nach der stationären Therapie geringer als bei den Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Non-Supervision arbeiten.

H 26: Depressivität

$$H_1: \mu_{sv} < \mu_{nsv} \quad H_0: \mu_{sv} \geq \mu_{nsv}$$

Bei den Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Supervision arbeiten, sind die Einstellungen, Gefühle und Verhaltensweisen in Bezug auf Essen und Nahrung nach der stationären Therapie positiver bzw. adäquater als bei den

Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Non-Supervision arbeiten.

H 27: Einstellungen, Gefühle und Verhaltensweisen in Bezug auf Essen und Nahrung

$$H_1: \mu_{SV} > \mu_{NSV} \quad H_0: \mu_{SV} \leq \mu_{NSV}$$

Bei den Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Supervision arbeiten, ist die allgemeine Psychopathologie nach der stationären Therapie geringer als bei den Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Non-Supervision arbeiten.

H 28: Psychopathologie

$$H_1: \mu_{SV} < \mu_{NSV} \quad H_0: \mu_{SV} \geq \mu_{NSV}$$

Bei den Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Supervision arbeiten, zeigen sich nach der stationären Therapie typische Einstellungen und Haltungen spezifischer Persönlichkeitszüge verminderter als bei den Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Non-Supervision arbeiten.

H 29: Persönlichkeitsspezifische belastende kognitive Schemata

$$H_1: \mu_{SV} < \mu_{NSV} \quad H_0: \mu_{SV} \geq \mu_{NSV}$$

Bei den Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Supervision arbeiten, ist eine dissoziative Symptomatik nach der stationären Therapie geringer ausgeprägt als bei den Patientinnen, deren Therapeutinnen und Therapeuten unter Non-Supervision arbeiten.

H 30: Dissoziation

$$H_1: \mu_{SV} < \mu_{NSV} \quad H_0: \mu_{SV} \geq \mu_{NSV}$$

6.3 Prozessqualität und Ergebnisqualität

Dass eine gute Prozessqualität einer Behandlung notwendigerweise auch zu guten Therapieergebnissen führt, stellt eine Annahme dar, die anhand konkreter Zielvorstellungen zu überprüfen ist. Aus diesem Grund werden gerichtete Zusammenhänge zwischen den Maßen der Prozessqualität und Maßen der Ergebnisqualität untersucht und folgende Zusammenhangshypothesen aufgestellt:

Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Therapeutinnen und Therapeuten bezüglich der positiven Zusammenarbeit und dem BMI der Patientinnen bei Entlassung.

H 31: Positive Zusammenarbeit (TB 1) / BMI-Entlassung

$$H_1: \rho > 0 \quad H_0: \rho \leq 0$$

Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Therapeutinnen und Therapeuten bezüglich der positiven Zusammenarbeit und der Depressivität und allgemeinen Psychopathologie der Patientinnen bei Entlassung.

H 32: Positive Zusammenarbeit (TB 1) / BDI und SCL-90-R

$$H_1: \rho < 0 \quad H_0: \rho \geq 0$$

Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Therapeutinnen und Therapeuten bezüglich der Sicherheit im therapeutischen Vorgehen und dem BMI der Patientinnen bei Entlassung.

H 33: Sicherheit im therapeutischen Vorgehen (TB 2) / BMI-Entlassung

$$H_1: \rho > 0 \quad H_0: \rho \leq 0$$

Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Therapeutinnen und Therapeuten bezüglich der Sicherheit im therapeutischen Vorgehen und der Depressivität und allgemeinen Psychopathologie der Patientinnen bei Entlassung.

H 34: Sicherheit im therapeutischen Vorgehen (TB 2) / BDI und SCL-90-R

$$H_1: \rho < 0 \quad H_0: \rho \geq 0$$

Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Bewertung der Zufriedenheit mit der Therapie, den Fortschritten innerhalb und außerhalb der Therapie, der Qualität der Therapiebeziehung durch die Patientinnen und ihrem BMI bei Entlassung.

H 35: Klienten/Klientinnenstundenbogen Skala 1 - 4 / BMI bei Entlassung

$$H_1: \rho > 0 \quad H_0: \rho \leq 0$$

Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen der Bewertung der Zufriedenheit mit der Therapie, den Fortschritten innerhalb und außerhalb der Therapie, der Qualität der Therapiebeziehung durch die Patientinnen und ihrer Depressivität und allgemeinen Psychopathologie bei Entlassung.

H 36: Klienten/Klientinnenstundenbogen 1 - 4 / BDI und SCL-90-R bei Entlassung

$$H_1: \rho < 0 \quad H_0: \rho \geq 0$$

Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen der Bewertung der Emotionalität (schmerzhafte Gefühle) durch die Patientinnen und ihrem BMI.

H 37: Klienten/Klientinnenstundenbogen Skala 5 / BMI bei Entlassung

$$H_1: \rho < 0 \quad H_0: \rho \geq 0$$

Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Bewertung der Emotionalität (schmerzhaftes Gefühl) durch die Patientinnen und ihrer Depressivität und allgemeinen Psychopathologie bei Entlassung.

H 38: Klienten/Klientinnenstundenbogen Skala 5 / BDI und SCL-90-R bei Entlassung

$$H_1: \rho > 0$$

$$H_0: \rho \leq 0$$

7 Untersuchungsdurchführung

7.1 Gewinnung der Stichprobe

Die Supervisionsstudie begann im Mai 1998 auf der Station B3, einer Essstörungsstation, in der medizinisch-psychosomatischen Klinik Roseneck in Prien. An der Untersuchung nahmen bis Mai 1999 n = 51 konsekutiv aufgenommene Patientinnen teil, bei denen die diagnostischen Kriterien einer Anorexia nervosa nach DSM-IV erfüllt waren.

Zu Beginn des stationären Aufenthaltes wurden die Studienteilnehmerinnen über das Forschungsvorhaben organisatorisch und inhaltlich informiert. Die Teilnahme war freiwillig und setzte eine schriftliche Einverständniserklärung voraus.

Die Patientinnen wurden in Bezug auf die Ergebnisqualität der Therapie unter Supervision beziehungsweise Non-Supervision zu zwei Messzeitpunkten (Aufnahme / Entlassung) untersucht. Hinsichtlich der Prozessqualität der Therapie unter Supervision beziehungsweise Non-Supervision erfolgten die Messungen pro Therapiesitzung.

7.2 Darstellung der Untersuchungsinstrumente

7.2.1 Diagnostik

7.2.1.1 IDCL

Durch die Internationalen Diagnose Checklisten für DSM-IV und ICD-10 (Hiller, Zaudig & Mombour, 1997) besteht für die psychiatrisch-psychologische Forschung und Praxis die Möglichkeit, eine standardisierte und ökonomische Befunderhebung nach den neuen Klassifikationssystemen DSM IV und ICD 10 (zwei Checklisten-Sets / IDCL für ICD-10 und IDCL für DSM-IV) durchzuführen.

Als Störungsbereiche sind psychotische Störungen, affektive Störungen, Angststörungen, somatoforme Störungen, Störungen durch die Einnahme psychotroper Substanzen, Essstörungen und organisch bedingte psychische Störungen berücksichtigt worden, darüber hinaus auch der Bereich der Persönlichkeitsstörungen.

Anhand von 32 Checklisten können damit die häufigsten und wichtigsten Störungsbilder der Achse I (Klinische Syndrome) und der Achse II (Persönlichkeitsstörungen) des DSM IV bzw. der ICD-10 valide und reliabel diagnostiziert werden.

Die Autoren berichten von sehr guten bis zufriedenstellenden Test-Retest-Reliabilitäten für alle untersuchten Störungsbereiche (affektive Störungen, Angststörungen, Störungen durch Konsum psychotroper Substanzen).

Jede Checkliste bezieht sich auf eine Diagnose. Zur Beurteilung der Störung und zur Diagnosestellung sind die verschiedenen Diagnosekriterien des DSM-IV bzw. ICD-10 aufgeführt wie z. B. psychopathologische Symptome, Zeit- und Verlaufsmerkmale, Schweregrad, Ausschlusskriterien, Diagnosecode. Zur Beurteilung erhobener Informationen bestehen bei den meisten Merkmalen die Codierungsmöglichkeiten: "Ja", "Verdacht", "Nein" bzw. "Erfüllt", "Verdacht", "Nicht erfüllt".

In der vorliegenden Untersuchung wurden Checklisten zur Diagnostik der Anorexia nervosa, zur Erhebung komorbider Störungen, das heißt von affektiven Störungen (Major Depression, Dysthyme Störung), von Angststörungen (Panikstörung mit/ohne Agoraphobie, soziale Phobie, Zwangsstörung, posttraumatische Belastungsstörung, Akute Belastungsstörung), von Abhängigkeit/Mißbrauch von Drogen/Medikamenten und zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen (Borderline Persönlichkeitsstörung, histrionische Persönlichkeitsstörung, narzißtische Persönlichkeitsstörung, Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung, dependente Persönlichkeitsstörung, zwanghafte Persönlichkeitsstörung) eingesetzt.

Die Bezugstherapeuten führten zu Beginn der stationären Therapie mit den Patientinnen ein diagnostisches Explorationsgespräch durch. Die verwendeten V. Sipos: Effekte von Supervision

Checklisten dienen dabei als Leitfaden zur systematischen Überprüfung der in Frage kommenden Störungsbilder.

7.2.2 Messinstrumente zur Erfassung der Prozessqualität

7.2.2.1 Supervisions-Stundenbogen für den Supervisor (SSB 1)

Mit dem Supervisionsstundenbogen für den Supervisor (Schmelzer, 1997) sollen die therapeutischen und persönlichen Fertigkeiten des Supervisanden in Bezug auf die Therapiesitzungen nach der Supervisionssitzung erhoben werden. Nach inhaltlicher Plausibilität (vor dem Hintergrund des Selbstmanagementkonzeptes) wird der Bereich "Therapeutische Fertigkeiten" anhand von 20 Items wie:

4. Versteht den Patienten in seinem Lebensumfeld
10. Arbeitet zielorientiert

und der Bereich "Persönliche Fertigkeiten" durch 15 Items wie:

1. Zeigt emotionale Reife und Erfahrung
13. Kann persönliche und professionelle Bedürfnisse zum Ausdruck bringen

beurteilt. Zur Einschätzung steht nach Schmelzer eine 5-stufige Skala (1 = hervorragend, 2 = sehr gut, 3 = OK, 4 = verbesserungsbedürftig, 5 = stark verbesserungsbedürftig) sowie die Kategorie ? = nicht relevant/ nicht zu beurteilen zur Verfügung. In der Studie wurde auf eine, dem Therapeutenfragebogen entsprechende 7-stufige Skala zurückgegriffen (überhaupt nicht = -3, nein = -2, eher nicht = -1, weder noch = 0, eher ja = 1, ja = 2, ja, ganz genau = 3).

Auch hier bietet sich eine inhaltlich-graphische Auswertung der Supervisionssitzungen an (statistische Gütekriterien des Instruments wurden bisher nicht publiziert). Die Mittelwerte der Items der einzelnen Supervisionssitzungen werden (wie bei dem SSB), ohne Transformierung der Rohwerte, je Skala in ein x-y-Diagramm übertragen (Prozessfiguration). Entlang der x-Achse sind die Sitzungen dargestellt, anhand der y-Achse die Originalskalenwerte. Dies kann sowohl für den

Bereich "Therapeutische Fertigkeiten" als auch für den Bereich "Persönliche Fertigkeiten" durchgeführt werden. Im Anschluss kann z. B. auch eine Überprüfung dahingehend erfolgen, wo eventuell Unterschiede zwischen den Supervisandinnen und Supervisanden vorliegen.

In der vorliegenden Studie werden die Ergebnisse des Fragebogens inferenzstatistisch ausgewertet.

7.2.2.2 Supervisionsstundenbogen (SSB 2)

Der Supervisions-Stundenbogen (Schmelzer, 1997) stellt eine adaptierte Version des Klienten/Klientinnenstundenbogens von Grawe und Mitarbeitern (Grawe & Braun, 1994) dar und dient u. a. der Evaluation der Supervision. Aus Sicht der Supervisandinnen und Supervisanden erfolgt nach jeder Supervisionssitzung eine Beurteilung dahingehend, wie die Sitzung erlebt wurde. Zur Beurteilung werden 29 Feststellungen vorgegeben, wie beispielsweise:

1. Heute habe ich mich in der Beziehung zum Supervisor wohlgeföhlt
25. Heute fehlte mir in der Supervisionssitzung eine klare Linie

Die Supervisandinnen und Supervisanden antworten auf einer 7-stufigen Skala dahingehend, wie sie den Feststellungen zustimmen können bzw. diese verneinen (überhaupt nicht = -3, nein = -2, eher nicht = -1, weder noch = 0, eher ja = 1, ja = 2, ja, ganz genau = 3).

Obwohl zur Zeit noch keine teststatistischen Gütekriterien des Verfahrens vorliegen, ist auch hier eine inhaltlich-beschreibende figurationsanalytische Auswertung des Verfahrens möglich. In Analogie zum TherapeutInnenstundenbogen kann die Auswertung ebenfalls anhand der Mittelwerte der Items (negative Vorzeichen kennzeichnen eine Umpolung) erfolgen, die den jeweiligen Skalen zugeordnet sind.

Vorab wurden in Form einer Expertenbefragung (n = 3) für diese Studie alle 29 Items dahingehend überprüft, ob sie umgepolt werden müssen oder nicht. Lediglich bei Item 19 "Heute habe ich in der Supervisionsstunde schmerzhaft Geföhle erlebt"

wurde keine Übereinstimmung zu 100 % (sondern 67 % für nicht umzupolen) erreicht. Das Ergebnis der Klassifikation der Items war wie folgt: 1, -2, 3, 4, -5, -6, -7, 8, 9, 10, -11, -12, 13, 14, -15, -16, -17, 18, 19, -20, 21, -22, -23, 24, -25, 26, -27, 28, 29. Das entspricht bis auf die Items 11, 16 und 20 der vorgeschlagenen Codierung des Klienten/Klientinnenstundenbogens. Da diese drei Items jedoch nicht in die vier Auswertungsskalen eingehen, die auch für die Ermittlung der Prozessqualität der Supervision übernommen wurden, wie die:

Skala 1: Zufriedenheit mit der Supervision,

Skala 2: Fortschritte innerhalb der Supervision,

Skala 3: Fortschritte außerhalb der Supervision,

Skala 4: Qualität der Supervisionsbeziehung,

werden sie nicht weiter berücksichtigt.

Die Werte der einzelnen Supervisionssitzungen können, wie bei dem Klientinnenbogen, ohne Transformierung der Rohwerte, je Skala in ein x-y-Diagramm übertragen (Prozessfiguration) werden. Entlang der x-Achse sind die Sitzungen dargestellt, anhand der y-Achse die Originalskalenwerte der Stundenbögen. Ein positiver Wert weist auf eine positive Bewertung hin. Darüber hinaus lassen sich unter Umständen Unterschiede zwischen den Supervisandinnen und Supervisanden feststellen. In der vorliegenden Studie werden die Ergebnisse des Fragebogens inferenzstatistisch ausgewertet.

7.2.2.3 TherapeutInnen-Stundenbogen (TB)

Der TherapeutInnen-Stundenbogen (Grawe & Braun, 1994) dient der Einschätzung der Prozessqualität einer Therapie aus der Sicht der behandelten Therapeuten und wird ebenfalls nach jeder Therapiesitzung (parallel zur Bewertung aus Patientensicht) erstellt.

Durch 51 Items sollen Informationen zu den Aspekten therapeutische Zusammenarbeit, Beziehungsgestaltung, reflektierende Abstraktion, Emotionsverarbeitung, Kompetenzerweiterung, Beziehungstests, Zielorientierung,

Einbezug der Lebensumgebung erhoben werden. Nach klinischer Plausibilität gelten diese Bereiche als wichtig für einen positiven Therapieverlauf.

Die Beantwortung der Fragen erfolgt anhand einer siebenstufigen Skala mit entsprechend zugeordneten Itemkennwerten (überhaupt nicht = -3, nein = -2, eher nicht = -1, weder noch = 0, eher ja = 1, ja = 2, ja, ganz genau = 3).

Aufgrund von Faktorenanalysen wird eine figurationsanalytische Auswertung hinsichtlich der zwei Skalen "Positive Zusammenarbeit" und "Sicherheit im therapeutischen Vorgehen" vorgeschlagen. Die Mittelwerte der Items der einzelnen Therapiesitzungen werden (wie bei den Patientenbogen), ohne Transformierung der Rohwerte, je Skala in ein x-y-Diagramm übertragen (Prozessfiguration). Entlang der x-Achse sind die Sitzungen dargestellt, anhand der y-Achse die Originalskalenwerte. Diese graphische Auswertung eignet sich z. B. zum Vergleich verschiedener Therapeuten bzw. Therapeutengruppen ohne großen Rechenaufwand. In der vorliegenden Studie werden die Ergebnisse des Fragebogens inferenzstatistisch ausgewertet. Statistische Gütekriterien des TB wurden bisher von der Berner Arbeitsgruppe nicht publiziert. In Tabelle 1 finden sich Angaben zur internen Konsistenz der beiden Faktoren auf der Basis der in der Studie erhobenen Daten. Die Werte befinden sich im befriedigenden bis guten Bereich.

Tabelle 1 Reliabilität α der Skalen des TherapeutInnen-Stundenbogen

	Woche 1	Woche 5	Woche 9
TB Skala 1	.80	.83	.76
TB Skala 2	.67	.75	.82

Reliabilitätsbestimmung nach Cronbachs Alpha bzw. Halbierungszuverlässigkeit ausgewertet nach Spearman-Brown bei zwei Item

7.2.2.4 Klienten und Klientinnen-Stundenbogen (KB)

Mit dem Klienten-und Klientinnen-Stundenbogen (Grawe & Braun, 1994) liegt ein Verfahren zur laufenden Kontrolle der Prozessqualität einer Therapie aus der Sicht der behandelten Patienten vor. Anhand von 29 Items wie:

- + Heute sind mir die einzelnen Möglichkeiten zur Lösung meiner Probleme klarer geworden
- + Heute fehlte mir in der Therapiestunde eine klare Linie etc.

Es erfolgt nach jeder Therapiesitzung eine Beurteilung der Qualität der Therapiesitzung (parallel zur Bewertung aus Therapeutesicht). Die Patienten antworten anhand einer siebenstufigen Skala mit entsprechend zugeordneten Itemkennwerten (überhaupt nicht = -3, nein = -2, eher nicht = -1, weder noch = 0, eher ja = 1, ja = 2, ja, ganz genau = 3). Die Items werden (aufgrund einer Faktorenanalyse) zu fünf Skalen zusammengefaßt: 1. Zufriedenheit mit der Therapie, 2. Fortschritte innerhalb der Therapie (Klärungserfahrungen), 3. Fortschritte außerhalb der Therapie (Bewältigungserfahrungen), 4. Qualität der Therapiebeziehung und 5. Emotionalität. Die Skalen 1 - 4 gelten als relevante Merkmale der Prozessqualität einer Therapie.

Die Auswertung erfolgt anhand der Mittelwerte der Items (negative Vorzeichen kennzeichnen eine Umpolung), die den jeweiligen Skalen zugeordnet sind. Die Autoren schlagen eine figurationsanalytische Auswertung vor. Die Werte der einzelnen Therapiesitzungen werden, ohne Transformierung der Rohwerte, je Skala in ein x-y-Diagramm übertragen (Prozessfiguration). Entlang der x-Achse sind die Sitzungen dargestellt, anhand der y-Achse die Originalskalenwerte der

Stundenbögen. Ein positiver Wert weist auf eine positive Bewertung hin (vice versa). Es liegt ein Referenzgruppenprofil für jede Skala vor, das auf einer Patientenstichprobe (n = 79) der Psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern beruht. Die Autoren gehen davon aus, dass es sich um realistische Normwerte unter alltäglichen Arbeitsbedingungen handelt. Statistische Gütekriterien des KB wurden bisher von der Berner Arbeitsgruppe nicht publiziert. In Tabelle 2 finden sich Angaben zur internen Konsistenz der beiden Faktoren auf der Basis der in der Studie erhobenen Daten. Die Werte befinden sich im befriedigenden bis sehr guten Bereich.

Tabelle 2 Reliabilität r_{α} der Skalen des Klienten/Klientinnen-Stundenbogen (KB)

	Woche 1	Woche 5	Woche 9
KB Skala 1	.83	.91	.91
KB Skala 2	.81	.89	.82
KB Skala 3	.83	.68	.73
KB Skala 4	.70	.82	.86
KB Skala 5	.65	.79	.85

Reliabilitätsbestimmung nach Cronbachs Alpha bzw. Halbierungszuverlässigkeit ausgewertet nach Spearman-Brown bei zwei Item

Nach Angabe der Autoren eignet sich die figurationsanalytische Auswertungsmethodik jedoch gut für eine praxisnahe klinische Forschung. Ihrer Erfahrung nach verschaffen die Daten ein adäquates Bild dahingehend, wie der Patient die Therapie bzw. den Therapieverlauf erlebt. Diese Beurteilung der vier Prozessfaktoren hängt wiederum sehr hoch mit dem Therapieerfolg zusammen. Ein insgesamt positiver Verlauf lässt eher ein positives Therapieergebnis erwarten. In der Psychotherapeutischen Praxis der Universität Bern wurden mehr als 50 % der Therapieerfolgsvarianz durch die Patienteneinschätzung im Patientenstundenbogen aufgeklärt. In der vorliegenden Studie werden die Ergebnisse des Fragebogens inferenzstatistisch ausgewertet.

7.2.2.5 Symptomwochenbericht (ST)

Der Symptomwochenbericht ist ein unstandardisiertes, aus 11 Items bestehendes Selbstbeurteilungsverfahren für Patientinnen mit Anorexia nervosa. Anhand des Wochenberichts sollen verschiedene Bereiche des Erlebens und Verhaltens

(Stimmung, Gewicht, Angst vor Essanfällen, Neigung zu Essanfällen, Kalorieneinsparen, gedankliche Beschäftigung mit dem Essen, sportliche Aktivität, motorische Unruhe, Appetit, Hunger, Essanfälle) in Bezug auf Nahrung und Essen kontinuierlich während der Therapie erfasst werden.

Die Beurteilung der Items erfolgt jeweils anhand einer inhaltlich auf die Frage abgestimmten 7-stufigen Skala (Gewicht: sehr abgenommen/sehr zugenommen; Hunger: keiner/sehr groß etc.).

Ausgewertet wird durch die Addition der Werte der Items über den Zeitverlauf und die anschließende Division durch die Summe der jeweiligen Items.

7.2.3 Messinstrumente und Verfahren zur Erfassung der Ergebnisqualität

7.2.3.1 Body-Mass Index (BMI)

Der Body-Mass Index ist sowohl für die Diagnose der Anorexia nervosa von Bedeutung als auch als Kriterium für den Therapieverlauf und das Therapieergebnis relevant. Der BMI errechnet sich als Gewicht in Kilogramm (kg) / Körpergröße (m²). Das akzeptable Normalgewicht liegt für Frauen und Männern zwischen einem BMI von 18 bis 26. Bei einem BMI von weniger als 18 spricht man von Untergewicht. Im ICD-10 wird für Anorexia nervosa ein Schwellenwert von 17,5 kg/m² angegeben.

7.2.3.2 Beck-Depressions-Inventar (BDI)

Das Beck-Depressions-Inventar ist ein häufig eingesetztes Selbstbeurteilungsinstrument, mit dem der Schweregrad einer depressiven Symptomatik als auch deren Veränderung durch Therapiemaßnahmen erfasst werden kann. Es existiert eine evaluierte deutsche Fassung (Hautzinger, Bailer, Worall et al., 1994). Der Fragebogen besteht aus 21 Items, deren Inhalte sich auf depressive Beschwerden beziehen, wie z. B. traurige Stimmung, Unzufriedenheit, Schuldgefühle, Selbstanklagen, Suizidalität, Reizbarkeit u. s. w. Jedes Item wird auf einer vierstufigen Skala (0 - 3) dahingehend beurteilt, wie intensiv es in der letzten Woche aufgetreten ist, wie z. B.:

- 0 Ich fühle mich nicht als Versager
- 1 Ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt
- 2 Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschäge
- 3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein

Die Auswertung erfolgt durch Addition der angekreuzten Aussagen. Pro Item geht die am höchsten zählende Aussage in die Wertung ein. Der BDI-Gesamtscore kann zwischen 0 und 63 liegen. Werte unter 11 Punkten werden als unauffällig angesehen; Werte zwischen 11 und 17 Punkten sprechen für eine milde Form der Depression. Als klinisch relevant gelten Werte über 18. Bis zu einem Wert von 26 ist von einer mittleren Depression, ab 27 Punkten und mehr von einer schwereren Depression auszugehen.

Die psychometrische Überprüfung des BDI erfolgte an verschiedenen klinischen Stichproben mit überwiegend depressiven Patienten, einer gesunden Kontrollgruppe und zwei Gruppen mit psychosomatischen Patienten. Für die innere Konsistenz wurden, je nach Stichprobe, zufriedenstellende Koeffizienten (Cronbach's alpha) zwischen .74 und .92 erreicht. Die interne Validität wurde aufgrund der Übereinstimmung der Items mit den DSM-III-R Kriterien (mit Ausnahme eines Kriteriumssymptoms) als gegeben bewertet. Darüber hinaus liegen Korrelationen (Spearman Brown Koeffizient) mit anderen Selbstbeurteilungsskalen zur depressiven Symptomatik bei ausreichenden .71 bis .89 ($p < .0001$) vor. Der BDI hat sich als reliables, valides, konsistentes Instrument für Verlaufsuntersuchungen bewährt und wird auch von Patienten gut akzeptiert.

7.2.3.3 Eating-Disorder-Inventary (EDI)

Das Eating-Disorder-Inventary (Garner, Olmsted & Polivy, 1983; Thiel & Paul, 1988) ist ein Selbsteinschätzungsverfahren, um Einstellungen, Gefühle und Verhaltensweisen in Bezug auf Essen und Nahrung zu erheben. Das EDI besteht aus 64 Items, die zu acht Skalen (Schlankheitsstreben, Bulimie, körperliche Unzufriedenheit, Ineffektivität, Perfektionismus, zwischenmenschliches Mißtrauen, Interozeption, Angst vor dem Erwachsenwerden) zusammengefaßt werden.

Die Feststellungen sollen von den Probandinnen anhand einer sechsstufigen Skala mit den Ausprägungen "Immer", "Meistens", "Oft", "Manchmal", "Selten" und "Nie" beurteilt werden. Die Auswertung erfolgt unter Berücksichtigung der Polung der Items je Skala durch die Addition der zugehörigen Itemscores.

Die teststatistische Überprüfung der deutschsprachigen EDI-Version erfolgte an einer Patientinnengruppe mit Bulimia nervosa (n = 205) und einer weiblichen Kontrollgruppe (n = 183) und einer männlichen Vergleichsstichprobe (n = 104). Die Autoren berichten von Reliabilitätskoeffizienten (Cronbach's alpha) für die einzelnen Skalen zwischen .67 und .90. Die Faktoranalysen ergaben für verschiedene Stichproben eine Faktorenstruktur des EDI, die die bereits in der Originalversion nach inhaltlichen Überlegungen gebildeten Skalen bestätigen. Der EDI wird besonders für den Forschungsbereich empfohlen: "Beim gegenwärtigen Forschungsstand kann nicht sicher entschieden werden, anhand welcher Kriterien eine sinnvolle und valide Klassifikation innerhalb der großen Gruppe psychogener Ernährungsstörungen möglich ist" (Thiel & Paul, 1988).

7.2.3.4 Symptom-Check-List-90-R

Mit der Symptom-Check-List-90-R (SCL-90-R) von Derogatis liegt ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung der subjektiven Beeinträchtigung durch psychische und körperliche Symptome vor (Derogatis, 1977; Franke, 1992; Franke, 1995). Die Symptombelastung wird durch 90 Items erhoben, die sich neun Subskalen (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, phobische Angst, paranoides Denken, Psychotizismus / 83 Items) und drei globalen Kennwerten (GSI - global severity index, PSDI - positive symptom distress index, PST - positive symptom total / 7 Items) zuordnen lassen.

Der Proband gibt auf einer fünfstufigen Skala an, wie häufig er in den vergangenen sieben Tagen unter dem mit dem Item erfaßten Symptom gelitten hat. Beurteilt werden die Items in den Ausprägungen (mit den entsprechenden Itemkennwerten) überhaupt nicht (0), ein wenig (1), ziemlich (2), stark (3) und sehr stark (4).

Anschließend werden die Item-Antworten den neun Subskalen zugeordnet und pro Skala drei Werte (Summenwert, Skalenwert, Belastungstendenz) bestimmt. Darüber hinaus dann die drei globalen Kennwerte GSI (arithmetisches Mittel der Itemantworten), PSDI (arithmetisches Mittel der Itemantworten, bei denen Beschwerden angegeben werden) und der PST (Anzahl der angegebenen Beschwerden) ermittelt. Für die Auswertung sind die Skalenwerte und die globalen Kennwerte relevant. Es liegen für die einzelnen Skalen und den GSI Maximalgrenzen für die noch tolerierbare Anzahl von fehlenden Werten vor. Bei der Auswertung des Einzelfalls ist die Transformation zu t-Werten, die soziodemographische Faktoren berücksichtigen, sinnvoll, um adäquate Ergebnisse zu erhalten.

Für die deutsche Bearbeitung berichtet Franke für verschiedene klinische und nicht-klinische Stichproben folgende Reliabilitätswerte (Cronbach's alpha): In einer gesunden Vergleichsgruppe (n = 1006) lag die interne Konsistenz zwischen 0,51 (Skala Phobische Angst) und 0,83 (Skala Depressivität) sowie 0,94 (GSI). In einer klinischen Stichprobe (n = 568) lag die interne Konsistenz zwischen 0,78 (Paranoides Denken), 0,79 (Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst) und 0,89 (Depressivität) sowie 0,98 (GSI) (Franke, 1992).

Insgesamt kann die Reliabilität als gut bewertet werden. Hinsichtlich der Validität konnte eine faktorielle Validität anhand verschiedener Stichproben für die Originalfaktorenstruktur nachgewiesen werden. Aus Gründen der internationalen Vergleichbarkeit wurde keine modifizierte Faktorenstruktur (Rief, Greitemeyer & Fichter, 1991) angewandt. Die SCL-90-R diskriminiert sowohl zwischen gesunden und klinischen Stichproben (z. B. Normal-Gesunde vs. HIV-Infizierte) als auch innerhalb klinischer Patientengruppen (Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, Psychosen, Neurosen, Abhängigkeit, psychosomatische Störungen). Es liegen Angaben zur konvergenten Validität mit Befindlichkeitsmaßen (Skala 1 = Somatisierung und Beschwerdeliste BL einer Kontrollgruppe $r = .68$), mit Störungsmaßen (Skala 4 = Depression und Depressivitäts-Skala DS einer Kontrollgruppe $r = .81$) und Persönlichkeitsmaßen (Skala 3 = Unsicherheit im Sozialkontakt und FPI-R-Gehemmtheit $r = .49$) vor.

Eine Extraktion einzelner Subskalen aus dem Gesamtinventar des SCL-90-R und deren Vorlage als inhaltshomogener Itemblock gilt als obsolet und sollte unterbleiben, da sich damit die Reliabilitäts- und Validitätsparameter der Skalen und damit ihre Zuverlässigkeit erheblich verändern (Krampen-Paradigma).

Die SCL-90-R wird heute sowohl im Bereich der klinischen Diagnostik als auch zur Veränderungsmessung im Rahmen von Therapie und Forschung als ökonomisches, reliables und valides Instrument eingesetzt.

7.2.3.5 Fragebogen zu Kognitiven Schemata (FKS)

Der Fragebogen zu Kognitiven Schemata (FKS) dient der dimensionalen Erfassung von Persönlichkeitsstörungen (Fydrich, 1998). Vor dem Hintergrund der kognitiven Theorie der Persönlichkeitsstörungen von Beck werden typische Einstellungen und Haltungen als Aussagen spezifischen Persönlichkeitsstörungen zugeordnet (Beck & Freeman, 1990).

In der verkürzten deutschen Fassung enthält der Fragebogen 63 Items (typische Aussagen), mit denen Hinweise auf folgende Persönlichkeitsstörungen (PS) ermittelt werden können: Selbstunsichere PS, Dependente PS, Zwanghafte PS, Passiv-aggressive PS, Antisoziale PS, Narzisstische PS, Histrionische PS, Schizoide und schizotypische PS, Paranoide PS.

Für jede Persönlichkeitsstörung liegen jeweils sieben Items vor wie z. B.

- + Andere sollen anerkennen, dass ich jemand Besonderes bin
 (Narzisstische PS)
- + Das Schlimmste für mich wäre, verlassen zu werden (Dependente PS)
 u. s. w.

Der Grad der Zustimmung erfolgt anhand einer fünfstufigen Skala mit den Dimensionen "stimme überhaupt nicht zu" bis "stimme vollkommen zu". Bei der Auswertung werden die Itemwerte (Skalierung 1 - 5) addiert und durch die Anzahl der ausgefüllten Items dividiert. Zu berücksichtigen ist, dass es nicht um eine kategoriale

Differenzierung geht, nach der aufgrund von Grenzwerten eine Unterscheidung in persönlichkeitsgestört vs. nicht persönlichkeitsgestört erfolgen könnte. Bei den jeweiligen Scores handelt es sich um die dimensionalen Ausprägungen eines Kontinuum, das sich auf die inhaltlichen und klinischen Konzeptionen oben genannter Persönlichkeitsstörungen bezieht.

Nach Angaben der Autoren liegen die Werte für die interne Konsistenz (Cronbach's alpha) der einzelnen Skalen des Fragebogens zwischen .59 und .82. Erste Ergebnisse zur Validität beruhen auf einer Korrelation mit den dimensionalen Werten des SKID-II (Stichprobe mit $n = 281$ Patienten). Es zeigten sich einigermaßen zufriedenstellende Korrelationskoeffizienten (Pearson, $p < .001$) in Bezug auf die selbstunsichere PS ($r = .51$) und die dependente PS ($r = .57$). Alle anderen Koeffizienten lagen im Bereich von $r = .20$ bis $r = .37$. Die antisoziale PS war auf dem gewählten Signifikanzniveau nicht signifikant.

7.2.3.6 Kognitives Inventar für Borderline-Persönlichkeitsstörung (KIB)

Das Kognitive Inventar für Borderline-Persönlichkeitsstörung (KIB) dient der Erfassung von Aussagen, wie sie für Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung charakteristisch sind, da diese im Fragebogen zu kognitiven Schemata (FKS) nicht enthalten sind (beabsichtigt ist eine Zusammenführung beider Instrumente) (Beisel & Schweiger, 1999). Dieser Fragebogen wurde inzwischen umbenannt, und ist unter dem alten Namen BPI im Anhang zu finden. Der Fragebogen enthält 36 Items wie z. B.

8. Wenn Schwierigkeiten unüberwindlich sind, ist es besser, sich zu töten
26. Es ist angenehm, aufregend, sich gefährlichen Situationen auszusetzen

Die Bewertung der Borderline bezogenen Kognitionen erfolgt anhand einer fünfstufigen Skala mit den Dimensionen "stimme überhaupt nicht zu" bis "stimme vollkommen zu". Zur Auswertung werden die Itemwerte addiert und durch die Anzahl der Fragen dividiert (Summenscore).

Im Rahmen einer Faktorenanalyse des KIB ergaben sich bei einer Stichprobe von n = 322 Patientinnen 7 Faktoren, die insgesamt 57 % der Varianz aufklären. Die Faktoren wurden wie folgt benannt: 1. Suizidalität und Selbstverletzung, 2. Mißtrauen und negative Sicht der Welt und des Selbst, 3. Instabilität im Selbstbild, Verhalten und Affekt, 4. Verlassenwerden verhindern, 5. Impulsivität in selbstschädigenden Bereichen, 6. Dichotomes Denken, 7. Wut

Nach Angaben der Autoren liegen die Werte für die interne Konsistenz (Cronbach's alpha) für die einzelnen Faktoren zwischen .60 (Faktor 6) und .85 (Faktor 2). Für die vollständige Version ergab sich ein sehr zufriedenstellender Reliabilitätskoeffizient von .93. Untersuchungen zur Spezifität der Persönlichkeitsstörungen aus KIB und FKS ergaben nach multiplen Regressionsanalysen, dass für die meisten Persönlichkeitsdimensionen ein hoher Varianzanteil durch die anderen Persönlichkeitsstörungen aufgeklärt wurde. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigte mit $R^2 = .67$ eine geringe Spezifität. Nach ersten Ergebnissen zur differentiellen Validität des KIB differenzieren die Faktoren "Suizidalität und Selbstverletzung", "Instabilität in Selbstbild, Verhalten und Affekt", "Impulsivität in selbstschädigenden Bereichen" und "Wut" zwischen verschiedenen Störungsgruppen. Ein signifikant höherer Wert lag auch für den Gesamtscore des KIB bei Borderlinepatienten vor. Eine Messung zur konvergenten Validität zwischen Interviewergebnissen (SKID-II) und KIB ergab für die vollständige Version (36 Items) eine starke Korrelation von $r = .68$ ($p < 0,01$). Zur Untersuchung der konvergenten und der divergenten Validität wurde eine Stichprobe von n = 103 Patientinnen herangezogen. Bei dieser Stichprobe wurden unter Berücksichtigung der Mehrfachdiagnosen n = 129 Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert.

Insgesamt sehen die Autoren den KIB hinsichtlich seiner untersuchten Gütekriterien als vielversprechend an, wenn auch noch weitere Studien erforderlich sind, um das Inventar ausreichend zu evaluieren.

7.2.3.7 Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS)

Mit dem Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS) soll die Häufigkeit dissoziativer Symptome in den Bereichen Gedächtnis, Kognition, Bewußtsein und

Identität erfaßt werden (Bernstein & Putnam, 1986; Freyberger, Spitzer, Kuhn et al., 1998; Spitzer & Freyberger, 1997). Das in der deutschen Fassung aus 44 Items bestehende Selbstbeurteilungsverfahren orientiert sich an den Kriterien des DSM-IV und der ICD-10 zur Diagnostik dissoziativer Störungen.

Die 44 Items sind so formuliert, dass sie eher als alltägliche Erlebnisse und Erfahrungen aufgefaßt werden können:

- + Einigen Menschen passiert es gelegentlich, sich an einem Ort zu befinden und nicht zu wissen, wie sie dorthin gekommen sind. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.
- + Einige Menschen glauben manchmal, dass in ihrem Inneren eine andere Person existiert, für die sie einen Namen haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

Die Beantwortung der Items erfolgt anhand einer zehnstufigen Skala von 0 % (nie) bis 100 % (immer). Zur Auswertung werden die angekreuzten Werte addiert und durch die Anzahl der Fragen dividiert und so ein Gesamtscore ermittelt. Nach Faktorenanalysen werden drei Subskalen (dissoziative Amnesie, Tendenz zu imaginativen Erlebnisweisen, Depersonalisation/ Derealisation) vorgeschlagen, deren Auswertung ebenfalls durch die Addition der skalenspezifischen Itemwerte und der anschließenden Division durch die Itemanzahl erfolgt.

Teststatistische Untersuchungen der deutschen Version zur Reliabilität und Validität wurden an einer Stichprobe von $n = 813$ Probanden vorgenommen. Die Autoren berichten, dass der FDS mit dem DES vergleichbar zufriedenstellende Reliabilitätswerte (Cronbach's alpha = .93, Test-Retest-Koeffizient $r_{tt} = .88$) aufweist. Für die Subskalen wurden ebenfalls gute bis zufriedenstellende Reliabilitätswerte (Cronbach's alpha) von 0.73 (dissoziative Amnesie), 0.82 (Tendenz zu imaginativen Erlebnisweisen) und 0.75 (Depersonalisation/Derealisation) ermittelt. Der FDS besitzt eine hohe diskriminative Validität; das heißt, mit dem Testverfahren lassen sich verschiedene Stichproben (nichtklinische Probanden, Studierende, unselektierte

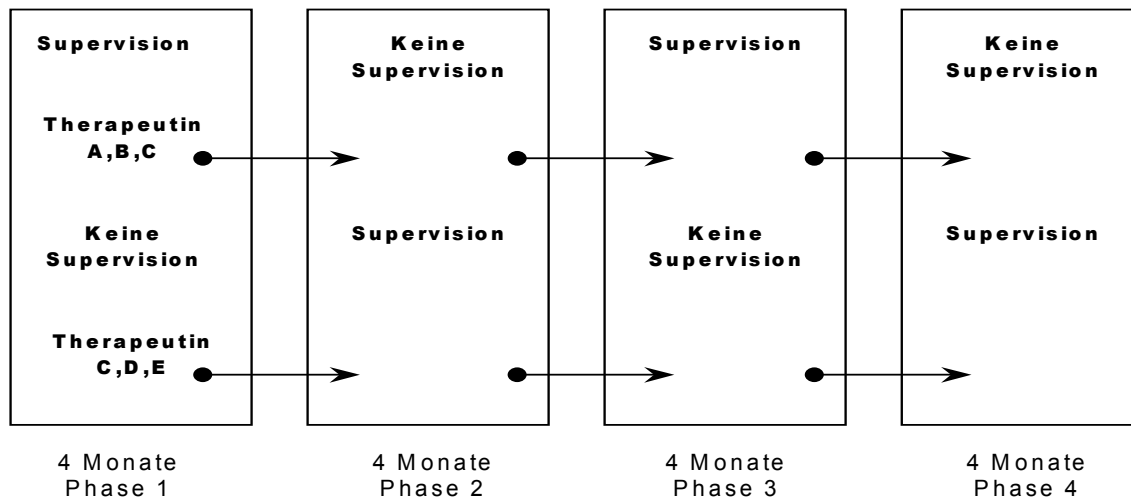
neurologische und psychiatrische Patienten, Schizophrene und dissoziative neurologische und psychiatrische Patienten) sehr gut unterscheiden. Überprüfungen zur konvergenten Validität stehen noch aus, da es zur Zeit kein weiteres Verfahren zur Überprüfung dissoziativer Phänomene im deutschsprachigen Raum gibt. In Bezug auf die divergente Validität wurden die Subskalen des SCL-90-R herangezogen. Niedrige Korrelationswerte (zwischen 0,1 - 0,28) weisen darauf hin, dass mit dem FDS spezifischere Phänomene erfaßt werden als mit den allgemeinen Symptomen der Subskalen des SCL-90-R.

Insgesamt zeigte sich der FDS als reliables und valides Instrument zur Erfassung dissoziativer Symptome und für den Einsatz in der Studie als geeignet.

8 Forschungsdesign

Im Forschungsdesign ist ein Wechsel von Supervisionszyklen und Non-Supervisionszyklen vorgesehen. Zu Beginn des Projektes arbeiteten zwei Therapeutinnen und Therapeuten unter Supervision, drei erhielten keine Supervision. Behandelt wurden pro Therapeutin je drei Patientinnen. Nach Abschluß der Therapien wechselten die Therapeutinnen und Therapeuten in Phase 2 und behandelten ebenfalls drei Patientinnen unter den Alternativbedingungen. In Phase 3 und 4 wiederholte sich das Vorgehen der ersten beiden Phasen (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1 Forschungsdesign



Nach dem Abschluß der ersten drei Phasen kam es aufgrund eines personellen Wechsels zu Schwierigkeiten in der Durchführung der vierten Supervisionsphase. Wir mussten uns daher leider auf die ersten drei Supervisionsphasen und vier Non-Supervisionsphasen beschränken. Die hier vorliegenden Daten beziehen sich auf drei Supervisionsphasen und auf vier Non-Supervisionsphasen.

Die Dauer der einzelnen Phasen war auf 10 bis höchstens 13 Wochen geplant. Dieser Zeitraum entspricht der Regelbehandlungszeit in der Klinik Roseneck für Patientinnen mit Essstörungen.

Zwei Therapeutinnen und Therapeuten nahmen an allen vier Phasen des Forschungsprojektes teil, zwei Therapeutinnen und Therapeuten nahmen an zwei Non-Supervisions- und einer Supervisionsphase teil, eine Kollegin verließ die Station nach dem Durchlauf der ersten beiden Phasen und eine neue Therapeutin wurde ab der dritten Phase in das Forschungsprojekt aufgenommen.

Der Wechsel der Therapeutinnen und Therapeuten zwischen den Phasen erfolgte nach Abschluß der Behandlung der drei für die laufende Phase vorgesehenen Patientinnen. Um lange Ausfallzeiten zu vermeiden, bemühten wir uns, die Aufnahmen so zu organisieren, dass die Projektpatientinnen für den einzelnen Therapeuten möglichst gleichzeitig aufgenommen wurden. Bei Behandlungen, die die vorgesehene Projektbehandlungsdauer von 10 bis höchstens 13 Wochen deutlich überschritten, wurden die Patientinnen nach 10 Wochen aus dem Projekt herausgenommen, wenn der Therapeut direkt vor einem Phasenwechsel stand.

8.1.1 Reflexion des Forschungsdesigns

Mit der vorliegenden Untersuchung sind verschiedene Störfaktoren verbunden. Durch Personalwechsel, Urlaubsvertretung, Patientenwechsel auf der Station und damit Unterbrechung der therapeutischen Gemeinschaft etc. können in der stationären Routineversorgung ähnliche Bedingungen nur über vergleichsweise kurze Zeiträume hergestellt werden.

Die Konsequenz daraus war die Festlegung auf ein praxisorientiertes Forschungsdesign mit einer Stichprobengröße von ca. 50 Patientinnen. Das bedeutet bei einer homogenen Gruppe anorektischer Patientinnen bereits eine sehr hohe Stichprobenanzahl. Trotzdem sind die Interpretationsmöglichkeiten der statistischen Ergebnisse eingeschränkt.

Sinnvoll erscheint es jedoch, über Erfolgsaussagen aufgrund statistischer Kriterien oder Effektstärkenberechnungen hinaus, auch eine Interpretation der Befunde nach klinischer Relevanz vorzunehmen (Reinecker, 1996). In Bezug auf die Therapieeffektivität bedeutet klinische Relevanz, dass sich Veränderungen durch die stationäre Therapie tatsächlich im alltäglichen Leben der Patientinnen auswirken.

Hinsichtlich der Supervision geht es vor diesem Hintergrund darum, welche Veränderungen durch die Supervision im professionellen Handeln der Therapeutinnen und Therapeuten bedeutsam sind.

8.2 Aufbau des Projektes

8.2.1 Beschreibung der Station B3

Die Untersuchung fand auf der Essstörungsstation B3 für Frauen der Klinik Roseneck statt. Die Station B3 wurde im Mai 1988 als eine der ersten Essstörungsstationen der Klinik aufgebaut. Mit einer Bettenzahl von 32 war sie damals die größte Essstörungsstation. Behandelt wurden Frauen, die unter einer Anorexia nervosa, Adipositas oder einer Bulimia nervosa litten. Die Behandlung erfolgte in Gruppen und einzeltherapeutisch, ohne dass die Patientinnen nach Krankheitsbildern getrennt waren. So erhielten übergewichtige, untergewichtige und Patientinnen mit Essanfällen die gleiche Behandlung.

Verhaltenstherapeutische Supervisionen wurden einmal wöchentlich von dem leitenden Psychologen mit dem Schwerpunkt durchgeführt, die Behandlung der aktuell problematischen Patientinnen zu besprechen.

Im Anschluß an die Renovierungsarbeiten im Haus B fand 1997 die Wiedereröffnung der Station B3 statt. Die Bettenzahl (Zweibettzimmer) wurde auf 28 Betten für Frauen mit Anorexia nervosa und überwiegend Bulimia nervosa reduziert. Während der Durchführung des Forschungsprojektes veränderte sich das ursprüngliche Bild der Station, da jetzt 14 bis 15 Frauen mit schwerer Anorexia nervosa behandelt wurden.

Zu dem Behandlungsteam der Station gehörte ein Oberarzt, eine Stationspsychologin, eine Stationsärztin, ein Psychologe mit halber therapeutischer Stelle, zwei Postgraduierte im Praktikum, eine Ärztin im Praktikum und drei Co-Therapeutinnen und Therapeuten (Krankenpflegepersonal mit therapeutischer Zusatzausbildung).

8.2.2 Therapeutinnen und Therapeuten

In dem Supervisionsforschungsprojekt wurden die auf der Station tätigen Psychologinnen, Psychologen und Ärztinnen erfasst, die weniger als 3 Jahre Berufserfahrung hatten. Sie befanden sich in verhaltenstherapeutischen Weiterbildungen und hatten bisher keine weiteren abgeschlossenen therapeutischen Zusatzausbildungen.

Während der Teilnahme an der NSV-Gruppe verpflichteten sich die Therapeutinnen und Therapeuten, an keinen Supervisionen (weder externe, noch interne) teilzunehmen. Um ethische Bedenken auszuräumen bzw. um bei therapeutischen Schwierigkeiten trotzdem Unterstützung zu erhalten, bestand für die Therapeutinnen und Therapeuten in der NSV-Gruppe die Gelegenheit zu einer Fallberatung durch den Oberarzt. Die Fallberatung fand nur im Sinne einer Krisenintervention statt und erfolgte auf den ausdrücklichen Wunsch der Bezugstherapeutin und des Bezugstherapeuten. Diese Möglichkeit wurde während der gesamten Projektdauer lediglich bei zwei Krisensituationen in Anspruch genommen.

Vier Therapeutinnen und Therapeuten nahmen an dem gesamten Forschungsprojekt teil. Bei einer Kollegin kam es zu einem Stellenwechsel, so dass sie nur an dem ersten Teil der Untersuchung teilnehmen konnte. In der zweiten Hälfte nahm die nachfolgende Kollegin teil.

Stellen- oder Stationswechsel dieser Art sind in psychosomatischen Einrichtungen mit einem Ausbildungsauftrag durchaus üblich. Daher gehört die Einarbeitung von neuen Kollegen/Kolleginnen zu den Standardabläufen im Klinikalltag.

8.2.3 Supervisorinnen und Supervisoren

Die Supervisionen wurden von dem Oberarzt und der Stationspsychologin (der Autorin) durchgeführt.

Beide verfügen über eine Anerkennung als verhaltenstherapeutische Supervisorinnen und Supervisoren, sind für anerkannte verhaltenstherapeutische Ausbildungsinstitute tätig und nahmen während der Projektdurchführung kontinuierlich an einer Weiterbildung für Supervisorinnen und Supervisoren teil.

8.2.4 Rahmenbedingungen der Supervision

Die Therapeutinnen und Therapeuten der Klinik Roseneck nehmen an einer fest installierten, zweiwöchentlich stattfindenden Supervisionsgruppe im Rahmen eines Weiterbildungsprogrammes teil.

Da ich seit Jahren zwei dieser Supervisionsgruppen betreue, wurde eine der Gruppen in das Forschungsprojekt integriert. Diese Supervisionsgruppe fand weiterhin im Zwei-Wochen-Rhythmus statt und wurde ausschließlich für die Projekt-Therapeutinnen und -Therapeuten der Supervisionsgruppe angeboten. Die Supervision erfolgte als Videosupervision nach dem A-Z-A-Problemlösemodell (vgl. Kapitel 4.11).

Die wöchentlich stattfindende Stationssupervision wurde von dem Oberarzt geleitet. Sie erfolgte als Live-Supervision unter der Einbeziehung der Patientin (vgl. Kapitel 4.10). An dieser Supervision nahmen alle Projekt-Therapeutinnen und -Therapeuten aus der Supervisionsgruppe, die Co-Therapeutinnen und -Therapeuten, die Stationspsychologin (Autorin) und gelegentlich Praktikanten/Praktikantinnen, die zeitweise auf der Station betreut wurden, teil.

8.3 Schwierigkeiten in der Durchführung des Projektes

8.3.1 Stationsbedingte Schwierigkeiten

Die Zusammenarbeit mit dem anorektischen Klientel wurde im Vorfeld des Projektes als besonders langwierig und erfolglos eingestuft. Das Team befürchtete vor allem den Mangel an direkt sichtbaren Erfolgen, wie sie im Vergleich zu der Behandlung des bulimischen Klientels z. B. in der Reduktion der Heißhungeranfälle oder des Erbrechens häufig relativ schnell beobachtbar ist. Dagegen kann es natürlich länger dauern, bis eine anorektische Frau eine Gewichtszunahme erzielt und diese in kleinen Schritten als Therapieerfolg bewertet. Aus diesem Grund bemängelten unsere Kollegen/Kolleginnen eine höhere Anstrengung mit möglicherweise weniger Erfolgserlebnissen.

Darüber hinaus verlangt die verhaltenstherapeutische Behandlung von Patientinnen mit Anorexia nervosa ein sehr konsequentes Vorgehen. Vor dem Hintergrund unserer Vorerfahrungen "je homogener eine Station ist, um so wichtiger wird die formale Gleichbehandlung der Patientinnen" wurden die Behandlungspläne für die Patientinnen mit Anorexia nervosa bezüglich der Gewichtsverträge und der Essensregelung standardisiert (vgl. Kapitel (5.3.4)). Damit wurden aber auch die Freiräume der Kollegen/Kolleginnen zur Anwendung individueller Therapieverträge deutlich eingeschränkt.

Des Weiteren wurde die Aufteilung der Therapeutinnen und Therapeuten in eine Supervisions- und eine Non-Supervisionsgruppe als schwierig bewertet, da eine Spaltung der Teamkohäsion als mögliche Auswirkung befürchtet wurde. Auch sahen sich die Kollegen/Kolleginnen in der Supervisionsgruppe durch die regelmäßige Supervision unter Leistungsdruck, die Non-Supervisionsgruppe dagegen glaubte, in

schwierigen Situationen überfordert zu werden. Aus diesem Grund bereitete die erste Aufteilung der Supervisionsgruppe vs. Non-Supervisionsgruppe einige Schwierigkeiten.

Die Co-Therapeutinnen und Therapeuten sahen besondere Probleme durch die Form der Aufnahmen der Patientinnen auf sich zukommen, da diese jetzt direkter einzelnen Therapeuten zuzuweisen waren als bisher. Es wurde weiterhin als problematisch betrachtet, dass durch die Veränderung des Klientels die schwierigeren Patienten auf der Station behandelt werden und häufiger Krisenkontakte zustande kommen dürften.

8.3.2 Klinikinterne Schwierigkeiten

Um den Ablauf des Forschungsprojektes zu sichern, war es notwendig, die Stationsbesetzung durch die Therapeuten über die Zeit des Projektes stabil zu halten. Da im stationären Setting Stellenwechsel oder Versetzungen auf andere Stationen häufig vorkommen, wurden wir hier mit einem nicht kalkulierbaren Risiko konfrontiert. Darüber hinaus wurde der Klinikleitung eine Einschränkung ihrer Freiräume beim Erstellen der Stationsbesetzungspläne zugemutet.

Die Koordination mit anderen Projekten, die ebenfalls im Essstörungenbereich durchgeführt wurden, musste gründlich vorbereitet werden.

Der bisheriger Aufnahmemodus erlaubte der Patientenverwaltung eine freiere Zuweisung der Patientinnen zu den einzelnen Stationen. Durch das Supervisionsforschungsprojekt wurden die Anorexia nervosa-Patientinnen überwiegend auf die Station B3 aufgenommen, was zu einem höheren Koordinationsaufwand führte. Bei Therapieabbrüchen konnten die Betten ebenfalls nicht mehr diagnoseunabhängig belegt werden.

Seitens der Oberärzte musste bereits vor der Aufnahme ein diagnostisches Vorgespräch bzw. eine Voreinschätzung nach Aktenlage durchgeführt werden, um eine Fehlzuweisung zu dem Projekt zu vermeiden. Dennoch kam es gelegentlich zu

kleineren Pannen, die unangenehme Auswirkungen auf den Stationsablauf nach sich zogen.

Es sollte auch nicht unerwähnt bleiben, dass ein Forschungsprojekt zu dem Thema Supervision in einer Klinik durchaus mit einem Stich in einen Wespennest verglichen werden kann. Supervision ist im stationären wie im ambulanten Setting mit einer gewissen "Machtposition" verbunden. Wer befugt ist, eine Supervision durchzuführen und wer die Kompetenzzuteilung darüber innehat, ist in vielen Fällen ein undurchschaubares Politikum.

8.4 Stichprobenbeschreibung

Die Gesamtstichprobe (n = 51) wurde, dem Forschungsdesign entsprechend (vgl. Kapitel 8), in die zwei Untersuchungsgruppen Supervision (SV) und Non-Supervision (NSV) aufgeteilt, um zu Aussagen über generelle und spezifische Supervisionseffekte zu gelangen.

8.4.1 Diagnosen nach DSM-IV

An der Studie nahmen insgesamt 51 Patientinnen mit einer Anorexia nervosa nach den Kriterien des DSM-IV teil.

Eine Komorbidität (vgl. Tabelle 3) besteht bei 59 % (n = 30) mit einer affektiven Erkrankung, bei 41 % mit einer Persönlichkeitsstörung, bei 35 % (n = 18) mit einer Angststörung und bei 4 % (n = 2) mit einer Substanzstörung. Das Komorbiditätsmuster entspricht den in der Literatur berichteten Befunden bei Essstörungen (Braun, Sunday & Halmi, 1994).

Tabelle 3 Diagnosen nach DSM-IV

	S + N	Supervision	Non-Supervision	Signifikanzniveau
	n = 51	n = 26	n = 25	
<i>Essstörung</i>		26	25	
Anorexia nervosa		26	25	
Affektive Störungen	30	16	14	Chi ² = ,36
Major Depression	28	14	14	P = .55 (ns)
Dysthyme Störung	2	2	0	
<i>Angststörungen</i>	18	9	9	Chi ² = 1,91
Panikstörung ohne	2	1	1	P = .17 (ns)
Agoraphobie				
Panikstörung mit	1	1		
Agoraphobie	10	4	6	
Soziale Phobie	4	3	1	
Zwangsstörung				
Posttraumatische	3	2	1	
Belastungsstörung				
<i>Substanzstörungen</i>	3	1	2	Chi ² = 9,69
Substanzmissbrauch	2	1	1	P = <.01 (s)
Alkoholabhängigkeit	1		1	
<i>Persönlichkeitsstörungen</i>				Chi ² = ,05
Selbstunsichere PS	21	12	9	P = ,82 (ns)
Dependente PS	9	4	5	
Zwanghafte PS	3	2	1	
Narzisstische PS				
Histrionische PS	12	6	6	
Borderline PS	2	1	1	

Zwischen den Untersuchungsgruppen (SV / NSV) zeigten sich außer bei den Substanzstörungen keine signifikanten Unterschiede.

Auch in bezug auf die Anzahl zusätzlicher Diagnosen (vgl. Tabelle 4) besteht zwischen den Untersuchungsgruppen kein signifikanter Unterschied (df 1,49; p = .68, ns). In der Gesamtstichprobe liegt bei 12 % eine Monosymptomatik vor, bei 16 % eine zusätzliche Diagnose, bei 14 % zwei zusätzliche Diagnosen und bei 8 % drei zusätzliche Diagnosen.

Tabelle 4 Anzahl der Diagnosen

	1 Diagnose	2 Diagnosen	3 Diagnosen	4 Diagnosen
Supervision	1	14	9	2
Non-Supervision	6	8	7	4
Supervision + Non-Supervision	7	22	16	6
t-Test Diagnoseanzahl / df 1,49; p = .68, ns				

8.4.2 Soziodemographische Daten

Das Alter der Patientinnen lag im Mittel bei 24,5 Jahren (SV) bzw. 22,4 Jahren (NSV). Unter Berücksichtigung der Erstmanifestation der Anorexie (vgl. störungsbezogene Daten) von durchschnittlich 5,6 Jahren (SV) bzw. 5,4 Jahren (NSV) verweist das jetzige Alter auf den typischen Beginn der Erkrankung zwischen dem 14. und 20. Lebensjahr mit einem Erkrankungsgipfel um das 18. Lebensjahr (vgl. Tabelle 5).

Die Daten für den Familienstand zeigen mit 73 % (SV) bzw. 92 % (NSV) das für Anorexia nervosa charakteristische Überwiegen lediger Patientinnen. Die Mehrzahl der unverheirateten Patientinnen lebt im Haushalt der Eltern. 62 % (SV) bzw. 67 % (NSV) ist zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Klinik ohne Partner (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5 Demographische Daten

	Supervision	Non-Supervision	Signifikanzniveau
Alter	n = 26 x 24,5 s (6,6)	n = 24 x 22,4 s (5,2)	F = 1,68 (ns)
Familienstand	n = 26	n = 24	Chi ² = ,21 (ns)
Unbekannt		1 (4 %)	
Ledig	19 (73 %)	22 (92 %)	
Verheiratet/ Lebensgemeinschaft	5 (19 %)	1 (4 %)	
Scheidung beantragt Geschieden	1 (4 %)		
Partnersituation	n = 26	n = 24	Chi ² = ,61 (ns)
kurzfristig kein Partner	6 (23 %)	4 (17 %)	
dauerhaft kein Partner	10 (39 %)	12 (50 %)	
wechselnder Partner	1 (4 %)	0	
fester Partner (Ehepartner)	2 (8 %)	2 (8 %)	
fester Partner (nicht Ehepartner)	5 (19 %)	6 (25 %)	
andere	2 (8 %)		
Haushalt	n = 26	n = 24	Chi ² = ,55 (ns)
allein, eigener Haushalt	8 (31 %)	4 (17 %)	
allein, fremder Haushalt bei Eltern		1 (4 %)	
eigener Haushalt (2 Personen)	12 (46 %)	15 (63 %)	
eigener Haushalt (3 – 4 Personen)	4 (15 %)	3 (13 %)	
	2 (8 %)	1 (4 %)	

Das Bildungsniveau der Patientinnen ist im Vergleich zur Normalbevölkerung relativ hoch. Operationalisiert über die Schulbildung verfügen 65 % (SV) bzw. 83 % (NSV) mindestens über einen mittleren Bildungsabschluss. Das unterstützt Befunde, nach denen anorektische Patientinnen vorwiegend aus der Mittel- und Oberschicht stammen, da diese ihre Kinder eher auf weiterbildende Schulen schicken (Garfinkel & Garner, 1982; Mitchell, Hatsukami, Eckert et al., 1985) (vgl. Tabelle 6).

Die derzeitige Tätigkeit besteht bei 39 % (SV) bzw. 42 % (NSV) in der Ausbildung, 31 % (SV) bzw. 25 % (NSV) arbeiten Teilzeit bzw. Vollzeit, 8 % (SV) bzw. 25 % (NSV) sind arbeitslos. Unter der Kategorie Sonstiges finden sich die Patientinnen, die z. B. ihre Schulausbildung bereits abgeschlossen haben, seither jedoch keiner weiteren Tätigkeit nachgegangen sind, da sie kontinuierlich krank waren (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6 Demographische Daten (2)

	Supervision	Non-Supervision	Signifikanzniveau
Schulbildung	n = 26	n = 24	Chi ² = ,14 (ns)
Hauptschule ohne Abschluss	2 (8 %)	1 (4 %)	
Hauptschule mit Abschluss	6 (23 %)	3 (13 %)	
Mittlere Reife o.ä.	5 (19 %)	12 (50 %)	
Fachschule	0	2 (8 %)	
Abitur ohne Studium	5 (19 %)	2 (8 %)	
Studium ohne Abschluss	5 (19 %)	2 (8 %)	
Studium mit Abschluss	2 (8 %)	0	
Anderes	1 (4 %)	2 (8 %)	
Letzter Beruf	n = 26	n = 24	Chi ² = ,36 (ns)
Ungelernt	5 (19 %)	1 (4 %)	
qualifiziert, einfach	6 (23 %)	6 (25 %)	
qualifiziert, mittel	2 (8 %)	4 (17 %)	
qualifiziert, leitend	1 (4 %)	0	
selbständig	1 (4 %)	0	
(Kleinbetrieb)			
in Ausbildung	11 (42 %)	13 (54 %)	
Derzeitige Tätigkeit	n = 26	n = 24	Chi ² = ,26 (ns)
Vollzeit	7 (27 %)	6 (25 %)	
Teilzeit	1 (4 %)		
arbeitslos	2 (8 %)	6 (25 %)	
Hausfrau,	1 (4 %)		
zusätzlich tätig			
Ausbildung	10 (39 %)	10 (42 %)	
Rentner / Pension		1 (4 %)	
sonstiges	5 (19 %)	1 (4 %)	

Der statistische Vergleich (T-Test bzw. Chi²-Quadrat) der zwei Untersuchungsgruppen ergab bei keinem der erhobenen Parameter einen signifikanten Gruppenunterschied. Es liegt dementsprechend Homogenität vor.

8.4.3 Störungsbezogene Daten

Die Erstmanifestation der Anorexia nervosa lag im Mittel bei 5,6 Jahren (SV) bzw. 5,4 Jahren (NSV) zurück. Beide Gruppen zeichnen sich durch einen charakteristisch langen Störungsverlauf aus (23 % (SV) bzw. 24 % (NSV) gemessen am Lebensalter).

Die Verweildauer in der Klinik zur Therapie betrug durchschnittlich 74 Tage (SV) bzw. 77 Tage (NSV). Danach konnten 92 % (SV) bzw. 88 % (NSV) gebessert (Experteneinschätzung) entlassen werden (Zustand bei Entlassung). Die Entlassungsart war mit 69 % (SV) bzw. 79 % (NSV) überwiegend regulär (vgl. Tabelle 7).

Eine mittlere bis günstige Prognose (Experteneinschätzung) konnte für 73 % (SV) bzw. 75 % (NSV) der Patientinnen gestellt werden (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7 Störungsbezogene Daten (1)

	Supervision	Non-Supervision	Signifikanzniveau
Erstmanifestation (in Jahren)	n = 26 m 5,6 sd (5,2)	n = 24 m 5,4 sd (4,3)	F = ,41 (ns)
Verweildauer in der Klinik (in Tagen)	n = 26 m 74,1 sd (26,6)	n = 24 m 76,9 sd (35,2)	F = ,54 (ns)
Entlassungsart	n = 26	n = 24	Chi ² = ,55 (ns)
Regulär	18 (69 %)	19 (79 %)	
Abbruch durch Patientin vorzeitig durch Therapeuten	2 (8 %)	2 (8 %)	
vorzeitig in ggs. Einvernehmen	2 (8 %)		
	4 (15 %)	3 (13 %)	
Zustand bei Entlassung	n = 26	n = 24	Chi ² = ,55 (ns)
wesentlich gebessert			
deutlich gebessert	6 (23 %)	8 (33 %)	
leicht gebessert	10 (39 %)	7 (29 %)	
unverändert	8 (31 %)	6 (25 %)	
leicht verschlechtert	1 (4 %)	3 (13 %)	
	1 (4 %)		
Prognose	n = 26	n = 24	Chi ² = ,97 (ns)
0 = günstig	1 (4 %)	2 (8 %)	
1	11 (42 %)	9 (38 %)	
2	7 (27 %)	7 (29 %)	
3	5 (19 %)	4 (17 %)	
4 = ungünstig	2 (8 %)	2 (8 %)	

Vergleich der Stichproben nach Therapiedauer und Therapieerfolg

Im Jahr vor der Aufnahme in die Klinik lag die Arbeitsunfähigkeit der Patientinnen bei durchschnittlich 12,4 Wochen (SV) bzw. 14,6 Wochen (NSV). Die Ermittlung der Arbeitsfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung ergab für 39 % (SV) bzw. 46 % (NSV), dass sie nach der Behandlung jetzt wieder arbeitsfähig waren, für 23 % (SV) bzw. 25 % (NSV), dass sie unverändert arbeitsfähig sind, für 35 % (SV) bzw. 29 % (NSV), dass sie unverändert arbeitsunfähig sind und für 4 % (SV) eine neu eingetretene Arbeitsunfähigkeit (aufgrund einer hinzugekommenen körperlichen Erkrankung) (vgl. Tabelle 8).

Tabelle 8 Störungsbezogene Daten (2)

	Supervision	Non-Supervision	Signifikanzniveau
Arbeitsunfähigkeit vor Aufnahme (in Wochen)	n = 24 m = 12,4 sd = (16)	n = 20 m = 14,6 sd = (23)	F = ,65 (ns)
Arbeitsfähigkeit bei Entlassung	n = 26	n = 24	Chi ² = ,75 (ns)
Unverändert arbeitsfähig	6 (23 %)	6 (25 %)	
Unverändert arbeitsunfähig	9 (35 %)	7 (29 %)	
Jetzt wieder arbeitsfähig	10 (39 %)	11 (46 %)	
Neu eingetretene Arbeitsunfähigkeit	1 (4 %)		

Vergleich der Stichproben nach Arbeitsunfähigkeit / Arbeitsfähigkeit

Bei den störungsbezogenen Daten ergab die statistische Analyse ebenfalls keinen signifikanten Gruppenunterschied.

Das trifft auch für die globalen Parameter, die einen Bezug zum Behandlungserfolg haben wie "Zustand bei Entlassung", die "Arbeitsfähigkeit bei Entlassung" oder auch die "Prognose" zu. Diese vermitteln jedoch keinen ausreichend differenzierenden Eindruck hinsichtlich der Effekte von Supervision. Ob sich die Gruppen tatsächlich unterscheiden, wird anhand verschiedener Instrumente zur Erhebung der Prozessqualität und der Ergebnisqualität (vgl. Kapitel 6) genauer untersucht.

9 Ergebnisse

Zur leichteren Orientierung im Ergebnisteil beginnt das Kapitel mit einer Übersicht der eingesetzten Forschungsinstrumente.

Tabelle 9 Übersicht der eingesetzten Forschungsinstrumente

Diagnostik	Prozessqualität	Ergebnisqualität
Internationale Diagnose-Checklisten (IDCL)	Supervisions-Stundenbogen für den Supervisor (SSB 1)	Body-Mass-Index (BMI)
	Supervisions-Stundenbogen (SSB 2)	Beck-Depressions-Inventar (BDI)
	TherapeutInnenstundenbogen (TB)	Eating Disorder Inventory (EDI)
	Klienten/Klientinnen-stundenbogen (KB)	Symptom-Check-List-90-R (SCL-90-R)
	Symptomwochenbericht (ST)	Fragebogen zu Kognitiven Schemata (FKS)
		Borderline-Persönlichkeits-Inventar (KIB)
		Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS)

Die Auswertung der eingesetzten Fragebögen wurde mit Hilfe des Statistikprogramms StatView 5.0 durchgeführt (SAS Institute, 1998). Je nach Notwendigkeit erfolgte die Auswertung durch t-Tests, Varianzanalysen (ANOVA, MANOVA, ANCOVA, Repeated-measurments-ANOVA), Korrelations- und Regressionsanalysen sowie eine Effektstärkenberechnung (Bortz, 1993; Bortz & Lienert, 1998). Die Resultate der Auswertung werden auf den folgenden Seiten zuerst für die Prozessqualität, dann für die Ergebnisqualität dargestellt.

9.1 Resultate zur Prozessqualität

9.1.1 Auswertung Supervisions-Stundenbögen

9.1.1.1 Supervisions-Stundenbogen für den Supervisor (SSB 1)

Die Mittelwerte der Bewertungen der Supervisorinnen und Supervisoren unterscheiden sich auf der Skala "Persönliche Fertigkeiten" ($p < .05$) signifikant. Die Korrelationsanalyse zeigte keine signifikante Übereinstimmung in der Einschätzung der "Persönlichen Fertigkeiten" der Supervisandinnen und Supervisanden. Der Anteil gemeinsamer Varianz liegt hier bei 61 %. Eine sehr signifikant hohe Korrelation ($p < .01$; $r = .90$) findet sich bei der Skala "Therapeutische Fertigkeiten" (vgl. Tabelle 10). Die Interpretierbarkeit dieses Ergebnisses wird allerdings durch die geringe Zahl von Supervisorinnen und Supervisoren ($n=2$) eingeschränkt.

Tabelle 10 Supervisions-Stundenbogen für den Supervisor (SSB 1)

Skala	Video Supervision		Live Supervision		t	p	r	p
	m	sd	m	sd				
Persönliche Fertigkeiten	1.89	.91	1.11	.41	2.82	<.05*	.78	.07 ns
Therapeutische Fertigkeiten	1.10	.71	1.03	.47	.59	.59	.90	.01 **

Signifikanzniveau *: $p < .05$; **: $p < .01$; ***: $p < .001$; ns: nicht signifikant

9.1.1.2 Supervisions-Stundenbogen (SSB 2)

Es liegen bei beiden Skalen keine signifikanten Mittelwertsunterschiede vor. Die Korrelationsanalyse ergab bis auf die Skala "Zufriedenheit mit der Supervision" signifikante bis hoch signifikante korrelative Zusammenhänge zwischen den Supervisionsformen ($p < .05$, $p < .01$; $r = .83$ - $r = .91$) auf den drei Skalen "Fortschritte innerhalb und außerhalb der Supervision" und "Qualität der Supervisionsbeziehung" (vgl. Tabelle 11).

Tabelle 11 Supervisions-Stundenbogen (SSB 2)

Skala	Video Supervision		Live Supervision		t	p	R	p
	m	sd	m	sd				
Zufriedenheit mit der Supervision	1.80	.67	1.45	.11	1.28	.25	.11	.83 ns
Fortschritte innerhalb der Supervision	1.55	.60	1.29	.33	1.72	.15	.83	.04 *
Fortschritte außerhalb der Supervision	1.03	.57	.71	.75	2.19	.08	.89	.02 *
Qualität der Supervisionsbeziehung	1.71	.97	1.38	.74	1.93	.11	.91	.01 **

Signifikanzniveau *: $p < .05$; **: $p < .01$; ***: $p < .001$; ns: nicht signifikant

9.1.2 Auswertung der Fragebögen für TherapeutInnen und Klienten/Klientinnen

9.1.2.1 TherapeutInnenstundenbogen

Der Vergleich der Gesamtmittelwerte der Untersuchungsgruppen Supervision (SV) und Non-Supervision (NSV) zeigte auf keiner Skala einen signifikanten Unterschied (vgl. Tabelle 12).

Tabelle 12 TherapeutInnenstundenbogen (TB) Mittelwertvergleich SV (n=26) / NSV (n=25)

Skala	Supervision		Non-Supervision		Varianzanalyse			
	m	sd	m	sd	df	F	p	
Positive Zusammenarbeit	.59	.73	.62	.76	1,49	.02	.90	ns
Sicherheit im therapeutischen Vorgehen	1.24	.59	1.06	.65	1,49	1.07	.30	ns

Signifikanzniveau *: $p < .05$; **: $p < .01$; ***: $p < .001$; ns: nicht signifikant

9.1.2.2 Vergleich des Therapieverlaufs über 10 Wochen

Die Analyse der Untersuchungsgruppen für den Therapieverlauf über 10 Wochen zeigte keinen signifikanten Gruppenunterschied für die Skalen "Positive Zusammenarbeit" und "Sicherheit im therapeutischen Vorgehen" des TherapeutInnenstundenbogens. Es lagen keine Zeit- oder Interaktionseffekte vor (vgl. Tabelle 13).

Tabelle 13 TherapeutInnenstundenbogen (TB) 10 Wochen Therapieverlauf SV (n=11) / NSV (n=11)

Skala	Gruppe	Woche	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Varianzanalyse
Positive Zusammenarbeit	SV	m	.65	.70	.92	.56	.83	.96	.88	1.01	.71	.75	Gruppe(G): df=1,180; F=.16; p<.69 ns Zeit (Z): df=9; F=.82; p<.60 ns G x Z: df=9; F=.94; p<.49 ns
		sd	.92	1.13	.98	1.07	.73	.81	.83	.49	.88	.95	
	NSV	m	.58	.90	1.09	1.09	1.05	.62	1.14	.81	.91	.97	
		sd	.74	.75	.72	1.21	.96	1.02	1.0	.80	.70	1.0	
Sicherheit im therapeutischen Vorgehen	SV	m	1.32	1.29	1.65	1.35	1.58	1.65	1.53	1.62	1.20	1.49	Gruppe(G): df=1,180; F=1.20; p<.29 ns Zeit (Z): df=9; F=.08; p<.62 ns G x Z: df=9; F=1.54; p<.13 ns
		sd	.68	.68	.60	.89	.60	.49	.61	.68	1.03	.87	
	NSV	m	1.24	1.32	1.55	1.20	1.02	.92	1.47	.88	1.36	1.23	
		sd	.60	.73	.72	1.08	.75	.85	.90	.90	.63	.98	

Signifikanzniveau *: p<.05; **: p<.01; ***: p<.001; ns: nicht signifikant; Verminderung der Stichprobenzahl durch drop out

SV = Supervisionsgruppe; NSV = Non-Supervisionsgruppe

Eine differenzierte Analyse der einzelnen Skalen des TherapeutInnenstundenbogens zwischen der Supervisionsgruppe und der Non-Supervisionsgruppe in Bezug auf jede einzelne Woche ergab für die Skala "Positive Zusammenarbeit" keinen signifikanten Unterschied (vgl. Tabelle 14). In der Einzelanalyse der Skala "Sicherheit im therapeutischen Vorgehen" zeigten sich lokalisierte Effekte in der sechsten und achten Woche. Zu diesen Zeitpunkten zeigte sich die Supervisionsgruppe sicherer als die Non-Supervisionsgruppe (p<.05) (vgl. Tabelle 15).

**Tabelle 14 TherapeutInnenstundenbogen (TB) / Positive Zusammenarbeit
Mittelwertvergleich SV (n=11) / NSV (n=11) pro Woche**

Woche	Supervision			Non-Supervision			Varianzanalyse			
	m		sd	m		sd	df	F	p	
1 Woche	.65		.92	.58		.74	1,20	.03	.86	ns
2 Woche	.70		1.13	.90		.75	1,20	.23	.64	ns
3 Woche	.92		.98	1.09		.72	1,20	.21	.65	ns
4 Woche	.56		1.07	1.09		1.21	1,20	1.19	.29	ns
5 Woche	.83		.73	1.05		.96	1,20	.37	.55	ns
6 Woche	.96		.81	.62		1.02	1,20	.74	.40	ns
7 Woche	.88		.83	1.14		1.0	1,20	.44	.52	ns
8 Woche	1.01		.49	.81		.80	1,20	.54	.47	ns
9 Woche	.71		.88	.91		.70	1,20	.33	.57	ns
10 Woche	.75		.95	.97		1.0	1,20	.28	.60	ns

Signifikanzniveau *: p<.05; **: p<.01; ***: p<.001; ns: nicht signifikant; Verminderung der Stichprobenzahl durch drop out

**Tabelle 15 TherapeutInnenstundenbogen (TB) / Sicherheit im therapeutischen
Vorgehen Mittelwertvergleich SV (n=11) / NSV (n=11) pro Woche**

Woche	Supervision			Non-Supervision			Varianzanalyse			
	m		sd	m		sd	df	F	p	
1 Woche	1.32		.68	1.24		.60	1,20	.08	.78	ns
2 Woche	1.29		.68	1.32		.73	1,20	.01	.92	ns
3 Woche	1.65		.60	1.55		.72	1,20	.14	.71	ns
4 Woche	1.35		.89	1.20		1.08	1,20	.13	.72	ns
5 Woche	1.58		.60	1.02		.75	1,20	3.78	.07	ns
6 Woche	1.65		.49	.92		.85	1,20	6.06	.02	*
7 Woche	1.53		.61	1.47		.90	1,20	.03	.85	ns
8 Woche	1.62		.68	.88		.90	1,20	4.74	.04	*
9 Woche	1.20		1.03	1.36		.63	1,20	.21	.65	ns
10 Woche	1.49		.87	1.23		.98	1,20	.43	.52	ns

Signifikanzniveau *: p<.05; **: p<.01; ***: p<.001; ns: nicht signifikant; Verminderung der Stichprobenzahl durch drop out

9.1.2.3 Klienten/Klientinnen-Stundenbogen.

Die Einschätzung der Therapie durch die Patientinnen zeigte für die Untersuchungsgruppen SV / NSV auf der Skala Emotionalität einen signifikanten Unterschied (p<.05). Die Patientinnen der Non-Supervisionsgruppe bewerteten die Therapie tendenziell als weniger schmerzhaft (Das heißt, es wurden weniger schmerzhaft Emotionen aktualisiert als in der Supervisionsgruppe.) (vgl. Tabelle 16).

Tabelle 16 Klienten/Klientinnen-Stundenbogen (KB) Mittelwertvergleich SV (n=26) / NSV (n=25)

Skala	Supervision		Non-Supervision		Varianzanalyse			
	m	sd	m	sd	Df	F	p	
Zufriedenheit mit der Therapie	1.66	.88	2.04	.90	1,49	2.37	.13	ns
Fortschritte innerhalb der Therapie (Klärungserfahrungen)	1.21	.62	1.39	.77	1,49	.83	.37	ns
Fortschritte außerhalb der Therapie (Bewältigungserfahrungen)	.51	.83	.85	.73	1,49	2.36	.13	ns
Qualität der Therapiebeziehung	1.77	.78	1.85	.80	1,49	.13	.72	ns
Emotionalität	.13	.96	-.52	.98	1,49	5.63	.02	*

Signifikanzniveau *: $p < .05$; **: $p < .01$; ***: $p < .001$; ns: nicht signifikant;

9.1.2.4 Vergleich des Therapieverlaufs über 10 Wochen

Die Überprüfung des 10-Wochenverlaufs ergab für die Skala "Zufriedenheit mit der Therapie" einen signifikanten Zeiteffekt ($p < .05$); für die Skalen Fortschritte innerhalb und außerhalb der Therapie höchst signifikante Zeiteffekte ($p < .001$). Gruppen- und Interaktionseffekte lagen bei den Skalen nicht vor. Bei den Skalen "Qualität der Therapiebeziehung" und "Emotionalität" zeigten sich keine Signifikanzen (vgl. Tabelle 17).

**Tabelle 17 Klienten/Klientinnen-Stundenbogen (KB) 10 Wochen Therapieverlauf
Supervisionsgruppe SV (n=12) / Non-Supervisionsgruppe NSV (n=10)**

Skala	Gruppe	Woche	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Varianz-analyse
Zufriedenheit mit der Therapie	SV	m	1.79	1.89	2.26	1.74	2.09	1.92	2.28	2.07	1.87	2.06	Gruppe (G): df=1,180;F=.05; p<.83 ns Zeit (Z): df=9; F=2.01; p<.05 * G x Z: df=9; F=.38; p<.94 ns
		sd	1.18	1.11	.87	1.54	1.1	.85	.89	1.24	1.31	.90	
	NSV	m	1.58	2.1	2.28	1.92	2.2	1.92	2.23	2.2	2.25	2.32	
		sd	.96	1.12	1.03	1.74	1.48	1.37	1.88	1.32	1.21	1.26	
Fortschritte innerhalb der Therapie (Klärungserfahrungen)	SV	m	1.09	1.25	1.65	1.49	1.60	1.56	1.74	1.52	1.52	1.55	Gruppe (G): df=1,180; F=.00; p<.97 ns Zeit (Z): df=9; F=3.46; p<.001*** G x Z: df=9; F=.37; p<.95
		sd	.72	.36	.91	.97	.72	.91	.76	.93	.62	.84	
	NSV	m	.81	1.29	1.71	1.33	1.59	1.36	1.76	1.61	1.66	1.73	
		sd	.56	.96	1.02	1.61	1.36	1.0	1.01	1.04	.83	.98	
Fortschritte außerhalb der Therapie (Bewältigungserfahrungen)	SV	m	.18	.11	.36	.41	.91	.52	.71	.61	.59	.73	Gruppe (G): df=1,180; F=.70; p<.41 ns Zeit (Z): df=9; F=4.22; p<.001*** G x Z: df=9; F=1.14; p<.34 ns
		sd	1.23	1.04	1.28	1.07	1.14	.86	.85	.85	.83	.83	
	NSV	m	-.28	.40	.60	.05	1.03	.78	1.18	.95	1.35	1.48	
		sd	1.08	1.06	1.06	1.5	.95	1.12	1.21	.88	.96	.94	
Qualität der Therapiebeziehung	SV	m	1.84	1.96	2.11	1.89	2.36	2.02	2.05	1.82	1.66	1.82	Gruppe (G): df=1,180; F=.00; p<.98 ns Zeit (Z): df=9 F=.77; p .64 ns G x Z: df=9; F=1.27; p<.26 ns
		sd	1.13	.95	.96	1.27	.77	.86	.96	1.24	1.25	.99	
	NSV	m	1.58	2.0	2.03	1.95	1.78	1.93	2.08	2.05	2.0	2.28	
		sd	.94	1.05	.94	1.62	1.29	1.46	1.57	1.20	1.19	.74	
Emotionalität	SV	m	-1.0	-.55	.64	.55	.36	0	.55	.82	.50	.41	Gruppe (G): df=1,180; F=2.85; p<.11 ns Zeit (Z): df=9; F=1.2; p<.30 ns G x Z: df=9; F=1.4; p<.19 ns
		sd	1.66	1.98	1.63	1.77	1.45	2.06	1.57	1.35	1.41	1.64	
	NSV	m	-.30	-.50	-.60	-.80	-.60	-.15	-.80	.30	-.25	1.35	
		sd	1.51	1.65	1.73	1.78	1.87	1.42	1.86	1.78	2.16	1.65	

Signifikanzniveau *: p<.05; **: p<.01; ***: p<.001; ns: nicht signifikant;Verminderung der Stichprobenzahl durch drop out

Zur deskriptiven Auswertung des Zeitverlaufs werden die signifikant unterschiedlichen Skalen des Klienten/Klientinnen-Stundenbogens graphisch dargestellt.

Abbildung 2 Zeiteffekte des Klienten/Klientinnen-Stundenbogens Skala 1

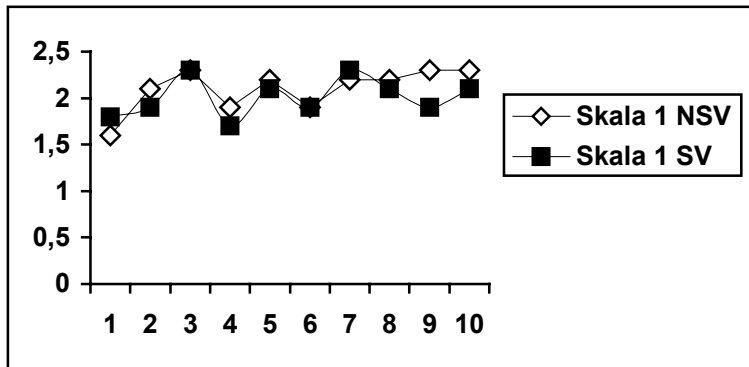


Abbildung 3 Zeiteffekte des Klienten/Klientinnen-Stundenbogens Skala 2

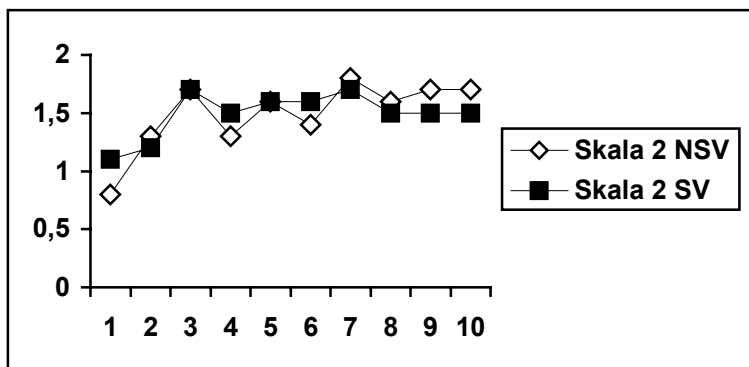
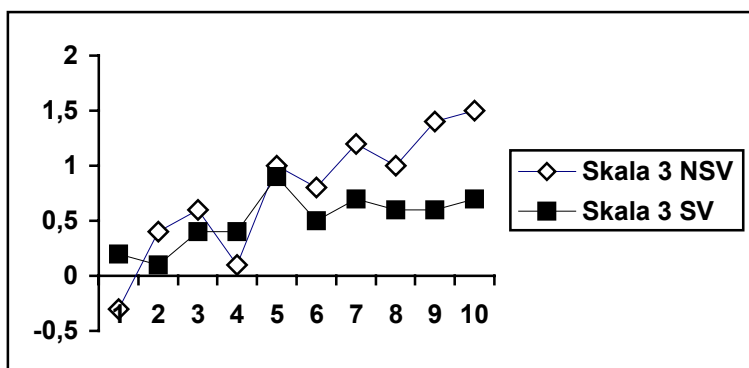


Abbildung 4 Zeiteffekte des Klienten/Klientinnen-Stundenbogens Skala 3



Bei den Skalen "Zufriedenheit mit der Therapie" und "Fortschritte innerhalb und außerhalb der Therapie" ist insgesamt eine steigende Tendenz der Mittelwerte festzustellen. Für die dritte, fünfte und siebte Woche zeigten sich auf allen Skalen besonders hohe Werte.

Bemerkenswert ist insgesamt die hohe zeitliche Stabilität der Einschätzung der Prozessqualität durch die Patientinnen. Bereits die Mittelwerte der Einschätzungen der ersten drei Behandlungswochen determinieren 69 % (Skala 1), 70 % (Skala 2), 64 % (Skala 3) und 73 % (Skala 4) der Variabilität des Gesamtmittelwertes der jeweiligen Skalen.

9.2 Korrelative Beziehungen zwischen Prozessqualität und Ergebnisqualität

9.2.1 Eating Disorder Inventory

Für die Skalen "Ineffektivität" und "Angst vor dem Erwachsenwerden" liegen hoch signifikante negative Korrelationen ($p < .01$) von geringer Stärke ($r = .41$ bzw. $r = .36$) vor. Für die Skala "Zwischenmenschliches Misstrauen" besteht eine signifikant negative Korrelation ($p < .05$) geringer Stärke ($r = .29$) (vgl. Tabelle 18).

Tabelle 18 Klienten/Klientinnen-Stundenbogen (KB): Korrelation der Zufriedenheit mit der Therapie und den Skalen des EDI zum Entlassungszeitpunkt

Skala	r	p	
Schlankheitsstreben	.10	.49	ns
Bulimie	.11	.47	ns
Körperliche Unzufriedenheit	.07	.63	ns
Ineffektivität	-.41	.005	**
Perfektionismus	.22	.15	ns
Zwischenmenschliches Misstrauen	-.29	.05	*
Interozeption	.19	.20	ns
Angst vor dem Erwachsenwerden	-.36	.01	**

Signifikanzniveau *: $p < .05$; **: $p < .01$; ***: $p < .001$; ns: nicht signifikant

9.2.2 Symptom-Check-List-90-R

Signifikante negative Korrelationen ($p < .05$) geringer Stärke ($r = .30$ bis $r = .34$) liegen hier sowohl bei dem "Gesamtscore" als auch bei den Skalen "Somatisierung", "Unsicherheit im Sozialkontakt", "Depressivität", "Psychische Belastung" und "Symptomanzahl" vor (vgl. Tabelle 19).

Tabelle 19 Klienten/Klientinnen-Stundenbogen (KB): Korrelation der Zufriedenheit mit der Therapie und den Skalen des SCL-90-R zum Entlassungszeitpunkt

Skala	r	p	
Gesamtscore	-.30	.05	*
Somatisierung	-.33	.02	*
Zwanghaftigkeit	.28	.06	ns
Unsicherheit im Sozialkontakt	-.32	.03	*
Depressivität	-.34	.02	*
Ängstlichkeit	.28	.06	ns
Aggressivität / Feindseligkeit	.23	.13	ns
Phobische Angst	.28	.06	ns
Paranoides Denken	.22	.14	ns
Psychotizismus	.27	.07	ns
Psychische BelastungGSI	-.32	.03	*
Symptomanzahl PST	-.33	.03	*

Signifikanzniveau *: $p < .05$; **: $p < .01$; ***: $p < .001$; ns: nicht signifikant

Abschließend wurde eine Korrelationsmatrix für alle Skalen des TherapeutInnen- und Klienten/Klientinnen-Stundenbogens untereinander und mit den Aufnahme- und Entlassungswerten des BMI, des BDI und des SCL-90-R-Gesamtscore berechnet (vgl. Tabelle 20).

Tabelle 20 Interkorrelationen der Skalen des TherapeutInnenstundenbogens und des Klienten/Klientinnen-Stundenbogens mit dem BMI, BDI und SCL-90-R (Darstellung signifikanter Korrelationen)

	TB 1	TB 2	KB 1	KB 2	KB 3	KB 4	KB 5	BMI-A	BMI-E	BDI-A	BDI-E	SCI-90-R-A
TB 1	1,00											
TB 2	.79	1,00										
KB 1	.53	.40	1,00									
KB 2	.55	.49	.74	1,00								
KB 3	.45	.36	.41	.65	1,00							
KB 4	.53	.34	.89	.72	.44	1,00						
KB 5	-.19	-.06		-.33	-.47		1,00					
BMI-A								1,00				
BMI-E	.34	.33	.37	.39		.39		.74	1,00			
BDI-A	-.38			-.34	-.56		.43			1,00		
BDI-E	-.51	-.39	-.38	-.51	-.46	-.51	.33		-.32	.58	1,00	
SCL-90-R-A	-.39				-.33	-.31	.42	.55	.60			1,00
SCL-90-R-E	-.37		-.34	-.50	-.43	-.44	.45	.54	.76		-.31	.64

Korrelation, > r = .30, p < .05

Anmerkung:

- TB 1 = Positive Zusammenarbeit
- TB 2 = Sicherheit im therapeutischen Vorgehen
- KB 1 = Zufriedenheit mit der Therapie
- KB 2 = Fortschritte innerhalb der Therapie (Klärungserfahrungen)
- KB 3 = Fortschritte außerhalb der Therapie (Bewältigungserfahrungen)
- KB 4 = Qualität der Therapiebeziehung
- KB 5 = Emotionalität
- BMI = Body-Mass-Index
- BDI = Beck-Depressions-Inventar
- SCL-90-R = Symptom-Checklist-90-R

9.2.3 TherapeutInnenstundenbogen (TB)

9.2.3.1 Korrelation zwischen der Skala "Positive Zusammenarbeit" des TherapeutInnenstundenbogens und weiteren Faktoren

Für die Skala "Positive Zusammenarbeit" des TherapeutInnenstundenbogens findet sich eine signifikante Korrelation mittlerer Stärke ($p < .05$; $r = .79$) mit der Skala "Sicherheit im therapeutischen Vorgehen". Des Weiteren zeigen sich in Beziehung zu den Skalen des Klienten/Klientinnen-Stundenbogens "Zufriedenheit mit der Therapie", "Fortschritte innerhalb der Therapie" und "Qualität der Therapiebeziehung" signifikante Korrelationen mit geringer Stärke ($p < .05$; $r = .53$ bis $r = .55$). Die Skala "Fortschritte außerhalb der Therapie" korreliert signifikant mit sehr geringer Stärke ($p < .05$; $r = .45$). Die Skala "Emotionalität" weist eine signifikante gegenläufige Korrelation mit sehr geringer Stärke ($p < .05$; $r = -.19$) auf. Auch der Entlassungswert des BMI korreliert signifikant mit geringer Stärke ($p < .05$; $r = .34$). Für den BDI und den SCL-90-R bestehen signifikante gegenläufige Korrelationen mittlerer Stärke ($p < .05$; $r = -.38$ bis $r = -.51$) (vgl. Korrelationsmatrix).

9.2.3.2 Korrelation zwischen der Skala "Sicherheit im therapeutischen Vorgehen" des TherapeutInnenstundenbogens und weiteren Faktoren

Die Skala "Sicherheit im therapeutischen Vorgehen" des TherapeutInnenstundenbogens korreliert signifikant mit den Skalen "Zufriedenheit mit der Therapie", "Fortschritten innerhalb und außerhalb der Therapie" und der "Qualität der Therapiebeziehung" in geringer Stärke ($p < .05$; $r = .34$ bis $r = .49$). Es besteht ebenfalls eine signifikante gegenläufige Korrelation mit sehr geringer Stärke ($p < .05$; $r = -.06$) mit der Skala "Emotionalität". Der BMI-Entlassungswert korreliert signifikant mit geringer Stärke ($p < .05$; $r = .33$) und der BDI-Entlassungswert zeigt einen signifikanten gegenläufigen Zusammenhang geringer Stärke ($p < .05$; $r = -.34$) (vgl. Korrelationsmatrix).

9.2.4 Klienten/Klientinnen-Stundenbogen

9.2.4.1 Korrelation zwischen der Skala "Zufriedenheit mit der Therapie" des Klienten/Klientinnen-Stundenbogens und anderen Faktoren

Bei der Skala "Zufriedenheit mit der Therapie" des Klienten/Klientinnen-Stundenbogens finden sich die signifikanten Zusammenhänge mittlerer Stärke mit den Skalen des TherapeutInnenstundenbogens. Weitere signifikante Korrelationen mittlerer Stärke ($p < .05$; $r = .74$ und $r = .89$) bestehen mit den Skalen "Fortschritte innerhalb der Therapie" und "Qualität der Therapiebeziehung". Die Skala "Fortschritte außerhalb der Therapie" und der BMI-Entlassungswert weisen eine signifikante Korrelation geringer Stärke auf ($p < .05$; $r = .41$ und $r = .33$). Für die Entlassungswerte des BDI und des SCL-90-R bestehen signifikante gegenläufige Korrelationen geringer Stärke ($p < .05$; $r = -.38$ und $r = -.34$) (vgl. Korrelationsmatrix).

9.2.4.2 Korrelation zwischen der Skala "Fortschritte innerhalb der Therapie (Klärungserfahrungen)" des Klienten/Klientinnen-Stundenbogens und anderen Faktoren

Die Skala "Fortschritte innerhalb der Therapie (Klärungserfahrungen)" des Klienten/Klientinnen-Stundenbogens zeigt signifikante Zusammenhänge geringer bzw. mittlerer Stärke mit den Skalen des TherapeutInnenstundenbogens und signifikante Korrelation mittlerer Stärke mit der Skala "Zufriedenheit mit der Therapie" ($p < .05$; $r = .74$). Signifikante Zusammenhänge mittlerer Stärke ($p < .05$; $r = .65$ und $r = .72$) mit den Skalen "Fortschritte außerhalb der Therapie" und der "Qualität der Therapiebeziehung". Die Skala "Emotionalität" korreliert signifikant gegenläufig in geringer Stärke ($p < .05$; $r = -.33$). Der Entlassungswert des BMI weist einen signifikanten Zusammenhang geringer Stärke auf ($p < .05$; $r = .39$). Eine signifikante gegenläufige Korrelation geringer Stärke liegt bei dem BDI-Aufnahmewert ($p < .05$; $r = -.34$) vor. Für die Entlassungswerte des BDI und des SCL-90-R bestehen signifikante gegenläufige Korrelationen mittlerer Stärke ($p < .05$; $r = -.51$ und $r = -.50$) (vgl. Korrelationsmatrix).

9.2.4.3 Korrelation zwischen der Skala "Fortschritte außerhalb der Therapie (Bewältigungserfahrungen)" des Klienten/Klientinnen-Stundenbogens und anderen Faktoren

Die Skala "Fortschritte außerhalb der Therapie (Bewältigungserfahrungen)" weist signifikante Zusammenhänge geringer Stärke mit den Skalen des TherapeutInnenstundenbogens und signifikante Korrelation geringer bzw. mittlerer Stärke mit den Skalen "Zufriedenheit mit der Therapie" und "Fortschritte innerhalb der Therapie". Eine signifikante Korrelation geringer Stärke ($p < .05$; $r = .44$) besteht mit der Skala "Qualität der Therapiebeziehung". Ein signifikant gegenläufiger Zusammenhang geringer Stärke ($p < .05$; $r = -.47$) besteht mit der Skala "Emotionalität". Bei dem Aufnahme- und Entlassungswert des BDI liegen signifikante gegenläufige Korrelationen mittlerer und geringer Stärke ($p < .05$; $r = -.56$ und $r = -.46$) vor. Der Aufnahme- und Entlassungswert des SCL-90-R weist ebenfalls eine signifikante gegenläufige Korrelation auf, die gering ausgeprägt ist ($p < .05$; $r = -.33$ und $r = -.43$) (vgl. Korrelationsmatrix).

9.2.4.4 Korrelation zwischen der Skala "Qualität der Therapiebeziehung" des Klienten/Klientinnen-Stundenbogens und anderen Faktoren

Die Skala "Qualität der Therapiebeziehung" des Klienten/Klientinnen-Stundenbogens zeigt signifikante Zusammenhänge mittlerer bzw. geringer Stärke mit den Skalen des TherapeutInnenstundenbogens und signifikante Korrelationen mittlerer und geringer Stärke in Bezug auf die Skalen "Zufriedenheit mit der Therapie" und "Fortschritte innerhalb und außerhalb der Therapie". Eine signifikante Korrelation geringer Stärke weist sich zum Entlassungsgewicht auf ($p < .05$; $r = .39$). Zum Entlassungswert des BDI besteht ein signifikanter gegenläufiger Zusammenhang mittlerer Stärke ($p < .05$; $r = -.51$). Das Aufnahme- und Entlassungsgewicht des SCL-90-R zeigt eine signifikant gegenläufige Korrelation in geringer Ausprägung ($p < .05$; $r = -.31$ und $r = -.44$) (vgl. Korrelationsmatrix).

9.2.4.5 Korrelation zwischen der Skala "Emotionalität" des Klienten/Klientinnen-Stundenbogens und anderen Faktoren

Bei der Skala "Emotionalität" des Klienten/Klientinnen-Stundenbogens bestehen signifikante gegenläufige Korrelationen sehr geringer Ausprägung zu den Skalen des TherapeutInnenstundenbogens und signifikante gegenläufige Korrelationen geringer Stärke hinsichtlich der Skalen "Fortschritte innerhalb" und "Fortschritte außerhalb der Therapie". Signifikante Korrelationen geringer Stärke ($p < .05$; $r = .33$ bis $r = .45$) liegen darüber hinaus mit dem Aufnahme- und Entlassungswert des BDI und des SCL-90-R vor (vgl. Korrelationsmatrix).

Die Korrelationen zwischen BMI, BDI und SCL-90-R werden unter dem Abschnitt Ergebnisqualität thematisiert.

9.2.5 Auswertung des Symptomwochenberichts

9.2.5.1 Vergleich der Outcome-Werte

Die Skalen des Symptomwochenberichts wurden dahingehend untersucht, ob beim Entlassungswert nach der Korrektur für den Ausgangswert signifikante Unterschiede zwischen der Supervisionsgruppe und der Non-Supervisionsgruppe bestehen. Das ist bei keiner Skala der Fall.

Effekte des Ausgangswertes ($p < .05$) liegen bei den Skalen "Gewicht", "Neigung zu Essanfällen" und "Motorische Unruhe" vor. Hoch signifikante Effekte ($p < .01$) finden sich für den Ausgangswert der Skalen "Angst vor Essanfällen", "Gedankliche Beschäftigung mit dem Essen", "Hunger" und "Appetit". Darüber hinaus bestehen keine weiteren signifikante Effekte der Ausgangswerte (vgl. Tabelle 21).

Tabelle 21 Symptomwochenbericht Entlassungswerte SV (n=26) / NSV (n=24)

Spalte		Supervision		Non-Supervision		Kovarianzanalyse mit Korrektur für den Ausgangswert				
		A	E	A	E		df	F	p	
Stimmung	m	3.6	4.3	3.2	4.6	Gruppe	1,47	.70	.41	ns
	sd	1.6	1.6	1.9	1.8					
Gewicht	m	3.8	4.5	3.9	4.4	Gruppe	1,47	.03	.86	ns
	sd	1.2	.9	1.3	1.3					
Angst vor Essanfällen	m	3.2	2.1	3.9	2.8	Gruppe	1,47	.12	.73	ns
	sd	2.5	1.3	2.4	1.6					
Neigung zu Essanfällen	m	2.3	1.6	3.0	2.0	Gruppe	1,47	.13	.72	ns
	sd	1.8	1.2	2.3	1.6					
Kalorieneinsparen	m	4.0	2.6	4.7	3.0	Gruppe	1,47	.20	.65	ns
	sd	1.7	1.8	2.1	1.7					
Gedankliche Beschäftigung mit dem Essen	m	4.6	3.4	5.4	3.8	Gruppe	1,47	.02	.89	ns
	sd	2.1	1.8	2.0	1.7					
Sportliche Aktivität	m	2.3	2.5	2.4	3.0	Gruppe	1,47	2.68	.11	ns
	sd	1.5	1.3	1.6	1.3					
Motorische Unruhe	m	3.3	2.9	3.8	3.0	Gruppe	1,47	.00	.96	ns
	sd	1.9	1.8	2.1	1.8					
Appetit	m	3.3	4.0	3.3	3.2	Gruppe	1,47	2,94	.09	ns
	sd	1.7	1.6	1.3	1.7					
Hunger	m	3.3	3.7	3.0	3.2	Gruppe	1,47	.34	.56	ns
	sd	2.1	2.0	1.4	1.7					
Essanfälle	m	1.3	1.0	2.2	1.3	Gruppe	1,47	3.37	.07	ns
	sd	1.2	0	2.1	0.8					
Tatsächliche Anzahl der Essanfälle	m	1.7	0	1.2	0.2	Gruppe	1,47	1.59	.21	ns
	sd	7.0	0	2.6	0.8					

Signifikanzniveau *: p<.05; **: p<.01; ***: p<.001; ns: nicht signifikant

9.2.5.2 Vergleich des Therapieverlaufs über 10 Wochen

Bei der Analyse des Therapieverlaufs hinsichtlich eines Unterschiedes zwischen der Supervisionsgruppe und der Non-Supervisionsgruppe über den Zeitraum von zehn Wochen zeigt sich ein signifikanter Gruppenunterschied (p<.05) bei der Skala "Essanfälle". Darüber hinaus liegen keine weiteren Gruppenunterschiede vor.
V. Sipos: Effekte von Supervision

Ein signifikanter Zeiteffekt ($p < .05$) besteht bei der Skala "Motorische Unruhe". Ein hoch signifikanter Zeiteffekt ($p < .01$) findet sich auf der Skala "Tatsächliche Anzahl der Essanfälle". Höchst signifikante Zeiteffekte ($p < .001$) zeigen sich bei den Skalen "Gewicht", "Angst vor Essanfällen", "Neigung zu Essanfällen", "Kalorieneinsparen" und "Gedankliche Beschäftigung mit dem Essen" (vgl. Tabelle 22).

Tabelle 22 Symptomwochenbericht 10 Wochen Therapieverlauf SV (n=11) / NSV (n=12)

Teil 1

Skala	Gruppe	Woche	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Varianzanalyse
Stimmung	SV	m	3.46	4.0	4.18	3.73	3.82	3.64	3.46	3.64	4.18	4.73	Gruppe (G): df=1,171; F=.19; p<.66 ns Zeit (Z): df=9; F=.86; p<.56 ns G x Z: df=9; F=1.2; p<.27 ns
		sd	2.25	1.67	1.47	1.49	1.47	1.69	1.37	1.12	1.78	1.74	
	NSV	m	3.5	3.3	3.6	4.8	4.2	4.9	4.3	3.8	4.2	4.0	
		sd	2.17	1.77	1.58	1.69	1.81	1.6	2.11	1.48	1.62	1.33	
Subjektive Einschätzung der Gewichtszunahme	SV	m	3.91	5.0	4.36	4.36	4.36	4.0	3.82	4.46	4.55	4.18	Gruppe (G): df 1,171; F=.09; p<.77 ns Zeit (Z): df=9; F<.67; p<.73 ns G x Z: df=9; F=.13; p<.21 ns
		sd	1.64	1.79	1.36	1.29	.81	1.18	1.08	1.29	1.37	.87	
	NSV	m	4.2	3.9	4.8	5.0	3.9	4.9	4.5	3.9	4.5	4.1	
		sd	1.14	1.6	1.14	.82	1.6	1.10	1.51	1.45	1.18	1.37	
Angst vor Essanfällen	SV	m	3.73	2.18	1.73	2.0	1.55	1.821	2.55	2.46	2.27	1.64	Gruppe (G): df=1,171; F=2.1; p<.16 ns Zeit (Z): df=9; F=4.1; p<.001*** G x Z: df=9; F=1.5; p<.13 ns
		sd	3.0	1.4	1.56	1.9	1.51	.54	2.16	2.07	2.2	1.57	
	NSV	m	4.9	4.1	3.6	3.6	3.1	2.3	2.5	2.1	3.0	2.9	
		sd	2.08	2.47	2.63	2.63	2.38	2.06	2.07	1.85	2.49	2.33	
Neigung zu Essanfällen	SV	m	2.82	1.91	1.73	1.64	1.18	1.27	1.73	1.64	1.82	1.36	Gruppe (G): df=1,171; F=2.3; p<.15 ns Zeit (Z): df=9; F=4.1; p<.001*** G x Z: df=9; F=.65; p<.75 ns
		sd	2.09	1.64	1.42	1.5	.41	.65	1.1	.81	1.83	1.21	
	NSV	m	4.1	3.2	2.9	2.3	2.6	1.9	1.9	1.9	2.7	2.3	
		sd	2.56	2.2	2.28	2.0	2.41	1.91	1.85	1.6	2.21	2.06	
Kalorien-einsparen	SV	m	5.0	4.18	2.91	2.46	2.0	2.55	3.09	2.27	3.0	2.55	Gruppe (G): df=1,171; F=1.1; p<.31 ns Zeit (Z): df=9; F=.63; p<.001*** G x Z: df=9; F=.63; p<.77 ns
		sd	1.34	1.4	1.64	1.44	1.27	1.57	1.51	1.49	1.55	1.75	
	NSV	m	4.5	3.2	2.8	2.2	1.7	2.1	2.0	1.7	2.1	2.8	
		sd	2.37	1.99	1.87	1.55	1.06	1.37	1.41	.48	1.2	2.1	

Tabelle 23 Symptomwochenbericht 10 Wochen Therapieverlauf SV (n=11) / NSV (n=12)

Teil 2

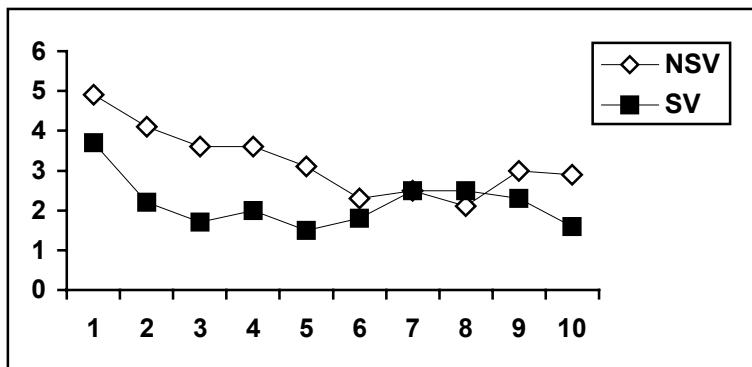
Gedankliche Beschäftigung mit dem Essen	SV NSV	m sd m sd	5.0 2.15 5.6 2.12	4.0 2.15 6.0 1.05	3.91 2.02 5.1 1.6	3.462 .07 4.8 1.81	3.73 1.95 4.6 1.84	3.27 1.35 4.5 1.65	3.64 2.11 4.0 2.21	3.82 2.18 3.6 1.90	3.36 2.01 4.0 1.94	3.27 1.74 4.1 1.91	Gruppe (G): df=1,171; F=1.8; p<.19 ns Zeit (Z): df=9; F=4.4; p<.001*** G x Z: df=9; F=1.2; p<.28 ns
Sportliche Aktivität	SV NSV	m sd m sd	2.55 1.7 3.0 2.21	2.09 1.51 2.1 1.37	2.36 1.57 3.3 1.77	1.91 1.22 2.9 1.85	1.82 .98 2.8 1.48	1.73 1.27 2.7 1.49	2.55 1.57 2.5 1.78	2.27 1.27 2.6 1.27	2.64 1.8 3.2 1.75	2.27 1.42 3.1 1.52	Gruppe (G): df=1,171; F=1.8; p<.20 ns Zeit (Z): df=9; F=1.1 p<.39 ns G x Z: df=9; F=.57; p<.82 ns
Motorische Unruhe	SV NSV	m sd m sd	3.36 2.06 4.00 2.00	3.27 1.95 4.10 2.13	3.81 2.04 4.00 2.11	3.73 2.01 3.20 2.35	3.09 2.07 3.60 1.96	3.00 2.24 3.20 1.99	3.64 2.20 2.30 2.31	3.64 2.29 3.10 1.86	3.73 2.10 3.30 1.89	3.27 1.95 3.30 2.26	Gruppe (G): df=1,171; F=.01; p<.94 ns Zeit (Z): df=9 F=.69; p<.72 G x Z: df=9; F=.80 p<.62 ns
Appetit	SV NSV	m sd m sd	3.18 1.66 3.3 1.25	2.91 1.87 3.8 1.48	2.82 1.72 3.6 1.65	3.64 1.86 3.8 1.87	4.18 1.6 2.8 1.93	4.0 1.55 3.7 1.7	3.27 1.62 4.1 1.73	3.55 1.64 3.8 1.87	4.18 1.4 4.0 1.56	4.27 1.68 3.1 1.73	Gruppe (G): df=1,171; F=0.0; Zeit (Z): df=9 F 1.1; p<.40 ns G x Z: df=9; F=2.1; p<.03 *
Hunger	SV NSV	m sd m sd	3.91 2.3 3.1 1.45	3.27 1.95 3.0 1.33	2.64 1.69 2.5 1.65	3.46 1.57 2.7 1.34	4.18 1.40 2.6 1.58	3.73 1.49 2.9 1.37	3.64 1.36 3.3 1.34	3.82 1.54 3.3 1.64	3.73 1.74 3.8 1.55	4.18 1.83 2.7 1.34	Gruppe (G): df=1,171; F=2.2; p<.16 ns Zeit (Z): df=9; F=1.4; p<.19 ns G x Z: df=9; F=.94; p<.49 ns
Tatsächliche Anzahl der Essanfälle	SV NSV	m sd m sd	3.9 10.6 2.5 3.44	.36 1.21 .70 1.34	.09 .30 1.0 1.33	.27 .65 .60 .84	.09 .30 .40 .97	.36 1.21 .40 .97	.18 .60 .30 .48	.09 .30 0 0	.27 .91 .50 .71	0 0 .20 .63	Gruppe (G): df 1,171; F=.05; p<.83 ns Zeit (Z): df=9; F=2.7; p<.01 ** G x Z: df=9; F=.27; p<.98 ns

Signifikanzniveau *: p<.05; **: p<.01; ***: p<.001; ns: nicht signifikant; Verminderung der Stichprobenzahl durch drop out

SV = Supervisionsgruppe; NSV = Non-Supervisionsgruppe

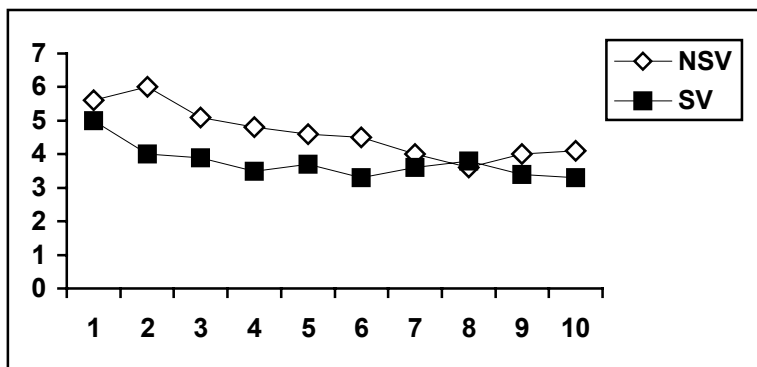
Zur deskriptiven Auswertung werden die Skalen mit signifikantem Zeitverlauf oder Interaktionseffekten nachfolgend graphisch dargestellt.

Abbildung 5 Zeitlicher Verlauf der Angst vor Essanfällen über 10 Wochen



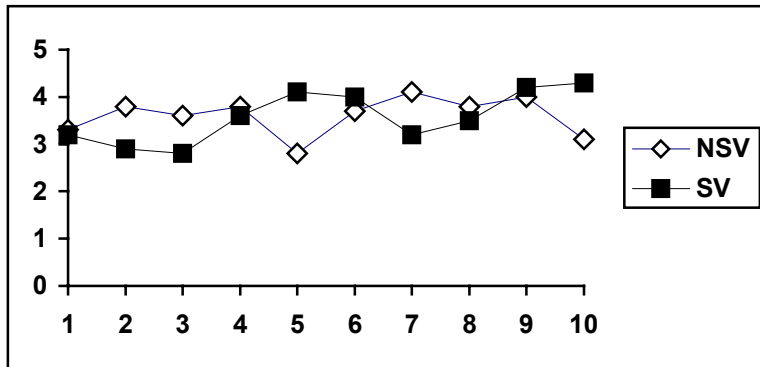
Während der Behandlung vermindert sich die Angst vor Essanfällen und die Neigung zu Essanfällen. Der stärkste Effekt zeigt sich zwischen den ersten beiden Messzeitpunkten.

Abbildung 6 Zeitlicher Verlauf der gedanklichen Beschäftigung mit Essen über 10 Wochen



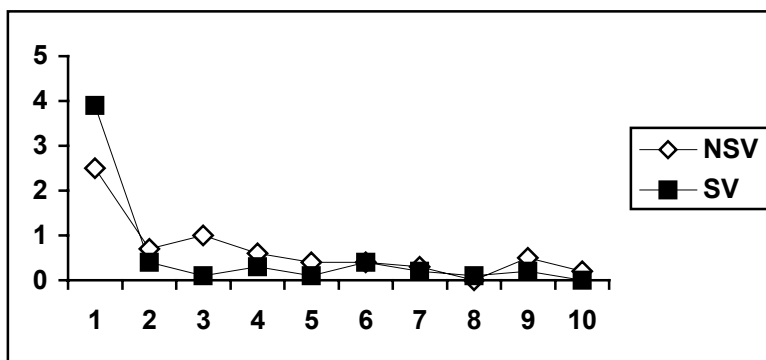
Die gedankliche Beschäftigung mit dem Essen ist während der Therapie rückläufig. Parallel dazu reduziert sich das Kaloriensparen im Verlauf.

Abbildung 7 Zeitlicher Verlauf des Appetit über 10 Wochen



Der Appetit zeigt einen wellenförmigen Verlauf. Zum Ende der Behandlung steigen die Werte in der Supervisionsgruppe an, während sie in der Non-Supervisionsgruppe abfallen.

Abbildung 8 Zeitlicher Verlauf der tatsächlichen Anzahl von Essanfällen über 10 Wochen



Wie Abb. 8 zeigt, nimmt die tatsächliche Anzahl der Essanfälle ab. Der am stärksten ausgeprägte Effekt zeigt sich zwischen den ersten beiden Messzeitpunkten. Eine leichter Anstieg der Essanfälle zeigt sich in der neunten Woche. Die Gruppen unterscheiden sich nicht in Bezug auf die Verlaufsform. Es besteht von Beginn an ein deutlicher Unterschied in der Intensität, die in der Non-Supervisionsgruppe stärker ausgeprägt ist.

Für die Skalen des Symptomwochenberichts wurde überprüft, in welcher Art und in welcher Stärke Zusammenhänge mit dem Entlassungswert des BMI, des BDI und dem Gesamtscore des SCL-90-R vorliegen (vgl. Tabellen 24, 25, 26).

Tabelle 24 Korrelation der Skalen des Symptomwochenberichts mit dem BMI zum Entlassungszeitpunkt

Skala	r	p	
Stimmung	.17	.24	ns
Gewicht	.50	<.001	***
Angst vor Essanfällen	.04	.76	ns
Neigung zu Essanfällen	.04	.78	ns
Kalorieneinsparen	.13	.38	ns
Gedankliche Beschäftigung mit dem Essen	.22	.12	ns
Sportliche Aktivität	.17	.24	ns
Motorische Unruhe	.06	.69	ns
Appetit	.19	.18	ns
Hunger	.16	.26	ns
Essanfälle	.07	.63	ns
Tatsächliche Anzahl der Essanfälle	.12	.41	ns

Signifikanzniveau *: $p < .05$; **: $p < .01$; ***: $p < .001$; ns: nicht signifikant

9.2.6 Body Mass Index

In Bezug auf die Skala "Gewicht" liegt eine höchst signifikant positive Korrelation mittlerer Stärke ($p < .001$; $r = .50$) mit dem BMI vor. Weitere Zusammenhänge finden sich nicht.

9.2.7 Beck-Depressions-Inventar

Tabelle 25 Korrelation der Skalen des Symptomwochenberichts mit dem BDI zum Entlassungszeitpunkt

Skala	r	p	
Stimmung	-.57	<.001	***
Gewicht	-.36	.01	**
Angst vor Essanfällen	-.30	.04	*
Neigung zu Essanfällen	-.34	.02	*
Kalorieneinsparen	.24	.10	ns
Gedankliche Beschäftigung mit dem Essen	.59	<.001	***
Sportliche Aktivität	.09	.55	ns
Motorische Unruhe	.50	<.001	***
Appetit	-.42	<.01	**
Hunger	-.40	<.01	**
Essanfälle	.27	.07	ns
Tatsächliche Anzahl der Essanfälle	.06	.72	ns

Signifikanzniveau *: $p < .05$; **: $p < .01$; ***: $p < .001$; ns: nicht signifikant

Mit dem BDI bestehen signifikante negative Korrelationen geringer Stärke ($p < .05$; $r = -.30$ und $r = -.34$) mit den Skalen "Angst vor Essanfällen" und "Neigung zu Essanfällen". Hoch signifikante negative Zusammenhänge geringer Stärke ($p < .01$; $r = -.36$ bis $r = -.42$) finden sich mit den Skalen "Gewicht", "Appetit" und "Hunger". Eine höchst signifikante negative Korrelation mittlerer Stärke ($p < .001$; $r = -.57$) liegt mit der Skala "Stimmung" vor.

Höchst signifikante positive Zusammenhänge mittlerer Stärke ($p < .001$; $r = .59$ und $r = .50$) bestehen mit den Skalen "Gedankliche Beschäftigung mit dem Essen" und "Motorische Unruhe" (siehe Abbildung 9/10).

Abbildung 9 Beziehung zwischen gedanklicher Beschäftigung mit Essen (Mittelwert über 10 Wochen) und Punktwert im Beck-Depressions-Inventar bei Entlassung

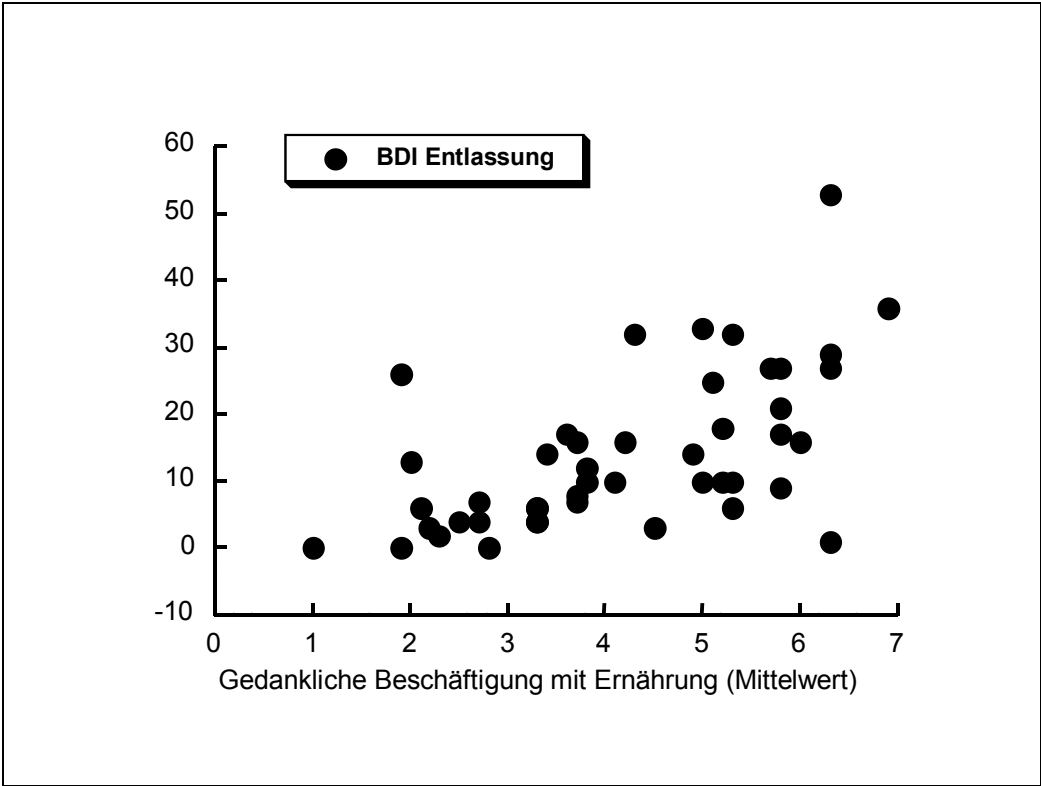
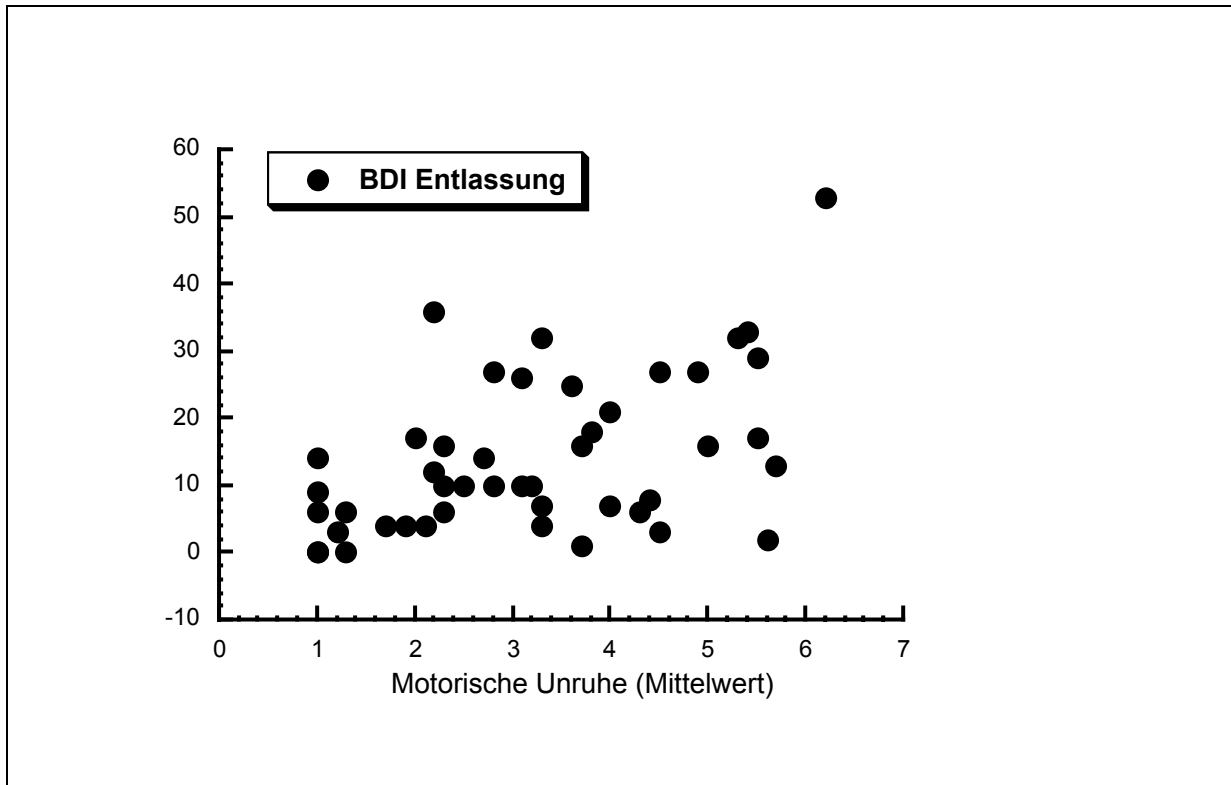


Abbildung 10 Beziehung zwischen motorischer Unruhe (Mittelwert über 10 Wochen) und Punktwert im Beck-Depressions-Inventar bei Entlassung



9.2.8 Symptom-Check-List-90-R

Tabelle 26 Korrelation des Symptomwochenberichts mit dem SCL-90-R-Gesamtscore zum Zeitpunkt der Entlassung

Skala	r	p	
Stimmung	-.54	<.001	***
Gewicht	.40	<.01	**
Angst vor Essanfällen	.25	.10	Ns
Neigung zu Essanfällen	.37	.01	**
Kalorieneinsparen	.20	.18	Ns
Gedankliche Beschäftigung mit dem Essen	.44	<.01	**
Sportliche Aktivität	.16	.30	Ns
Motorische Unruhe	.61	<.001	***
Appetit	-.41	<.01	**
Hunger	-.29	.05	*
Essanfälle	.17	.26	Ns
Tatsächliche Anzahl der Essanfälle	.10	.50	Ns

Signifikanzniveau *: $p < .05$; **: $p < .01$; ***: $p < .001$; ns: nicht signifikant

Der Gesamtscore des SCL-90-R bei Entlassung korreliert signifikant negativ mit geringer Stärke ($p < .05$; $r = -.29$) mit der Skala "Hunger". Die Skalen "Gewicht", "Neigung zu Essanfällen" und "Gedankliche Beschäftigung mit dem Essen" zeigen eine hoch signifikante positive Korrelation geringer Stärke ($p < .01$; $r = .37$ bis $r = .44$). Die Skala "Appetit" weist eine hoch signifikante negative Korrelation geringer Stärke ($p < .01$; $r = -.41$) auf. Eine höchst signifikante negative Korrelation mittlerer Ausprägung ($p < .001$; $r = -.54$) besteht mit der Skala "Stimmung", eine höchst signifikante positive Korrelation mittlerer Stärke ($p < .001$; $r = .61$) mit der Skala "Motorische Unruhe" (Tabelle 26).

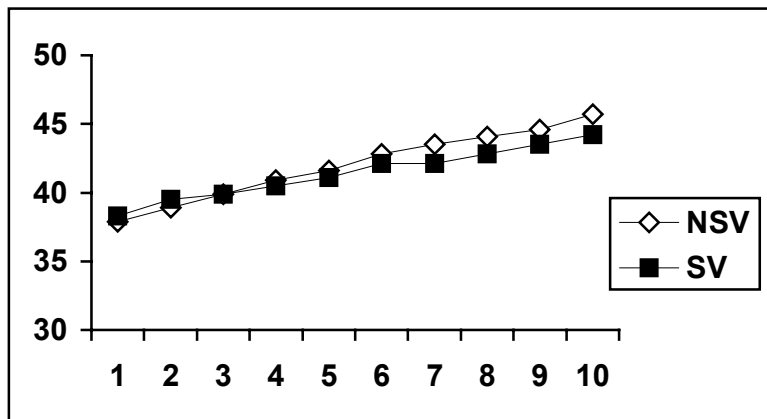
9.2.9 Vergleich des Therapieverlaufs über 10 Wochen

Tabelle 27 Gewicht 10 Wochen Therapieverlauf SV (n=16) / NSV (n=15)

Skala	Gruppe	Woche	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Varianzanalyse
	SV	m	38.3	39.5	39.9	40.5	41.1	42.1	42.1	42.8	43.5	44.2	Gruppe (G): df=1.261; F=.07; p<.79 ns Zeit (Z): df=9; F=52.9; p<.001*** G x Z: df=9; F=1.5; p<.14 ns
		sd	5,4	6.6	7.0	6.8	7.2	7.2	7.0	7.2	7.2	7.4	
	NSV	m	37.9	38.9	39.9	40.9	41.6	42.8	43.5	44.1	44.6	45.7	
		sd	4,6	4.6	4.9	5.5	5.6	6.0	6.1	6.3	6.3	6.3	

Signifikanzniveau *: p<.05; **: p<.01; ***: p<.001; ns: nicht signifikant; SV = Supervisionsgruppe; NSV = Non-Supervisionsgruppe

Abbildung 11 Zeitlicher Verlauf des Gewichtes über 10 Wochen



Im Gewichtsverlauf zeigt sich ein sukzessiver Anstieg während der Behandlungsdauer (Tabelle 27 / Abbildung 11).

9.3 Resultate zur Ergebnisqualität

Der BMI, die tatsächliche Gewichtszunahme, der BDI und die Skalen des EDI, des SCL-90-R, des FKS, des KIB und des FDS wurden dahingehend untersucht, ob sich beim Entlassungswert (outcome) nach der Korrektur für den Ausgangswert signifikante Unterschiede zwischen der Supervisionsgruppe und der Non-Supervisionsgruppe ergeben.

9.3.1 Vergleich der Outcome-Werte

9.3.1.1 BMI und tatsächliche Gewichtszunahme

Es liegt kein signifikanter Unterschied zwischen der Supervisionsgruppe und der Non-Supervisionsgruppe nach Korrektur für den Ausgangswert beim BMI und der tatsächlichen Gewichtszunahme vor. Höchst signifikante Unterschiede im Ausgangswert ($p < .001$) bestehen sowohl beim BMI als auch bei der tatsächlichen Gewichtszunahme (vgl. Tabellen 28 / 29). Der BMI bei Aufnahme und Entlassung war über die 4 Phasen ähnlich.

Tabelle 28 BMI Entlassungswert SV (n=26) / NSV (n=25)

	Supervision		Non-Supervision		Kovarianzanalyse mit Korrektur für Ausgangswert				
	A	E	A	E		df	F	p	
m	14,5	16,6	14,2	16,6	Gruppe Ausgangs- wert	1,48	.48	.49	ns
sd	1,9	2,3	1,6	2,0					

Signifikanzniveau *: $p < .05$; **: $p < .01$; ***: $p < .001$; ns: nicht signifikant

Tabelle 29 Tatsächliche Gewichtszunahme- Entlassungswerte nach Korrektur für den Ausgangswert SV (n=26) / NSV (n=24)

	Supervision		Non-Supervision		Kovarianzanalyse mit Korrektur für Ausgangswert				
	A	E	A	E		df	F	p	
m	39.3	44.9	38.3	45.4	Gruppe Ausgangs- wert	1,47	1,39	.24	ns
sd	6.0	6.5	5.3	6.3					

Signifikanzniveau *: $p < .05$; **: $p < .01$; ***: $p < .001$; ns: nicht signifikant

9.3.1.2 BDI

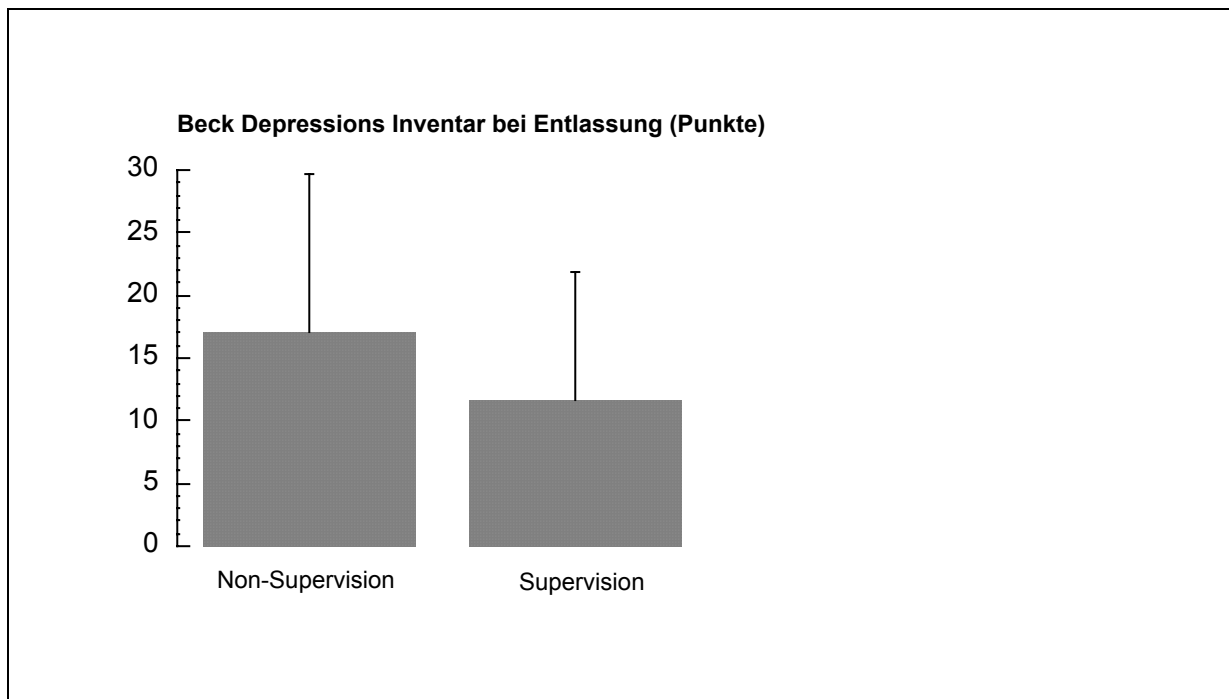
Beim BDI unterscheiden sich die Gruppen unter Berücksichtigung der Ausgangslage als Kovariate nach Therapieende signifikant (ANCOVA Gruppeneffekt $p=0.06$; Fisher PLSD: $p<.05$). Die supervidierte Gruppe zeigt dabei geringere Werte als die nicht supervidierte Gruppe (vgl. Tabelle 30 / Abbildung 12). Signifikante Effekte der Studienphase fanden sich weder für den BDI bei Aufnahme noch für den BDI bei Entlassung.

Tabelle 30 BDI Entlassungswert SV (n=24) / NSV (n=22)

	Supervision		Non-Supervision		Kovarianzanalyse mit Korrektur für Ausgangswert				
	A	E	A	E		df	F	p	
m	25,9	11,6	26,4	16,9	Gruppe	1,43	3,59	.06	ns
sd	13,2	10,3	10,0	12,7	Ausgangswert	1	28,5	<.001	***

Signifikanzniveau *: $p<.05$; **: $p<.01$; ***: $p<.001$; ns: nicht signifikant

Abbildung 12 Gruppenvergleich der Ausprägung von Depressivität (BDI Punktwert) bei Entlassung



9.3.1.3 EDI

Die Skalen des EDI weisen nach Korrektur für den Ausgangswert keinen signifikanten Unterschied zwischen der Supervisionsgruppe und der Non-Supervisionsgruppe auf. Für die Skalen "Bulimie", "Perfektionismus" und "Interozeption" zeigt sich ein hoch signifikanter Effekt des Ausgangswertes ($p < .01$). Ein höchst signifikanter Effekt des Ausgangswertes ($p < .001$) findet sich auf den Skalen "Schlankheitsstreben", "Körperliche Unzufriedenheit", "Ineffektivität", "Zwischenmenschliches Misstrauen" und "Angst vor dem Erwachsenwerden" (vgl. Tabelle 31).

Tabelle 31 EDI Entlassungswerte SV (n=24) / NSV (n=22)

Skala		Supervision		Non-Supervision		Kovarianzanalyse mit Korrektur für Ausgangswert				
		A	E	A	E		df	F	p	
Schlankheitsstreben	m sd	29,5 9,1	21,8 9,0	29,5 8,1	24,1 8,6	Gruppe Ausgangswert	1,43 1	.89 15.4	.35 <.001	ns ***
Bulimie	m sd	17,1 9,7	11,5 4,5	18,1 8,9	13,5 6,6	Gruppe Ausgangswert	1,43 1	1.15 10.3	.29 <.01	ns **
Körperliche Unzufriedenheit	m sd	37,3 8,8	33,2 8,6	37,9 9,2	33,2 10,2	Gruppe Ausgangswert	1,43 1	1.17 18.4	1.0 <.001	ns ***
Ineffektivität	m sd	38,4 9,2	29,7 9,6	40,7 9,1	32,1 10,5	Gruppe Ausgangswert	1,43 1	.09 21.1	.77 <.001	ns ***
Perfektionismus	m sd	24,1 5,8	23,0 5,1	25,2 6,2	23,3 6,0	Gruppe Ausgangswert	1,43 1	.00 8.17	.98 <.01	ns **
Misstrauen	m sd	25,7 6,1	24,0 5,9	27,4 6,0	23,3 7,1	Gruppe Ausgangswert	1,43 1	1.4 31.9	.24 <.001	ns ***
Interozeption	m sd	36,5 7,9	29,2 9,2	38,4 7,6	30,9 8,6	Gruppe Ausgangswert	1.43 1	.06 7.67	.81 <.01	ns **
Angst vor dem Erwachsenwerden	m sd	27,4 9,6	23,3 8,7	26,8 6,1	22,5 5,8	Gruppe Ausgangswert	1,43 1	.05 52.5	.82 <.001	ns ***

Signifikanzniveau *: $p < .05$; **: $p < .01$; ***: $p < .001$; ns: nicht signifikant

9.3.1.4 SCL-90-R

Für die Skalen des SCL-90-R ergibt sich nach Korrektur des Ausgangswertes kein signifikanter Unterschied zwischen der Supervisionsgruppe und der Non-Supervisionsgruppe. Für die Skala "Aggressivität/Feindseligkeit" besteht ein sehr signifikanter Effekt des Ausgangswertes ($p < .01$). Für alle anderen Skalen des SCL-90-R zeigen sich höchst signifikante Effekte des Ausgangswertes ($p < .001$) (vgl. Tabellen 32). Während bezüglich der Ausgangswerte keine Abhängigkeit zur Phase festgestellt werden konnte, fand sich eine signifikante negative Korrelation zwischen Phase und psychischer Belastung (GSI) bei Entlassung ($r = -0,34$; $p < 0,024$). Das Ausmaß der allgemeinen Symptombelastung bei Entlassung nahm im Verlauf der Studie ab (Abb. 13).

Abbildung 13 Verlauf der allgemeinen Symptombelastung (SCL-90-R GSI) bei Entlassung über die Studienphasen

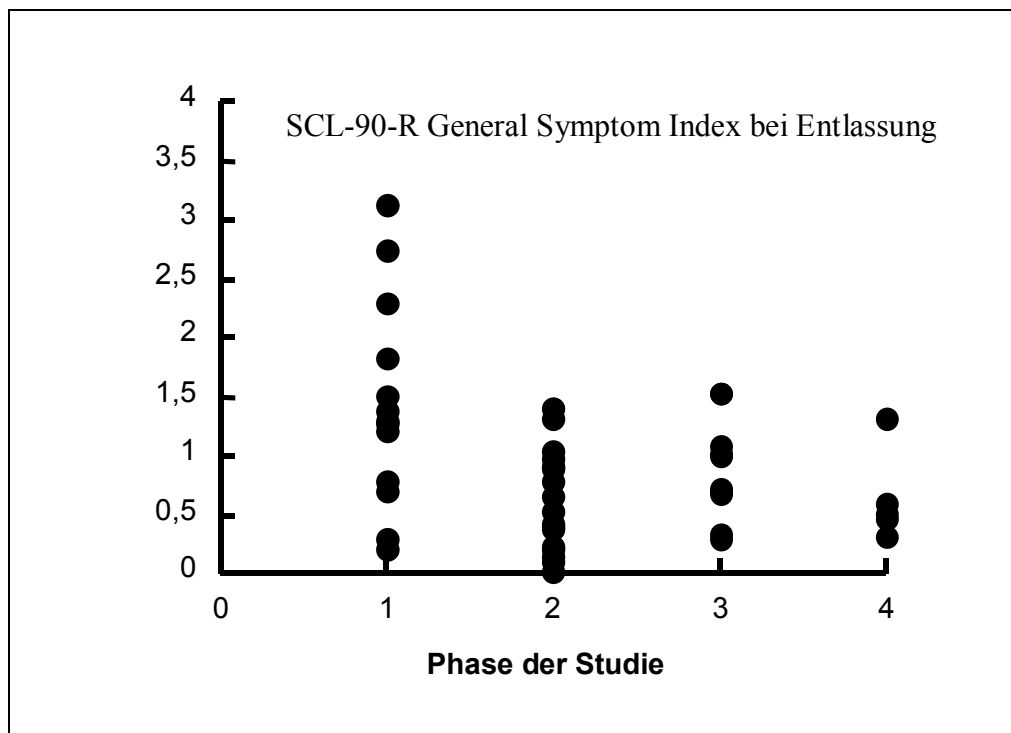


Tabelle 32 SCL-90-R Entlassungswerte SV (n=22) / NSV (n=22)

Skala		Supervision		Non-Supervision		Kovarianzanalyse mit Korrektur für Ausgangswert				
		A	E	A	E		df	F	p	
SCL-90-R Gesamtscore	m sd	55.0 19.4	43.9 22.6	57.9 19.3	46.0 18.5	Gruppe Ausgangswert	1,41 1	1.91 40.6	1.0 <.001	ns ***
Somatisierung	m sd	1.1 .75	.54 .45	1.2 .87	.71 .64	Gruppe Ausgangswert	1,41 1	.77 17.9	.38 <.001	ns ***
Zwanghaftigkeit	m sd	1.3 .95	.75 .61	1.7 .96	1.0 .72	Gruppe Ausgangswert	1,41 1	.23 26.4	.63 <.001	ns ***
Unsicherheit im Sozialkontakt	m sd	2.0 .94	1.4 .77	2.1 1.0	1.3 .90	Gruppe Ausgangswert	1,41 1	.48 18.6	.49 <.001	ns ***
Depressivität	m sd	1.9 .88	1.2 .79	2.0 .94	1.3 .94	Gruppe Ausgangswert	1,41 1	.05 15.6	.82 <.001	ns ***
Ängstlichkeit	m sd	1.2 .85	.81 .75	1.4 1.1	1.0 .92	Gruppe Ausgangswert	1,41 1	.08 26.4	.79 <.001	ns ***
Aggressivität/ Feindseligkeit	m sd	.86 .77	.60 .66	1.2 .94	.74 .68	Gruppe Ausgangswert	1,41 1	.02 9.13	.90 .<.01	ns **
Phobische Angst	m sd	.74 .94	.52 .56	.86 .91	.49 .66	Gruppe Ausgangswert	1,41 1	.51 61.2	.48 <.001	ns ***
Paranoides Denken	m sd	1.2 .99	.91 .71	1.2 1.0	.75 .68	Gruppe Ausgangswert	1,41 1	.61 16.6	.44 <.001	ns ***
Psychotizismus	m sd	1.0 .78	.64 .68	1.0 .69	.64 .73	Gruppe Ausgangswert	1,41 1	.0 25.9	.97 <.001	ns ***
Psychische Belastung GSI	m sd	1.3 .74	.83 .59	1.5 .79	.92 .66	Gruppe Ausgangswert	1,41 1	8.97 29.4	.99 <.001	ns ***
Symptomanzahl ST	m sd	2.01 .65	1.6 .54	2.23 .68	1.64 .57	Gruppe Ausgangswert	1,41 1	.06 12.5	.81 <.001	ns ***

Signifikanzniveau *: p<.05; **: p<.01; ***: p<.001; ns: nicht signifikant

9.3.1.5 FKS

Für die Skalen des FKS ergibt sich nach Korrektur des Ausgangswertes kein signifikanter Unterschied zwischen der Supervisionsgruppe und der Non-Supervisionsgruppe. Ein hoch signifikanter Effekt des Ausgangswertes ($p < .01$) zeigt sich bei der Skala "Selbstunsichere PS". Für alle anderen Skalen des FKS liegen höchst signifikante Effekte des Ausgangswertes ($p < .001$) vor (vgl. Tabelle 33).

Tabelle 33 FKS Entlassungswerte SV (n=24) / NSV (n=22)

Skala		Supervision		Non-Supervision		Kovarianzanalyse mit Korrektur für Ausgangswert				
		A	E	A	E		df	F	p	
Selbstunsichere PS	m	3,0	2,6	3,0	2,5	Gruppe	1,43	.38	.54	ns
	sd	,64	,62	,72	,72					
Dependente PS	m	2,9	2,6	3,3	2,5	Gruppe	1,43	2.18	.15	ns
	sd	,66	,82	,74	,91					
Zwanghafte PS	m	3,1	2,8	3,4	2,6	Gruppe	1,43	1.9	.17	ns
	sd	,62	,84	,82	,80					
Passiv-aggressive PS	m	2,6	2,5	2,8	2,8	Gruppe	1,43	.81	.37	ns
	sd	,63	,57	,75	,61					
Antisoziale PS	m	2,0	1,9	2,2	1,9	Gruppe	1,43	.70	.41	ns
	sd	,66	,68	,80	,56					
Narzisstische PS	m	2,0	1,8	1,9	1,8	Gruppe	1,43	.01	.93	ns
	sd	,73	,64	,52	,69					
Histrionische PS	m	2,6	2,3	2,7	2,3	Gruppe	1,43	6.1	.44	ns
	sd	8,3	,83	,93	,73					
Schizoide + schizotypische PS	m	2,5	2,4	2,7	2,6	Gruppe	1,43	1.24	.27	ns
	sd	,49	,54	,57	,60					
Paranoide PS	m	2,6	2,5	2,5	2,3	Gruppe	1,43	.92	.34	ns
	sd	,79	,86	,97	,72					

Signifikanzniveau *: $p < .05$; **: $p < .01$; ***: $p < .001$; ns: nicht signifikant

9.3.1.6 KIB

Für die Skalen des KIB ergibt sich nach Korrektur des Ausgangswertes kein signifikanter Unterschied zwischen der Supervisionsgruppe und der Non-Supervisionsgruppe. Ein hoch signifikanter Effekt des Ausgangswertes ($p < .01$) zeigt sich bei den Skalen "Instabilität in Selbstbild, Verhalten und Affekt" und "Wut". Bei allen anderen Skalen des KIB liegen höchst signifikante Effekte des Ausgangswertes ($p < .001$) vor (vgl. Tabelle 34).

Tabelle 34 KIB Entlassungswerte SV (n=24) / NSV (n=20)

Skala		Supervision		Non-Supervision		Kovarianzanalyse mit Korrektur für Ausgangswert				
		A	E	A	E		df	F	p	
Suizidalität + Selbstverletzung	m	2,0	2,0	2,0	1,9	Gruppe Ausgangswert	1,41 1	.19 52.9	.66 <.001	ns ***
	sd	,84	,85	,83	,92					
Misstrauen + negative Sicht der Welt + des Selbst	m	2,6	2,2	2,5	2,2	Gruppe Ausgangswert	1,41 1	.06 35.6	.80 <.001	ns ***
	sd	,62	,68	,67	,72					
Instabilität in Selbstbild, Verhalten + Affekt	m	2,7	2,4	3,2	2,7	Gruppe Ausgangswert	1,41 1	.35 13.2	.56 <.001	ns ***
	sd	,67	,72	,78	,76					
Verlassenwerden verhindern	m	3,2	2,7	3,3	2,9	Gruppe Ausgangswert	1,41 1	.77 20.1	.38 <.001	ns ***
	sd	,79	,87	,65	,71					
Impulsivität in selbstschädigenden Bereichen	m	1,8	1,7	1,8	1,6	Gruppe Ausgangswert	1,41 1	.17 42.4	.68 <.001	ns ***
	sd	,80	,79	,82	,74					
Dichotomes Denken	m	2,0	1,7	2,0	1,7	Gruppe Ausgangswert	1,41 1	.13 16.6	.72 <.001	ns ***
	sd	,77	,68	,74	,67					
Wut	m	2,5	2,3	2,5	2,5	Gruppe Ausgangswert	1,41 1	2.59 10.2	.12 <.01	ns **
	sd	,84	,66	,81	,72					
Gesamtscore	m	2,4	2,1	2,5	2,2	Gruppe Ausgangswert	1,41 1	.18 42.3	.67 <.001	ns ***
	sd	.51	.53	.56	.60					

Signifikanzniveau *: $p < .05$; **: $p < .01$; ***: $p < .001$; ns: nicht signifikant

9.3.1.7 FDS

Bei den Skalen des FDS liegt kein signifikanter Unterschied zwischen der Supervisionsgruppe und der Non-Supervisionsgruppe nach Korrektur für den Ausgangswert vor. Höchst signifikante Unterschiede im Ausgangswert ($p < .001$) bestehen auf allen Skalen (vgl. Tabellen 35).

Tabelle 35 FDS Entlassungswerte SV (n=24) / NSV (n=22)

Skala		Supervision		Non-Supervision		Kovarianzanalyse mit Korrektur für Ausgangswert				
		A	E	A	E		df	F	p	
Dissoziative Amnesie	m	6,3	6,1	7,4	6,9	Gruppe Ausgangswert	1,43	1.0	.76	ns
	sd	7,5	7,5	8,7	10,9		1	54.5	<.001	***
Tendenz zu imaginativen Erlebnisweisen	M	17,4	15,3	21,4	20,6	Gruppe Ausgangswert	1,43	.58	.45	ns
	sd	12,4	14,7	14,6	12,0		1	29.1	<.001	***
Depersonalisation/ Derealisation	m	9,9	10,3	13,6	12,6	Gruppe Ausgangswert	1,43	.00	.97	ns
	sd	15,3	17,6	11,8	15,4		1	73.1	<.001	***
Gesamtscore	m	10,8	9,1	12,7	12,3	Gruppe Ausgangswert	1,43	.43	.52	ns
	sd	10,8	11,0	9,7	10,9		1	68.2	<.001	***

Signifikanzniveau *: $p < .05$; **: $p < .01$; ***: $p < .001$; ns: nicht signifikant

9.4 Vergleich der Aufnahme- und Entlassungsdaten

Die Ermittlung der allgemeinen Therapieeffektivität für die Gesamtstichprobe erfolgt für den BMI, den BDI und die Skalen des EDI, des SCL-90-R, des FKS, des KIB und des FDS.

Tabelle 36 Vergleich zwischen Aufnahme- und Entlassungswerten. Statistische Kennwerte und Ergebnisse der t-Tests für abhängige Stichproben

Verfahren	Skala	M_{diff}	df	p	
BMI	Gesamtscore	2.31	50	<.001	***
BDI	Gesamtscore	-11.98	45	<.001	***
EDI	Schlankheitsstreben	-7.32	45	<.001	***
	Bulimie	-5.98	45	<.001	***
	Körperliche Unzufriedenheit	-4.24	45	.002	**
	Ineffektivität	-8.39	45	<.001	**
	Perfektionismus	-1.70	45	.073	ns
	Misstrauen	-2.57	45	.002	**
	Interozeption	-7.11	45	<.001	***
	Angst vor dem Erwachsenwerden	-4.24	45	<.001	***
	SCL-90-R	SCL-90-Gesamtscore	-11.48	43	<.001
	Somatisierung	-.50	43	<.001	***
	Zwanghaftigkeit	-.63	43	<.001	***
	Unsicherheit im Sozialverhalten	-.71	43	<.001	***
	Depressivität	-.74	43	<.001	***
	Ängstlichkeit	-.40	43	.002	**
	Aggressivität / Feindseligkeit	-.36	43	.006	**
	Phobische Angst	-.29	43	.002	**
	Paranoides Denken	-.37	43	.006	**
	Psychotizismus	-.36	43	<.001	***
	Psychische Belastung GSI	-.54	43	<.001	***
	Symptomanzahl PST	-.51	43	<.001	***
FKS	Selbstunsichere PS	-.44	45	<.001	***
	Dependente PS	-.52	45	<.001	***
	Zwanghafte PS	-.52	45	<.001	***
	Passiv-aggressive PS	-.08	45	.323	ns
	Antisoziale PS	-.12	45	.156	ns
	Narzisstische PS	-.11	45	.104	ns
	Histrionische PS	-.36	45	.003	**
	Schizoide + schizotypische PS	-.13	45	.110	ns
	Paranoide PS	-.12	45	.291	ns
KIB	Suizidalität und Selbstverletzung	-.05	43	.625	ns
	Misstrauen + negative Sicht der Welt + des Selbst	-.33	43	<.001	***
	Instabilität in Selbstbild, Verhalten + Affekt	-.35	43	.003	**
	Verlassenwerden verhindern	-.40	43	<.001	***
	Impulsivität in selbstschädigenden Bereichen	-.10	43	.280	ns
	Dichotomes Denken	-.22	43	.031	*
	Wut	.03	43	.787	ns
	Gesamtscore	-.23	43	<.001	***
FDS	Dissoziative Amnesie	-.57	45	.541	ns
	Tendenz zu imaginativen Erlebnisweisen	-2.08	45	.228	ns
	Depersonalisation / Derealisation	-.18	45	.903	ns
	Gesamtscore	-1.12	45	.290	ns

Signifikanzniveau *: $p < .05$; **: $p < .01$; ***: $p < .001$; ns: nicht signifikant

Beim BMI und BDI liegt ein höchst signifikanter Unterschied ($p < .001$) zwischen Aufnahme und Entlassung vor. Beim EDI weist die Skala "Perfektionismus" keinen signifikanten Unterschied zwischen Aufnahme und Entlassung auf. Bei den Skalen

"Körperliche Unzufriedenheit" und "Misstrauen" liegen hoch signifikante Unterschiede ($p < .01$) vor. Alle anderen Skalen unterscheiden sich höchst signifikant ($p < .001$). Im SCL-90-R zeigen sich bei den Skalen "Ängstlichkeit", "Aggressivität/Feindseligkeit", "Phobische Angst" und "Paranoides Denken" hoch signifikante Unterschiede ($p < .01$) zwischen Aufnahme und Entlassung. Für alle anderen Skalen liegen höchst signifikante Unterschiede ($p < .001$) vor. Im FKS zeigt sich ein signifikanter Unterschied ($p < .01$) auf der Skala "Histrionische PS" und höchst signifikante Unterschiede ($p < .001$) auf den Skalen "Selbstunsichere PS", "Dependente PS" und "Zwanghafte PS" zwischen Aufnahme und Entlassung. Alle weiteren Skalen weisen keine Signifikanzen auf. Beim KIB findet sich zwischen Aufnahme und Entlassung ein signifikanter Unterschied ($p < .05$) für die Skala "Dichotomes Denken", ein hoch signifikanter Unterschied für die Skala "Instabilität in Selbstbild, Verhalten und Affekt" sowie höchst signifikante Unterschiede ($p < .001$) bei den Skalen "Misstrauen und negative Sicht der Welt und des Selbst", "Verlassenwerden verhindern" und dem "Gesamtscore". Für den FDS liegen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Werten der Aufnahme und der Entlassung vor (vgl. Tabelle 36).

Für die Aufnahme- und Entlassungswerte des BMI, des BDI und des SCL-90-R-Gesamtscore wurde eine Korrelationsmatrix erstellt (vgl. Tabelle 37).

Tabelle 37 Interkorrelation der Skalen des BMI, BDI und SCL-90-R General Symptom Index zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt (Darstellung signifikanter Korrelationen)

	BMI-A	BMI-E	BDI-A	BDI-E	SCL-90-R GSI A	SCL-90-R GSI E
BMI-A	1,00					
BMI-E	.74	1,00				
BDI-A			1,00			
BDI-E		-.32	.58	1,00		
SCL-90-R GSI A					1,00	
SCL-90-R GSI E		-.31		.76	.64	1,00

Korrelation, $> r = .30$, $p < .05$

Der Aufnahmewert des BMI korreliert signifikant stark ($r = .74$) mit dem BMI-Entlassungswert. Darüber hinaus bestehen signifikante Zusammenhänge mittlerer

Ausprägung mit dem Aufnahme- und Entlassungswert des SCL-90-R-Gesamtscore ($p < .05$; $r = .55$ und $r = .54$).

Der Entlassungswert des BMI korreliert signifikant gegenläufig in geringer Ausprägung ($p < .05$; $r = -.32$) mit dem Entlassungswert des BDI. Auch hier bestehen signifikante Korrelationen mittlerer Stärke mit dem Aufnahme- und Entlassungswert des SCL-90-R-Gesamtscore ($p < .05$; $r = .60$ und $r = .76$).

Der Aufnahmewert des BDI korreliert mit dem BDI-Entlassungswert signifikant in mittlerer Stärke ($p < .05$; $r = .58$). Für den BDI- Entlassungswert besteht neben der signifikant gegenläufigen Korrelation mit dem BMI auch eine signifikant gegenläufige Korrelation in geringer Stärke ($p < .05$; $r = -.31$) mit dem Entlassungswert des SCL-90-R-Gesamtscore.

Der Aufnahmewert des SCL-90-R-Gesamtscore korreliert signifikant in mittlerer Stärke ($p < .05$) mit dem Entlassungswert des SCL-90-R-Gesamtscore. Zum BMI bestehen signifikante Korrelationen in mittlerer Stärke ($p < .05$, $r = .55$ und $r = .60$). Der Entlassungswert des SCL-90-R korreliert signifikant mit dem BMI in mittlerer Stärke ($p < .05$; $r = .54$ und $r = .76$) und signifikant gegenläufig in geringer Stärke ($p < .05$; $r = -.31$) mit dem Entlassungswert des BDI.

Berechnet wurde die Art und Stärke des Zusammenhangs der tatsächlichen Gewichtszunahme mit den Entlassungswerten des BMI, des BDI und dem SCL-90-R-Gesamtscore für die Ergebnisqualität sowie den Mittelwerten der Skalen des TherapeutInnenstundenbogens und des Klienten/Klientinnen-Stundenbogens für die Prozessqualität (vgl. Tabelle 38).

Tabelle 38 Korrelation der tatsächlichen Gewichtszunahme mit dem BMI, dem BDI, dem SCL-90-R-Gesamtscore und den Skalen des TherapeutInnen- und Klienten/Klientinnen-Stundenbogens zum Zeitpunkt der Entlassung

Entlassungswerte der Skalen	r	p	
BMI	.38	.006	**
BDI	-.43	.004	**
SCL-90-R-Gesamtscore	-.47	.001	**
Positive Zusammenarbeit (TB)	.47	<.001	***
Sicherheit im therapeutischen Vorgehen (TB)	.22	<.001	***
Zufriedenheit mit der Therapie (KB)	.39	.006	**
Fortschritte innerhalb der Therapie (KB)	.49	<.001	***
Fortschritte außerhalb der Therapie (KB)	.39	.006	**
Qualität der Therapiebeziehung (KB)	.45	.001	**
Emotionalität (KB)	-.28	.049	*

Signifikanzniveau *: $p < .05$; **: $p < .01$; ***: $p < .001$; ns: nicht signifikant

Zwischen der tatsächlichen Gewichtszunahme und dem BMI-Entlassungswert besteht eine hoch signifikante positive Korrelation geringer Ausprägung ($p < .01$; $r = .38$) (Abbildung 14), beim BDI-Entlassungswert und beim Entlassungswert des Gesamtscores des SCL-90-R findet sich eine hoch signifikante negative Korrelation geringer Stärke ($p < .01$; $r = -.43$ und $r = -.47$).

Abbildung 14 Korrelative Beziehung zwischen Gewichtsveränderung im Verlauf und Body-Mass-Index bei Entlassung

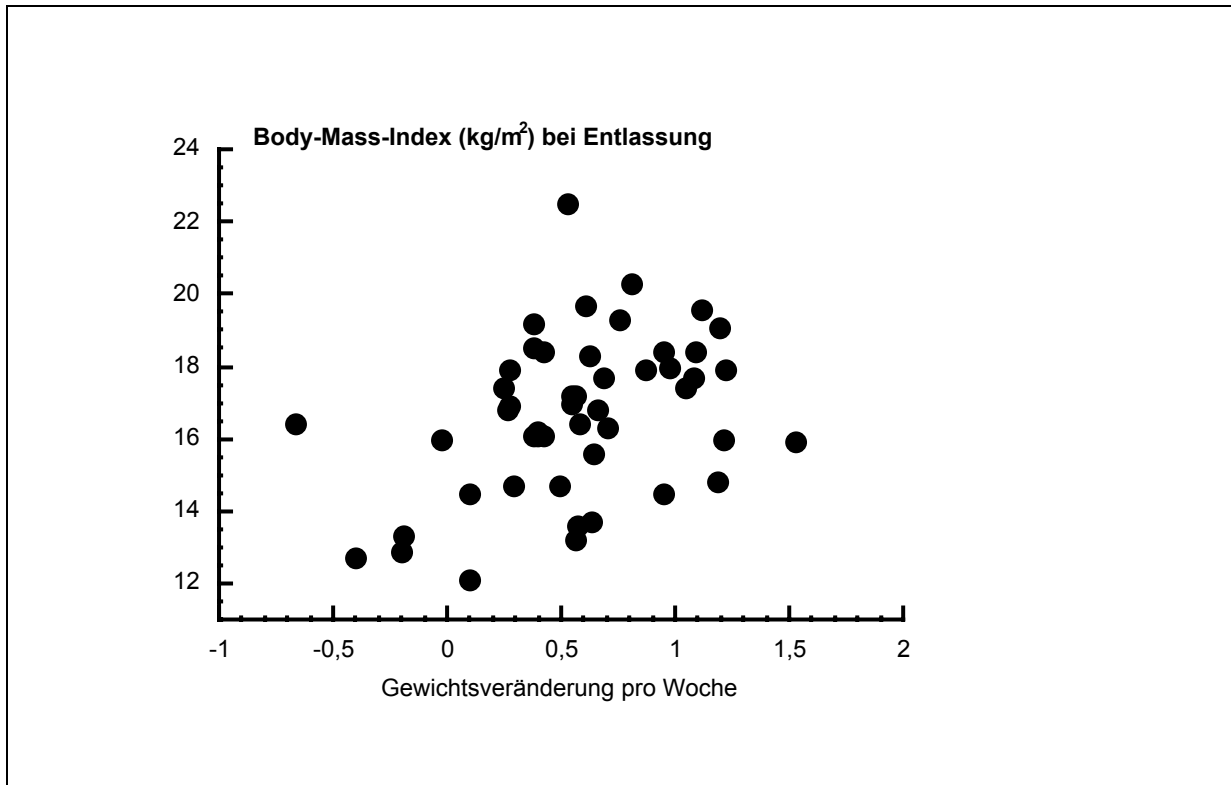


Abbildung 15 Korrelative Beziehung zwischen Gewichtsveränderung im Verlauf und Punktwert im Beck-Depressions-Inventar bei Entlassung

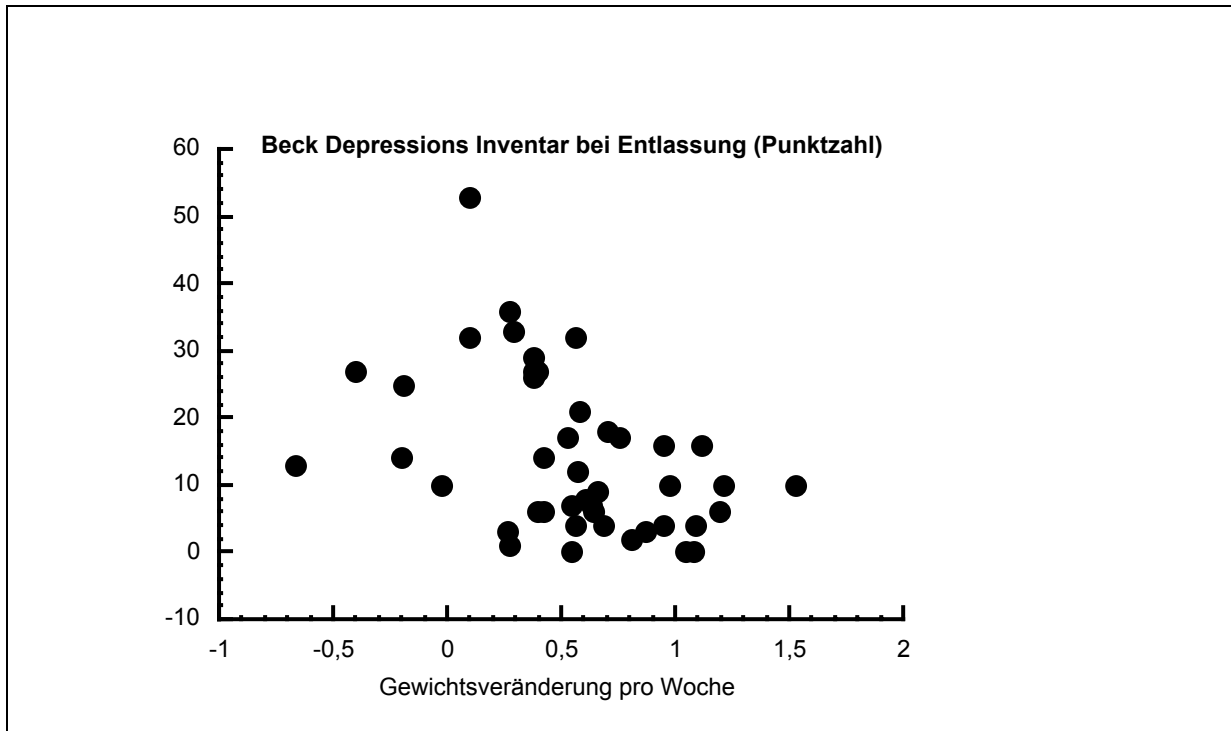
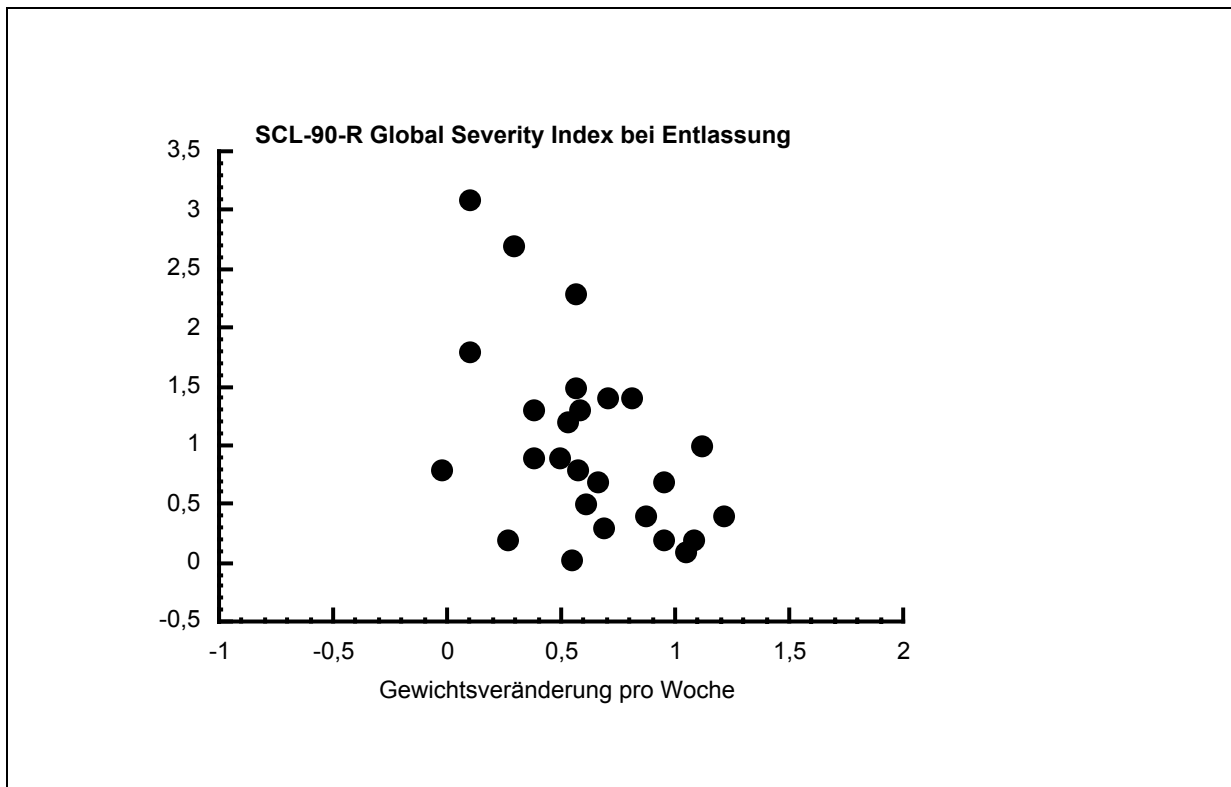


Abbildung 16 Korrelative Beziehung zwischen Gewichtsveränderung im Verlauf und Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung (SCL-90-R, GSI) bei Entlassung



In Bezug auf den TherapeutInnenstundenbogen zeigt sich für die tatsächliche Gewichtszunahme eine höchst signifikante positive Korrelation geringer Ausprägung ($p < .001$, $r = .47$ und $r = .22$) mit den Skalen "Positive Zusammenarbeit" und "Sicherheit im therapeutischen Vorgehen".

Abbildung 17 Korrelative Beziehung zwischen Gewichtsveränderung im Verlauf und der Ausprägung von Sicherheit innerhalb der Therapie im TB

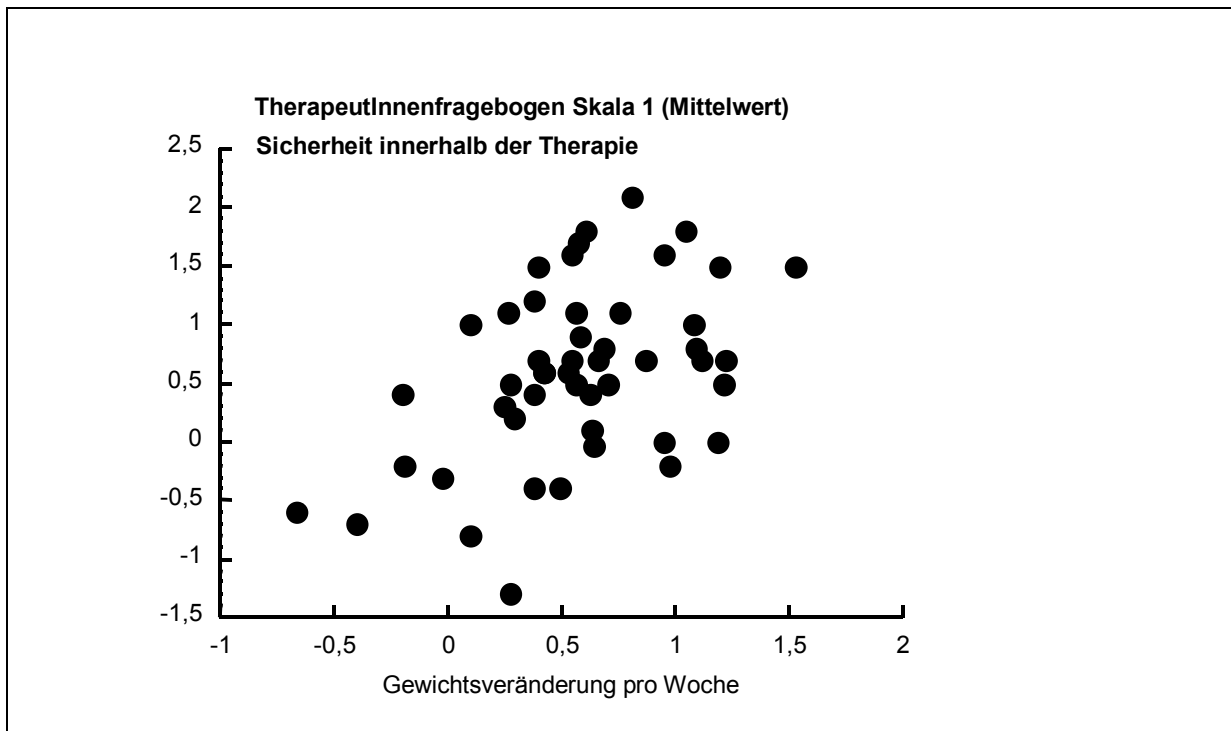
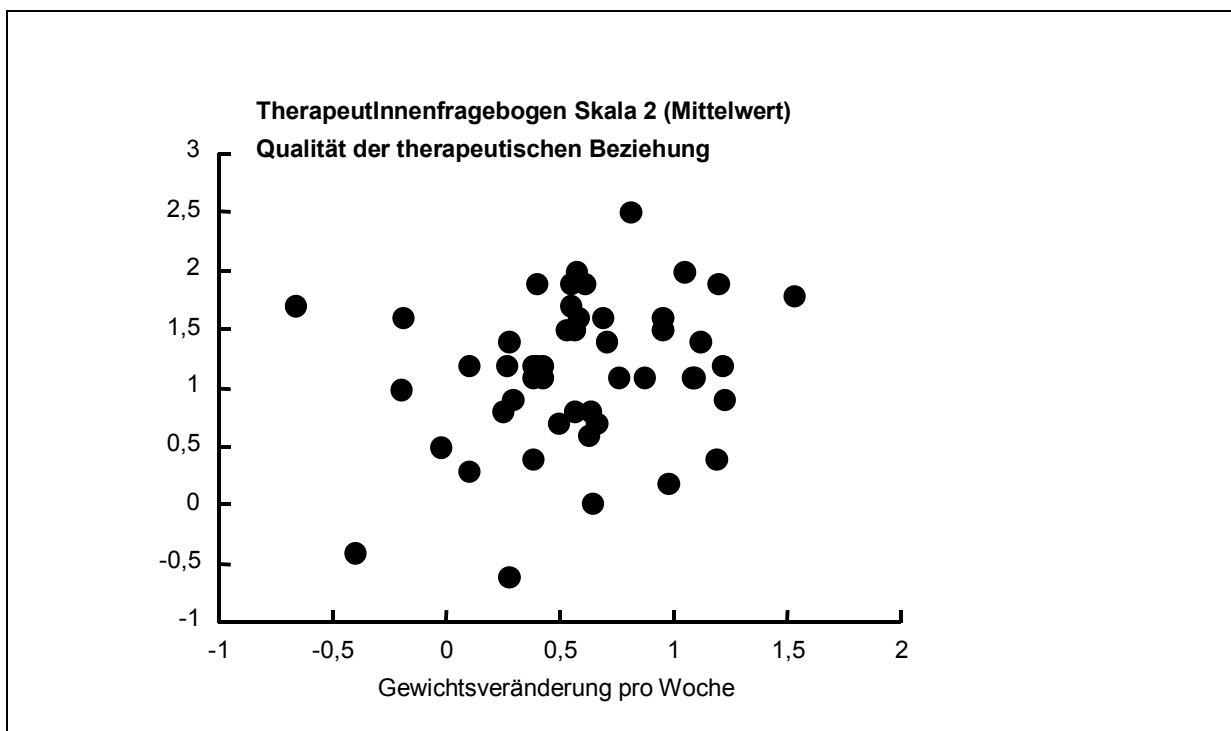


Abbildung 18 Korrelative Beziehung zwischen Gewichtsveränderung im Verlauf und der Ausprägung der Qualität der therapeutischen Beziehung im TB



Ein weiterer Zusammenhang besteht für die tatsächliche Gewichtszunahme mit den Skalen des Klienten/Klientinnen-Stundenbogens. Eine signifikante negative Korrelation geringer Ausprägung ($p < .05$; $r = -.28$) zeigt sich bei der Skala "Emotionalität". Eine hoch signifikante positive Korrelation geringer Stärke ($p < .01$; $r = .39$ bis $r = .45$) besteht mit den Skalen "Zufriedenheit mit der Therapie", "Fortschritte außerhalb der Therapie" und der "Qualität der Therapiebeziehung". Höchst signifikant ist der positive Zusammenhang geringer Stärke ($p < .001$; $r = .49$) mit der Skala "Fortschritte innerhalb der Therapie".

Abbildung 19 Korrelative Beziehung zwischen der Gewichtsveränderung im Verlauf und der Zufriedenheit mit der Therapie im KB

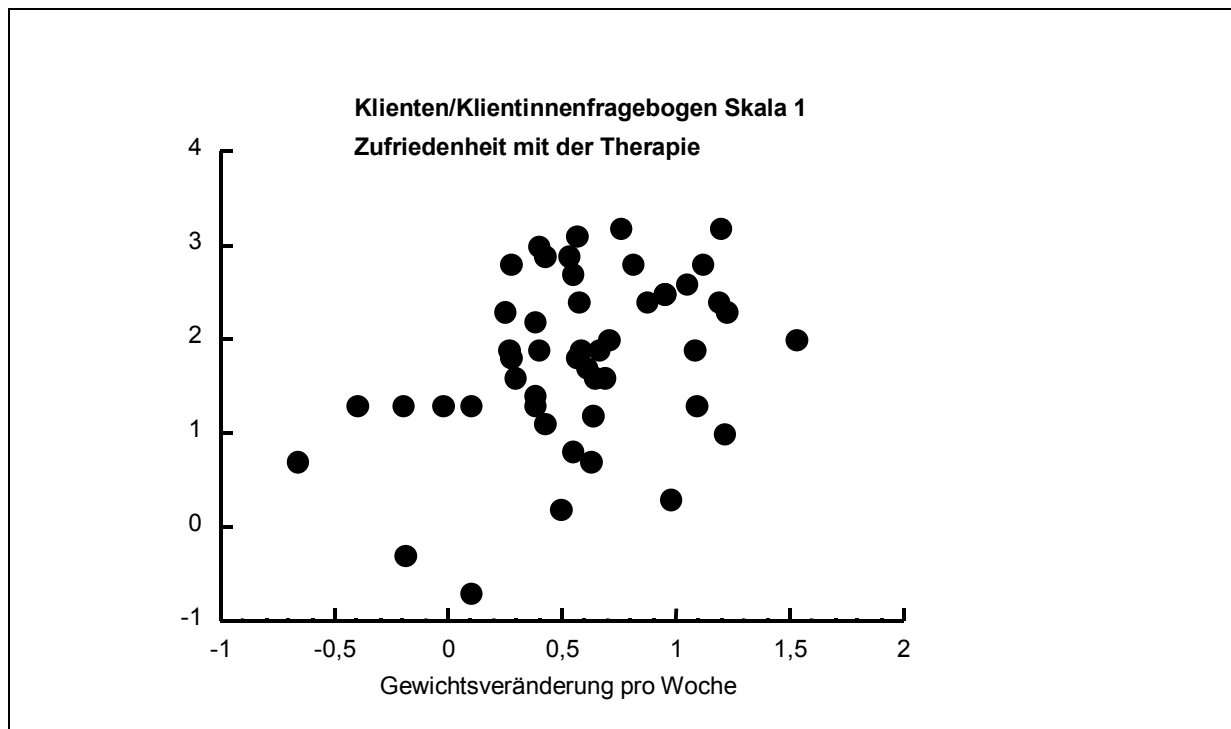


Abbildung 20 Korrelative Beziehung zwischen der Gewichtsveränderung im Verlauf und der Ausprägung von Fortschritten innerhalb der Therapie im KB

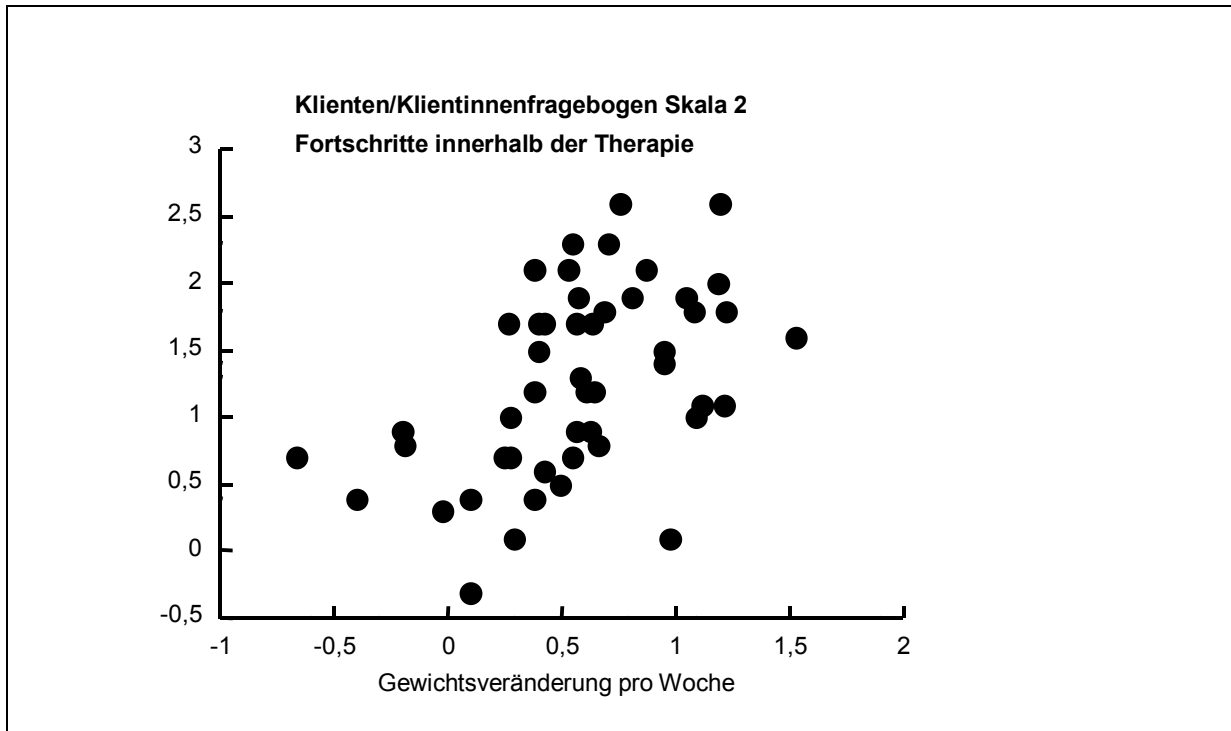


Abbildung 21 Korrelative Beziehung zwischen der Gewichtsveränderung im Verlauf und der Ausprägung von Fortschritten außerhalb der Therapie im KB

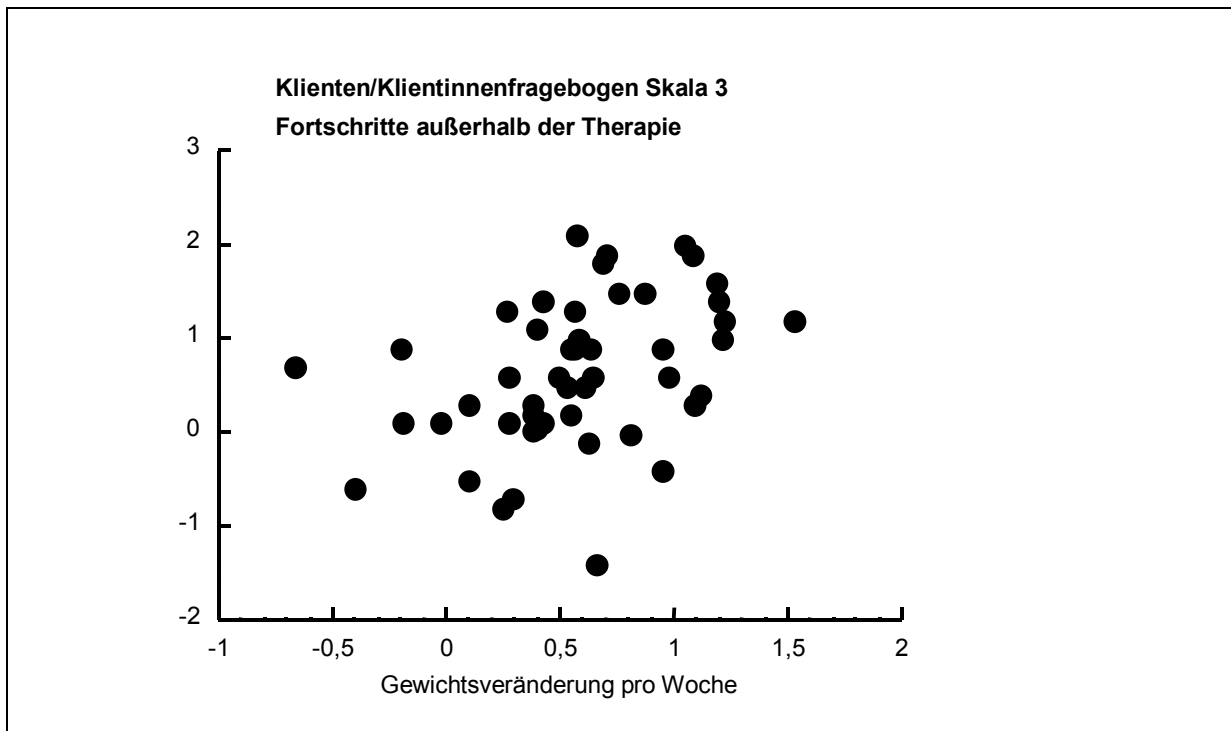


Abbildung 22 Korrelative Beziehung zwischen der Gewichtsveränderung im Verlauf und der Ausprägung der Qualität der therapeutischen Beziehung im KB

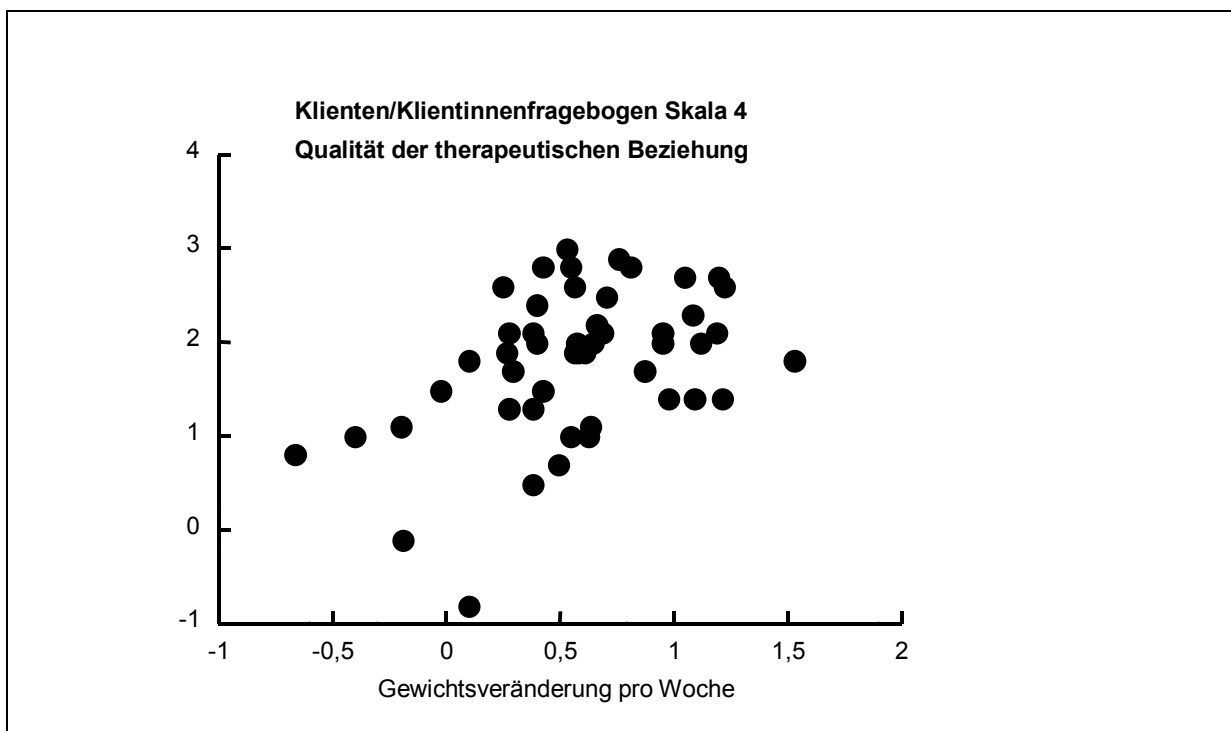
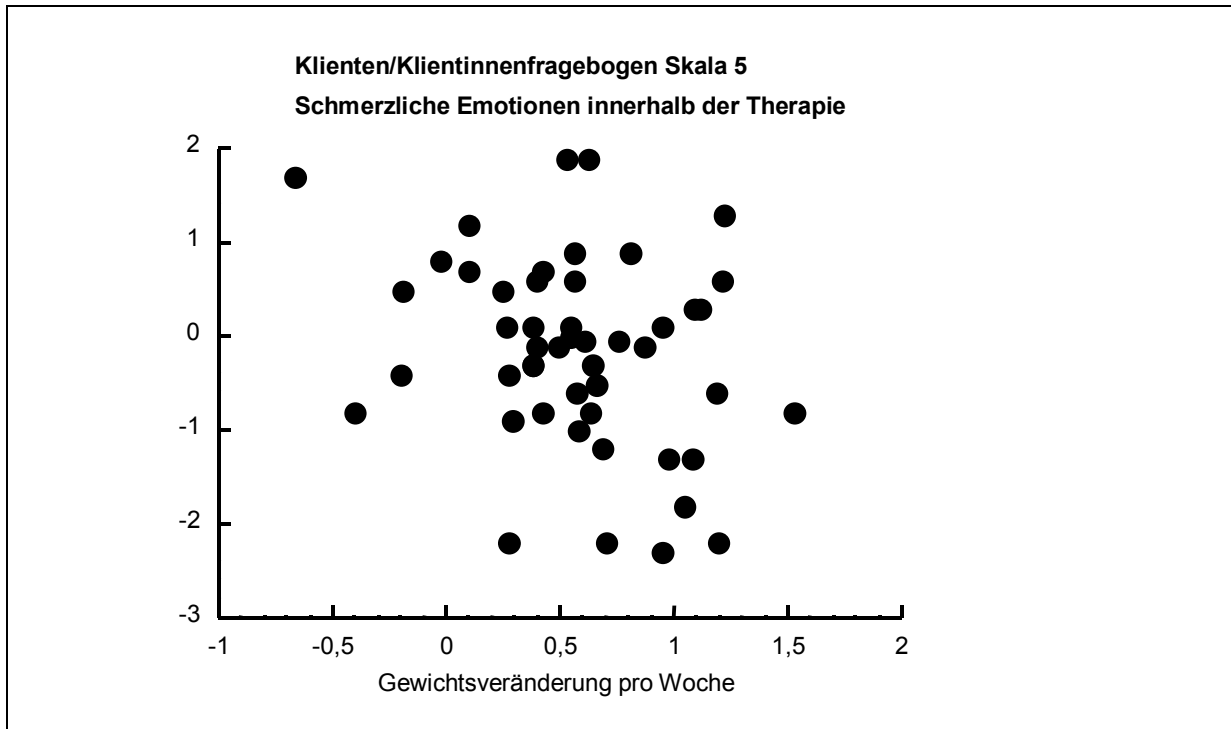


Abbildung 23 Korrelative Beziehung zwischen der Gewichtsveränderung im Verlauf und der Ausprägung von schmerzlichen Emotionen innerhalb der Therapie im KB



9.4.1 Therapieeffektivität, ermittelt über die Effektstärke

Zur Bestimmung der Therapieeffektivität sind für den BMI, den BDI, den EDI, die SCL-90-R, den FKS, den KIB und den FDS die generellen Effektstärken (ES) in Bezug auf das Therapieergebnis mit der Formel von Hartmann und Mitarbeitern berechnet worden (Hartmann & Herzog, 1995).

Bei dieser Variante der Berechnung ist kein Bezug auf eine Kontrollgruppe erforderlich. Im Nenner der Formel werden die Streuungen einer Behandlungsgruppe zu zwei Zeitpunkten t_1 und t_2 bei gleichzeitiger Gewichtung durch die Stichprobengrößen gepoolt. Nach der Einteilung von Cohen spricht man bei einer Effektstärke von $.2 < ES < .5$ von einer kleinen ES, bei einer Effektstärke von $.5 < ES < .8$ von einer mittleren ES und bei einer Effektstärke von $> .8$ von einer hohen ES.

Tabelle 39 Effektstärken

Effektstärken	Supervision + Non-Supervision	Supervision	Non-Supervision
BMI	1.18	.95	1.49
BDI	1.06	1.21	.83
Schlankheitsstreben	.76	.85	.65
Bulimie	.66	.73	.58
Körp. Unzufriedenheit	.48	.47	.49
Ineffektivität	.91	.93	.88
Perfektionismus	.27	.20	.31
Misstrauen	.47	.28	.63
Interozeption	.89	.85	.93
Angst vor dem Erwachsenwerden	.54	.45	.72
Somatisierung	.63	.53	.63
Zwanghaftigkeit	.68	.91	.62
Unsicherheit im Sozialverhalten	.69	.69	.82
Depressivität	.75	.70	.84
Ängstlichkeit	.38	.84	.74
Aggressivität / Feindseligkeit	.48	.49	.39
Phobische Angst	.36	.36	.47
Paranoides Denken	.39	.28	.47
Psychotizismus	.47	.34	.53
Psychische Belastung GSI	.69	.52	.49
Symptomanzahl PST	.81	.70	.80
Selbstunsichere PS	.60	.63	.72
Dependente PS	.64	.40	.97
Zwanghafte PS	.67	.41	.99
Passiv-aggressive PS	.12	.17	.0
Antisoziale PS	.21	.15	.43
Narzisstische PS	.20	.29	.17
Histrionische PS	.42	.05	.47
Schizoide +schizotypische PS	.23	.19	.17
Paranoide PS	.20	.12	.23
Suizidalität und Selbstverletzung	.05	0	.11
Misstrauen + negative Sicht der Welt + des Selbst	.25	.01	.43
Instabilität in Selbstbild, Verhalten + Affekt	.30	.43	.65
Verlassenwerden verhindern	.72	.60	.59
Impulsivität in selbstschädigenden Bereichen	.18	.13	.26
Dichotomes Denken	.40	.41	.42
Wut	.11	.26	0
KIB Gesamtscore	.50	.58	.52
Dissoziative Amnesie	.04	.03	.05
Tendenz zu imaginativen Erlebnisweisen	.11	.15	-.26
Depersonalisation / Derealisation	.02	-.03	.07
FDS Gesamtscore	.10	.15	.04

Für den BMI und BDI fanden sich Effektstärken >1 .

Beim EDI waren für die Skalen "Ineffektivität" und "Interozeption" Werte $>.8$, für die Skalen "Schlankheitsstreben", "Bulimie" und "Angst vor dem Erwachsenwerden" Werte $>.5$ und für die Skalen "Körperliche Unzufriedenheit", "Perfektionismus" und "Misstrauen" Werte $>.2$ zu verzeichnen.

Der SCL-90-R weist für die "Symptomanzahl PST" eine Effektstärke $>.8$ auf. Die Effektstärken der Skalen "Somatisierung", "Zwanghaftigkeit", "Unsicherheit im Sozialverhalten", "Depressivität" und "Psychische Belastung GSI" liegen $>.5$. Die Effektstärken der Skalen "Ängstlichkeit", "Aggressivität/Feindseligkeit", "Phobische Angst", "Paranoides Denken" und "Psychotizismus" liegen $>.2$.

Für die Skalen "Selbstunsichere PS", "Dependente PS" und "Zwanghafte PS" des FKS zeigen sich Effektstärken $>.5$. Bei den Skalen "Histrionische PS", "Antisoziale PS", "Narzisstische PS", "Schizoide und schizotypische PS" und "Paranoide PS" liegen Effektstärken $>.2$ vor.

Der KIB zeigt auf der Skala "Verlassenwerden verhindern" und mit dem "Gesamtscore" Effektstärken $>.5$. Für die Skalen "Misstrauen und negative Sicht der Welt und des Selbst", "Instabilität im Selbstbild", und "Dichotomes Denken" bestehen Effektstärken $>.2$. Die Skalen des FDS weisen keine signifikanten Effektstärken auf (vgl. Tabelle 39).

9.5 Bewertung der Hypothesen

9.5.1 Supervision und Prozessqualität

9.5.1.1 TherapeutInnenstundenbogen (TB)

H 1: Bewertung der positiven Zusammenarbeit

$$H_1: \mu_{SV} > \mu_{NSV}$$

$$H_0: \mu_{SV} = \mu_{NSV}$$

verworfen

H 2: Einschätzung der Sicherheit im therapeutischen Vorgehen

$$H_1: \mu_{SV} > \mu_{NSV}$$

$$H_0: \mu_{SV} = \mu_{NSV}$$

angenommen

9.5.1.2 Klienten/Klientinnen-Stundenbogen (KB)

H 3: Zufriedenheit mit der Therapie

$$H_1: \mu_{SV} > \mu_{NSV}$$

$$H_0: \mu_{SV} = \mu_{NSV}$$

verworfen

H 4: Fortschritte innerhalb der Therapie

$$H_1: \mu_{SV} > \mu_{NSV}$$

$$H_0: \mu_{SV} = \mu_{NSV}$$

verworfen

H 5: Fortschritte außerhalb der Therapie

$$H_1: \mu_{SV} > \mu_{NSV}$$

$$H_0: \mu_{SV} = \mu_{NSV}$$

verworfen

H 6: Qualität der Therapiebeziehung

$$H_1: \mu_{SV} > \mu_{NSV}$$

$$H_0: \mu_{SV} = \mu_{NSV}$$

verworfen

- H 7: Emotionalität
 $H_1: \mu_{SV} > \mu_{NSV}$ $H_0: \mu_{SV} = \mu_{NSV}$ angenommen
- H 8: Positive Zusammenarbeit / Skalen 1 - 4 des KB
 $H_1: \rho > 0$ $H_0: \rho = 0$ angenommen
- H 9: Positive Zusammenarbeit / Skala 5 des KB
 $H_1: \rho < 0$ $H_0: \rho = 0$ angenommen
- H 10: Sicherheit im therapeutischen Vorgehen / Skalen 1 - 4 des KB
 $H_1: \rho > 0$ $H_0: \rho = 0$ angenommen
- H 11: Sicherheit im therapeutischen Vorgehen / Skala 5 des KB
 $H_1: \rho < 0$ $H_0: \rho = 0$ angenommen

9.5.1.3 Symptomwochenbericht (ST)

H 12: Stimmung

$$H_1: \mu_{SV} > \mu_{NSV}$$

$$H_0: \mu_{SV} = \mu_{NSV}$$

verworfen

H 13: Gewicht

$$H_1: \mu_{SV} > \mu_{NSV}$$

$$H_0: \mu_{SV} = \mu_{NSV}$$

verworfen

H 14: Angst vor Essanfällen

$$H_1: \mu_{SV} < \mu_{NSV}$$

$$H_0: \mu_{SV} = \mu_{NSV}$$

verworfen

H 15: Neigung zu Essanfällen

$$H_1: \mu_{SV} < \mu_{NSV}$$

$$H_0: \mu_{SV} = \mu_{NSV}$$

verworfen

H 16: Kalorieneinsparen

$$H_1: \mu_{SV} < \mu_{NSV}$$

$$H_0: \mu_{SV} = \mu_{NSV}$$

verworfen

H 17: Gedankliche Beschäftigung mit dem Essen

$$H_1: \mu_{SV} < \mu_{NSV}$$

$$H_0: \mu_{SV} = \mu_{NSV}$$

verworfen

H 18: Sportliche Aktivität

$$H_1: \mu_{SV} < \mu_{NSV}$$

$$H_0: \mu_{SV} = \mu_{NSV}$$

verworfen

H 19: Motorische Unruhe

$$H_1: \mu_{SV} < \mu_{NSV}$$

$$H_0: \mu_{SV} = \mu_{NSV}$$

verworfen

H 20: Appetit

$$H_1: \mu_{SV} > \mu_{NSV}$$

$$H_0: \mu_{SV} = \mu_{NSV}$$

verworfen

H 21: Hunger

$$H_1: \mu_{SV} > \mu_{NSV}$$

$$H_0: \mu_{SV} = \mu_{NSV}$$

verworfen

H 22: Essanfalle

$$H_1: \mu_{SV} < \mu_{NSV}$$

$$H_0: \mu_{SV} = \mu_{NSV}$$

verworfen

H 23: Tatsachliche Anzahl der Essanfalle

$$H_1: \mu_{SV} < \mu_{NSV}$$

$$H_0: \mu_{SV} = \mu_{NSV}$$

verworfen

H 24: Subjektive Einschatzung der Gewichtszunahme

$$H_1: \mu_{SV} > \mu_{NSV}$$

$$H_0: \mu_{SV} = \mu_{NSV}$$

verworfen

9.5.1.4 Supervision und Ergebnisqualität

H 25: BMI

$$H_1: \mu_{SV} > \mu_{NSV}$$

$$H_0: \mu_{SV} = \mu_{NSV}$$

verworfen

H 26: Depressivität

$$H_1: \mu_{SV} < \mu_{NSV}$$

$$H_0: \mu_{SV} = \mu_{NSV}$$

angenommen

H 27: Einstellungen, Gefühle und Verhaltensweisen
in Bezug auf Essen und Nahrung

$$H_1: \mu_{SV} > \mu_{NSV}$$

$$H_0: \mu_{SV} = \mu_{NSV}$$

verworfen

H 28: Psychopathologie

$$H_1: \mu_{SV} < \mu_{NSV}$$

$$H_0: \mu_{SV} = \mu_{NSV}$$

verworfen

H 29: Persönlichkeitsspezifische belastende kognitive Schemata

$$H_1: \mu_{SV} < \mu_{NSV}$$

$$H_0: \mu_{SV} = \mu_{NSV}$$

verworfen

H 30: Dissoziation

$$H_1: \mu_{SV} < \mu_{NSV}$$

$$H_0: \mu_{SV} = \mu_{NSV}$$

verworfen

9.5.1.5 Prozessqualität und Ergebnisqualität

H 31: Positive Zusammenarbeit (TB 1) / BMI-Entlassung

$$H_1: \rho > 0$$

$$H_0: \rho = 0$$

angenommen

H 32: Positive Zusammenarbeit (TB 1) / BDI und SCL-90-R

$$H_1: \rho < 0$$

$$H_0: \rho = 0$$

angenommen

H 33: Sicherheit im therapeutischen Vorgehen (TB 2) /

BMI-Entlassung

$$H_1: \rho > 0$$

$$H_0: \rho = 0$$

angenommen

H 34: Sicherheit im therapeutischen Vorgehen (TB 2) /

BDI und SCL-90-R

$$H_1: \rho < 0$$

$$H_0: \rho = 0$$

angenommen

BDI

verworfen

SCL-90R

H 35: Klienten/Klientinnen-Stundenbogen Skala 1 - 4 / BMI bei Entlassung

$$H_1: \rho > 0$$

$$H_0: \rho = 0$$

angenommen:

KB Skala 1

KB Skala 2

KB Skala 4

verworfen:

KB Skala 3

- H 36: Klienten/Klientinnen-Stundenbogen 1 - 4 /
BDI und SCL-90-R bei Entlassung
 $H_1: \rho < 0$ $H_0: \rho = 0$ angenommen
- H 37: Klienten/Klientinnen-Stundenbogen Skala 5 /
BMI bei Entlassung
 $H_1: \rho < 0$ $H_0: \rho = 0$ verworfen
- H 38: Klienten/Klientinnen-Stundenbogen Skala 5 /
BDI und SCL-90-R bei Entlassung
 $H_1: \rho > 0$ $H_0: \rho = 0$ angenommen

10 Diskussion

Supervision wird im Rahmen der Qualitätssicherung psychotherapeutischer Dienstleistung als Bestandteil der Strukturqualität therapeutischer Institutionen gesehen. Wird dieser strukturelle Standard erfüllt, bedeutet das allenfalls eine notwendige, aber noch keine hinreichende Bedingung, um die Aussage zu treffen, dass durch Supervision auch die Qualität einer Behandlung im Therapieverlauf (Prozessqualität) und Therapieergebnis (Ergebnisqualität) gesteigert wird.

Bisherige Studien zur Supervision in der Verhaltenstherapie befassten sich mit einer direkt auf die Arbeitszufriedenheit, Kompetenzzuwachs und subjektiver Weiterentwicklung gerichteten Wirkung von Supervision bei den Supervisandinnen und Supervisanden.

In dem Forschungsprojekt wurde deshalb überprüft, ob durch die Supervision der Bezugstherapeutinnen und –therapeuten auch die Prozess- und Ergebnisqualität der Einzelpsychotherapie verbessert wird und ob zwischen der Prozess- und Ergebnisqualität ein positiver Zusammenhang besteht. Die Untersuchung erfolgte an einer homogenen Gruppe anorektischer Patientinnen. Bei Bestätigung der ultimativen Wirkung der Supervision kann davon ausgegangen werden, dass für die im Projekt durchgeführte Supervision "Treatment-Nützlichkeit" vorliegt (Schulte, 1993).

Zu diskutieren ist also, ob sich die Supervision in Aspekten der Prozessqualität, der Ergebnisqualität und auch in der Auswirkung der Prozessqualität auf die Ergebnisqualität niederschlägt.

10.1 Interpretation der Ergebnisse zur Prozessqualität

Die Prozessqualität bezieht sich auf die technische und interpersonelle Qualität der Therapie (Grawe & Braun, 1994; Vogel & Schulte, 1997). Die technische Qualität der Therapie betrifft in diesem Zusammenhang die Angemessenheit der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die interpersonelle Qualität der Therapie

V. Sipos: Effekte von Supervision

fokussiert persönliche Kompetenzen der Therapeutinnen und Therapeuten, Beziehungsgestaltung und subjektive Zufriedenheit im Rahmen der Behandlung.

Die Diskussion der Forschungsergebnisse beginnt mit der Interpretation der Bewertung der Supervision durch die Supervisorinnen, Supervisoren, Supervisandinnen und Supervisanden.

Im Anschluss an jede Supervisionssitzung bewerteten die Supervisorin und der Supervisor die Supervisandinnen und Supervisanden in Bezug auf deren fachliche und persönliche Kompetenzen.

Die "therapeutischen Fertigkeiten" der Therapeutinnen und Therapeuten wurden durch die Supervisorin und den Supervisor weitgehend übereinstimmend bewertet. Die leicht diskrepante Beurteilung auf der Skala "Persönliche Fertigkeiten" ist möglicherweise damit in Zusammenhang zu bringen, dass die Supervisionen unter unterschiedlichen Rahmenbedingungen (Live-Supervision und Videosupervision) stattfanden (Setting). Ebenso naheliegend ist die Überlegung, dass sich darin die unterschiedlichen Kriterien der Supervisorin und des Supervisors, was die persönlichen Fertigkeiten von Verhaltenstherapeuten und Verhaltenstherapeutinnen ausmacht, widerspiegeln. Die Definition der fachlichen Kompetenz innerhalb der Verhaltenstherapie ist klarer umrissen als das, was die persönlichen Fertigkeiten ausmacht. Es ist z. B. gut zu beurteilen, ob Supervisandinnen und Supervisanden eine Verhaltensanalyse durchführen können; weniger eindeutig dagegen gelingt die Feststellung, ob Supervisandinnen und Supervisanden über ausreichend emotionale Reife und Erfahrung verfügen (subjektive Beurteilungskriterien der Supervisorinnen und Supervisoren). Als weiterer Aspekt ist zu berücksichtigen, dass einer der Supervisoren Vorgesetztenstatus hatte und dadurch ein anderes Ausmaß an Offenheit vorhanden war (Hierarchie). Auch geschlechtsspezifische Bewertungsstile können hier einfließen.

Die Supervisandinnen und Supervisanden beurteilten jede Supervisionssitzung nach ihrer Zufriedenheit mit der Supervision, ihren Fortschritten innerhalb und außerhalb der Supervision und der Qualität der Supervisionsbeziehung.

In der Beurteilung der Prozessqualität zeigten sich tendenziell günstigere Werte für die Videosupervision insbesondere in Bezug auf Fortschritte außerhalb der Supervision. Allerdings gab es zwischen den beiden Supervisionsformen auch eine hohe Übereinstimmung der Beurteilung der Fortschritte innerhalb und außerhalb der Supervision und der Supervisionsbeziehung. Die Unterschiede in der Beurteilung können mit den unterschiedlichen Rahmenbedingungen zusammenhängen. In der Videosupervision dürften bessere Möglichkeiten zur Erweiterung der persönlichen Fertigkeiten der Therapeutinnen und Therapeuten (kleinere Gruppe, höherer Offenheitsgrad) vorgelegen haben. Die Entwicklung persönlicher Kompetenzen durch die Supervision ist ein wesentliches Anliegen von Supervisandinnen und Supervisanden und stimmt mit dazu vorliegenden Untersuchungen überein (Rzepka-Meyer, Frank & Vaitl, 1998).

In der insgesamt guten Bewertung hinsichtlich ihrer Fortschritte innerhalb und außerhalb der Supervision und der Qualität der Supervisionsbeziehung durch die Supervisandinnen und Supervisanden spiegelt sich das strukturierte, zielorientierte und auftragsorientierte Vorgehen der Supervisorin und des Supervisors wieder (vgl. Kapitel 4.5).

Im Anschluss an die wöchentliche Einzelpsychotherapie fand eine Bewertung der jeweiligen Sitzung durch die Therapeutinnen und Therapeuten und durch deren Patientinnen statt.

Die Prozessqualität wird auf der Seite der Therapeutinnen und Therapeuten durch die Faktoren "Positive Zusammenarbeit" (TB Skala 1) und "Sicherheit im therapeutischen Vorgehen" (TB Skala 2) repräsentiert. Die Einschätzung der Prozessqualität durch die Patientinnen wird anhand der Faktoren "Zufriedenheit mit der Therapie" (KB Skala 1), "Fortschritte innerhalb der Therapie" (KB Skala 2), "Fortschritte außerhalb der Therapie" (KB Skala 3), "Qualität der Therapiebeziehung" (KB Skala 4) und "Emotionalität" (KB Skala 5) dargestellt. Diese Prozessmerkmale wurden von Grawe im Rahmen seiner Untersuchungen zur Wirkfaktorenforschung in der Psychotherapie als relevant vorgestellt (Grawe, 1994).

Die Therapeutinnen und Therapeuten schätzen die "positive Zusammenarbeit" mit den Patientinnen und die "Sicherheit des therapeutischen Vorgehens" unter Supervision und Non-Supervision global ähnlich ein. Da keine auf bestimmte Zeitpunkte gerichteten Hypothesen gebildet worden waren, können dabei aber lokalisierte Effekte übersehen worden sein. Insbesondere in den Behandlungswochen 5, 6 und 8 sind die Werte für "Sicherheit im therapeutischen Vorgehen" in der supervidierten Gruppe im paarweisen Vergleich signifikant höher. Diese Vergleiche müssen aber zurückhaltend bewertet werden, da die statistischen Globaltests keine signifikanten Effekte aufweisen.

In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass Therapeutinnen und Therapeuten zu Beginn ihrer beruflichen Laufbahn nur in geringem Maß über Vergleichskriterien dahingehend verfügen, was eine "positive Zusammenarbeit" ausmacht. Die Einschätzung wird hier überwiegend von subjektiven Erwartungen geprägt. Die Einschätzung der fachliche Kompetenzen ist dagegen leichter, da hier durch die Ausbildung externe Kriterien vorgegeben werden.

Die Bewertung der Therapie durch die Patientinnen erfolgte direkt im Anschluss an die jeweilige Einzeltherapiesitzung wöchentlich.

In den Dimensionen "Zufriedenheit mit der Therapie", "Fortschritte innerhalb der Therapie", "Fortschritte außerhalb der Therapie" und "Qualität der therapeutischen Beziehung" fanden sich keine globalen Unterschiede. In der Einschätzung der Emotionalität fand sich in der Supervisionsgruppe signifikant ausgeprägteres Erleben von schmerzhaften Gefühlen. Das könnte ein Hinweis darauf sein, dass Therapeutinnen und Therapeuten unter Supervision mehr Mut aufbringen, auch emotional belastende Therapieinhalte aufzugreifen. Ob diese vermehrte Emotionalität ein Faktor für die verminderte Depressivität in der supervidierten Patientengruppe darstellt, kann aufgrund der vorliegenden Daten nicht abschließend beurteilt werden.

Bei der Beurteilung der weitgehend fehlenden Gruppenunterschiede muss auch die hohe zeitliche Stabilität der Beurteilung der Prozessqualität durch die Patientinnen berücksichtigt werden. Günstige bzw. weniger günstige Einschätzungen aus den

ersten Therapiestunden determinieren typischerweise den Gesamtverlauf der Beurteilung der Prozessqualität. Die Entscheidung über die Zufriedenheit mit der Therapie und die Einschätzung der Beziehungsqualität fällt auf der Basis der Erfahrungen der ersten Behandlungsstunden und kann danach offensichtlich nur noch schwer modifiziert werden. Supervision setzt folglich häufig zu einem Zeitpunkt ein, in dem nur noch wenig Veränderung der Prozessqualität möglich ist. Im Rahmen von Ausbildungssupervision ist die Supervision jeder vierten Therapiestunde vorgeschrieben. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie stellen dieses Vorgehen in Frage und deuten darauf hin, dass ein Schwerpunkt der Supervision in den ersten Therapiewochen gebildet werden sollte.

Die insgesamt hohe klinische Relevanz der Faktoren der Prozessqualität "ermöglicht schon relativ früh im Therapieverlauf eine empirisch begründete Einschätzung dessen, ob sich die Therapie auf gutem oder schlechtem Wege befindet" (Grawe & Braun, 1994) (S.262). Das bedeutet für die supervisorische Arbeit, dass Rückmeldungen und Einschätzungen der Patientinnen über ihre Therapie ein sinnvoller Bestandteil der Supervision sind. Demzufolge sollten Supervisorinnen und Supervisoren im Sinne der Qualitätssicherung bei schwierigen Therapieverläufen darauf achten "den Dingen nicht weiter ihren unglücklichen Lauf zu lassen", sondern eine Unterstützung dazu geben, dass eine Korrektur im Prozess stattfindet. Auf das AZA-Modell übertragen bedeutet das, dass neben den selbst formulierten Anliegen, den Zielen und den Aufträgen der Supervisandinnen und Supervisanden dem Meta-Auftrag der Supervisorinnen und Supervisoren eine hohe Bedeutung zugemessen werden muss. Wichtiger aber noch als die Korrektur schwieriger Therapieverläufe ist deren Prophylaxe durch eine angemessene Gestaltung der ersten Therapiestunden.

Während der Behandlung nehmen die Zufriedenheit mit der Therapie und die Fortschritte innerhalb und außerhalb der Therapie im Verlauf signifikant zu. Die Qualität der Therapiebeziehung und die Emotionalität bleiben über die Behandlungszeit unverändert.

10.2 Zusammenhänge der Prozessqualität und der Ergebnisqualität

Die Daten unterstützen die Hypothese, dass die Prozessqualität eine wesentliche Determinante des Therapieergebnisses darstellt. Schätzen sich Therapeutinnen und Therapeuten in ihrer Zusammenarbeit positiver und im therapeutischen Vorgehen sicherer ein, wirkt sich das positiv auf die Zufriedenheit mit der Therapie, die Fortschritte innerhalb und außerhalb der Therapie und die Qualität der Therapiebeziehung aus. Patientinnen, die mit ihrer Therapie zufriedener sind, erleben sich bei Entlassung weniger ineffektiv, haben weniger Angst vor dem Erwachsenwerden, weniger Somatisierung, weniger Unsicherheit im Sozialkontakt, zeigen eine geringere Depressivität, weisen insgesamt eine geringere Symptombelastung auf und werden mit einem höheren Körpergewicht entlassen. Ähnliche Beziehungen gelten zwischen der Qualität der therapeutischen Beziehung und dem Therapieergebnis. Somit stehen alle sechs relevanten Merkmale der Prozessqualität im Zusammenhang mit der Ergebnisqualität, wenn das Therapieergebnis im Sinne eines erhöhten BMI, einer verminderten Depressivität und einer verringerten allgemeinen Symptombelastung festgelegt wird.

Der ausgeprägte Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der Therapie und der Therapiedauer weist möglicherweise darauf hin, dass die Therapiemotivation durch das Anwachsen der Zufriedenheit aufrechterhalten wird.

Die Zufriedenheit mit der Therapie ist damit ein wesentlicher Parameter, der in Bezug auf das Therapieergebnis Vorhersagekraft aufweist. Das stimmt mit der Beurteilung von Grawe & Braun überein (Grawe & Braun, 1994).

Zukunftsweisend bedeutet das, dass die Supervision darauf ausgerichtet sein sollte, die Zufriedenheit der Patientinnen mit der Therapie gezielt zu fördern. Für die Supervisionssituation heißt das konkret, dass nicht nur Inhalte behandelt werden, die ausschließlich die Therapeutinnen und Therapeuten berücksichtigen (z. B. die Reflexion der eigenen Befindlichkeit, die burn out-Prophylaxe). Es ist ebenso

notwendig, die Fortschritte, die Patientinnen machen, im Rahmen der Supervision zu überprüfen, da zwischen dem Therapieergebnis und der Zufriedenheit mit der Therapie ein deutlicher Zusammenhang vorliegt.

„Viele Generationen von Supervisoren haben in der Vergangenheit gelernt, dass Therapie und Supervision gemächliche Prozesse seien, in denen Reflexion, also nicht Aktion, die Hauptrolle spielen. Sie haben nie gelernt, die Probleme von Klienten zu lösen und es stattdessen bevorzugt, über andere Dinge zu debattieren, beispielsweise über die Frage, warum Menschen so sind, wie sie sind und wie sie so geworden sind“ (Haley, 1999) (S.260).

Bemerkenswert ist die hohe Interkorrelation zwischen den Faktoren "Positive Zusammenarbeit", "Sicherheit im therapeutischen Vorgehen", "Zufriedenheit mit der Therapie", "Fortschritte innerhalb der Therapie", "Fortschritte außerhalb der Therapie" und "Qualität der therapeutischen Beziehung". Dies unterstützt die Vermutung, dass therapeutische Fähigkeiten und persönliche Fertigkeiten auf der Seite der Therapeutinnen und Therapeuten und Zufriedenheit, Veränderungsbereitschaft und Beziehungsqualität auf der Seite der Patientinnen eng zusammenwirken und nicht von einander getrennt werden können. Es entspricht auch der Praxiserfahrung, dass eine gute Zusammenarbeit eine notwendige Voraussetzung für ein zielorientiertes therapeutisches Vorgehen ist, beispielsweise für jegliche Form von Expositionstraining (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996). Umgekehrt scheint ein zielorientiertes Vorgehen die Beziehungsqualität günstig zu beeinflussen.

Die klinische Relevanz der TherapeutInnen- und Klienten/Klientinnen-Stundenbögen von Grawe und Braun scheint auch nicht dadurch beeinträchtigt zu werden, dass unter Umständen "Sättigungseffekte", d. h. Motivationseinbußen auf Seiten der Therapeutinnen und Therapeuten und Patientinnen auftraten. Im Weiteren können auch Antworttendenzen (z. B. im Sinne einer sozialen Erwünschtheit) nicht ausgeschlossen werden. Zu berücksichtigen sind durch die kontinuierliche Selbstbeobachtung eventuelle "quasitherapeutische und -supervisorische Effekte" bei den Patientinnen bzw. Therapeutinnen und Therapeuten bei der Beantwortung der Fragebogen (Reinecker, 1995).

10.3 Interpretation der Ergebnisse zur Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität bei Anorexia nervosa kann operationalisiert werden als Verbesserung des Körpergewichts, Reduktion von essstörungsspezifischem Symptomverhalten, Reduktion von Depressivität, Reduktion allgemeiner Symptombelastung, Reduktion essstörungsspezifischer Psychopathologie, Reduktion persönlichkeitsstörungsbezogener Psychopathologie und Reduktion dissoziativer Verhaltensweisen. Für das Gesamtprogramm fanden sich dabei sehr hohe Effektstärken in der Steigerung des Körpergewichtes, in der Reduktion der Depressivität (Punktwert im Beck-Depressions-Inventar), in der Reduktion des Gefühles von Ineffektivität, in der Verbesserung der Interozeption und in der Reduktion der Symptomanzahl im SCL-90-R. Hohe Effektstärken fanden sich insgesamt für die Reduktion von Schlankeitsstreben, Bulimie, Angst vor dem Erwachsenwerden, Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialverhalten, allgemeine psychische Belastung, selbstunsicher, dependente, zwanghafte sowie Borderline persönlichkeitsstypische Merkmale. Bei der Beurteilung der Effekte von Supervision auf das Therapieergebnis ist deshalb zu berücksichtigen, dass die Studie vor dem Hintergrund eines Therapieprogrammes mit hoher Effektivität stattfand. "Deckeneffekte" sind unter diesen Umständen bei einzelnen Parametern möglich bzw. wahrscheinlich.

Im Gewichtsverlauf zeigt sich ein sukzessiver Anstieg über die gesamte Behandlungsdauer. Das durchschnittliche Anfangsgewicht der Patientinnen betrug in der Gesamtstichprobe 38,8 kg. Die durchschnittliche Dauer der stationären Therapie lag bei 9,3 Wochen. Nach Ablauf ihres Aufenthaltes hatten die Patientinnen durchschnittlich 6,2 kg zugenommen und damit ein Entlassungsgewicht von 45 kg erreicht. Im Rahmen des Behandlungskonzeptes (Gewichtsvertrag) sollten alle Patientinnen pro Woche 0,7 kg zunehmen. Dieses Ziel wurde damit im Mittel auch erreicht. Weder der Gewichtsverlauf noch das Gewicht bei Entlassung unterschied sich signifikant zwischen den Gruppen. Angesichts der weitgehenden Erreichung der therapeutischen Vorgaben durch das standardisierte Programm ist ein "Deckeneffekt" wahrscheinlich.

Während des gesamten stationären Aufenthaltes füllten die Patientinnen einen Symptomwochenbericht aus, der die klassische Symptomatologie anorektischer Patientinnen erfasst.

Durch die Behandlung kam es im Therapieverlauf in beiden Gruppen zu folgenden Therapieerfolgen: die Patientinnen nahmen an Gewicht zu, sie hatten weniger Angst vor Essanfällen, zeigten eine geringere Neigung zu Essanfällen, verminderten das Einsparen von Kalorien und beschäftigten sich gedanklich weniger mit dem Essen. Die motorische Unruhe wurde reduziert und sowohl die Essanfälle als auch die tatsächliche Anzahl der Essanfälle gingen zurück.

Die Symptomatik in Zusammenhang mit den Essanfällen ging bereits während der ersten beiden Behandlungswochen deutlich zurück. Eine mögliche Erklärung beruht auf dem veränderten Setting durch die Aufnahme in die Therapie: Mit den Patientinnen werden feste Essensregeln vereinbart und es verändert sich durch den Aufbau einer regelmäßigen Ernährung die aufrechterhaltenden physiologischen Bedingungen. Zu berücksichtigen ist, dass nur ein Teil der Gesamtstichprobe tatsächlich Essanfälle hatte. Dies spricht, unabhängig vom Supervisionsstatus, für insgesamt positive Therapieeffekte.

Am Anfang zeigte sich ein signifikanter Gruppenunterschied bei den Essanfällen, der auf unterschiedlichen Ausgangswerten beruhte. Nach Berücksichtigung der Ausgangslage als Kovariate ist der Gruppenunterschied nicht mehr vorhanden. Darüber hinaus zeigten die weiteren Merkmale des Symptomwochenberichts keinen Unterschied zwischen der Supervisionsgruppe und der Non-Supervisionsgruppe. Das kann verschiedene Gründe haben, von denen an dieser Stelle ein formal methodischer erwähnt werden sollte: über die statistischen Gütekriterien des Symptomwochenberichtes können keine Aussagen gemacht werden. Deshalb ist es denkbar, dass durchaus Veränderungen in anderen Symptomen stattgefunden haben, dass verwendete Messinstrument diese aber nicht zuverlässig und valide abbilden konnte. Zukünftige Untersuchungen sollten sich daher zunächst mit einer Überprüfung des Messinstrumentes auseinandersetzen.

Die Patientinnen, die bei Entlassung eine niedrige Punktzahl im Beck-Depressions-Inventar aufwiesen, berichteten auch im Symptomwochenbericht über bessere Stimmung, höhere Gewichtszunahme, weniger Angst und Neigung vor bzw. zu Essanfällen, geringere gedankliche Beschäftigung mit Essen, weniger Unruhe und mehr Appetit bzw. Hunger. Eine Bestätigung dieser Ergebnisse zeigte sich auch im Zusammenhang mit einer Verminderung der allgemeinen Psychopathologie.

Die Patientinnen der Supervisionsgruppe haben bei Entlassung einen deutlich niedrigeren Punktwert im Beck-Depressions-Inventar (BDI). Hierbei handelt es sich um eines der Hauptergebnisse der Studie. Die Supervision der Einzelpsychotherapie im Rahmen eines komplexen stationären Therapieprogrammes hat offenbar differenzierte Effekte. Die Gewichtssteigerung ist durch die strukturierten Therapieelemente so gut abgesichert, dass Supervision kaum noch zusätzliche Effekte haben kann. Die Beeinflussung der Depressivität erfordert dagegen zusätzlich die Entwicklung und Umsetzung individualisierter Fallkonzepte und Therapiestrategien. An diesem Punkt scheint eine günstige Einflussnahme von Supervision auf das Therapieergebnis möglich zu sein. Da das Ausmaß der Depression bei Entlassung in engem Zusammenhang mit der "Zufriedenheit in der Therapie", den "Fortschritten innerhalb und außerhalb der Therapie" und der "Qualität der Therapiebeziehung" steht, kann es sich hier um eine über die Prozessqualität vermittelte Auswirkung der Supervision handeln. Gegen diese Hypothese sprechen allerdings die weitgehend fehlenden Unterschiede in der Prozessqualität zwischen der Supervisions und der Non-Supervisionsgruppe. Der Unterschied kann hypothetisch auch über andere Qualitätsmerkmale der Therapie (z.B. Komplexität und Angemessenheit des Fallkonzeptes) vermittelt sein. Solche Merkmale wurden durch die eingesetzten Instrumente aber nicht erfasst.

Darüber hinaus zeigte sich, dass Patientinnen mit einem höheren BMI bei Entlassung weniger depressiv sind. Ein hoher BMI bei Entlassung ist ebenfalls mit einer geringeren allgemeinen Symptombelastung assoziiert.

Im Verlauf der Studie über die vier Phasen ging die allgemeine Symptombelastung (General Symptom Index des SCL-90-R) signifikant zurück. Dieser Effekt der Studie kann nicht spezifisch der Supervision zugeordnet werden, kann aber Ausdruck von aus der Supervision entstehenden generalisierten Lernprozessen bei den Supervisandinnen

V. Sipos: Effekte von Supervision

und Supervisanden sein. Die verminderte allgemeine Symptombelastung ist möglicherweise durch eine größere Differenzierung und Komplexität von Fallkonzeptionen bedingt, die individuelle Gegebenheiten im Bereich der Komorbidität mit affektiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen besser berücksichtigt.

Für die Supervisionsgruppe zeigen sich beim BDI, beim EDI (Schlankheitsstreben, Bulimie, Ineffektivität), SCL-90-R (Zwanghaftigkeit, Ängstlichkeit, Aggressivität), FKS (passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung, schizoide und schizotypische Persönlichkeitsstörung), KIB (Versuche Verlassenwerden zu verhindern, Wut) und beim FDS (Tendenz zu imaginativen Erlebnisweisen, Gesamtscore), wenn auch teilweise gering ausgeprägt, stärkere Effekte als in der Non-Supervisionsgruppe.

10.4 Zusammenfassende Interpretation

Abschließend ist festzuhalten, dass die Daten keinen globalen Einfluss der Supervision auf die Prozessqualität aufzeigen. In der Ergebnisqualität zeigten sich zwischen der Supervisionsgruppe und der Non-Supervisionsgruppe ein deutlich unterschiedlich ausgeprägter Effekt auf das Therapieergebnis im Bereich Depressivität. Weiterhin liegt in der Supervisionsgruppe tendenziell ein besseres Ergebnis in einigen psychopathologischen Bereichen vor. Die Daten weisen auf einen deutlichen Einfluss der Faktoren der Prozessqualität auf das Therapieergebnis hin. Für die im Forschungsprojekt durchgeführte Supervision ist anzunehmen, dass ihr als Bestandteil der Strukturqualität "Treatment-Nützlichkeit" zugesprochen werden kann (Schulte, 1993).

Rückblickend ist zu sehen, dass, über die nun vorliegenden Ergebnisse hinaus, alle Beteiligten des Forschungsprojektes für sich profitieren konnten. Bei den Patientinnen zeigten sich insgesamt sehr gute Therapieergebnisse, die durch die Supervision in ihrer Tendenz noch gesteigert wurden. Die Supervisandinnen und Supervisanden verbesserten ihre berufsspezifischen, persönlichen und methodischen Kompetenzen durch die Supervision. Der Supervisor und die Supervisorin wurden in ihrer Arbeit subjektiv effektiver und zielorientierter. Das Team der Station B3 wurde im Ablauf des Stationsalltages organisierter und wuchs durch das Projekt spürbar zusammen.

11 Literaturverzeichnis

American Psychiatric Association. (1993). Practice guideline for eating disorders. American Journal of Psychiatry, 150, suppl.2, 212-228.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition. Washington: American Psychiatric Association.

Auckenthaler, A. & Kleiber, D. (1992). Supervision in Handlungsfeldern der psychosozialen Versorgung. Tübingen:

Badelt, Ch. (1997). Qualitätsicherung und Supervision aus sozialpolitischer Sicht. In Österreichische Vereinigung für Supervision (Hrsg.) Supervision - Eine kritische Dienstleistung (pp. 27-34). Innsbruck: Studienverlag.

Beck, A. T. & Freeman, A. (1990). Cognitive therapy of personality disorders. New York: Guilford.

Beck, W. (1998). Supervision aus gruppendynamischer Sicht. Formen der Supervision. Supervisionskonzepte und Praxis im Klinikkontext (pp. 58-70). Frankfurt a.M.: VAS.

Beisel, S. & Schweiger, U. Kognitives Inventar für Borderlinestörungen (KIB). 1999. Klinik Roseneck.

Ref Type: Personal Communication

Belardi, N. (1992). Supervision. Von der Praxisberatung zur Organisationsentwicklung. Paderborn: Junfermann.

Bernstein, E. M. & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. Journal of Nervous and Mental Disease, 174, 727-735.

Beutler, L. E., Machado, P. P. P. & Neufeld, S. A. (1994). Therapist variables. In A. E. Bergin und Garfield (Eds.) Handbook of psychotherapy and behavior change (pp. 229-269).

Bortz, J. (1993). Statistik für Sozialwissenschaftler. Berlin: Springer.

Bortz, J. & Lienert, G. A. (1998). Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung. Berlin: Springer.

Boyar, R. M., Hellman, L. D., Roffwarg, H., Katz, J., Zumoff, B., O'Connor, J., Bradlow, L. & Fukushima, D. K. (1977). Cortisol secretion and metabolism in Anorexia nervosa. New England Journal of Medicine, *296*, 190-193.

Braun, D. L., Sunday, S. R. & Halmi, K. A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. Psychological Medicine, *24*, 859-867.

Brinch, M., Isager, T. & Tolstrup, K. (1988). Anorexia nervosa and motherhood: reproductional pattern and mothering behavior of 50 women. Acta Psychiatrica Scandinavica, *77*, 98-104.

Caspar, F. (1996). Die Anwendung standardisierter Methoden und individuelle Neukonstruktion therapeutischen Handelns. In H. Reinecker und D. Schmelzer (Hrsg.) Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement (pp. 23-48). Göttingen: Hogrefe.

Casper, R. C., Schoeller, D. A., Kushner, R., Hnilicka, J. & Gold, S. T. (1991). Total energy expenditure and activity level in Anorexia nervosa. American Journal of Clinical Nutrition, *53*, 1143-1150.

Cierpka, M. (1996). Handbuch für Familiendiagnostik. Berlin: Springer.

Counts, D. R., Gwirtsman, H., Carlsson, L. M. S., Lesem, M. & Cutler, G. B. (1992). The effect of Anorexia nervosa and refeeding on growth-hormone-binding protein, the insulin-like growth factors (IGFs), and the IGF-binding proteins. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, *75*, 762-767.

Derogatis, L. R. (1977). SCL-90. Administration, Scoring & Procedures. Baltimore: Johns Hopkins University School of Medicine.

- Deutsche Gesellschaft für Supervision (1992). Materialien für die Supervisionspraxis. Hille: Ursel Busch Fachverlag.
- Diesinger, I. & Mehring, G. (1996). Aus- und Weiterbildung in Verhaltenstherapie an anerkannten Instituten. Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement (pp. 435-456). Göttingen: Hogrefe.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. Menninger Foundation Quaterly, 44, 166-203.
- Eck, C. D. (1993). Elemente einer Rahmentheorie der Beratung und Supervision. In G. Fatzer (Hrsg.) Supervision und Beratung (pp. 17-52). Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A. & Welch, S. L. (1999). Risk factors for Anorexia nervosa. Archives of General Psychiatry, 56, 468-476.
- Fairburn, C. G., Shafran, R. & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of Anorexia nervosa. Behaviour Research and Therapy, 37, 1-13.
- Fatzer, G. (1993). Supervision und Beratung. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Fichter, M. (1999). Anorektische und bulimische Eßstörungen. In M. Berger (Hrsg.) Psychiatrie und Psychotherapie (pp. 715-739). München: Urban & Schwarzenberg.
- Fichter, M. M. (1985). Magersucht und Bulimia. Empirische Untersuchung zur Epidemiologie, Symptomatologie, Nosologie und zum Verlauf. Berlin: Springer.
- Fiedler, P. (1996). Verhaltenstherapie in und mit Gruppen. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Fiegenbaum, W., Tuschen, B. & Florin, I. (1997). Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 26, 138-149.
- Frank, R. (1996). Das Gießener Weiterbildungsmodell in Klinischer Psychologie / Verhaltenstherapie: Konzepte und Ergebnisse. In H. Reinecker und D. Schmelzer V. Sipos: Effekte von Supervision

(Hrsg.) Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement (pp. 457-475).
Göttingen: Hogrefe.

Franke, G. H. (1992). Eine weitere Überprüfung der Symptom-Check-Liste (SCL -90-R) als
Forschungsinstrument. Diagnostika, 38, 160-167.

Franke, G. H. (1995). SCL-90-R - Die Symptomcheckliste von Derogatis. Göttingen: Hogrefe.

Freyberger, H. J., Spitzer, R. D., Kuhn, G., Magdeburg, N. & Bernstein-Carlson, E. (1998).
Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS). Psychotherapie Psychosomatik und
medizinische Psychologie, 48, 223-229.

Fydrich, T. Fragebogen zu kognitiven Schemata (FKS) von A.T. Beck und Mitarbeitern. 1998.
Ref Type: Unpublished Work

Garfinkel, P. E. & Garner, D. M. (1982). Anorexia nervosa: A multidimensional perspective.
New York: Brunner & Mazel.

Garner, D. M. & Bemis, K. M. (1982). A cognitive-behavioral approach to Anorexia nervosa.
Cognitive Therapy and Research, 6 , 150-

Garner, D. M., Olmsted, M. P. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a
multidimensional eating disorder inventory of Anorexia nervosa and bulimia.
International Journal of Eating Disorders, 2, 14-34.

Grawe, K. (1994). Psychotherapie ohne Grenzen. Von den Therapieschulen zur Allgemeinen
Psychotherapie. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 26, 357-370.

Grawe, K. (1998). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K. & Braun, U. (1994). Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. Zeitschrift für
Klinische Psychologie, 23, 242-267.

Gull, W. W. (1997). Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica) (Nachdruck der
Publikation von 1873). Obesity Research, 5, 498-502.

- Guy, J. D. (1987). The personal life of the psychotherapist. New York: Wiley.
- Haley, J. (1999). Therapie lehren und lernen. Wie man sich bei einem Patienten entschuldigt, nachdem man ihm einen irreversiblen Hirnschaden zugefügt hat. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Halmi, K. A., Dekirmenjian, H., Davis, J. M., Casper, R. & Goldberg, S. (1978). Catecholamine metabolism in Anorexia nervosa. Archives of General Psychiatry, 35, 458-460.
- Hartmann, A. & Herzog, T. (1995). Varianten der Effektstärkenberechnung in Meta-Analysen: Kommt es zu variablen Ergebnissen? Zeitschrift für Klinische Psychologie, 24, 337-343.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, U. (1994). Beck Depressions Inventar (BDI), Testhandbuch. Bern: Huber.
- Härter, M., Stieglitz, R. D. & Berger, M. (1999). Qualitätsmanagement in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung. Psychiatrie und Psychotherapie (pp. 1002-1014). München: Urban & Schwarzenberg.
- Hebebrand, J., Blum, W. F., Barth, N., Coners, H., Englaro, P., Juul, A., Ziegler, A., Warnke, A., Rascher, W. & Remschmidt, H. (1997). Leptin levels in patients with Anorexia nervosa are reduced in the acute stage and elevated upon short-term weight restoration. Molecular Psychiatry, 2, 330-334.
- Hennch, Ch., Werner, A. & Bergmann, G. (1998). Formen der Supervision. Supervisionskonzepte und Praxis im Klinikkontext. Frankfurt a.M.: VAS.
- Herzog, W., Deter, H. C., Fiehn, W. & Petzold, E. (1997). Medical findings and predictors of long-term physical outcome in Anorexia nervosa: a prospective, 12-year follow-up study. Psychological Medicine, 27, 269-279.
- Heuser, J. & Rief, W. (1999). Psychologische Tätigkeiten in der psychosomatischen Klinik. Psychologie in der Klinik. Leitfaden für die berufliche Praxis (pp. 55-74). Stuttgart: Schattauer.

Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W. (1997). IDCL - Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10 und DSM-IV. Bern: Hans Huber.

Holloway, E. (1998). Supervision in psychosozialen Feldern. Ein praxisbezogener Supervisionsansatz. Paderborn: Jungfermann.

Hsu, L. K. G. & Sobkiewicz, T. A. (1991). Body image disturbances: Time to abandon the concept for eating disorders. International Journal of Eating Disorders, 10, 15-30.

Jacobi, C. (1998). Kognitive Verhaltenstherapie bei Essstörungen. In M. Hautzinger (Hrsg.) Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Erkrankungen (pp. 211-246). Berlin: Quintessenz Verlag.

Kaatz, S. (1985). Ein Strukturmodell der Supervisionstätigkeit. Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin, 6, 188-201.

Kamphuis, M. (1968). Die persönliche Hilfe in der Sozialarbeit unserer Zeit. Eine Einführung in die Methode der Einzelfallhilfe für Praxis und Ausbildung. Stuttgart: Enke.

Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). Selbstmanagementtherapie. Berlin: Springer.

Kaye, W. H., Gwirtsman, H. E., George, D. T., Jimerson, D. C. & Ebert, M. H. (1987). CSF 5-HIAA concentrations in Anorexia nervosa: reduced values in underweight subjects normalize after weight gain. Biological Psychiatry, 23, 102-105.

Laessle, R. G. (1994). Eßstörungen. In H. Reinecker (Hrsg.) Lehrbuch der Klinischen Psychologie (pp. 363-390). Göttingen: Hogrefe.

Laessle, R. G. (1996). Eßstörungen. In J. Margraf (Hrsg.) Lehrbuch der Verhaltenstherapie (pp. 191-214). Berlin: Springer.

Laessle, R. G. & Pirke, K. M. (1997). Eßstörungen. In K. Hahlweg und A. Ehlers (Hrsg.) Psychische Störungen und ihre Behandlung Göttingen: Hogrefe.

- Lairaiter, A. R. (1997). Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Zum Stand Entwicklung. In P. Hofmann, M. Lux, C. Probst, M. Teiner, J. Taucher und H. G. Zapotoczky (Hrsg.) Klinische Psychotherapie (pp. 37-46). Wien: Springer.
- Langlotz-Weis, M. & Sturm, J. (1986). Supervision in einer verhaltenstherapeutisch orientierten Klinik. Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, 5, 329-332.
- Laségue, C. H. (1997). On hysterical anorexia (Nachdruck der Publikation von 1873). Obesity Research, 5, 492- 497.
- Lilienfeld, L. R., Kaye, W. H. & Strober, M. (1998). Genetics and family studies of Anorexia nervosa and bulimia nervosa. Baillière's Clinical Psychiatry, 3, 177-193.
- Lohmann, B. Strukturierte Supervision. Praxisorientierter Leitfaden für Einzel- und Gruppensupervision. 1999.
Ref Type: Personal Communication
- López-Frank, U. (1995). Zur Verantwortlichkeit von SupervisorInnen. In Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis (Hrsg.) Frauen gegen sexuelle Übergriffe und Machtmißbrauch in der Therapie und BeratungTübingen: DGVT Verlag.
- Mitchell, J. E., Hatsukami, D., Eckert, E. D. & Pyle, R. L. (1985). Characteristics of 275 patients with bulimia. American Journal of Psychiatry, 142, 482-485.
- Moshang, T., Parks, J. S., Baker, L., Vaiday, V., Utiger, R., Bongiovanni, A. M. & Snyder, P. (1975). Low serum triiodothyronine in patients with Anorexia nervosa. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 40, 470-473.
- Nedelmann, C. & Ferstl, H. (1989). Die Methode der Balint Gruppe. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Pirke, K. M., Pahl, J., Schweiger, U. & Warnhoff, M. (1985). Metabolic and endocrine indices of starvation in bulimia: a comparison with Anorexia nervosa. Psychiatry Research, 15, 33-39.

- Pirke, K. M. & Ploog, D. (1986). Psychobiology of Anorexia nervosa. In R. J. Wurtman und J. J. Wurtman (Eds.) Nutrition and the Brain (pp. 167-198). New York: Raven.
- Plessen, U. & Kaatz, S. (1985). Supervision in Beratung und Therapie. Salzburg: Otto Müller.
- Pühl, H. (1998). Team-Supervision. Von der Subversion zur Institutionsanalyse. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Pühl, H. & Schmidtbauer, W. (1986). Supervision und Psychoanalyse. Plädoyer für eine emanzipatorische Reflexion in den helfenden Berufen. München: Kösel.
- Reinecker, H. (1994). Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen. Göttingen: Hogrefe.
- Reinecker, H. (1995). Grundlagen verhaltenstherapeutischer Methoden. In Th. Heyden, H. Reinecker, D. Schulte und H. Sorgatz (Hrsg.) Verhaltenstherapie. Theorien und Methoden Tübingen: DGVT-Verlag.
- Reinecker, H. (1996). Therapieforschung. In J. Margraf (Hrsg.) Lehrbuch der Verhaltenstherapie (pp. 31-48). Berlin: Springer.
- Reinecker, H. & Schindler, L. (1996). Aus- und Weiterbildung. In J. Margraf (Hrsg.) Lehrbuch der Verhaltenstherapie (pp. 491-498). Berlin: Springer.
- Rief, W. (1999). Psychologie in der Klinik. Leitfaden für die berufliche Praxis. Stuttgart: Schattauer.
- Rief, W., Greitemeyer, M. & Fichter, M. M. (1991). Die Symptom Check List SCL-90-R: Überprüfung an 900 psychosomatischen Patienten. Diagnostika, 37, 58-65.
- Rosen, J. C. & Leitenberg, H. (1985). Exposure plus response prevention of bulimia. In D. M. Garner und P. E. Garfinkel (Eds.) Handbook of psychotherapy for anorexia and bulimia New York: Guilford.

- Rzepka-Meyer, U. (1997). Supervision von Verhaltenstherapien. Wiesbaden : Deutscher Universitäts Verlag.
- Rzepka-Meyer, U., Frank, R. & Vaitl, D. (1998). Entwicklung therapeutischer Kompetenzen: Zur Rolle von Therapieerfahrung und Reflexionsbereitschaft. Verhaltenstherapie, 8, 200-207.
- SAS Institute (1998). StatView Reference. Cary, NC: SAS Institute.
- Schaap, C. (1993). The therapeutic relationship in behavioral psychotherapy. New York: Wiley.
- Schmelzer, D. (1997). Verhaltenstherapeutische Supervision. Göttingen: Hogrefe.
- Schreyögg, A. (1994). Supervision. Ein integratives Modell. Lehrbuch für Theorie und Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Schulte, D. (1993). Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? Zeitschrift für Klinische Psychologie, 22, 374-393.
- Schweiger, U. & Fichter, M. (1997). Eating disorders: clinical presentation, classification and aetiological models. Baillière's Clinical Psychiatry, 3, 199-216.
- Schweiger, U. and Fichter, M. M. Essstörung. 1999.
Ref Type: Personal Communication
- Schweiger, U., Warnhoff, M., Pahl, J. & Pirke, K. M. (1986). Effects of carbohydrate and protein meals on plasma large neutral amino acids, glucose, and insulin plasma levels of anorectic patients. Metabolism, 35, 938-943.
- Schweitzer, J. & Schlippe, A. (1998). Fallsupervision, Team- und Organisationsberatung aus systemischer Sicht. In Ch. Hennch, A. Werner und G. Bergmann (Hrsg.) Formen der Supervision. Supervisionskonzepte und Praxis im Klinikkontext (pp. 21-41). Frankfurt am Main: VAS.

- Spitzer, C. & Freyberger, H. J. (1997). Diagnostik und Behandlung dissoziativer Störungen. Psychotherapie, 2, 83-90.
- Strober, M. & Humphrey, L. L. (1987). Familial contributions to the etiology and course of Anorexia nervosa and bulimia. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, 654-659.
- Strömbach, R., Fricke, P. & Koch, H. B. (1975). Supervision. Protokoll eines Lernprozesses. Gelnhausen/Berlin: Burckhardthaus-Verlag.
- Theander, S. (1985). Outcome and prognosis in Anorexia nervosa and bulimia: some results of previous investigations compared with those of a Swedish long-term study. Journal of Psychiatric Research, 19, 493-508.
- Thiel, A. & Paul, T. (1988). Entwicklung einer deutschsprachigen Version des Eating-Disorder-Inventory (EDI). Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 9, 267-278.
- Tillmanns, A. (1990). Supervision in der Verhaltenstherapieausbildung. In H. Pühl (Hrsg.) Handbuch der Supervision. Beratung und Reflexion in Ausbildung, Beruf und Organisation (pp. 98-109). Berlin: Edition Marhold.
- Tillmanns, A. (1994). Supervision in der Verhaltenstherapieausbildung. In H. Pühl (Hrsg.) Handbuch der Supervision (pp. 447-457). Berlin: Edition Marhold.
- Ubben, B. (1998). Was leisten Verhaltenstherapie- Ausbildungsinstitute? Perspektiven einer Psychotherapie- Ausbildung. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 19, 73-90.
- Vogel, G. & Schulte, D. (1997). Methoden- und verlaufsorientierte Strategien von Psychotherapeuten. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 26, 38-49.
- Zimmer, D. (1996). Supervision in der Verhaltenstherapie. In J. Margraf (Hrsg.) Lehrbuch der Verhaltenstherapie (pp. 525-536). Berlin: Springer.

12 Anhang

12.1 Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1 Forschungsdesign	80
Abbildung 2 Zeiteffekte des Klienten/Klientinnen-Stundenbogens Skala 1	103
Abbildung 3 Zeiteffekte des Klienten/Klientinnen-Stundenbogens Skala 2	103
Abbildung 4 Zeiteffekte des Klienten/Klientinnen-Stundenbogens Skala 3	103
Abbildung 5 Zeitlicher Verlauf der Angst vor Essanfällen über 10 Wochen	114
Abbildung 6 Zeitlicher Verlauf der gedanklichen Beschäftigung mit Essen über 10 Wochen	114
Abbildung 7 Zeitlicher Verlauf des Appetit über 10 Wochen.....	115
Abbildung 8 Zeitlicher Verlauf der tatsächlichen Anzahl von Essanfällen über 10 Wochen	115
Abbildung 9 Beziehung zwischen gedanklicher Beschäftigung mit Essen (Mittelwert über 10 Wochen) und Punktwert im Beck-Depressions-Inventar bei Entlassung.....	118
Abbildung 10 Beziehung zwischen motorischer Unruhe (Mittelwert über 10 Wochen) und Punktwert im Beck-Depressions-Inventar bei Entlassung.....	119
Abbildung 11 Zeitlicher Verlauf des Gewichtes über 10 Wochen	121
Abbildung 12 Gruppenvergleich der Ausprägung von Depressivität (BDI Punktwert) bei Entlassung...	123
Abbildung 13 Verlauf der allgemeinen Symptombelastung (SCL-90-R GSI) bei Entlassung über die Studienphasen.....	125
Abbildung 14 Korrelative Beziehung zwischen Gewichtsveränderung im Verlauf und Body-Mass-Index bei Entlassung.....	134
Abbildung 15 Korrelative Beziehung zwischen Gewichtsveränderung im Verlauf und Punktwert im Beck- Depressions-Inventar bei Entlassung.....	135
Abbildung 16 Korrelative Beziehung zwischen Gewichtsveränderung im Verlauf und Ausprägung der allgemeinen Symptombelastung (SCL-90-R, GSI) bei Entlassung.....	136
Abbildung 17 Korrelative Beziehung zwischen Gewichtsveränderung im Verlauf und der Ausprägung von Sicherheit innerhalb der Therapie im TB	137
Abbildung 18 Korrelative Beziehung zwischen Gewichtsveränderung im Verlauf und der Ausprägung der Qualität der therapeutischen Beziehung im TB.....	137
Abbildung 19 Korrelative Beziehung zwischen der Gewichtsveränderung im Verlauf und der Zufriedenheit mit der Therapie im KB.....	138
Abbildung 20 Korrelative Beziehung zwischen der Gewichtsveränderung im Verlauf und der Ausprägung von Fortschritten innerhalb der Therapie im KB	139
Abbildung 21 Korrelative Beziehung zwischen der Gewichtsveränderung im Verlauf und der Ausprägung von Fortschritten außerhalb der Therapie im KB.....	140

Abbildung 22 Korrelative Beziehung zwischen der Gewichtsveränderung im Verlauf und der Ausprägung der Qualität der therapeutischen Beziehung im KB	140
Abbildung 23 Korrelative Beziehung zwischen der Gewichtsveränderung im Verlauf und der Ausprägung von schmerzlichen Emotionen innerhalb der Therapie im KB	141

12.2 Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1 Reliabilität r_{α} der Skalen des TherapeutInnen-Stundenbogen.....	69
Tabelle 2 Reliabilität r_{α} der Skalen des Klienten/Klientinnen-Stundenbogen (KB)	70
Tabelle 3 Diagnosen nach DSM-IV.....	88
Tabelle 4 Anzahl der Diagnosen	89
Tabelle 5 Demographische Daten	90
Tabelle 6 Demographische Daten (2).....	92
Tabelle 7 Störungsbezogene Daten (1)	94
Tabelle 8 Störungsbezogene Daten (2)	95
Tabelle 9 Übersicht der eingesetzten Forschungsinstrumente	96
Tabelle 10 Supervisions-Stundenbogen für den Supervisor (SSB 1).....	97
Tabelle 11 Supervisions-Stundenbogen (SSB 2).....	98
Tabelle 12 TherapeutInnenstundenbogen (TB) Mittelwertvergleich SV (n=26) / NSV (n=25).....	98
Tabelle 13 TherapeutInnenstundenbogen (TB) 10 Wochen Therapieverlauf SV (n=11) / NSV (n=11).....	99
Tabelle 14 TherapeutInnenstundenbogen (TB) / Positive Zusammenarbeit Mittelwertvergleich SV (n=11) / NSV (n=11) pro Woche	100
Tabelle 15 TherapeutInnenstundenbogen (TB) / Sicherheit im therapeutischen Vorgehen Mittelwertvergleich SV (n=11) / NSV (n=11) pro Woche.....	100
Tabelle 16 Klienten/Klientinnen-Stundenbogen (KB) Mittelwertvergleich SV (n=26) / NSV (n=25).....	101
Tabelle 17 Klienten/Klientinnen-Stundenbogen (KB) 10 Wochen Therapieverlauf Supervisionsgruppe SV (n=12) / Non-Supervisionsgruppe NSV (n=10).....	102
Tabelle 18 Klienten/Klientinnen-Stundenbogen (KB): Korrelation der Zufriedenheit mit der Therapie und den Skalen des EDI zum Entlassungszeitpunkt	104
Tabelle 19 Klienten/Klientinnen-Stundenbogen (KB): Korrelation der Zufriedenheit mit der Therapie und den Skalen des SCL-90-R zum Entlassungszeitpunkt	105
Tabelle 20 Interkorrelationen der Skalen des TherapeutInnenstundenbogens und des Klienten/Klientinnen-Stundenbogens mit dem BMI, BDI und SCL-90-R (Darstellung signifikanter Korrelationen).....	106
Tabelle 21 Symptomwochenbericht Entlassungswerte SV (n=26) / NSV (n=24).....	111
Tabelle 22 Symptomwochenbericht 10 Wochen Therapieverlauf SV (n=11) / NSV (n=12) Teil 1	112
Tabelle 23 Symptomwochenbericht 10 Wochen Therapieverlauf SV (n=11) / NSV (n=12) Teil 2	113
Tabelle 24 Korrelation der Skalen des Symptomwochenberichts mit dem BMI zum Entlassungszeitpunkt	116
Tabelle 25 Korrelation der Skalen des Symptomwochenberichts mit dem BDI zum Entlassungszeitpunkt	117
Tabelle 26 Korrelation des Symptomwochenberichts mit dem SCL-90-R-Gesamtscore zum Zeitpunkt der Entlassung	120
Tabelle 27 Gewicht 10 Wochen Therapieverlauf SV (n=16) / NSV (n=15)	121
Tabelle 28 BMI Entlassungswert SV (n=26) / NSV (n=25).....	122
V. Sipos: Effekte von Supervision	175

Tabelle 29 Tatsächliche Gewichtszunahme- Entlassungswerte nach Korrektur für den Ausgangswert SV (n=26) / NSV (n=24).....	122
Tabelle 30 BDI Entlassungswert SV (n=24) / NSV (n=22).....	123
Tabelle 31 EDI Entlassungswerte SV (n=24) / NSV (n=22).....	124
Tabelle 32 SCL-90-R Entlassungswerte SV (n=22) / NSV (n=22).....	126
Tabelle 33 FKS Entlassungswerte SV (n=24) / NSV (n=22)	127
Tabelle 34 KIB Entlassungswerte SV (n=24) / NSV (n=20).....	128
Tabelle 35 FDS Entlassungswerte SV (n=24) / NSV (n=22)	129
Tabelle 36 Vergleich zwischen Aufnahme- und Entlassungswerten. Statistische Kennwerte und Ergebnisse der t-Tests für abhängige Stichproben	130
Tabelle 37 Interkorrelation der Skalen des BMI, BDI und SCL-90-R General Symptom Index zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt (Darstellung signifikanter Korrelationen).....	131
Tabelle 38 Korrelation der tatsächlichen Gewichtszunahme mit dem BMI, dem BDI, dem SCL-90-R-Gesamtscore und den Skalen des TherapeutInnen- und Klienten/Klientinnen-Stundenbogens zum Zeitpunkt der Entlassung	133
Tabelle 39 Effektstärken.....	143

12.3 Materialien

Supervisions-Stundenbogen für den Supervisor

Name: Datum: Sitzung:

überhaupt		eher	weder	eher		j. ganz
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
nicht	kein	kein	nach	ja	ja	genau

1. Kann den eigenen persönlichen Stil mit den notwendigen therapeutischen Interventionen in Einklang bringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fühlt sich in der Therapiesitzung wohl.	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
3. Kann eigene Bedürfnisse wahrnehmen/erkennen und von denen des Klienten trennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Zeigt Empathie und Interesse für den Klienten.	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
5. Versteht den Klienten in seinem Lebensumfeld.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kann die Informationen des Klienten zu einer nützlichen Konzeptualisierung zusammenfassen.	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
7. Hat einen konzeptuellen Rahmen, der den Einsatz adäquater Behandlungsstrategien ermöglicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Kann eine kooperative Arbeitsbeziehung herstellen.	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
9. Motiviert Klienten zu aktiver Teilnahme an der Therapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Arbeitet zielorientiert.	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
11. Bezieht Klienten in die Vereinbarung beidseitig akzeptabler Therapieziele ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Erkennt und bearbeitet Widerstands-Phänomene (z.B. Machtkämpfe, Negativismus, Angst vor Veränderungen).	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
13. Geht flexibel und sensibel auf momentane Verhaltens- und Gefühlsschwankungen des Klienten ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ist in der Lage, eine professionelle (d.h. nicht alltäglich-freundschaftliche) Beziehung zum Klienten aufrechtzuerhalten.	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
15. Kann die Problematik aus mehreren theoretischen Perspektiven verstehen (z.B. psychodynamisch, verhaltenstheoretisch).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ist in der Lage, die Kommentare und Vorschläge des Supervisors effektiv zu nutzen.	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
17. Kennt ethische und berufsständische Verpflichtungen und arbeitet in deren Rahmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Kann effektive Sitzungsprotokolle und Falldarstellungen anfertigen.	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
19. Unterstützt Klienten nur dort, wo (und nur so weit, wie...) es nötig ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Widersteht therapeutischen Risiken wie „Voyeurismus“, „Machtmotive“ oder „Selbsttherapie“.	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

21. Zeigt emotionale Reife und Erfahrung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
22. Ist motiviert zu weiterer persönlicher und professioneller Entwicklung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
23. Ist offen für interpersonales Feedback und Lernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
24. Zeigt Verständnis und Wissen hinsichtlich des eigenen persönlichen Stils.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
25. Ist sich eigener Bedürfnisse, Werthaltungen und Ziele bewußt und kennt ihren Einfluß auf klinische Entscheidungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
26. Kann eigene Ideen und Ansichten offen mitteilen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
27. Vertraut dem eigenen Urteilsvermögen ohne übertriebene Sicherheit, aber auch ohne übersteigerte Selbstzweifel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
28. Ist bereit, auch persönliche Gefühlseindrücke von Therapiesitzungen mit Kollegen und Supervisor zu besprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
29. Kann sachlich-konstruktiv kritisieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
30. Kann berechnigte Kritik akzeptieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
31. Kann positive Rückmeldungen geben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
32. Kann positive Rückmeldungen akzeptieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
33. Kann persönliche und professionelle Bedürfnisse zum Ausdruck bringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
34. Kann persönliche und professionelle Einstellungen/Überzeugungen vertreten und verteidigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
35. Ist sensibel für die Bedürfnisse anderer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

Raum für weitere Bemerkungen, Kommentare oder Fragen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Supervisions-Stundenbogen

Name: Datum: Sitzung:

Anleitung:

Wie haben Sie die heutige Supervisionsstunde erlebt? Bitte kreuzen Sie an, wie sehr Sie den nachfolgenden Feststellungen zustimmen können, oder wie sehr Sie diese verneinen:

überhaupt		eher	weder	eher		ja, ganz
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
nicht	kein	kein	weder	ja	ja	genau

1. Heute habe ich mich in der Beziehung zum Supervisor wohlfühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Heute ist die Supervision etwas an meiner momentanen Situation vorbeigegangen.	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
3. Heute sind mir einzelne Möglichkeiten zur Lösung meiner Supervisionsanliegen klarer geworden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Im Moment fühle ich mich durch den Supervisor darin unterstützt, wie ich gerne sein möchte.	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
5. Ich finde, der Supervisor müßte meinen Gefühlen mehr Beachtung schenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich habe manchmal das Gefühl, der Supervisor denkt etwas anderes über mich, als er mir sagt.	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
7. Nach der heutigen Sitzung ist mir ziemlich unklar, worauf die Supervision eigentlich abzielt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gegenwärtig habe ich das Gefühl, daß ich selber etwas zur Supervision beitragen kann.	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
9. Heute war es mir gut möglich, auf Anregungen des Supervisors einzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Heute habe ich das Gefühl, daß wir in der Supervision wirklich vorwärts gekommen sind.	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
11. Die heutige Sitzung hat mich in meinen bisherigen Einstellungen verunsichert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Während der Sitzung war mir manchmal unklar, warum der Supervisor so vorgeht.	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
13. Nach der heutigen Sitzung bin ich fest entschlossen, die besprochenen Probleme anzupacken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Heute ist mir klarer geworden, weshalb ich in bestimmten Berufssituationen gerade so und nicht anders reagiere.	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
15. Ich glaube, ein anderes supervisorisches Vorgehen wäre für mich besser geeignet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Was wir heute in der Supervisionsstunde gemacht haben, war für mich teilweise sehr unangenehm.	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
17. Ich hätte mir heute mehr Hilfe und Ratschläge vom Supervisor gewünscht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich habe das Gefühl, daß ich mich selbst und meine Probleme besser verstehe.	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

19. Heute habe ich in der Supervisionsstunde schmerzhaft Gefühle erlebt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
20. Ich glaube kaum, daß mir die heutige Sitzung für meinen Berufsalltag etwas bringt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
21. Ich glaube, daß ich mich jetzt besser so verhalten kann, wie ich gerne möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
22. Ich finde die Sichtweise, die der Supervisor von meinen Problemen hat, zu einfach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
23. Heute machte mir der Supervisor einen etwas unsicheren Eindruck.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
24. Ich fühle mich jetzt Situationen gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
25. Heute fehlte mir in der Supervisionsstunde eine klare Linie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
26. Ich glaube, es wird mir immer besser möglich, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
27. Ich finde, der Supervisor ist heute zu sehr von seinen Vorstellungen ausgegangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
28. Ohne Supervision würde ich mich gegenwärtig ziemlich hilflos fühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
29. Heute sind mir Zusammenhänge klar geworden die ich bisher nicht gesehen habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

Raum für weitere Bemerkungen, Kommentare oder Fragen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Datum:.....-.....-.....

Sitzung:.....

1. Ich habe den Eindruck, der Patient/die Patientin hat nicht das vorgebracht, was ihn/sie wirklich bewegte.

Überhaupt	ehrer	weder	ehrer	ja, ganz		
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	ganz
2. Nach der heutigen Sitzung erscheint mir der Patient/die Patientin fest dazu entschlossen, die besprochenen Probleme anzupacken.

Überhaupt	ehrer	weder	ehrer	ja, ganz		
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	ganz
3. Ich glaube, dass der Patient/die Patientin mein therapeutisches Vorgehen nicht für geeignet hält.

Überhaupt	ehrer	weder	ehrer	ja, ganz		
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	ganz
4. Ich habe den Eindruck, dass sich der Patient/die Patientin zur Zeit gegen bestimmte Veränderungen wehrt.

Überhaupt	ehrer	weder	ehrer	ja, ganz		
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	ganz
5. Ich fühle mich bisweilen unsicher gegenüber dem Patienten/der Patientin.

Überhaupt	ehrer	weder	ehrer	ja, ganz		
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	ganz
6. Ich glaube, der Patient/die Patientin findet meine Sichtweise seiner/ihrer Probleme zu einfach.

Überhaupt	ehrer	weder	ehrer	ja, ganz		
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	ganz
7. Zur Zeit kann ich mit dem Patienten/der Patientin ziemlich offen austauschen, was ich über ihn/sie denke.

Überhaupt	ehrer	weder	ehrer	ja, ganz		
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	ganz
8. Ich habe das Gefühl, dass ich zur Zeit mit meinem Vorgehen dem Patienten/der Patientin nicht gerecht werde.

Überhaupt	ehrer	weder	ehrer	ja, ganz		
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	ganz
9. Die Problemsicht des Patienten/der Patientin und meine Sicht seiner/ihrer Probleme klaffen zur Zeit weit auseinander.

Überhaupt	ehrer	weder	ehrer	ja, ganz		
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	ganz
10. Ich habe den Eindruck, der Patient/die Patientin lässt die Forschungsprozeduren (Beobachtung, Aufzeichnung, Testung) ziemlich bereitwillig über sich ergehen.

Überhaupt	ehrer	weder	ehrer	ja, ganz		
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	ganz
11. Der Patient/die Patientin setzt sich sehr selbständig mit seinen/ihren Problemen auseinander.

Überhaupt	ehrer	weder	ehrer	ja, ganz		
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	ganz
12. Ich finde, dies ist interaktionell ein sehr schwieriger Patient/eine sehr schwierige Patientin.

Überhaupt	ehrer	weder	ehrer	ja, ganz		
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	ganz
13. Ich habe den Eindruck, der Patient/die Patientin arbeitet auch zwischen den Therapiesitzungen intensiv mit dem, was wir in der Therapie behandelt haben.

Überhaupt	ehrer	weder	ehrer	ja, ganz		
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	ganz
14. Zur Zeit bin ich mir ziemlich sicher darüber, mit welchen Massnahmen/Schritten wir die Ziele des Patienten/der Patientin erreichen können.

Überhaupt	ehrer	weder	ehrer	ja, ganz		
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
nicht	nein	nicht	noch	ja	ja	ganz

Beziehungsgestaltung

15. Ich habe ausdrücklich versucht, dem Patienten/der Patientin zu ermöglichen, dass er/sie sich in seinem/ihrer positiven Selbst aufgewertet fühlen kann.

stimmt 0 nicht	stimmt ein 1 bisschen	stimmt 2 ziemlich	stimmt 3 sehr
----------------------	-----------------------------	-------------------------	---------------------

16. Ich habe versucht, dem Patienten/der Patientin zu ermöglichen, dass er/sie sich in seiner/ihrer besonderen Problematik positiv verstanden und angenommen fühlen kann.

stimmt 0 nicht	stimmt ein 1 bisschen	stimmt 2 ziemlich	stimmt 3 sehr
----------------------	-----------------------------	-------------------------	---------------------

17. Ich hatte den Eindruck, mit meinem Beziehungsangebot beim Patienten/bei der Patientin anzukommen.

stimmt 0 nicht	stimmt ein 1 bisschen	stimmt 2 ziemlich	stimmt 3 sehr
----------------------	-----------------------------	-------------------------	---------------------

18. Ich habe mich absichtlich nicht im Sinne der gerade stattfindenden Regulierungen des Patienten/der Patientin verhalten.

stimmt 0 nicht	stimmt ein 1 bisschen	stimmt 2 ziemlich	stimmt 3 sehr
----------------------	-----------------------------	-------------------------	---------------------

Reflektierende Abstraktion

19. Ich habe versucht, die Aufmerksamkeit des Patienten/der Patientin auf sein/ihr Erleben und Verhalten in der Therapie zu lenken.

stimmt 0 nicht	stimmt ein 1 bisschen	stimmt 2 ziemlich	stimmt 3 sehr
----------------------	-----------------------------	-------------------------	---------------------

20. Ich habe versucht, dem Patienten/der Patientin zu ermöglichen, dass er/sie bestimmte Aspekte seines/ihrer Erlebens und Verhaltens in der Therapie in neue Zusammenhänge stellen kann.

stimmt 0 nicht	stimmt ein 1 bisschen	stimmt 2 ziemlich	stimmt 3 sehr
----------------------	-----------------------------	-------------------------	---------------------

21. Der Patient/die Patientin erschien mir bereit, sich auf eine Reflexion seines/ihrer Erlebens und Verhaltens in der Therapie einzulassen.

stimmt 0 nicht	stimmt ein 1 bisschen	stimmt 2 ziemlich	stimmt 3 sehr	nicht be- 8 antwortbar
----------------------	-----------------------------	-------------------------	---------------------	------------------------------

22. Der Patient/die Patientin hat Widerstand geleistet gegen therapeutische Interventionen, die auf eine Reflexion seines/ihrer Erlebens und Verhaltens in der Therapie abzielen.

stimmt 0 nicht	stimmt ein 1 bisschen	stimmt 2 ziemlich	stimmt 3 sehr	nicht be- 8 antwortbar
----------------------	-----------------------------	-------------------------	---------------------	------------------------------

23. Der Patient/die Patientin hat ein Stück weit ein neues Bewusstsein darüber entwickelt, wie er sein/sie ihr Erleben und Verhalten in der Therapie reguliert.

stimmt 0 nicht	stimmt ein 1 bisschen	stimmt 2 ziemlich	stimmt 3 sehr
----------------------	-----------------------------	-------------------------	---------------------

24. Ich habe versucht, die Aufmerksamkeit des Patienten/der Patientin auf sein/ihr Erleben und Verhalten ausserhalb der Therapie zu lenken.

stimmt 0 nicht	stimmt ein 1 bisschen	stimmt 2 ziemlich	stimmt 3 sehr
----------------------	-----------------------------	-------------------------	---------------------

25. Ich habe versucht, dem Patienten/der Patientin zu ermöglichen, dass er/sie bestimmte Aspekte seines/ihrer Erlebens und Verhaltens ausserhalb der Therapie in neue Zusammenhänge stellen kann.

stimmt 0 nicht	stimmt ein 1 bisschen	stimmt 2 ziemlich	stimmt 3 sehr
----------------------	-----------------------------	-------------------------	---------------------

26. Der Patient/die Patientin erschien mir bereit, sich auf eine Reflexion seines/ihrer Erlebens und Verhaltens ausserhalb der Therapie einzulassen.

stimmt 0 nicht	stimmt ein 1 bisschen	stimmt 2 ziemlich	stimmt 3 sehr	nicht be- 8 antwortbar
----------------------	-----------------------------	-------------------------	---------------------	------------------------------

27. Der Patient/die Patientin hat Widerstand geleistet gegen therapeutische Interventionen, die auf eine Reflexion seines/ihrer Erlebens und Verhaltens ausserhalb der Therapie abzielen.

stimmt 0 nicht	stimmt ein 1 bisschen	stimmt 2 ziemlich	stimmt 3 sehr	nicht be- 8 antwortbar
----------------------	-----------------------------	-------------------------	---------------------	------------------------------

28. Der Patient/die Patientin hat ein Stück weit ein neues Bewusstsein darüber entwickelt, wie er sein/sie ihr Erleben und Verhalten ausserhalb der Therapie reguliert.

stimmt 0 nicht	stimmt ein 1 bisschen	stimmt 2 ziemlich	stimmt 3 sehr
----------------------	-----------------------------	-------------------------	---------------------

Emotionsverarbeitung

29. Ich habe versucht, dem Patienten/der Patientin zu ermöglichen, dass er/sie sonst vermiedene Gefühle besser erleben kann.
- | | | | |
|----------------------|----------------------------|-------------------------|---------------------|
| stimmt
0
nicht | stimmt ein
1
bischen | stimmt
2
ziemlich | stimmt
3
sehr |
|----------------------|----------------------------|-------------------------|---------------------|
30. Ich habe ausdrücklich versucht, dem Patienten/der Patientin zu ermöglichen, dass er/sie gefühlsmässig besser erlebt, was er/sie sagt und tut.
- | | | | |
|----------------------|----------------------------|-------------------------|---------------------|
| stimmt
0
nicht | stimmt ein
1
bischen | stimmt
2
ziemlich | stimmt
3
sehr |
|----------------------|----------------------------|-------------------------|---------------------|
31. Der Patient/die Patientin erschien mir aufnahmebereit für therapeutische Interventionen, die auf ein Erleben und Vertiefen von Gefühlen abzielen.
- | | | | | |
|----------------------|----------------------------|-------------------------|---------------------|------------------------------|
| stimmt
0
nicht | stimmt ein
1
bischen | stimmt
2
ziemlich | stimmt
3
sehr | nicht be-
8
antwortbar |
|----------------------|----------------------------|-------------------------|---------------------|------------------------------|
32. Der Patient/die Patientin hat therapeutischen Interventionen, die auf ein Erleben und Vertiefen von Gefühlen abzielen, Widerstand entgegengebracht.
- | | | | | |
|----------------------|----------------------------|-------------------------|---------------------|------------------------------|
| stimmt
0
nicht | stimmt ein
1
bischen | stimmt
2
ziemlich | stimmt
3
sehr | nicht be-
8
antwortbar |
|----------------------|----------------------------|-------------------------|---------------------|------------------------------|
33. Der Patient/die Patientin hat ein Stück weit gefühlsmässig besser erlebt, was er/sie sagt und tut, bzw. ein Stück weit sonst vermiedene Gefühle erlebt.
- | | | | |
|----------------------|----------------------------|-------------------------|---------------------|
| stimmt
0
nicht | stimmt ein
1
bischen | stimmt
2
ziemlich | stimmt
3
sehr |
|----------------------|----------------------------|-------------------------|---------------------|

Kompetenzerweiterung

34. Ich habe versucht, dem Patienten/der Patientin zu ermöglichen, dass er/sie bestimmte Ziele besser realisieren kann.
- | | | | |
|----------------------|----------------------------|-------------------------|---------------------|
| stimmt
0
nicht | stimmt ein
1
bischen | stimmt
2
ziemlich | stimmt
3
sehr |
|----------------------|----------------------------|-------------------------|---------------------|
35. Ich habe versucht, dem Patienten/der Patientin zu ermöglichen, dass er/sie sich zutraut, neue oder bisher vermiedene Situationen erfolgreicher zu bewältigen.
- | | | | |
|----------------------|----------------------------|-------------------------|---------------------|
| stimmt
0
nicht | stimmt ein
1
bischen | stimmt
2
ziemlich | stimmt
3
sehr |
|----------------------|----------------------------|-------------------------|---------------------|
36. Der Patient/die Patientin erschien mir aufnahmebereit für therapeutische Interventionen, die auf ein Erweitern von Fähigkeiten und das aktive Herbeiführen von neuen Erfahrungen abzielen.
- | | | | | |
|----------------------|----------------------------|-------------------------|---------------------|------------------------------|
| stimmt
0
nicht | stimmt ein
1
bischen | stimmt
2
ziemlich | stimmt
3
sehr | nicht be-
8
antwortbar |
|----------------------|----------------------------|-------------------------|---------------------|------------------------------|
37. Der Patient/die Patientin hat Widerstand geleistet gegen therapeutische Interventionen, die auf ein Erweitern von Fähigkeiten und das aktive Herbeiführen von neuen Erfahrungen abzielen.
- | | | | | |
|----------------------|----------------------------|-------------------------|---------------------|------------------------------|
| stimmt
0
nicht | stimmt ein
1
bischen | stimmt
2
ziemlich | stimmt
3
sehr | nicht be-
8
antwortbar |
|----------------------|----------------------------|-------------------------|---------------------|------------------------------|
38. Der Patient/die Patientin hat ein Stück weit ein grösseres Zutrauen, bzw. bessere Fähigkeiten seine/ihre Ziele zu realisieren.
- | | | | |
|----------------------|----------------------------|-------------------------|---------------------|
| stimmt
0
nicht | stimmt ein
1
bischen | stimmt
2
ziemlich | stimmt
3
sehr |
|----------------------|----------------------------|-------------------------|---------------------|

Beziehungstests

39. Der Patient/die Patientin hat mich auf die Probe gestellt, ob ich ihn/sie bei einer stärkeren Verfolgung seiner/ihrer verborgenen (bewussten und unbewussten) Wünsche unterstütze (positive Zielkomponente negativer emotionaler Schemata).
- | | | | |
|----------------------|----------------------------|-------------------------|---------------------|
| stimmt
0
nicht | stimmt ein
1
bischen | stimmt
2
ziemlich | stimmt
3
sehr |
|----------------------|----------------------------|-------------------------|---------------------|
40. Der Patient/die Patientin hat mich auf die Probe gestellt, ob seine/ihre zentralen Befürchtungen berechtigt sind.
- | | | | |
|----------------------|----------------------------|-------------------------|---------------------|
| stimmt
0
nicht | stimmt ein
1
bischen | stimmt
2
ziemlich | stimmt
3
sehr |
|----------------------|----------------------------|-------------------------|---------------------|
41. Es ist mir mit meinem Beziehungsverhalten ein Stück weit gelungen, seine/ihre zentralen (bewussten und unbewussten) Befürchtungen zu entkräften.
- | | | | |
|----------------------|----------------------------|-------------------------|---------------------|
| stimmt
0
nicht | stimmt ein
1
bischen | stimmt
2
ziemlich | stimmt
3
sehr |
|----------------------|----------------------------|-------------------------|---------------------|

42. Es ist mir mit meinem Beziehungsverhalten ein Stück weit gelungen, zu bewirken, dass sich der Patient/die Patientin aktiver im Sinn seiner/ihrer Wünsche verhält.

stimmt 0 nicht	stimmt ein 1 bischen	stimmt 2 ziemlich	stimmt 3 sehr
----------------------	----------------------------	-------------------------	---------------------

Zielorientierung

43. Meine Interventionen waren ausdrücklich auf die Herbeiführung eines oder mehrerer aus der Fallkonzeption abgeleiteten Therapieziele (siehe Zielliste) ausgerichtet.

stimmt 0 nicht	stimmt ein 1 bischen	stimmt 2 ziemlich	stimmt 3 sehr
----------------------	----------------------------	-------------------------	---------------------

44. Welches Gewicht hatten dabei "Bewusstseinsziele"?

ger 0 kein	ein 1 bischen	2 ziemlich	3 viel
------------------	---------------------	---------------	-----------

45. Welches Gewicht hatten dabei "emotionale Ziele"?

ger 0 kein	ein 1 bischen	2 ziemlich	3 viel
------------------	---------------------	---------------	-----------

46. Welches Gewicht hatten dabei "kompetenzerweiternde Ziele"?

ger 0 kein	ein 1 bischen	2 ziemlich	3 viel
------------------	---------------------	---------------	-----------

Einbezug der Lebensumgebung

47. Ich habe mich ausdrücklich bemüht, einen Bezug zur realen Lebensumgebungssituation herzustellen.

stimmt 0 nicht	stimmt ein 1 bischen	stimmt 2 ziemlich	stimmt 3 sehr
----------------------	----------------------------	-------------------------	---------------------

48. Welches Gewicht hatte dabei die konkrete Simulation der realen Lebensumgebung im Therapieraum?

ger 0 kein	ein 1 bischen	2 ziemlich	3 viel
------------------	---------------------	---------------	-----------

49. Welches Gewicht hatten dabei "Hausaufgaben", die direkt auf die Lebenssituation zielten?

ger 0 kein	ein 1 bischen	2 ziemlich	3 viel
------------------	---------------------	---------------	-----------

50. Welches Gewicht hatte dabei der Einbezug realer Personen aus dem Leben des Patienten/der Patientin?

ger 0 kein	ein 1 bischen	2 ziemlich	3 viel
------------------	---------------------	---------------	-----------

51. Welches Gewicht hatte dabei das gemeinsame Aufsuchen eines Teils der Lebensumgebung des Patienten/der Patientin ausserhalb des Therapieraums?

ger 0 kein	ein 1 bischen	2 ziemlich	3 viel
------------------	---------------------	---------------	-----------

Wochenbericht
Selbstbeurteilungsbogen für Patientinnen bzw. Patienten mit Anorexia nervosa;
Fortsetzung

bewußtes Einsparen
 von Kalorien bzw.
 Nahrungsmitteln

nicht
 vorhanden 1 2 3 4 5 6 7

sehr
 ausgeprägt

Gedankliche Beschäftigung
 mit Essen bzw. Nahrungs-
 mitteln

nicht
 vorhanden 1 2 3 4 5 6 7

sehr
 ausgeprägt

sportliche Aktivität

keine 1 2 3 4 5 6 7

sehr intensiv

motorische Unruhe

keine 1 2 3 4 5 6 7

sehr groß

Appetit

keiner 1 2 3 4 5 6 7

sehr groß

Hunger

keiner 1 2 3 4 5 6 7

sehr groß

Eßanfälle

keine 1 2 3 4 5 6 7

sehr viele

Zuletzt möchten wir Sie nach der Anzahl der Eßanfälle fragen, die Sie in der vergangenen Woche gehabt haben.

Anzahl der Eßanfälle: _____

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!

I. BECK-DEPRESSIONS-INVENTAR (BDI)

Name :

Datum:

Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen: Bitte lesen Sie jede Gruppe sorgfältig durch. Suchen Sie dann die eine Aussage in jeder Gruppe heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich in dieser Woche einschließlich heute gefühlt haben und kreuzen Sie die dazugehörige Ziffer (0, 1, 2 oder 3) an. Falls mehrere Aussagen einer Gruppe gleichermaßen zutreffen, können Sie auch mehrere Ziffern markieren. Lesen Sie auf jeden Fall alle Aussagen in jeder Gruppe, bevor Sie Ihre Wahl treffen.

A	0	Ich bin nicht traurig.
	1	Ich bin traurig.
	2	Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los.
	3	Ich bin so traurig oder unglücklich, daß ich es kaum noch ertrage.
B	0	Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft.
	1	Ich sehe mutlos in die Zukunft.
	2	Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann.
	3	Ich habe das Gefühl, daß die Zukunft hoffnungslos ist, und daß die Situation nicht besser werden kann.
C	0	Ich fühle mich nicht als Versager.
	1	Ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt.
	2	Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge.
	3	Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.
D	0	Ich kann die Dinge genauso genießen wie früher.
	1	Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher.
	2	Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen.
	3	Ich bin mir allem unzufrieden oder gelangweilt.
E	0	Ich habe keine Schuldgefühle.
	1	Ich habe häufig Schuldgefühle.
	2	Ich habe fast immer Schuldgefühle.
	3	Ich habe immer Schuldgefühle.
F	0	Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein.
	1	Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden.
	2	Ich erwarte, bestraft zu werden.
	3	Ich habe das Gefühl bestraft zu gehören.
G	0	Ich bin nicht von mir enttäuscht.
	1	Ich bin von mir enttäuscht.
	2	Ich finde mich fürchterlich.
	3	Ich hasse mich.
H	0	Ich habe nicht das Gefühl, schlechter zu sein als alle anderen.
	1	Ich kritisiere mich wegen meiner Fehler und Schwächen.
	2	Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel.
	3	Ich gebe mir für alles die Schuld, was schieflieft.

I	0	Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.
	1	Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun.
	2	Ich möchte mich am liebsten umbringen.
	3	Ich würde mich umbringen, wenn ich es könnte.
J	0	Ich weine nicht öfter als früher.
	1	Ich weine jetzt mehr als früher.
	2	Ich weine jetzt die ganze Zeit.
	3	Früher konnte ich weinen, aber jetzt habe ich es nicht mehr, obwohl ich es möchte.
K	0	Ich bin nicht reizbarer als sonst.
	1	Ich bin jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher.
	2	Ich fühle mich dauernd gereizt.
	3	Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr.
L	0	Ich habe nicht das Interesse an Menschen verloren.
	1	Ich interessiere mich jetzt weniger für Menschen als früher.
	2	Ich habe mein Interesse an Menschen zum größten Teil verloren.
	3	Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren.
M	0	Ich bin so entschlußfreudig wie immer.
	1	Ich schiebe Entscheidungen jetzt öfter als früher auf.
	2	Es fällt mir jetzt schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen.
	3	Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen.
N	0	Ich habe nicht das Gefühl, schlechter auszusehen als gewöhnlich.
	1	Ich mache mir Sorgen, daß ich alt oder unattraktiv aussehe.
	2	Ich habe das Gefühl, daß in meinem Aussehen Veränderungen eintreten.
	3	Ich finde mich häßlich.
O	0	Ich kann so gut arbeiten wie früher.
	1	Ich muß mir einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme.
	2	Ich muß mich zu jeder Tätigkeit zwingen.
	3	Ich bin unfähig zu arbeiten.
P	0	Ich schlafe so gut wie sonst.
	1	Ich schlafe nicht mehr so gut wie früher.
	2	Ich wache 1 bis 2 Stunden früher auf als sonst, und es fällt mir schwer, wieder einzuschlafen.
	3	Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen.
Q	0	Ich ermüde nicht stärker als sonst.
	1	Ich ermüde schneller als früher.
	2	Fast alles ermüdet mich.
	3	Ich bin zu müde, um etwas zu tun.
R	0	Mein Appetit ist nicht schlechter als sonst.
	1	Mein Appetit ist nicht mehr so gut wie früher.
	2	Mein Appetit hat sehr stark nachgelassen.
	3	Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr.

S	0	Ich habe in letzter Zeit kaum abgenommen.
	1	Ich habe mehr als 2 Kilo abgenommen.
	2	Ich habe mehr als 5 Kilo abgenommen.
	3	Ich habe mehr als 8 Kilo abgenommen.
		Ich esse absichtlich wenige, um abzunehmen.
	ja	nein
T	0	Ich mache mir keine größeren Sorgen um meine Gesundheit als sonst.
	1	Ich mache mir Sorgen über körperliche Probleme, wie Schmerzen, Magenbeschwerden oder Verstopfung.
	2	Ich mache mir Sorgen über gesundheitliche Probleme, daß es mir schwerfällt, an etwas anderes zu denken.
	3	Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, daß ich an nichts anderes mehr denken kann.
U	0	Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung meines Interesses an Sex bemerkt.
	1	Ich interessiere mich weniger für Sex als früher.
	2	Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sex.
	3	Ich habe das Interesse an Sex völlig verloren.

Einstellungsinventar (BPI)

Name/Code:

Datum:

Sie finden hier eine Liste von Aussagen zu verschiedenen Lebensbereichen. Bitte lesen Sie jeweils die Aussage und kreuzen Sie an, wie sehr Sie ihr zustimmen oder wie sehr Sie sie ablehnen. Da es hierbei keine richtigen oder falschen Antworten gibt, können Sie sich auf den ersten Eindruck verlassen, der Ihnen als Antwort in den Sinn kommt.

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	neutral	stimme eher zu	stimme vollkommen zu
1. Trennungen oder Abschied kann ich kaum aushalten.	0	0	0	0	0
2. Ich weiß oft selbst nicht, wer ich bin.	0	0	0	0	0
3. Wenn ich mich traurig oder unausgeglichen fühle, hilft es, mich in gefährliche Situationen zu begeben (z.B. schnell Auto fahren).	0	0	0	0	0
4. Ich kann einen anderen Menschen nur lieben oder hassen.	0	0	0	0	0
5. Ich habe keine klaren Ziele im Leben.	0	0	0	0	0
6. Ich bin nicht in der Lage, mir über die Konsequenzen meines Verhaltens Gedanken zu machen.	0	0	0	0	0
7. Wenn ich jemanden liebe, bin ich bereit alles zu tun, um eine Trennung zu verhindern, sogar mich unterzuordnen oder demütigen zu lassen.	0	0	0	0	0
8. Wenn Schwierigkeiten unüberwindlich sind, ist es besser, sich zu töten.	0	0	0	0	0
9. Ich werde von anderen Menschen meistens ausgenutzt oder verletzt.	0	0	0	0	0
10. Wenn ich sehr wütend werde, kann es passieren, dass ich in körperliche Auseinandersetzungen gerate.	0	0	0	0	0
11. Manchmal begreifen Leute erst dann, wie schlecht es einem geht, wenn man einen Selbstmordversuch unternimmt.	0	0	0	0	0
12. Ich werde wahrscheinlich immer alleine sein.	0	0	0	0	0
13. Meine Begeisterung für einen Menschen schlägt oft in Enttäuschung um.	0	0	0	0	0
14. Es ist sehr schwierig, sich auf einen Beruf oder eine Tätigkeit dauerhaft festzulegen.	0	0	0	0	0
15. Die Welt ist überwiegend gefährlich und feindselig.	0	0	0	0	0

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	neutral	stimme eher zu	stimme vollkommen zu						
16. Alleine komme ich schlecht zurecht. Ich brauche immer jemanden, der mich unterstützt.	0	---	0	---	0	---	0	---	0	---	0
17. Wenn es in einer Beziehung Streit gibt, ist es besser, sie sofort zu beenden.	0	---	0	---	0	---	0	---	0	---	0
18. Wenn ich keinen Ausweg mehr sehe, bringe ich mich um.	0	---	0	---	0	---	0	---	0	---	0
19. Wenn ich provoziert werde, gerate ich heftig in Wut.	0	---	0	---	0	---	0	---	0	---	0
20. Es gibt niemanden, der mich wirklich liebt und sich um mich kümmert.	0	---	0	---	0	---	0	---	0	---	0
21. Wenn man eine Tätigkeit nicht sofort beherrscht, ist es besser, gleich wieder aufzuhören.	0	---	0	---	0	---	0	---	0	---	0
22. Es gelingt mir nicht, mich zu disziplinieren oder mich selbst zu kontrollieren.	0	---	0	---	0	---	0	---	0	---	0
23. Meine Stimmung hängt mehr von meiner Umgebung als von mir selbst ab.	0	---	0	---	0	---	0	---	0	---	0
24. Von der Zukunft ist nicht viel Gutes zu erwarten.	0	---	0	---	0	---	0	---	0	---	0
25. Bereits kleine Ereignisse können meine Stimmung deutlich verändern.	0	---	0	---	0	---	0	---	0	---	0
26. Es ist angenehm aufregend, sich gefährlichen Situationen auszusetzen.	0	---	0	---	0	---	0	---	0	---	0
27. Ich kann mir manchmal nicht vorstellen, Situationen ohne Beruhigungsmittel. Alkohol oder Drogen zu bewältigen.	0	---	0	---	0	---	0	---	0	---	0
28. Die Gefühle fahren oft mit mir Achterbahn.	0	---	0	---	0	---	0	---	0	---	0
29. Im Grunde ist das Leben leer und sinnlos.	0	---	0	---	0	---	0	---	0	---	0
30. Manchmal ist Selbstverletzung die einzige Möglichkeit, Spannungen los zu werden.	0	---	0	---	0	---	0	---	0	---	0
31. Andere Menschen sind häufig launisch und unberechenbar.	0	---	0	---	0	---	0	---	0	---	0
32. Ich kann nur schwer entscheiden, ob ich mich eher zu Frauen oder zu Männern hingezogen fühle.	0	---	0	---	0	---	0	---	0	---	0
33. Wenn es mir schlecht geht, gehe ich Risiken ein und fordere das Schicksal heraus.	0	---	0	---	0	---	0	---	0	---	0
34. Ich bin ein schlechter Mensch. Es geschieht mir Recht, dass es mir schlecht geht.	0	---	0	---	0	---	0	---	0	---	0
35. Der Gedanke, mich umbringen zu können, hilft mir in schwierigen Situationen.	0	---	0	---	0	---	0	---	0	---	0
36. Dinge, Situationen oder Verhaltensweisen sind entweder gut oder schlecht, richtig oder falsch.	0	---	0	---	0	---	0	---	0	---	0

© Beisel u. Schweiger. Klinik Rosenack 1998

E D I

Name: _____ geb.: _____ Datum: _____

Aktuelles Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Früheres Höchstgewicht: _____ kg

Wann war das? vor _____ Monaten

Wie lange bestand dies Gewicht? _____ Monate

Niedrigstes Gewicht seit Ende des Wachstums: _____ kg

Wie lange bestand dies Gewicht? _____ Monate

Was betrachten Sie als Ihr Idealgewicht? _____ kg

Wann haben Ihre Gewichtsprobleme begonnen? Im Alter von _____ Jahren

Beruf des Vaters (oder Ersatzvaters): _____

falls kein Vater vorhanden: Beruf der Mutter: _____

Anleitung

Dieser Fragebogen erfaßt verschiedene Einstellungen, Gefühle und Verhaltensweisen: Einige Feststellungen beziehen sich auf Nahrung und Essen. Andere fragen nach Ihren Gedanken über Sie selbst. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Daher versuchen Sie bitte, vollkommen ehrlich zu antworten. Die Antworten werden vertraulich behandelt. Lesen Sie jede der folgenden Feststellungen und kreuzen Sie in der Spalte an, die am besten auf Sie zutrifft. Bitte beantworten Sie jede Feststellung sehr sorgfältig. Vielen Dank!

	Immer	Meistens	Oft	Manchmal	Selten	Nie
1. Ich esse Süßigkeiten und Kohlenhydrate ohne nervös zu werden.	()	()	()	()	()	()
2. Ich empfinde meinen Bauch als zu dick.	()	()	()	()	()	()
3. Ich wünschte, ich könnte zurückkehren in die Sicherheit meiner Kindheit.	()	()	()	()	()	()
4. Ich esse, wenn ich mich durcheinander fühle.	()	()	()	()	()	()
5. Ich stopfe mich mit Speisen voll.	()	()	()	()	()	()
6. Ich wünschte, ich wäre jünger.	()	()	()	()	()	()
7. Ich denke über Diäten nach.	()	()	()	()	()	()
8. Ich bekomme Angst, wenn meine Gefühle zu stark werden.	()	()	()	()	()	()

	Immer	Meistens	Oft	Manchmal	Selten	Nie
9. Ich empfinde meine Oberschenkel als zu dick.	()	()	()	()	()	()
10. Ich fühle mich unfähig als Mensch.	()	()	()	()	()	()
11. Ich fühle mich sehr schuldig, wenn ich mich überessen habe.	()	()	()	()	()	()
12. Ich glaube, daß mein Bauch gerade die richtige Größe hat.	()	()	()	()	()	()
13. In meiner Familie zählen nur hervorragende Leistungen.	()	()	()	()	()	()
14. Die glücklichste Zeit im Leben ist die Kindheit.	()	()	()	()	()	()
15. Ich zeige offen meine Gefühle.	()	()	()	()	()	()
16. Ich habe Angst davor, zuzunehmen.	()	()	()	()	()	()
17. Ich vertraue Anderen.	()	()	()	()	()	()
18. Ich fühle mich allein in der Welt.	()	()	()	()	()	()
19. Ich bin mit der Gestalt meines Körpers zufrieden.	()	()	()	()	()	()
20. Im allgemeinen habe ich das Gefühl, mein Leben unter Kontrolle zu haben.	()	()	()	()	()	()
21. Ich bin oft verwirrt über meine wahren Gefühle.	()	()	()	()	()	()
22. Ich wäre lieber ein Erwachsener als ein Kind.	()	()	()	()	()	()
23. Es ist leicht für mich, mit anderen zu verkehren / reden.	()	()	()	()	()	()
24. Ich wünschte, ich wäre jemand anderes.	()	()	()	()	()	()
25. Ich übertreibe die Bedeutung des Gewichts.	()	()	()	()	()	()
26. Ich kann meine Gefühle klar voneinander unterscheiden.	()	()	()	()	()	()
27. Ich fühle mich unzulänglich.	()	()	()	()	()	()
28. Ich hatte schon Eßanfälle, bei denen ich das Gefühl hatte, nicht mit dem Essen aufhören zu können.	()	()	()	()	()	()
29. Als Kind habe ich mich sehr bemüht, Enttäuschungen für meine Eltern und Lehrer zu vermeiden.	()	()	()	()	()	()

	Immer	Meistens	Oft	Manchmal	Selten	Nie
30. Ich habe enge zwischenmenschliche Beziehungen.	()	()	()	()	()	()
31. Ich mag die Form meines Gesäßes.	()	()	()	()	()	()
32. Ich beschäftige mich hauptsächlich mit dem Wunsch, dünner zu sein.	()	()	()	()	()	()
33. Ich weiß nicht, was in mir selbst vorgeht.	()	()	()	()	()	()
34. Ich habe Schwierigkeiten, anderen meine Gefühle zu zeigen.	()	()	()	()	()	()
35. Die Anforderungen der Erwachsenen - welt sind zu hoch.	()	()	()	()	()	()
36. Ich hasse es, nicht der/die Beste zu sein.	()	()	()	()	()	()
37. Ich fühle mich in mir geborgen/bin mir meiner selbst bewußt.	()	()	()	()	()	()
38. Ich beschäftige mich gedanklich mit Eßanfällen.	()	()	()	()	()	()
39. Ich bin froh, daß ich kein Kind mehr bin.	()	()	()	()	()	()
40. Ich weiß oft nicht, ob ich hungrig bin oder nicht.	()	()	()	()	()	()
41. Ich habe keine besonders gute Meinung von mir selbst.	()	()	()	()	()	()
42. Ich glaube, daß ich meine Ziele erreichen kann.	()	()	()	()	()	()
43. Meine Eltern haben hervorragende Leistungen von mir erwartet.	()	()	()	()	()	()
44. Ich habe Angst, daß meine Gefühle außer Kontrolle geraten.	()	()	()	()	()	()
45. Ich empfinde meine Hüften als zu breit.	()	()	()	()	()	()
46. Vor anderen esse ich genäßigt und stopfe mich erst voll, wenn ich wieder allein bin.	()	()	()	()	()	()
47. Ich fühle mich schon nach einer kleinen Mahlzeit aufgequollen.	()	()	()	()	()	()

	Immer	Meistens	Oft	Manchmal	Selten	Nie
48. Ich glaube, daß Menschen am glücklichsten sind, wenn sie Kinder sind.	()	()	()	()	()	()
49. Wenn ich ein Pfund zunehme, habe ich Angst davor, daß ich immer mehr zunehmen werde.	()	()	()	()	()	()
50. Ich glaube, daß ich ein wertvoller Mensch bin.	()	()	()	()	()	()
51. Wenn ich mich durcheinander fühle, weiß ich nicht, ob ich traurig, ängstlich oder wütend bin.	()	()	()	()	()	()
52. Ich habe das Gefühl, ich erledige Dinge entweder perfekt oder besser gar nicht.	()	()	()	()	()	()
53. Ich denke daran zu erbrechen, um Gewicht zu verlieren.	()	()	()	()	()	()
54. Ich muß andere Menschen immer in einer gewissen Distanz halten/fühle mich unwohl, wenn jemand versucht, mir zu nahe zu kommen.	()	()	()	()	()	()
55. Ich glaube, daß meine Oberschenkel gerade die richtige Form haben.	()	()	()	()	()	()
56. Ich fühle mich innerlich leer.	()	()	()	()	()	()
57. Ich kann über persönliche Gedanken und Gefühle sprechen.	()	()	()	()	()	()
58. Die besten Jahre im Leben sind die, wenn man erwachsen wird.	()	()	()	()	()	()
59. Ich empfinde mein Gesäß als zu breit.	()	()	()	()	()	()
60. Ich habe Gefühle, die ich nicht richtig einordnen kann.	()	()	()	()	()	()
61. Ich esse oder trinke heimlich.	()	()	()	()	()	()
62. Ich bin zufrieden mit der Form meiner Hüften.	()	()	()	()	()	()
63. Ich habe sehr hohe Maßstäbe.	()	()	()	()	()	()
64. Wenn ich mich durcheinander fühle, habe ich Angst davor, daß ich anfangen könnte zu essen.	()	()	()	()	()	()

Fragebogen zu Einstellungen

Name/Code: _____

Datum: _____

Sie finden hier eine Liste von Aussagen zu verschiedenen Lebensbereichen. Bitte lesen Sie jeweils die Aussage und kreuzen Sie an, wie sehr Sie ihr zustimmen oder wie sehr Sie sie ablehnen. Da es hierbei keine "richtigen" oder "falschen" Antworten gibt, können Sie sich auf den ersten Eindruck verlassen, der Ihnen als Antwort in den Sinn kommt.

- | | | <i>stimme überhaupt
nicht zu</i> | <i>stimme eher
nicht zu</i> | <i>neutral</i> | <i>stimme
eher zu</i> | <i>stimme
vollkommen zu</i> |
|--|---|--------------------------------------|---------------------------------|----------------|---------------------------|---------------------------------|
| 1. Wenn andere mich näher kennenlernen, werden Sie mein "wahres Selbst" entdecken und mich ablehnen. | O | O | O | O | O | O |
| 2. Andere sollten anerkennen, daß ich jemand Besonderes bin. | O | O | O | O | O | O |
| 3. Es ist wichtig, jede Aufgabe perfekt zu erledigen. | O | O | O | O | O | O |
| 4. Ich mache lieber etwas allein, als mit anderen zusammen. | O | O | O | O | O | O |
| 5. Ich bin hilflos, wenn ich auf mich allein gestellt bin. | O | O | O | O | O | O |
| 6. Wenn ich die anderen nicht herankommandiere, werden sie es mit mir tun. | O | O | O | O | O | O |
| 7. Es wäre unerträglich, als minderwertig und unzulänglich bloßgestellt zu werden. | O | O | O | O | O | O |
| 8. Um zufrieden zu sein, brauche ich die Beachtung anderer Menschen. | O | O | O | O | O | O |
| 9. Autoritätspersonen neigen dazu, sich dauernd einzumischen sowie fordernd, kontrollierend und störend zu sein. | O | O | O | O | O | O |
| 10. Kleine Betrügereien und Lügnerien sind angemessen. Man darf sich nur nicht erwischen lassen. | O | O | O | O | O | O |
| 11. Es ist besser, allein zu sein, als in Beziehungen mit anderen Menschen festzustecken. | O | O | O | O | O | O |
| 12. Regeln sind willkürlich und ich werde durch sie nur eingeschränkt. | O | O | O | O | O | O |
| 13. Nur die Leute können mich verstehen, die ebenso begabt sind wie ich. | O | O | O | O | O | O |
| 14. Die Personen, die mich unterstützen, darf ich auf keinen Fall verärgern. | O | O | O | O | O | O |
| 15. Andere Personen sind dazu da, meine Bedürfnisse zu befriedigen. | O | O | O | O | O | O |
| 16. Andere wollen mich absichtlich erniedrigen. | O | O | O | O | O | O |
| 17. Es ist schrecklich, wenn andere mich nicht beachten. | O | O | O | O | O | O |
| 18. Wenn ich keine klare Ordnung habe, fällt alles in sich zusammen. | O | O | O | O | O | O |
| 19. Solange ich nicht erwischt werde, kann ich machen, was ich will. | O | O | O | O | O | O |

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	neutral	stimme eher zu	stimme vollkommen zu
20. Wenn ich nicht genau aufpasse, nutzen mich andere aus oder versuchen mich zu manipulieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Um nicht zu scheitern, muß ich mein Bestes geben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Ich brauche ständig jemanden, der für mich da ist, falls etwas Schlimmes passiert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Niemand hat das Recht, mich zu kritisieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Andere beeinflussen mich in meinen Entscheidungen nicht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Es ist besser, Ärger nicht direkt auszudrücken, sondern Unwillen dadurch zu zeigen, daß man sich nicht anpaßt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Leute, die nicht wohlwollend auf mich reagieren, sind gemein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Andere Menschen werden mich über's Ohr hauen, wenn ich ihnen nicht zuvorkomme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Am Arbeitsplatz und in anderen Situationen bin ich sozial ungeschickt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Es ist besser, gar nichts zu tun, als etwas zu versuchen, mit dem man scheitern könnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Man muß immer den höchsten Ansprüchen genügen, damit nicht alles zusammenbricht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Es gefährdet meinen Stolz und meine Selbständigkeit, mich auf Termine festzulegen, Anforderungen anderer zu erfüllen und mich anzupassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Ich bin ungerecht behandelt worden und daher berechtigt, meinen Anteil einzuholen - ganz gleich mit welchen Mitteln.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Das Schlimmste für mich wäre, verlassen zu werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Meine Ruhe und Zurückgezogenheit ist mir sehr viel wichtiger als die Nähe zu anderen Menschen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Ich sollte darauf achten, daß andere nicht auf die Idee kommen, mich schlecht zu behandeln.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Unangenehme Gefühle können schnell zunehmen und außer Kontrolle geraten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Mit Macht und List kann man sich am besten durchsetzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Ich bin allein nicht fähig, Entscheidungen zu fällen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Jegliche Schwäche bei der Ausübung einer Tätigkeit kann zu einem schlimmen Ende führen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Da ich besonders begabt bin, sollten andere alles tun, um mich zu fördern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Meine Handlungsfreiheit würde stark eingeschränkt, wenn ich Regeln so befolge, wie andere es erwarten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

FDS

Dieser Fragebogen besteht aus 44 Fragen über Erfahrungen und Erlebnisse, die Sie möglicherweise aus Ihrem alltäglichen Leben kennen. Wir sind daran interessiert zu erfahren, in welchem Ausmaß Sie derartige Erlebnisse gehabt haben oder jetzt haben. Bitte lassen Sie bei Ihren Antworten Episoden in Ihrem Leben unberücksichtigt, in denen Sie unter dem Einfluß von Alkohol, Drogen oder Medikamenten gestanden haben.

Um die Fragen zu beantworten, markieren Sie bitte durch Umkreisen oder Ankreuzen die Prozentzahl, die zeigt, wie oft Ihnen so etwas passiert. 0% bedeutet niemals und 100% immer.

BEISPIEL:

0% 10 20 30 40 50 60 **70** 80 90 100%
(nie) (immer)

1. Einige Menschen fahren gelegentlich mit einem Auto, einem Bus oder einer U-Bahn und stellen plötzlich fest, daß sie sich nicht daran erinnern können, was während der Fahrt geschehen ist. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

2. Einige Menschen stellen manchmal fest, daß sie jemandem zuhören und plötzlich erkennen, daß sie von dem, was gesagt worden ist, nichts oder nur Teile gehört haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

3. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, sich an einem Ort zu befinden und nicht zu wissen, wie sie dorthin gekommen sind. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

4. Einige Menschen stellen manchmal fest, Kleidungsstücke zu tragen ohne sich daran zu erinnern, diese angezogen zu haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

5. Einige Menschen haben manchmal Schwierigkeiten mit den Augen (z.B. Doppelt- oder Schleiersehen, blind auf einem oder beiden Augen), ohne daß ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

6. Einige Menschen haben zeitweise das Gefühl, daß ihr Körper oder ein Teil ihres Körpers nicht zu ihnen gehört. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

7. Einige Menschen haben manchmal das Gefühl, als betrachteten sie die Welt durch einen Schleier, so daß Personen und Gegenstände weit entfernt, undeutlich oder unwirklich erscheinen. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

8. Einige Menschen fühlen sich gelegentlich wie ein Roboter. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)*

9. Einige Menschen glauben manchmal, von einem Geist oder einer magischen Kraft beherrscht zu werden und sie verhalten sich dann vollkommen anders als normalerweise. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

10. Einige Menschen erleben gelegentlich, daß sie in den Spiegel schauen und sich nicht erkennen. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

11. Einige Menschen machen manchmal die Erfahrung, neben sich zu stehen oder sich selbst zu beobachten, wie sie etwas tun; und dabei sehen sie sich selbst tatsächlich so, als ob sie eine andere Person betrachteten. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

12. Einige Menschen glauben manchmal, daß in ihrem Inneren eine andere Person existiert, für die sie einen Namen haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

13. Einige Menschen haben gelegentlich Probleme mit dem Hören (z.B. lästige Ohrgeräusche, taub auf einem oder beiden Ohren), ohne daß ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

2

14. Einigen Menschen passiert es zuweilen, daß sie plötzlich heiser sind oder gar nicht mehr sprechen können, ohne daß ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

15. Einige Menschen stellen gelegentlich fest, daß sich (plötzlich) ihre Handschrift vollkommen verändert. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

16. Einige Menschen sind sich gelegentlich nicht sicher, ob Ereignisse, an die sie sich erinnern, wirklich geschehen sind oder ob sie diese lediglich geträumt haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

17. Einige Menschen bemerken zuweilen, daß sie beim Fernsehen oder Anschauen eines Films so in der Geschichte aufgehen, daß sie andere Dinge, die um sie herum geschehen, nicht wahrnehmen. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

18. Einige Menschen stellen manchmal fest, daß sie Dinge getan haben, an die sie sich nicht erinnern können. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

19. Einige Menschen finden manchmal Schriftstücke, Zeichnungen oder Notizen unter ihren persönlichen Gegenständen, die von ihnen stammen, an deren Anfertigung sie sich jedoch nicht erinnern können. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

20. Einige Menschen stellen zeitweise fest, daß sie sich so sehr in eine Phantasiegeschichte oder einen Tagtraum hineinversetzen, daß sie den Eindruck haben, diese geschähen wirklich. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

21. Einige Menschen stellen manchmal fest, daß sie bestimmte Stimmen in ihrem Kopf hören, die sie anweisen, Dinge zu tun, oder die ihr Handeln kommentieren. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

22. Einige Menschen stellen zuweilen fest, daß sie sich nicht an wichtige Ereignisse in ihrem Leben erinnern können, wie z.B. an eine Hochzeit oder an eine Schulabschlußfeier. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

23. Einige Menschen spüren manchmal Körperteile nicht mehr oder erleben eigenartige Gefühle wie z.B. Brennen, Kribbeln oder Taubheit, ohne daß ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

24. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, daß sie für Stunden oder Tage ihre gewohnte Umgebung verlassen, ohne den Grund oder Anlaß dafür zu wissen (ohne sich daran erinnern zu können, aus welchem Grund oder Anlaß sie dies getan haben). Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

25. Einigen Menschen stellen gelegentlich fest, daß ihre Beine oder Arme sehr schwach sind oder sie ihre Gliedmaßen gar nicht mehr bewegen können, ohne daß ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

26. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, daß man ihnen vorwirft zu lügen, obwohl sie selbst der festen Überzeugung sind, nicht gelogen zu haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

27. Einigen Menschen wird manchmal gesagt, daß sie Freunde oder Familienangehörige nicht erkennen. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

28. Einige Menschen bemerken manchmal, daß sie fähig sind, Schmerzen zu ignorieren. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

29. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, daß sie ihre Bewegungen nicht mehr koordinieren und kontrollieren können (z.B. greifen sie daneben), ohne daß ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

30. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, neue Dinge in ihrem Besitz zu finden, an deren Kauf sie sich nicht erinnern können. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

31. Einige Menschen stellen manchmal fest, daß sich ihnen irgendjemand nähert, der sie mit einem anderen Namen anspricht oder der darauf besteht, sie bereits einmal getroffen zu haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

32. Einige Menschen haben zuweilen das Gefühl, daß andere Personen, Gegenstände und die Welt um sie herum nicht wirklich sind. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

33. Einige Menschen erleben manchmal, daß sie, laut mit sich selbst sprechen, wenn sie alleine sind. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

34. Einige Menschen erleben gelegentlich, daß sie sich nicht erinnern können, ob sie etwas wirklich getan haben oder lediglich darüber nachgedacht haben, es zu tun (z.B. wissen sie nicht, ob sie einen Brief wirklich eingeworfen haben oder lediglich darüber nachgedacht haben, ihn einzuwerfen). Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

35. Einigen Menschen passiert es zuweilen, daß sie stunden- oder tagelang fast völlig bewegungslos dasitzen, fast nicht sprechen, sich fast nicht bewegen und auch auf äußere Reize, wie z.B. laute Geräusche, nicht richtig reagieren. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

36. Einige Menschen werden gelegentlich bewußtlos, ohne daß ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80, 90 100%
(nie) (immer)

37. Einige Menschen stellen manchmal fest, daß sie in bestimmten Situationen in der Lage sind, Dinge mit erstaunlicher Leichtigkeit und Spontaneität zu tun, die ihnen normalerweise schwer fallen würden (z.B. Sport, Arbeit, soziale Situationen). Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

38. Einige Menschen erinnern sich manchmal so lebhaft an ein vergangenes Ereignis, daß sie das Gefühl haben, dieses Ereignis erneut zu erleben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

39. Einige Menschen stellen manchmal fest, daß sie einfach dasitzen und ins Leere starren, an nichts denken und nicht bemerken, wie die Zeit vergeht. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

40. Einige Menschen erleben gelegentlich, wie sie beim Stehen oder Gehen unsicher werden, eigenartige Bewegungen machen oder sich plötzlich gar nicht mehr bewegen können, ohne daß ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

41. Einige Menschen stellen manchmal fest, an einem vertrauten Ort zu sein und ihn dennoch als fremd und unbekannt zu erleben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

13 Erklärung

- Ich erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation selbstständig angefertigt, dabei keine anderen Hilfsmittel als im Quellen- und Literaturverzeichnis genannten benutzt, alle aus Quellen und Literatur wörtlich oder sinngemäß entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht und auch die Fundstellen einzeln nachgewiesen habe. Von Programmen der elektronischen Datenverarbeitung wurden die Programme Microsoft Word und Excel sowie StatView eingesetzt.
- Ich versichere, dass die Dissertation oder wesentliche Teile derselben nicht bereits einer anderen Prüfungsbehörde vorlagen.
- Ich erkläre, dass ich nicht an einer anderen Hochschule bereits einen Doktorgrad erworben oder zu erwerben versucht habe.

Wackenitzstraße 36
Lübeck, 12. Dezember 2001

Valerija Sipos

- Betreuer der Dissertation:
- Hauptfach ist
- Nebenfächer sind
- Gewünschte Prüfer:
 - Als Erstgutachter der Dissertation:
 - Als Zweitgutachter der Dissertation:
 - Als Prüfer im Hauptfach
 - Als Prüfer im 1. Nebenfach
 - Als Prüfer im 2. Nebenfach

14 Danksagungen

An dieser Stelle danke ich

Herrn Professor Dr. Hans Reinecker, Lehrstuhl für Klinische Psychologie der Otto-Friedrich-Universität Bamberg für seine bereitwillige und freundliche Übernahme meiner Dissertation, seine Unterstützung und sein persönliches Interesse an meiner Arbeit.

Bei der Planung der Studie haben mich beraten: Prof. Dr. Hans Reinecker, PD Dr. Ulrich Schweiger, Prof. Dr. Winfried Rief, Dr. Simon Itten (Universität Bern), Dr. Susanne Trenkamp, PD Dr. Ludwig Schindler (Universität Bamberg), Dr. Schmelzer (Nürnberg) und Dr. Stefan Kaatz (Münster).

Die der Dissertation zugrunde liegende Studie wurde an der Psychosomatischen Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee durchgeführt. Prof. Dr. Manfred Fichter, Medizinischer Direktor der Klinik Roseneck in Prien und Prof. Dr. Winfried Rief, leitender Psychologe der Klinik Roseneck haben die Studie an vielen wesentlichen Stellen inhaltlich, organisatorisch und personalpolitisch unterstützt und dadurch erst ermöglicht.

Die Studiendurchführung wurde getragen vom Team der Station B3 der Klinik Roseneck: Dr. Michael Marwitz, Isa Schünemann, Hannelore Lauter, Jörg von Komorowski, Melanie Paulus, Sabine Angerhöfer, Marianne Wagenstätter, Susanne Rüdts und Bernd Dartmann. Oberarzt der Station und zweiter Supervisor der Studie war PD Dr. Ulrich Schweiger.

Ganz besonders möchte ich mich bei den Patientinnen der Station B3 für das sorgfältige Ausfüllen der Fragebögen bedanken.

Frau Hülsenbeck und Frau Binder aus der Patientenverwaltung der Klinik Roseneck haben in vorbildlicher Weise die Aufnahme der Patientinnen organisiert.

Von großer Bedeutung für die Studie war das von Frau Bettina Lohmann entwickelte Supervisionskonzept und die Weiterbildungsgruppe für Supervisoren des Instituts für Therapieforschung in München.

Bei der Datenverwaltung und der Auswertung der Studie haben mich unterstützt: Robert Schneider, Raimund Schlemmer, Kerstin Kühl, Dr. Susanne Trenkamp, PD Dr. Michael Hüppe und PD Dr. Ulrich Schweiger.

Prof. Dr. Fritz Hohagen, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, und PD Dr. Bernd Ahrens, stellvertretender ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Universität zu Lübeck haben mir nach meinem Wechsel an die Universität zu Lübeck die Möglichkeit gegeben, die Arbeit zu Ende zu führen. Frau Kilb und Frau Lehmann haben die Arbeit mehrfach kritisch Korrektur gelesen.

Die kontinuierliche freundschaftliche Unterstützung von Susanne Trenkamp und Ulrich Schweiger war für mich von großer persönlicher Bedeutung. Beiden möchte ich besonders danken.