

Schroeder, Wolfgang / Graf, Ulrich und Wagner, Ulrich

Der OFFER-Selbstbildfragebogen für Jugendliche und stationärer Psychotherapieerfolg

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 40 (1991) 3, S. 85-90

urn:nbn:de:bsz-psydok-34689

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Behinderte Interaktion

- GERLICHER, K.: Zur Psychodynamik in Familien mit einem behinderten Kind (Psychodynamics in Families with an Handicapped Child) 265
- KISCHKE, W./POHL-KROLL, K./SCHULTZ, R./SIEVERS, R./STÖRMER, N.: Therapie bei schwer geistig behinderten Menschen in stationären Langzeiteinrichtungen (Therapy of Severely Mentally Handicapped Persons with Symptoms of Depression in Long Term Facilities) 254
- SARIMSKI, K./SÜSS-BURGHART, H.: Sprachentwicklung und Spielniveau bei retardierten Kindern (Linguistic and Symbolic Development in Retarded Children) 250
- VIRTANEN, T./MOILANEN, I.: Stress und Stressbewältigung bei Müttern von Kindern mit leichten zerebralen Dysfunktionen (Stress and Coping in Mothers of Children with Minimal Brain Dysfunction) 260

Erziehungsberatung

- BOHLEN, G.: Hindernisse in der Praxis systematisch orientierter Beratung an Erziehungsberatungsstellen (Obstructing Factors in Practising Systemic Oriented Therapy at Child Guidance Centers) 222
- HUNDSALZ, A.: Methoden und Konzeptentwicklung in den Psychologischen Beratungsstellen (Development of Methods and Concepts in Psychological Counseling Services) 55

Familientherapie

- KNOKE, H.: Familiäre Wirklichkeitskonstruktionen (Constructions of Reality in the Family) 293
- V. SCHLIPPE, A.: Systemische Sichtweise und psychotherapeutische Ethik – vier Imperative (Systemic View and Therapeutic Ethics – Four Imperatives) 368

Forschungsergebnisse

- BOEHNKE, K./V. FROMBERG, E./MACPHERSON, M.: Makrosozialer Stress im Jugendalter – Ergebnisse einer Wiederbefragung zu Kriegsangst und Angst vor Umweltzerstörung (Macro-social Stress in Adolescence – Results from a Follow-up Survey on War Anxiety and Anxiety about Destruction of the Environment) 204
- BRON, B.: Die Bedeutung von Elternverlusten in der Kindheit bei depressiven und suizidalen Patienten (The Significance of Loss of Parents in Childhood for Depressive and Suicidal Patients) 322
- BUNK, D./SCHALL, U.: Die Effizienz des Hintergrund-Interferenz-Verfahrens in der psychiatrischen Differentialdiagnostik hirnnorganischer Schäden bei Kindern (The Efficiency of the Background Interference Procedure in Discriminating Brain Damages in Children) 134
- HAAG, R./GRAF, N./JOST, W.: Subjektiv erlebte Ängstlichkeit als Aspekt der Krankheitsverarbeitung bei Kindern mit bösartigen Erkrankungen (Perceived Anxiety as an Aspect of Coping Illness in Oncologically III Children) 78

- HEGEMANN, T.: Untersuchungen zum Rehabilitationserfolg eines sozialtherapeutischen Segelschiffprojekts (An Investigation about Effectiveness of a Social-Therapeutic Sailing Project) 61
- HOBRÜCKER, B.: Die jugendpsychiatrische Station als Handlungsfeld: Pflicht und Kontrolle von Tätigkeiten (The Adolescent Psychiatric Ward as an Actional Field: Obligation and Control of Everyday Conditions) 90
- LÜCKE, M./KNÖLKER, U.: Zur Frage der Stigmatisierung von Patienten in einer stationären Einrichtung für Kinder- und Jugendpsychiatrie (On Stigmatization of In-Patients of a Child-Psychiatric Unit) 138
- MÜLLNER, E.: Die Re-Integration von Kindern in die leibliche (Teil-)Familie (The Re-Integration of Children into Their Biological (Partial) Family) 184
- REICH, G./DEYDA, H.: Interaktionsmuster in Familien mit psychosomatisch und depressiv erkrankten Kindern und Jugendlichen (Pattern of Interaction in Families with Psychosomatic III and Depressive Children and Adolescents) 96
- SCHROEDER, W./GRAF, U./WAGNER, U.: Der OFFER-Selbstbildfragebogen für Jugendliche und stationärer Psychotherapieerfolg (The OFFER-Self-Image-Questionnaire reflects Psychotherapeutic Effects under Special Conditions) 85

Jugendhilfe

- SCHWEITZER, J./REUTER, D.: Systemisches Denken in der Heimerziehung: Anregungen für Pädagogik, Beratung und Organisation (Thinking in a Systemic Way in Residential Child Care: Suggestions for Pedagogic, Counseling and Organisation) 171

Praxisberichte

- BÖNNER, G.: Die Gestaltungstherapie – eine zusätzliche Möglichkeit in der Gruppenpsychotherapie mit Jugendlichen (Psychoanalytically Oriented Art Therapy – an Additional Opportunity in Group Psychotherapy with Adolescents) 177
- FÄRBER, H.P./LIEBENOW, H.: Integratives Betreuungskonzept für impulsiv-koordinationschwache Kinder (An Integrated Therapeutic Concept for Children with MBD-Syndrome) 375
- ROMER, G.: Methoden der Prävention psychischer Fehlentwicklungen im Rahmen der Kleinstkindpädagogik – Erfahrungen an einem amerikanischen Eltern-Kind-Zentrum (Methods of Mental Health Prevention in the Context of Infant and Toddler Education – Experiences in an American Parent-Child Center) 284

Psychotherapie

- ARNOLD, U./ARNOLD, K.H.: Dokumentation kinderspsychotherapeutischer Einzelbehandlungen – Entwurf eines Protokollbogens (Documentation of Single Treatments in Child Therapy – Outline of a Record Schedule) 298

STREECK-FISCHER, A.: Grenzgänger – Zum Umgang mit selbst- und fremddestruktivem Verhalten in der stationären Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Borderline Behavior: Dealing with Self-destructive and Outwardly Destructive Behavior during In-patient Child und Juvenile Psychotherapy)	105	TEXTOR, M.R.: Auslandsadoptionen: Forschungsstand und Folgerungen (International Adoptions: Research Results and Consequences)	42
STREECK-FISCHER, A.: Entwicklungsförderliche Laufställe – Wirkfaktoren in der stationären Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Development-Conductive Play-Pens – Power Factors in Stationary Psychotherapy with Children and Adolescents)	328	Werkstattberichte	
WILLE, A.: Voice Dialogue – Dialog der Stimmen (Voice Dialogue)	227	FUCHS, D.: Einzelfallhilfen für Kinder mit Entwicklungsschwierigkeiten in den Stuttgarter Kindertagesstätten ..	303
Stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie		KRAUSE, C.: Aus der Arbeit der Erziehungsberatungsstelle Greifswald	112
GÜNTHER, M./GÜNTHER, W.: Stationäre Krisenintervention bei psychischen Krisen im Jugendalter (Inpatient Crisis Intervention in Adolescence)	22	Tagungsberichte	
KOWERK, H.: Qualitative Evaluation systematischer Aspekte bei stationärer Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Qualitative Evaluation of Systematic Aspects of Inpatient Therapy in Child and Adolescent Psychiatry)	4	Bericht über die 7. Bundestagung des Bundesverbandes „Hilfe für das autistische Kind“	189
SCHULTE-MARKWORT, M.J./KNÖLKER, U.: Therapieabbrüche im stationären Bereich (Dropping-Out of Inpatient Treatment)	28	Bericht über ein internationales Symposium zum Thema „Eßstörungen“	231
Übersichten		Bericht über den Internationalen Kongreß für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bad Homburg	272
BENGEL, J.: AIDS-Risikowahrnehmung und -verarbeitung bei Jugendlichen (AIDS-Risk Perception und Coping by Adolescents)	356	Bericht über den IX. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie	380
BRAUN-SCHARM, H.: Zwangssphänomene bei schizophrenen Jugendlichen (Obsessive-Compulsive Symptoms in Adolescent Schizophrenia)	166	Buchbesprechungen	
CHRISTIAN, H./ZECH, T.: Schulpsychologie im Spannungsfeld von Individuum und Systemen (A Concept of School Psychology viewing Individual and Systems)	339	ANDERSEN, T. (Hrsg.): Das Reflektierende Team. Dialoge und Dialoge über die Dialoge	198
DELLISCH, H.: Krankmachende Angst in der Familie (Illness-causing Anxiety within the Family)	128	ANSTÖTZ, C.: Ethik und Behinderung	238
HEIGL-EVERS, A./KRUSE, J.: Frühkindliche gewalttätige und sexuelle Traumatisierungen (Aggressive and Sexual Traumatization during Early Childhood)	122	BASTINE, R.: Klinische Psychologie, Bd. 1	316
HIRSCHBERG, W./ALTHERR, P.: Sozialtherapie mit psychisch gestörten dissozialen Jugendlichen (Social Therapy with Dissocial Adolescents)	362	BOMMERT, H./HENNING, T./WÄLTE, D.: Indikation zur Familientherapie	313
JAKOB, P.: Entwicklungsprobleme von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Familien mit einem Alkoholproblem (Developmental Problems Faced by Children, Adolescents and Young Adults in Families with an Alcohol Problem)	49	BUCHHEIM, P./SEIFFERT, T. (Hrsg.): Zur Psychodynamik und Psychotherapie von Aggression und Destruktion	197
LIEBECK, H.: Neue Elemente in der Verhaltenstherapie einer Hundephobie bei einem Jugendlichen mit Down-Syndrom (New Elements in Behavior Therapy of a Dog-Phobia of a Juvenile with Down-Syndrom)	289	CIERPKA, M.: Zur Diagnostik von Familien mit einem schizophrenen Jugendlichen	242
LUDEWIG, K.: Unruhige Kinder. Eine Übung in epistemischer Konfusion (Restless Children. An Exercise in Epistemic Confusion)	158	CIOMPI, L./DAUWALDER, H.P. (Hrsg.): Zeit und Psychiatrie – Sozialpsychiatrische Aspekte	197
RENNEN-ALLHOFF, B.: Wie verlässlich sind Elternangaben? (How useful are Parent Reports?)	333	CLEMENS, M./COMBE, A./BEIER, C./LUTZI, J./SPANGENBERG, N.: Soziale Krise, Institution und Familiendynamik ...	349
SOHNI, H.: Mutter, Vater, Kind – Zur Theorie dyadischer und triadischer Beziehungen (Mother, Father, Child – Attribution to a Theory of Dyadic and Triadic Relationships)	213	DZIKOWSKI, S./ARENS, C. (Hrsg.): Autismus heute, Bd. 2: Neue Aspekte der Förderung autistischer Kinder	196
		EDELSTEIN, E.L.: Anorexia Nervosa and Other Dyscontrol Syndromes	195
		EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie und Praxis, Bd. 26	313
		ELBERT, T./ROCKSTROH, B.: Psychopharmakologie. Anwendung und Wirkungsweise von Psychopharmaka und Drogen	386
		ELGER, W.: Sozialpädagogische Familienhilfe	115
		FEND, H.: Vom Kind zum Jugendlichen. Der Übergang und seine Risiken	315
		FICHTER, M.: Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung	316
		FIEGENBAUM, W./BRENGELMANN, J.C. (Hrsg.): Angststörungen. Diagnose und Theorie	315
		FLÖTTMANN, H.B.: Angst. Ursprung und Überwindung ..	279
		GAUDA, G.: Der Übergang zur Elternschaft. Eine qualitative Analyse der Entwicklung der Mutter- und Vateridentität ..	277
		GRISSEMAN, H./WEBER, A.: Grundlagen und Praxis der Dyskalkulietherapie	239
		HAEBERLIN, U./BLESS, G./MOSER, U./KLAGHOFER, R.: Die Integration von Lernbehinderten. Versuche, Theorien, Forschungen, Enttäuschungen, Hoffnungen	243
		HILFE FÜR DAS AUTISTISCHE KIND, REGIONALVERBAND NORDBADEN-PFALZ e.V.: Autismus: Erscheinungsbild, mögliche Ursachen, Therapieangebote	71

HUBER, G./RIEDER, H./NEUHÄUSER, G. (Hrsg.): Psychomotorik in Therapie und Praxis	348	SCHEPANK, H. (Hrsg.): Verläufe. Seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute.	313
JONAS, M.: Trauer und Autonomie bei Müttern schwerstbehinderter Kinder	68	SCHRAML, W.J.: Kinder und Kinderpsychotherapie	117
JUNGE, H./LENDERMANN, H. B.: Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) – Einführende Erläuterungen	311	SCHRAML, W.J.: Einführung in die moderne Entwicklungspsychologie für Pädagogen und Sozialpädagogen	347
KAUFMANN, R.A.: Die Familienrekonstruktion. Erfahrungen-Materialien-Modelle	241	SEIFFGE-KRENKE, I. (Hrsg.): Krankheitsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen	314
KÖHNKEN, G.: Glaubwürdigkeit. Untersuchungen zu einem psychologischen Konstrukt	317	SIELERT, U./MARBURGER, H.: Sexualpädagogik in der Jugendhilfe	69
KOLLMANN, B./KRUSE, M.: Krebskranke Jugendliche und ihre Familien. Problematik und Möglichkeiten einer psychologischen Begleitung	195	SPADA, H. (Hrsg.): Allgemeine Psychologie	150
KUSCH, M./PETERMANN, F.: Entwicklung autistischer Störungen	36	STEINHAUSEN, H. C. (Hrsg.): Das Jugendalter. Entwicklung, Probleme, Hilfen	278
MARTINIUS, J./FRANK, R. (Hrsg.): Vernachlässigung, Mißbrauch und Mißhandlung von Kindern	240	STEINKE, T.: Stationäres Training mit aggressiven Kindern: Die Implementation eines verhaltenstheoretisch orientierten Behandlungsprogramms in stationäre psychosoziale Organisationen	72
MCGOLDRICK, M./GERSON, R.: Genogramme in der Familienberatung	276	STRAK, W. (Hrsg.): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis	195
MELTZER, D.: Traumleben. Eine Überprüfung der psychoanalytischen Theorie und Technik	311	TEXTOR, M. (Hrsg.): Hilfen für Familien. Ein Handbuch für psychosoziale Berufe	312
MOLNAR, A./LINDQUIST, B.: Verhaltensprobleme in der Schule. Lösungsstrategien für die Praxis	116	TRAD, P. V.: Infant Previewing. Predicting and Sharing Interpersonal Outcome	151
OLBING, H./BACHMANN, K. O./GROSS, R. (Hrsg.): Kindesmißhandlung. Eine Orientierung für Ärzte, Juristen, Sozial- und Erzieherberufe	34	TRESCHER, H. G.: Theorie und Praxis der Psychoanalytischen Pädagogik	239
OLBRICH, R. (Hrsg.): Therapie der Schizophrenie. Neue Behandlungskonzepte	309	TRESCHER, H. G./BÜTTNER, C. (Hrsg.): Jahrbuch der psychoanalytischen Pädagogik 2	198
PETERMANN, F./NOEKER, M./BOCHMANN, F./BODE, U.: Beratung von Familien mit krebskranken Kindern: Konzeption und empirische Ergebnisse	310	TRÖSTER, H.: Einstellungen und Verhalten gegenüber Behinderten. Konzepte, Ergebnisse und Perspektiven sozialpsychologischer Forschung	68
POHLER, G./POHLER-WAGNER, L.: Atemzentrierte Verhaltenstherapie	384	UHLEMANN, T.: Stigma und Normalität. Kinder und Jugendliche mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte	347
PRESTING, G. (Hrsg.): Erziehungs- und Familienberatung. Untersuchungen zu Entwicklung, Inanspruchnahme und Perspektiven	237	VOGEL, D./RAUH, H./JORDAN, D.: Therapieangebote für behinderte Kinder	309
PREYER, W.T.: Die Seele des Kindes. Beobachtungen über die geistige Entwicklung des Menschen in den ersten Lebensjahren	35	WEINWURM-KRAUS, E.: Soziale Integration und sexuelle Entwicklung Körperbehinderter	278
PRITZ, A./SONNECK, G.: (Hrsg.): Medizin für Psychologen und nichtärztliche Psychotherapeuten	350	WIEMANN, I.: Pflege- und Adoptivkinder – Familienbeispiel, Informationen, Konfliktlösungen	308
RANDOLL, D./JEHLE, P.: Therapeutische Interventionen bei beginnendem Stottern	150	WHITE, M./EPSTON, D.: Die Zähmung der Monster. Literarische Mittel zu therapeutischen Zwecken	385
REMSCHMIDT, H./WALTER, R.: Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern	240		
ROEDEL, B.: Praxis der Genogrammarbeit. Die Kunst des banalen Fragens	277	Editorial 2, 248	
ROHMANN, U.H./ELBING, K.: Festhaltetherapie und Körpertherapie	70	Ehrungen 346	
ROTHENBERGER, A. (Ed.): Brain und Behavior in Child Psychiatry	308	Nachruf 189	
ROTTHAUS, W.: Stationäre systematische Kinder- und Jugendpsychiatrie	69	Autoren der Hefte 34, 66, 115, 148, 193, 233, 275, 305, 347, 383	
SALZGEBER, J./STADLER, M.: Familienpsychologische Begutachtung	317	Diskussion/Leserbriefe 193, 234, 276	
SALZGEBER, J./STADLER, M./DRECHSLER, G./VOGEL, C. (Hrsg.): Glaubhaftigkeitsbegutachtung	35	Zeitschriftenübersicht 67, 148, 235, 305, 383	
		Tagungskalender 37, 73, 118, 152, 199, 244, 280, 318, 351, 387	
		Mitteilungen 37, 75, 119, 153, 200, 245, 281, 319, 351, 387	

Der OFFER-Selbstbildfragebogen für Jugendliche und stationärer Psychotherapieerfolg

Von Wolfgang Schroeder, Ulrich Graf und Ulrich Wagner*

Zusammenfassung

Der OFFER-Selbstbildfragebogen (OSFB) wurde zur Evaluation stationärer Psychotherapie bei 15 Jugendlichen im Alter von 14 bis 16 Jahren eingesetzt. Ein Anstieg des Gesamtwertes um 8 Standardpunkte zwischen der 1. und 4. Woche spricht für eine gute Therapieerfolgsprognose, Gesamtwerte ≤ 7 deuten auf mittelgradige oder geringe Therapieerfolge hin.

1 Einleitung

Der OFFER-Selbstbildfragebogen (OSBF) wurde durch STEINHAUSEN (1985) für den deutschen Sprachraum eingeführt. Eine inhaltliche Darstellung der Selbstbildkomponenten findet sich in der genannten Veröffentlichung und im Testmanual. Der OSBF dient der Selbstbeschreibung Jugendlicher und enthält 130 Merkmale zur Messung der Adaption „in 11 Inhaltsbereichen“ (STEINHAUSEN 1989). Die 11 Bereiche, gruppiert in 5 „Selbst“-Aspekte, erfassen: „Impulskontrolle, Emotionalität, Körper- und Selbstbild, soziale Beziehungen, Moral, Berufs- und Bildungsziele; sexuelle Einstellungen; Familienbeziehungen; Bewältigung der Außenwelt, Psychopathologie, allgemeine Anpassung.“

Nach Zwischenuntersuchungen erwies es sich als sinnvoll, die 11 Bereiche in 5 Aspekte des „Selbst“ zusammenzufassen: Psychologisches Selbst; Soziales Selbst; Familienselbst; Sexuelles Selbst; Adaptiertes Selbst. Der Aspekt „Idealismus“ kam später hinzu.

STEINHAUSEN (1984) berichtete über Anwendungsmöglichkeiten im beraterischen Bereich und erprobte den Einsatz in der Klinik. Dies fußte auf Untersuchungen in den USA, die für verschiedene Erkrankungen bestimmte Änderungen der Selbstkomponenten herausstellten.

Deshalb fragten wir uns erstens, ob der OFFER-Selbstbildfragebogen auch bei jugendlichen Psychotherapiepatienten über die erste klinische Diagnose hinaus Hinweise auf gestörte Erlebnisbereiche gibt. Zweitens wollten wir prüfen, ob sich aus den Verlaufswerten des Fragebogens Beziehungen zum Therapieerfolg herstellen lassen.

2 Therapeutisches Konzept und Erfolgsbeurteilungen

Unser Vorgehen besteht in der Herausarbeitung von ein bis zwei Störungsbereichen, der Klärung der Wirksamkeit konflikthafter Anteile und der Festlegung therapeutischer Teilziele und Methoden, die inhaltlich mit allen Beteiligten einschließlich Lehrern der angegliederten Schule abgestimmt werden.

Die Therapieerfolgskriterien bestanden erstens in neuen Einsichten/Verhaltensweisen der Jugendlichen, besonders gegenüber ihren Eltern, weiterhin in der Beziehungsverbesserung zwischen Patienten und den nahestehenden Personen und drittens in der Bewährung für 6 Monate nach der Entlassung, wobei im Minimalfall der fehlende Rückfall positiv zu Buche schlug. Trafen alle 3 Gesichtspunkte zu, vermerkten wir einen guten Erfolg; trafen 2 zu, so wurde dies als mittlerer Erfolg bewertet und bei einem zutreffenden Merkmal legten wir uns auf einen geringen Erfolg fest. Der Therapieerfolg wurde demzufolge mit 3 (gut), 2 (mittel), 1 (gering) beziffert.

3 Stichprobe

17 Jugendlichen, zwischen 14–16 Jahre alt, wurde in der ersten Woche und 15 Jugendlichen in der vierten Woche der OFFER-Fragebogen gegeben. 2 Jugendliche erhielten den Fragebogen zu spät, so daß sie aus der Verlaufsbetrachtung herausfielen (Patienten Nr. 8 und 9). 12 Jungen und 5 Mädchen, alle intellektuell durchschnittlich befähigt, waren vertreten; Normalschulbesuch bzw. Beginn der Lehre traf für alle Jugendlichen zu. Die Jugendlichen stammten aus kleineren bis mittleren Orten eines stärker industriell erschlossenen Bezirkes. Die stationäre Einweisung war bei 16 Jugendlichen von den Eltern mitbetrieben worden. Eine Vorauswahl der Patienten unterblieb. Der zeitliche Abstand von 4 Wochen zwischen Erst- und Zweitbefragung wurde wegen der beginnenden/bestehenden therapeutischen Beziehung gewählt.

4 Methodik

Nur der Gesamtwert des Fragebogens wurde zur Verlaufsbewertung herangezogen, weil für ihn hinreichende Reliabilitätsangaben in der USA-Version mitgeteilt wurden. Angegeben war eine interne Konsistenz von 0,73 (alpha nach CRONBACH 1970), zitiert in STEINHAUSEN (1984). In der deutschen Fassung liegen für alle Jugendlichen die internen Konsistenzen für jede OSBF-Skala zwischen

* Professor Dr. Dr. H.-Ch. Steinhausen (Zürich) danken wir für die sorgfältigen Manuskriptdurchsichten.

0,18 (Moral) und 0,83 (Familienbeziehungen) im Mittel um 0,6 (STEINHAUSEN 1989) vor.

Der Meßfehler würde für die Mehrzahl der „Selbst“-Komponenten sowohl in der amerikanischen als auch deutschen Fassung zu groß, um Einzelaussagen sicherer zu machen. Außerdem lassen die Interkorrelationen der „Selbst“-Komponenten nicht die faktorielle Unabhängigkeit der 6 Komponenten vermuten. Wenn drei Skalen eine „Selbst“-Komponente bilden (im Psychologischen, Sozialen und Adaptierten „Selbst“) wurde der Mittelwert für eine Komponente gebildet. Dies entspricht der Konstruktion des Fragebogens (s.a. STEINHAUSEN 1989). Die Standardskala läßt eine klare Einstufung des Mittelwertes zu.

Zur Beantwortung der ersten Fragestellung wurden zunächst alle Eigen- und Fremangaben sowie die erste klinische Einschätzung zusammengefaßt. Diese verglichen wir mit den Fragebogenergebnissen. Bei der Darstellung der OSBF-Werte beschränkten wir uns auf die Werte, die um mindestens 1 Standardabweichung negativ vom Mittelwert abwichen. Sie sind in Tabelle 2 zu finden. Wenn dann eine auffällige „Selbst“-Komponente aus der klinischen Ersteinschätzung nicht zwanglos zu

folgern war, werteten wir dieses Fragebogenergebnis als zusätzliche Information.

Die Darstellung der Testwerte für die einzelnen Skalen des OSBF in Einheiten der Standardabweichung dient letztlich der Genauigkeitserhöhung für den Einzelfall. Die verwendete Skala hat die Eigenart, eine Rohwertänderung um 1 Punkt auf 2 bis 3 Standardwerte auszu dehnen. Außerdem geben die Wahlantworten mit 6 Antwortmöglichkeiten immer noch dem Zufallseinfluß Raum. Im Grenzfall könnte sich in der Verlaufsbetrachtung sogar durch die konträre Beantwortung einer einzigen Frage der Standardwert um 10 bis 14 Einheiten ändern. Die Angabe von Streuungseinheiten fängt auch bei einmaliger Befragung Zufallsänderungen teilweise ab und wird deshalb für die Falldarstellung in Tabelle 2 bevorzugt.

Für die Beantwortung der zweiten Frage erstellten wir Mehrfeldertafeln, die zur Zusammenhangsprüfung die Therapieerfolgseinschätzung einerseits und verschiedene Auswertungsgesichtspunkte des Selbstbildfragebogens andererseits enthielten.

Es wurden die absolute Höhe der Werte aus der 1. und 2. Befragung, die Mittelwerte der Skalen PS (Psychologi-

Tab. 1: Negativ auffällige Selbstkomponenten; Therapieerfolg

Pat. Nr.	Selbstkomponenten ≤ 1 Streuungseinheit unter Mittelwert der Testnorm von 50 ± 15 Standardwertpunkten						zusätzliche Information durch OSBF	Therapieerfolg
	PS	SS	SxS	FS	AS	I		
1	-	-	-	-	-	-	-	1
2	+	+	+	+	+	+	+	1
3	-	-	-	-	-	-	-	1
4	+	+	-	-	+	+	+	1
5	-	+	+	+	-	-	+	1
6	-	-	+	-	-	+	-	1
7	+	+	+	+	+	-	+	3
8	+	+	-	-	+	-	+	-
9	+	+	+	-	+	+	+	-
10	+	-	+	-	+	-	+	3
11	+	+	+	+	+	-	+	2
12	+	-	+	-	+	+	+	2
13	(+)	-	+	+	-	+	+	3
14	-	-	-	-	-	+	-	2
15	-	-	+	+	+	+	+	3
16	(+)	-	+	-	+	-	+	3
17	+	-	-	-	-	-	-	2

PS = Psychologisches Selbst
SS = Soziales Selbst
SxS = Sexuelles Selbst
FS = Familiäres Selbst
AS = Adaptiertes Selbst
I = Idealismus

Selbstkomponente (+) ist im Vergleich zur Testnorm negativ auffällig
(+): Grenzwert zwischen Durchschnitt und 1 Streuungseinheit unter Mittelwert
zusätzliche Information: Fragebogen zeigt mindestens eine Erweiterung der Diagnose an
Therapieerfolg: 1 (gering) 2 (mittel) 3 (gut)

sches Selbst) 1 bis 3; SS (Soziales Selbst) 1 bis 3 und AS (Adaptiertes Selbst) 1 bis 3, die Werte des SxS (Sexuelles Selbst); des FS (Familiäres Selbst) und des I (Idealismus), die Verlaufsdifferenzen sowohl metrisch als auch nachträglich dichotomisiert und die Abweichung vom individuellen Mittelwert in Streuungseinheiten ausgewertet.

An statistischen Tests kamen zur Anwendung: 2-I-Statistik, (sinngemäß verbesserter Rechenweg für χ^2 -Werte), parameterfreies Zusammenhangsmaß basierend auf χ^2 -Werten, Prozentvergleich, exakter Fisher-Test und t-Test.

5 Ergebnisse

Eine Korrespondenz zwischen residuellen Hirnschadenszeichen und Verhaltensauffälligkeiten ergab sich bei 3 Patienten. Nur 4 Jugendlichen lebten zum Aufnahmezeitpunkt in einer unvollständigen Familie. Das bedeutete für die Mehrzahl der übrigen 13 Jugendlichen nicht, daß die Familien weitgehend intakt waren; vielmehr häuften sich Beziehungsstörungen.

Neurotische Anteile fanden sich bei jedem Patienten, klinisch führende Neurosen bestanden jedoch nur bei 4 von 17 Patienten. Auch nach Therapieende ließ sich bei 3 dieser Patienten eine erhöhte Angstbereitschaft feststellen. Positive Ergebnisse konnten aus drei Gesichtspunkten gewonnen werden: der Einstufung der OSBF-Werte in Einheiten der Standardabweichung, aus Hinweisen auf

zusätzliche Informationen durch den Test und aus der Erfolgseinstufung.

In der Tabelle 2 sind die Gesamtmittelwerte des OFFER-Selbstbildfragebogens zu finden. Weiterhin werden die Einstufungen nach den Normtabellen in Standardabweichungen und die auf den individuellen Mittelwert bezogenen Abweichungen, ebenfalls in Standardabweichungen dargestellt. Zwischen diesen beiden Einstufungen treten in allen Selbstkomponenten 37 Übereinstimmungen, jedoch 65 Nichtübereinstimmungen auf. In der Komponente „Familiäres Selbst“ halten sich die beiden Einstufungen die Waage; bei den anderen 5 überwiegen die Nichtübereinstimmungen.

Nach der ersten Zusammenfassung klinischer und anamnestischer Daten wurden die gestörten Bereiche herausgestellt, um den ersten Schritt für theapeutische Interventionen festzulegen. Wenn z.B. der Akzent auf Beziehungsstörungen lag, lieferte der OSBF sehr oft einen weiteren Anhaltspunkt für einen weiteren Bereich gestörten Erlebens. In anderen Fällen band eine Angstsymptomik soviel therapeutisches Engagement, daß der Hinweis aus dem OSBF auf familiäre Störungen ohne weitere Auffälligkeiten die diagnostische Klärung erleichterte. So war in 12 von 17 Fällen wenigstens eine vorher nicht offenkundige zusätzliche Information aus dem OSBF zu entnehmen (vgl. Tab. 1). Die prozentuale Differenz zu den 5 Fällen, in denen kein weiterer Gesichtspunkt erhältlich war, fällt noch überzufällig aus. (Diagramm nach CLOPPER und PEARSON zum Vergleich prozentualer Häufigkeiten; s. SACHS 1972). Praktisch alle Jugendlichen, für

Tab. 2: Gesamtmittelwerte im Abstand von 3-4 Wochen; Einstufung nach Normtabellen und Einstufung bezogen auf den individuellen Mittelwert in der 1. Untersuchung

Pb-Nr.	\bar{x}_1 \bar{x}_2		PS 1-3		SS 1-3		SxS		FS		AS 1-3		I	
	N	i. M.	N	i. M.	N	i. M.	N	i. M.	N	i. M.	N	i. M.	N	i. M.
1	46	53								+ 1s				
2	16	26	-3s		-3s		-3s		-3s		-3s		-2s	
3	54	56											+ 2s	+ 2s
4	33	28	-3s	-1s	-1s						-3s	-1s	+ 1s	+ 3s
5	32	26			-1s		-4s	-1s	-3s	-1s				+ 1s
6	62	61					+ 1s						+ 1s	
7	24	52	-4s	-1s	-1s		-2s		-3s		-3s			+ 2s
8	37	38	-1s		-1s			+ 1s			-1s			
9	26	42	-1s		-2s		-1s			+ 1s	-1s		-3s	
10	43	60	-2s	-1s		+ 1s	-1s	-1s		+ 1s	-1s			+ 1s
11	29	27	-2s	-1s	-1s		-1s		-1s		-1s			+ 1s
12	69	74	+ 1s				+ 1s				+ 1s		+ 1s	
13	61	69		-1s			+ 1s		+ 1s	+ 1s			+ 1s	
14	65	51	+ 1s		+ 1s								+ 1s	
15	39	40				+ 1s	-3s	-1s	+ 1s	+ 2s	-1s		-3s	-1s
16	36	53	-1s				-3s	-2s			-1s			+ 1s
17	38	40	-2s	-1s										

\bar{x}_1 : Gesamt-Mittelwert in der 1. Untersuchung

\bar{x}_2 : Gesamt-Mittelwert in der 2. Untersuchung

N: Einstufung nach Testnorm

i. M.: Einstufung mit Bezug auf den individuellen Mittelwert in Streuungseinheiten

s: Streuungseinheit

die aus dem Fragebogen eine zusätzliche Information für die Diagnose gewonnen werden konnte, weisen drei und mehr Selbstkomponenten auf, die unterdurchschnittlich ausgeprägt waren.

Der Therapieerfolg läßt sich mit einer Einschränkung abschätzen: Anstelle der metrischen Angaben sollte eine Dichotomisierung der Differenzwerte zwischen Erst- und Zweituntersuchung verwendet werden. Steigt zwischen der ersten und vierten Woche der Gesamtwert um ≥ 8 Standardwerte an, kann eher mit einem guten Therapieerfolg gerechnet werden; Differenzwerte ≤ 7 weisen auf künftig mittlere oder geringe psychische Änderungen der Patienten hin (2-I: $4,5 > 3,8$ $k = 0,7$ mit Kontinuitätskorrektur $p < 5\%$).

Tab. 3: Die Beziehung von Veränderungen der Verlaufswerte in Standardwerten (SW) und Therapieerfolg

Anstieg OFFER-Fragebogen	Therapieerfolg	
	gut	mittel/gering
≥ 8 SW	4	1
≤ 7 SW	1	9

Die varianzanalytische Prüfung der OSBF-Werte für die drei Therapieerfolgsgruppen wies keinen Faktor oder eine Wechselwirkung als signifikant aus. Aus Tabelle 4 sind die fehlenden Mittelwertänderungen in den Gruppen 1 und 2 ersichtlich und bereits per Überschlag die Varianzinhomogenität infolge höherer Streuungen der Gruppe 2 erkennbar. Damit ist inhaltlich ausgedrückt, daß im Vergleich der 3 Therapieerfolgsgruppen die Information aus den metrischen Daten der Erwartung widerspricht, fehlende oder niedrige Testwertanstiege deuten auf geringe und höhere Anstiege auf gute Erfolge. Im Sinne von a-posteriori-Hypothesen, die methodisch weniger wert sind, fällt in der Gruppe mit guten Therapieerfolgen ein durchschnittlicher Anstieg von 14 Standardwerten überzufällig aus (Gruppe 3: t-Wert für korrelierende Stichproben $3,1 > 2,78$ $p < 5\%$).

Die metrischen Daten untermalen lediglich die obige Empfehlung, nur eine Dichotomisierungsgrenze der Verlaufsdaten zur Voraussage eines guten Therapieerfolges zu verwenden, die in unserem Material die guten Therapieerfolge von allen anderen, teilweise gebesserten Patienten, trennt.

Tab. 4: OFFER-Gesamtwerte der drei Therapieerfolgsgruppen

Therapieerfolg	Startwerte			Verlaufswerte		
	\bar{x}	s	n	\bar{x}	s	n
gering	40,5	16,8	6	41,7	16,6	6
mittel	50,3	19,8	4	48,0	19,6	4
gut	40,6	13,4	5	54,8	10,7	5

Da wir individuelle Verläufe betrachteten, wurde ebenfalls die Anzahl der Standardabweichungen vom individuellen Mittelwert auf den Zusammenhang mit dem Therapieerfolg geprüft (vgl. Tab. 5). Nur für die Erstuntersuchung gilt, daß die bloße Anzahl der positiven oder negativen Standardabweichungen der „Selbst“-Komponenten vom individuellen Mittelwert eine Prognose des Therapieergebnisses zuläßt: Zwei und mehr Standardabweichungen stehen eher mit guten Erfolgen, eine oder keine Abweichungen mit mittleren oder geringen Erfolgen in Zusammenhang (2-I: $5,9 > 3,8$; $k = 0,6$ mit Kontinuitätskorrektur $p < 5\%$).

Unter den 10 Patienten, deren Therapieerfolg mittelgradig oder gering ausfiel, finden sich 7, die keine oder eine Standardabweichung vom Mittelwert aufweisen, jedoch auch 3 Patienten, die zwei und drei Standardabweichungen hatten. Unter den guten Therapieerfolgen treten ausschließlich zwei und mehr Standardabweichungen vom individuellen Mittelwert auf.

Tab. 5: Die Beziehung der Anzahl der vom individuellen Mittelwert abweichenden „Selbst“-Aspekte bei Erstuntersuchung in Standardabweichungen zum Therapieerfolg

Anzahl der Standardabweichungen	Therapieerfolg	
	gut	mittel/gering
≥ 2	5	3
≤ 1	0	7

Diese Verrechnungsart kann demjenigen empfohlen werden, dessen Patienten andersartige Störungen und andere Verläufe aufweisen und die auch andere numerische Veränderungswerte erreichen werden, so daß die Entscheidungsgrenze zugunsten guter Therapieerfolge von ≥ 8 Standardwertzuwachs verändert werden würde.

6 Diskussion

Ein Ziel psychotherapeutischer Arbeit besteht in der Förderung aktiver Anpassung seitens des Patienten. Diesen Anteil erfaßt u.a. auch der OSBF, da mit dem Test eine Messung der Adaption Jugendlicher als zugrundeliegendes Konstrukt vorgenommen wird. Alle Fragen des OSBF sind daran ausgerichtet, so daß ein Gesamtwert errechnet werden darf. Er beschreibt das Ausmaß der allgemeinen Adaption eines Jugendlichen. Unsere Aussagen werden an Hand des Gesamtwertes getroffen. Einzelaspekte auszuwerten wäre reizvoll, wenn sie auch faktoriell unabhängig wären.

Die Patienten mit guten Therapieergebnissen erschienen klinisch deutlich gebessert. Sie fielen auch Mitarbeitern angenehm auf, die nicht auf unserer Station arbeiteten. Danach erwarteten wir erhebliche Anstiege der OSBF-Werte, konnten aber durchschnittlich nur 14 Standardwerte errechnen. Außerdem streuen die Differenzen mit 14 ± 10 Standardwerten beträchtlich. Dies bedeutet

für die Einzelfälle gut gebesserter Patienten eine durchschnittliche Zunahme zwischen 4 bis 24 Standardwert. Diese Angabe hätte drei weitere Patienten erfaßt, die mit mittelgradigem Therapieerfolg einen durchschnittlichen Anstieg von 7 ± 2 Standardwerten erreichten. Die gesonderte Betrachtung der Therapieerfolgsgruppen wird inhaltlich durch die zugrundeliegenden klinischen Kriterien begründet. Sie stellen sinngemäß ein Außenkriterium da, das unabhängig vom OSBF erstellt wurde. Deshalb dürfen auch die Verlaufsdifferenzen innerhalb der drei Therapieerfolgsgruppen interpretiert werden.

Wegen der mangelnden Reliabilität von Differenzen hätte ein besseres prüfstatisches Verfahren Anwendung finden müssen. Die „Prä-Post-Analyse“ nach LANDER (1980) kam leider nicht in Frage, weil der Zielwert, also die Grenze von sicherer Besserung, nicht eindeutig, sondern über Zwischenrechnungen festlegbar gewesen wäre. Die vorgelegten Ergebnisse können trotz prüfstatischer Absicherung wohl am ehesten als Faustregel gelten. Praktischen Wert hat also die Entscheidungsgrenze von 8 Standardwerten, die erreicht oder überschritten werden müssen, um aus dem individuellen Testwertanstieg einen guten Therapieerfolg bereits aus den ersten 4 Wochen stationären Aufenthaltes vorherzusagen.

Die unerwartet niedrigen Anstiege in der guten und auch der mittelgradigen Therapieerfolgsgruppe lassen sich durch den Validitätsbereich des OSBF erklären, der für gesunde Jugendlichen konstruiert und normiert wurde. Die Adaption gesunder Jugendlicher liegt den 130 Fragen zugrunde und erfaßt natürlich auch bei Patienten deren gesunde Anteile. Da in der Wiederholungsmessung dasselbe gilt, ist eine geringe Zunahme der Standardwerte bei unseren Jugendlichen wahrscheinlicher als eine besonders deutliche.

In dieser Stichprobe dominierten unter den Patienten die Beziehungsstörungen und akzentuierten Persönlichkeitszüge. Die Ergebnisse können somit auch nur auf ähnliche Fälle übertragen werden. Sie dürften in erstversorgenden Fachabteilungen von der Art unserer Einrichtungen gehäuft auftreten. Auf vorselegierte oder bereits behandelte Patientengruppen sind unsere Ergebnisse wohl kaum direkt übertragbar.

Einen individuellen Mittelwert für unsere jugendlichen Patienten zu errechnen, begründen wir mit der Betrachtung individueller Verläufe. Solche Mittelwerte lassen als Bezugsbasis persönliche Stärken und Schwächen als individuelles Profil besser hervortreten und kommen therapeutischen Anliegen näher als eine populationsbezogene Klassifizierung. Da die höhere Anzahl der in Standardabweichungen gezählten Abweichungen vom individuellen Mittelwert eher für einen guten Therapieerfolg spricht, keine oder eine Abweichung hingegen nur mittlere und geringe Erfolge erwarten läßt, möchten wir diese Verrechnungsart probeweise empfehlen. Wir vermuten, daß bei diesem Wert das höhere Ausmaß subjektiven Störungserlebens hineinspielt. Für mindestens 6 von 9 unserer Patienten läßt sich dies an Hand vieler und/oder wochenlanger Klagen wahrscheinlich machen. Auch der durchschnittliche Anstieg von 14 Standardwer-

ten bezieht sich auf den personenbezogenen Startwert des Patienten, nicht etwa auf die Populationsnorm. Der fehlende Vorhersagewert von normbezogenen Einstufungen wird u. a. nachstehend erläutert.

Einige Erwartungen konnten nicht bestätigt werden. Sie wurden mit der 2-I-Statistik und dem exakten Fisher-Test am Start- und Verlaufswert der OFFER-Selbstbildfragebogen geprüft: Interpretiert man unterdurchschnittliche OSFB-Werte als auffällig, die überdurchschnittlichen im Sinne einer Überangepaßtheit als denkbar pathologisch, könnten Hinweise auf Therapieerfolge besonders aus dem Bereich durchschnittlicher Werte kommen. Die Zusammenfassung der Populationsnorm zu einem Durchschnittsbereich und je einem unter- und überdurchschnittlichen Bereich läßt aber keinen Zusammenhang mit dem Therapieerfolg erkennen.

Da mittels OSFB eine Art von Normalität gemessen wird, läge die Annahme nahe, mit der Zahl absinkender „Selbst“-Komponenten in den ersten vier Wochen auch geringe Therapieerfolge vorherzusagen. Dies trifft jedoch nicht zu. Auch das Gegenteil, die Menge ansteigender Werte, steht in keinem überzufälligen Zusammenhang mit der Therapieerfolgseinstufung. Die auf den individuellen Mittelwert bezogene Zahl sinkender oder steigender „Selbst“-Komponenten beschreibt ebenfalls keinen Zusammenhang mit dem Therapieerfolg. Die Verlaufsbetrachtung erlaubt den unmittelbaren Vergleich der errechneten Werte, da es sich um dieselben Merkmalsträger handelt. Auch geringe Differenzen dürfen unter dieser Voraussetzung gewertet werden. Wir legten uns sicherheitshalber dann auf eine Änderung fest, wenn die Differenz ≥ 15 Standardwerte, also die Größe einer Standardabweichung ausmachte.

Erwartete man ein mit der Therapie eintretendes Ansteigen der „Selbst“-Komponenten, erhält man zwar 19 Verbesserungen, denen jedoch 15 Verschlechterungen gegenüberstehen. Demnach läßt sich für alle Patienten ohne Berücksichtigung des Therapieerfolges weder eine günstige noch ungünstige Tendenz der Veränderungsrichtung der OSFB-Werte feststellen. Das Verhältnis von 19 Verbesserungen zu 15 Verschlechterungen wird auch durch die psychometrischen Konstruktionen der OSFB erklärt, die, bedingt durch die Normalverteilungsparameter, nach 3–4 Wochen im Durchschnitt etwa die gleiche Anzahl positiver und negativer Abweichungen zur Folge hat.

Geht man von den Anforderungen einer Langzeittherapieprognose aus, liegt ein unkorrigierbarer Mangel dieser Arbeit in den fehlenden katamnestischen Fragebogenuntersuchungen etwa $\frac{1}{2}$ bis 1 Jahr nach der Entlassung. Für den Kliniker wird dieser Mangel etwas gemindert dadurch, daß bei allen Patienten ein Rückfall innerhalb von 6 Monaten ausblieb. Außerdem gehörte der OFFER-Fragebogen zur Begleitdiagnostik und wurde nicht zur Erfolgsbeurteilung herangezogen.

Darin liegt zugleich die Stärke und Schwäche der vorgelegten Ergebnisse: Hervorzuheben ist, daß sich mit einem Fragebogen für Jugendliche einer Feldpopulation eine an klinischen Kriterien ausgesuchte Therapieerfolgs-

einstufung vorhersagen läßt, allerdings nur für gute Therapieerfolge; die mittleren und geringen Erfolge finden keine Entsprechung in den Fragebogenwerten.

Summary

The OFFER-Self-Image-Questionnaire reflects Psychotherapeutic Effects under Special Conditions

The OFFER-Self-Image-Questionnaire reflect psychotherapeutic effects under special conditions. The OFFER-Self-Image-Questionnaire was used to evaluate outcome of in-patient psychotherapy in 15 adolescents. An increase of 8 or more points on the standard scale between the first and fourth week was associated with favourable outcome while an increase of 7 or less points indicated less favourable outcome.

Literatur

LANDER, H. J. (1980): Lineare Prä-Posttest-Analyse. Ein Prüfverfahren zur statistischen Beurteilung der Behandlungswirkung mit und ohne Kontrollgruppenvergleich und des Behandlungserfolges. *Persönlichkeitsforschung* 9, 117-132. - SACHS, L. (1972): Statistische Auswertmethoden. Berlin. - STEINHAUSEN, H.-C. (1984): Der OFFER-Selbstbildfragebogen für Jugendliche. Berlin: Freie Universität. - STEINHAUSEN, H.-C. (1985): Das Selbstbild Jugendlicher. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 34, 54-57. - STEINHAUSEN, H.-C. (1989): Der OFFER-Selbstbildfragebogen für Jugendliche. Zürich: Handbuch, zweite revidierte Auflage.

Anschr. d. Verf.: OA Dr. med. Dipl.-Psych. Wolfgang Schroeder, Fachkrankenhaus für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie „Friedrich Wolf“, Markt 20, O-9295 Wechselburg