

Sticker, Elisabeth / Schmidt, Claudia und Steins, Gisela

Das Selbstwertgefühl chronisch kranker Kinder und Jugendlicher am Beispiel Adipositas und angeborener Herzfehler

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 52 (2003) 1, S. 17-34

urn:nbn:de:bsz-psydok-44132

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

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Deneke, C.; Lüders, B.: Besonderheiten der Interaktion zwischen psychisch kranken Eltern und ihren kleinen Kindern (Particulars of the parent infant interaction in cases of parental mental illness)	172
Dülks, R.: Heilpädagogische Entwicklungsförderung von Kindern mit psychosozialen Auffälligkeiten (Remedial education to promote the development of children with psycho-social disorders)	182
Horn, H.: Zur Einbeziehung der Eltern in die analytische Kinderpsychotherapie (Participation of parents in the psychodynamic child psychotherapy)	766
Lauth, G.W.; Weiß, S.: Modifikation von selbstverletzend-destruktivem Verhalten – Eine einzelfallanalytische Interventionsstudie bei einem Jungen der Schule für geistig Behinderte (Modification of self-injurious, destructive behavior - A single case intervention study of a boy attending a school for the intellectually handicapped)	109
Liermann, H.: Schulpsychologische Beratung (School counselling)	266
Loth, W.: Kontraktororientierte Hilfen in der institutionellen Erziehungs- und Familienberatung (Contract-oriented help in family counseling services)	250
Streeck-Fischer, A.; Kepper-Juckenach, I.; Kriege-Obuch, C.; Schrader-Mosbach, H.; Eschwege, K. v.: „Wehe, du kommst mir zu nahe“ – Entwicklungsorientierte Psychotherapie eines gefährlich aggressiven Jungen mit frühen und komplexen Traumatisierungen (“You’d better stay away from me” – Development-oriented psychotherapy of a dangerously aggressive boy with early and complex traumatisation)	620
Zierep, E.: Überlegungen zum Krankheitsbild der Enuresis nocturna aus systemischer Perspektive (Reflections on the etiology of enuresis nocturna from a systemic point of view)	777

Originalarbeiten / Original Articles

Andritzky, W.: Kinderpsychiatrische Atteste im Umgangs- und Sorgerechtsstreit – Ergebnisse einer Befragung (Medical letters of child psychiatrists and their role in custody and visitation litigations – Results of an inquiry)	794
Bäcker, Ä.; Neuhäuser, G.: Internalisierende und externalisierende Syndrome bei Lese- und Rechtschreibstörungen (Internalizing and externalizing syndromes in children with dyslexia)	329
Di Gallo, A.; Gwerder, C.; Amsler, F.; Bürgin, D.: Geschwister krebskranker Kinder: Die Integration der Krankheitserfahrungen in die persönliche Lebensgeschichte (Siblings of children with cancer: Integration of the illness experiences into personal biography)	141
Faber, G.: Der systematische Einsatz visualisierter Lösungsalgorithmen und verbaler Selbstinstruktionen in der Rechtschreibförderung: Erste Ergebnisse praxisbegleitender Effektkontrollen (The use of visualization and verbalization methods in spelling training: Some preliminary evaluation results)	677
Gasteiger Klicpera, B.; Klicpera, C.: Warum fühlen sich Schüler einsam? Einflussfaktoren und Folgen von Einsamkeit im schulischen Kontext (Why children feel lonely at school? Influences of loneliness in the school context)	1

Helbing-Tietze, B.: Herausforderung und Risiken der Ichideal-Entwicklung in der Adoleszenz (Challenges and risks in the development of adolescent ego ideal)	653
Kammerer, E.; Köster, S.; Monninger, M.; Scheffler, U.: Jugendpsychiatrische Aspekte von Sehbehinderung und Blindheit (Adolescent psychiatric aspects of visual impairment and blindness)	316
Klemenz, B.: Ressourcenorientierte Kindertherapie (Resource-oriented child therapy) . .	297
Klosinski, G.; Yamashita, M.: Untersuchung des „Selbst- und Fremdbildes“ bei Elternteilen in familiengerichtlichen Auseinandersetzungen anhand des Gießen-Tests (A survey of the self-image of parents and their perception by their partners in domestic proceedings using the Giessen-Test)	707
Lemche, F.; Lennertz, I.; Orthmann, C.; Ari, A.; Grote, K.; Häfker, J.; Klann-Delius, G.: Emotionsregulative Prozesse in evozierten Spielnarrativen (Emotion-regulatory processes in evoked play narratives: Their relation with mental representations and family interactions)	156
Probst, P.: Entwicklung und Evaluation eines psychoedukativen Elterngruppen-Trainingsprogramms für Familien mit autistischen Kindern (Development and evaluation of a group parent training procedure in families with autistic children)	473
Schepker, R.; Grabbe Y.; Jahn, K.: Verlaufsprädiktoren mittelfristiger stationärer Behandlungen im Längsschnitt – Gibt es eine Untergrenze stationärer Verweildauern? (A longitudinal view on inpatient treatment duration – Is there a lower limit to length of stay in child and adolescent psychiatry?)	338
Schepker, R.; Toker, M.; Eberding, A.: Ergebnisse zur Prävention und Behandlung jugendpsychiatrischer Störungen in türkeistämmigen Zuwandererfamilien unter Berücksichtigung von Ressourcen und Risiken (On prevention and treatment of adolescent psychiatric disorders in migrant families form Turkey, with spezial emphasis on risks and resources)	689
Sticker, E.; Schmidt, C.; Steins, G.: Das Selbstwertgefühl chronisch kranker Kinder und Jugendlicher am Beispiel Adipositas und angeborener Herzfehler (Self-esteem of chronically ill children and adolescents eg. Adipositas and congenital heart disease)	17

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Barkmann, C.; Marutt, K.; Forouher, N.; Schulte-Markwort, M.: Planung und Implementierung von Evaluationsstudien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Planning and implementing evaluation studies in child and adolescent psychiatry)	517
Branik, E.: Einflussfaktoren auf den Verlauf und die Dauer von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen: Zwischen Empirie und klinischer Realität (Factors influencing the outcome and length of stay on inpatient treatments in child and adolescent psychiatry: Between empirical findings and clinical reality)	503
Branik, E.; Meng, H.: Zum Dilemma der medikamentösen Frühintervention bei präpsychotischen Zuständen in der Adoleszenz (On the dilemma of neuroleptic early intervention in prepsychotic states by adolescents)	751
Dahl, M.: Dr. Elisabeth Hecker (1895-1986): Verdienste als Kinder- und Jugendpsychiaterin einerseits – Beteiligung an der Ausmerzungen Behinderter andererseits (Dr. Elisabeth Hecker (1895-1986): On the one hand respect for her involvement as child and adolescent psychiatrist – On the other hand disapproval for her participation in killing mentally retarded children)	98

Engel, F.: Beratung – ein eigenständiges Handlungsfeld zwischen alten Missverständnissen und neuen Positionierungen (Counselling – A professional field between timeworn misunderstandings and emerging standpoints)	215
Felitti, V. J.: Ursprünge des Suchtverhaltens – Evidenzen aus einer Studie zu belastenden Kindheitserfahrungen (The origins of addiction: Evidence from the Adverse Childhood Experience Study)	547
Fraiberg, S.: Pathologische Schutz- und Abwehrreaktionen in der frühen Kindheit (Pathology defenses in infancy)	560
Gontard, A. v.; Lehmkuhl, G.: Spieltherapien – Psychotherapien mit dem Medium des Spiels: I. Allgemeine Einführung, tiefenpsychologische und personenzentrierte Zugänge (Play therapies – Psychotherapies with the medium of play: I. General introduction and traditional approaches)	35
Gontard, A. v.; Lehmkuhl, G.: Spieltherapien – Psychotherapien mit dem Medium des Spiels: II. Neue Entwicklungen (Play therapies – Psychotherapies with the medium of play: II. New developments)	88
Hirsch, M.: Das Aufdecken des Inzests als emanzipatorischer Akt – Noch einmal: „Das Fest“ von Thomas Vinterberg (Disclosing the incest as an emancipatory act – Once more: „The Feast“ by Thomas Vinterberg)	49
Hummel, P.; Jaenecke, B.; Humbert, D.: Die Unterbringung mit Freiheitsentziehung von Minderjährigen in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ärztliche Entscheidungen ohne Berücksichtigung psychodynamischer Folgen? (Placement of minors with a custodial sentence in departments of child and adolescent psychiatry – Medical decisions without taking into account psychodynamic consequences?)	719
Ihle, W.; Jahnke, D.; Esser, G.: Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze nicht dissozialer Schulverweigerung: Schulphobie und Schulangst (Cognitive-behavioral therapy of school refusal: School phobia and school anxiety)	409
Jeck, S.: Mehrdimensionale Beratung und Intervention bei Angstproblemen in der Schule (Counselling and intervention in case of anxiety problems in school)	387
Klasen, H.; Woerner, W.; Rothenberger, A.; Goodman, R.: Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde (The German version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Overview over first validation and normative studies)	491
Landolt, M. A.: Die Bewältigung akuter Psychotraumata im Kindesalter (Coping with acute psychological trauma in childhood)	71
Lehmkuhl, G.; Flechtner, H.; Lehmkuhl, U.: Schulverweigerung: Klassifikation, Entwicklungspsychopathologie, Prognose und therapeutische Ansätze (School phobia: Classification, developmental psychopathology, prognosis, and therapeutic approaches)	371
Lenz, A.: Ressourcenorientierte Beratung – Konzeptionelle und methodische Überlegungen (Counselling and resources – Conceptual and methodical considerations)	234
Naumann-Lenzen, N.: Frühe, wiederholte Traumatisierung, Bindungsdesorganisation und Entwicklungspsychopathologie – Ausgewählte Befunde und klinische Optionen (Early, repeated traumatization, attachment disorganization, and developmental psychopathology – Selected findings and clinical options)	595
Oelsner, W.: Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bei Schulverweigerung (School refusal and conditions for psychodynamic psychotherapy)	425
Sachsse, U.: Man kann bei der Wahl seiner Eltern gar nicht vorsichtig genug sein. Zur biopsychosozialen Entwicklung der Bewältigungssysteme für Distress beim Homo sapiens (You can't be careful enough when choosing your parents. The biopsychosocial development of human distress systems)	578

Schweitzer, J.; Ochs, M.: Systemische Familientherapie bei schulverweigerndem Verhalten (Systemic family therapy for school refusal behavior)	440
---	-----

Buchbesprechungen / Book Reviews

Arnft, H.; Gerspach, M.; Mattner, D. (2002): Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit. ADS als Herausforderung für Pädagogik und Therapie. (X. Kienle)	286
Bange, D.; Körner, W. (Hg.) (2002): Handwörterbuch Sexueller Missbrauch. (O. Bilke)	359
Barkley, R.A. (2002): Das große ADHS-Handbuch für Eltern. Verantwortung übernehmen für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität. (M. Mickley)	283
Bednorz, P.; Schuster, M. (2002): Einführung in die Lernpsychologie. (A. Levin)	540
Beisenherz, H.G. (2001): Kinderarmut in der Wohlfahrtsgesellschaft. Das Kainsmal der Globalisierung. (D. Gröschke)	64
Bock, A. (2002): Leben mit dem Ullrich-Turner-Syndrom. (K. Sarimski)	641
Boeck-Singelmann C.; Ehlers B.; Hensel T.; Kemper F.; Monden-Engelhardt, C. (Hg.) (2002): Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. (L. Goldbeck)	538
Born, A.; Oehler, C. (2002): Lernen mit ADS-Kindern – Ein Praxishandbuch für Eltern, Lehrer und Therapeuten. (A. Reimer)	819
Brack, U.B. (2001): Überselektive Wahrnehmung bei retardierten Kindern. Reduzierte Informationsverarbeitung: Klinische Befunde und Fördermöglichkeiten. (D. Irblich)	63
Brähler, E.; Schumacher, J.; Strauß, B. (Hg.) (2002): Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie. (H. Mackenberg)	459
Brisch, K. H.; Grossmann, K. E.; Grossmann, K.; Köhler, L. (Hg.) (2002): Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis. (L. Unzner)	457
Broeckmann, S. (2002): Plötzlich ist alles ganz anders – wenn Eltern an Krebs erkranken. (Ch. v. Bülow-Faerber)	642
Büttner, C. (2002): Forschen – Lehren – Lernen. Anregungen für die pädagogische Praxis aus der Friedens- und Konfliktforschung. (G. Roloff)	739
Castell, R.; Nedoschill, J.; Rupps, M.; Bussiek, D. (2003): Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937 bis 1961. (G. Lehmkuhl)	535
Conen, M.-L. (Hg.) (2002): Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden. Aufsuchende Familientherapie. (P. Bündner)	737
Decker-Voigt, H.H. (Hg.) (2001): Schulen der Musiktherapie. (D. Gröschke)	200
DeGrandpre, R. (2002): Die Ritalin-Gesellschaft. ADS: Eine Generation wird krankgeschrieben. (T. Zenkel)	820
Dettenborn, H. (2001): Kindeswohl und Kindeswille. Psychologische und rechtliche Aspekte (E. Bauer)	62
Diez, H.; Krabbe, H.; Thomsen, C. S. (2002): Familien-Mediation und Kinder. Grundlagen – Methoden – Technik. (E. Bretz)	358
Eickhoff, F.-W. (Hg.) (2002): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 44. (M. Hirsch)	460
Frank, C.; Hermanns, L. M.; Hinz, H. (Hg.) (2002): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte. (M. Hirsch)	824
Fröhlich-Gildhoff, K. (Hg.) (2002): Indikation in der Jugendhilfe. Grundlagen für die Entscheidungsfindung in Hilfeplanung und Hilfeprozess. (G. Hufnagel)	287
Goetze, H. (2002): Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie. (D. Irblich)	363
Goswami, U. (2001): So denken Kinder. Einführung in die Psychologie der kognitiven Entwicklung. (J. Wilken)	130

Hackfort, D. (2002): Studententext Entwicklungspsychologie I. Theoretisches Bezugssystem, Funktionsbereiche, Interventionsmöglichkeiten. (<i>D. Gröschke</i>)	355
Harrington, R.C. (2001): Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen. (<i>K. Sarimski</i>)	129
Hermelin, B. (2002): Rätselhafte Begabungen. Eine Entdeckungsreise in die faszinierende Welt außergewöhnlicher Autisten. (<i>G. Gröschke</i>)	739
Hinckeldey, S. v.; Fischer, G. (2002): Psychotraumatologie der Gedächtnisleistung. Diagnostik, Begutachtung und Therapie traumatischer Erinnerungen. (<i>W. Schweizer</i>)	289
Hofer, M.; Wild, E.; Noack, P. (2002): Lehrbuch Familienbeziehungen. Eltern und Kinder in der Entwicklung. (<i>L. Unzner</i>)	640
Holmes, J. (2002): John Bowlby und die Bindungstheorie. (<i>L. Unzner</i>)	355
Irblich, D.; Stahl, B. (Hg.) (2003): Menschen mit geistiger Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder. (<i>D. Gröschke</i>)	646
Janke, B. (2002): Entwicklung des Emotionswissens bei Kindern. (<i>E. Butzmann</i>)	463
Joormann, J.; Unnewehr, S. (2002): Behandlung der Sozialen Phobie bei Kindern und Jugendlichen. (<i>K. Sarimski</i>)	539
Kernberg, P. F.; Weiner, A.; Bardenstein, K. (2001): Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. (<i>Ch. v. Bülow-Faerber</i>)	357
Kindler, H. (2002): Väter und Kinder. Langzeitstudien über väterliche Fürsorge und die sozioemotionale Entwicklung von Kindern. (<i>L. Unzner</i>)	361
Krause, M. P. (2002): Gesprächspsychotherapie und Beratung mit Eltern behinderter Kinder. (<i>K. Sarimski</i>)	818
Lammert, C.; Cramer, E.; Pingen-Rainer, G.; Schulz, J.; Neumann, A.; Beckers, U.; Siebert, S.; Dewald, A.; Cierpka, M. (2002): Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik. (<i>K. Sarimski</i>)	822
Muth, D.; Heubrock, D.; Petermann, F. (2001): Training für Kinder mit räumlich-konstruktiven Störungen. Das neuropsychologische Gruppenprogramm DIMENSIONER. (<i>D. Irblich</i>)	134
Neumann, H. (2001): Verkürzte Kindheit. Vom Leben der Geschwister behinderter Menschen. (<i>D. Irblich</i>)	738
Nissen, G. (2002): Seelische Störungen bei Kindern bei Kindern und Jugendlichen. Alters- und entwicklungsabhängige Symptomatik und ihre Behandlung. (<i>L. Unzner</i>)	644
Oerter, R.; Montada, L. (Hg.) (2002): Entwicklungspsychologie (<i>D. Gröschke</i>)	290
Passolt, M. (Hg.) (2001): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. (<i>L. Unzner</i>)	201
Person, E.S.; Hagelin, A.; Fonagy, P. (Hg.) (2001): Über Freuds „Bemerkungen über die Übertragungsliebe“. (<i>M. Hirsch</i>)	130
Ritscher, W. (2002): Systemische Modelle für Sozialarbeit und Therapie. Ein integratives Lehrbuch für Theorie und Praxis. (<i>J. Schweitzer</i>)	360
Rollett, B.; Werneck, H. (Hg.) (2002): Klinische Entwicklungspsychologie der Familie. (<i>L. Unzner</i>)	643
Röper, G.; Hagen, C. v.; Noam, G. (Hg.) (2001): Entwicklung und Risiko. Perspektiven einer Klinischen Entwicklungspsychologie. (<i>L. Unzner</i>)	197
Salisch, M. v. (Hg.) (2002): Emotionale Kompetenz entwickeln. Grundlagen in Kindheit und Jugend. (<i>K. Mauthe</i>)	541
Schleiffer, R. (2001): Der heimliche Wunsch nach Nähe. Bindungstheorie und Heimerziehung. (<i>K. Mauthe</i>)	198
Schlippe, A. v.; Lösche, G.; Hawellek, C. (Hg.) (2001): Frühkindliche Lebenswelten und Erziehungsberatung. Die Chancen des Anfangs. (<i>L. Unzner</i>)	132

Simchen, H. (2001): ADS – unkonzentriert, verträumt, zu langsam und viele Fehler im Diktat. Hilfen für das hypoaktive Kind. (<i>D. Irblich</i>)	196
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2001): Sprachentwicklungsstörung und Gehirn. Neurobiologische Grundlagen von Sprache und Sprachentwicklungsstörungen. (<i>L. Unzner</i>)	65
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2002): Therapie von Sprachentwicklungsstörungen. (<i>K. Sarimski</i>)	362
Suess, G.J.; Scheuerer-Englisch, H.; Pfeifer, W.-K. (Hg.) (2001): Bindungstheorie und Familiendynamik – Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie. (<i>B. Helbing-Tietze</i>)	202
Theunissen, G. (2003): Krisen und Verhaltensauffälligkeiten bei geistiger Behinderung und Autismus. (<i>K. Sarimski</i>)	823
Wender, P.H. (2002): Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Ein Ratgeber für Betroffene und Helfer. (<i>Ch. v. Bülow-Faerber</i>)	284
Wirsching, M.; Scheib, P. (Hg.) (2002): Paar- und Familientherapie. (<i>L. Unzner</i>)	536
Wüllenweber, E.; Theunissen, G. (Hg.) (2001): Handbuch Krisenintervention. Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung. (<i>K. Sarimski</i>)	823

Neuere Testverfahren / Test Reviews

Esser, G. (2002): Basisdiagnostik für umschriebene Entwicklungsstörungen im Vorschulalter (BUEVA). (<i>K. Waligora</i>)	205
Esser, G. (2002): Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (BISC). (<i>K. Waligora</i>)	744
Schöne, C.; Dickhäuser, O.; Spinath, B.; Stiensmeier-Pelster, J. (2002): Skalen zur Erfassung des schulischen Selbstkonzepts (SESSKO). (<i>K. Waligora</i>)	465

Editorial / Editorial	213, 369, 545
Autoren und Autorinnen / Authors61, 122, 194, 282, 354, 456, 534, 639, 736, 812
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	123, 814
Tagungskalender / Congress Dates.67, 137, 208, 292, 365, 468, 543, 649, 748, 827
Mitteilungen / Announcements	69, 139, 212, 472, 651, 750

Das Selbstwertgefühl chronisch kranker Kinder und Jugendlicher am Beispiel Adipositas und angeborener Herzfehler

Elisabeth Sticker¹, Claudia Schmidt² und Gisela Steins³

Summary

Self-esteem of chronically ill children and adolescents (eg. adipositas and congenital heart disease)

Coping with a chronic illness challenges children and adolescents in addition to their normal developmental tasks. This double challenge probably endangers the development of a stable self-esteem. The present investigation explores the possibility whether these processes are different with respect to the kind of illness. Chronic illnesses such as obesity and congenital heart defects (CHD) serve as examples in comparing two samples (8-16 years): obesity (N=54) as visible and partly controllable illness (with respect to the course of illness) vs. congenital heart disease (N=56) as invisible and uncontrollable illness (with respect to the origin and course of illness). Self-esteem is measured by a scale (ALS) which focuses on the public areas „school“ and „leisure time“ and the private area „family“. Children and adolescents with CHD (especially females) display an above-average positive self-esteem in all areas. Children and adolescents with obesity mainly display an average self-esteem, the females scoring above-average for the private area „family“, the males scoring below-average for the public area „leisure time“. Furthermore, leisure-time related self-esteem is significantly lower for obese than for CHD subjects. These specific relations implicate differential accentuations for intervention programs.

Keywords: adolescents – children – congenital heart disease – obesity – self-esteem

Zusammenfassung

Die Bewältigung einer chronischen Erkrankung stellt Kinder und Jugendliche zusätzlich zu den zu lösenden Entwicklungsaufgaben vor große Herausforderungen. Durch diese doppelte Anforderung könnte insbesondere die Entwicklung eines stabilen Selbstwertgefühls gefährdet werden. Mit der vorliegenden Untersuchung wird exploriert, ob sich diese Prozesse je nach Art der Erkrankung unterscheiden; zwei

¹ Psychologisches Institut der Universität zu Köln, Lehrstuhl Entwicklungs- und Erziehungspsychologie.

² Rehabilitationsklinik Neuhirschstein.

³ Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaften der Universität Bielefeld.

Stichproben mit unterschiedlichen chronischen Erkrankungen werden verglichen (8 bis 16 Jahre): Adipositas (N=54) als sichtbare und zumindest was den Verlauf angeht nicht völlig unkontrollierbare Erkrankung vs. angeborener Herzfehler (N=56) als eher unsichtbare und der eigenen Kontrolle weitgehend entzogene Erkrankung. Das Selbstwertgefühl wird anhand der Aussagenliste zum Selbstwertgefühl für Kinder und Jugendliche (ALS) untersucht, in der die öffentlichen Bereiche *Schule* und *Freizeit* sowie der private Bereich *Familie* unterschieden werden. Herzkrankte Kinder und Jugendliche, insbesondere die Mädchen, weisen in allen drei Bereichen ein überdurchschnittliches Selbstwertgefühl auf. Adipöse Kinder und Jugendliche berichten überwiegend ein durchschnittliches Selbstwertgefühl; dabei liegen die Mädchen für den privaten Bereich „Familie“ deutlich über und die Jungen für den öffentlichen Bereich „Freizeit“ deutlich unter der Norm. Weiterhin fällt das freizeitbezogene Selbstwertgefühl für die Adipösen signifikant niedriger aus als für die Herzkranken. Diese erkrankungsspezifischen Zusammenhänge implizieren differenzielle Schwerpunktsetzungen in Interventionsprogrammen.

Schlagwörter: Adipositas – angeborener Herzfehler – Kinder – Jugendliche – Selbstwert

1 Einleitung

In der Bundesrepublik Deutschland hat ungefähr jedes zehnte Kind eine chronische Erkrankung (Steinhausen 2000). Da durch moderne medizinische Verfahren einige früher letal verlaufende Krankheiten zu chronischen Krankheiten geworden sind, ist die Betreuung langfristig zu sehen. Hierbei bekommen sowohl die Behandlung der körperlichen Probleme als auch die Behandlung der Auswirkungen der Krankheit auf die psychische Befindlichkeit und Entwicklung einen wichtigen Stellenwert. Unsere Fragestellung thematisiert die differentiellen Folgen verschiedener chronischer Krankheiten für einen wichtigen Aspekt der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, nämlich das Selbstwertgefühl. Würden diese festzustellen sein, wären maßgeschneiderte Methoden zur Unterstützung der Bewältigung potenzieller psychischer Probleme erforderlich.

Ein umfassendes Modell zur Erklärung der Adaption an eine chronische Krankheit bei Kindern und Jugendlichen bietet Steinhausen (1985). Demnach können drei verschiedene Verhaltensmuster als Fehladaptation auftreten, (1) emotionale/neurotische Fehlentwicklung mit Furcht, sozialer Isolation, Inaktivität und Abhängigkeit, (2) mangelnde Impulskontrolle im Sinne von aggressiven und dissozialen Verhaltensweisen und (3) ein selteneres Muster von sozialem Rückzug mit feindseligen Einstellungen gegenüber Mitmenschen. Verschiedene miteinander interagierende Determinanten entscheiden darüber, ob und welche dieser Fehladaptationen entstehen. Dazu gehören die allgemeinen Krankheitserfahrungen, also Erfahrungen mit Medikation, Operationen, Schmerzen und Hospitalisierung, des Weiteren spezifische Krankheitsaspekte (Wann trat die Krankheit auf? Wie verläuft sie? Wie groß ist das Ausmaß der Stigmatisierung?) und schließlich die Einschränkungen „normaler“ Le-

benserfahrungen (bzgl. Kommunikationsmöglichkeiten, motorischen Fertigkeiten, Sozialkontakten in Freizeit, Schule oder Ausbildung). Zusätzlich spielen Persönlichkeits- und kognitive Entwicklung des Kindes und Reaktionen aus der Familie und der Umwelt eine Rolle (Steinhausen 1985). Eine Fehladaptation zeigt sich nicht nur im Verhalten, sondern auch in den Einstellungen einer Person, und wirkt sich vermutlich auf das Selbstkonzept, insbesondere den Selbstwert, des betroffenen Kindes aus.

1.1 Entwicklungspsychologische Bedeutung des Selbstwerts bei chronischen Erkrankungen

Eine chronische Krankheit stellt oft eine große Belastung für das betroffene Kind, dessen Eltern und das gesamte soziale Netz dar. Zusätzlich zu den entwicklungspsychologisch „normalen“ Aufgaben eines Heranwachsenden⁴ müssen noch die Krankheit selbst und deren Auswirkungen verarbeitet werden. Chronisch kranke Heranwachsende werden also auf ihrem Weg zu einer psychisch gesunden und reifen Persönlichkeit stärker herausgefordert als gesunde. Diese Anforderungen zu bewältigen fällt dann schwer, wenn z. B. wenig sozialer Rückhalt besteht, die eigenen Fertigkeiten als unzureichend oder die Lebensqualität als eingeschränkt erlebt werden. Eine Auswirkung vieler chronischer Krankheiten ist, dass die Betroffenen motorisch eingeschränkt sind oder werden. Dadurch sind sie weniger sportlich und bleiben hinter den körperlichen Leistungen Gesunder zurück, was ungünstig für die Entwicklung des Selbstwertgefühls sein kann. Dies gilt offensichtlich vor allem für Jungen, da deren Ansehen in der Peergroup besonders stark durch die körperliche Leistungsfähigkeit bestimmt wird (Salzer-Muhar et al. 2002).

Generell besteht bei chronisch kranken Kindern und Jugendlichen ein zwei- bis dreifach erhöhtes Risiko psychischer Auffälligkeiten (Blanz 1994; Noeker u. Petermann 1995; Steinhausen 1996; Warschburger 2000). In dem sehr heterogenen Störungsbild dominieren bei krankheitsübergreifenden Studien soziale Probleme und emotionale Belastungen, zu denen auch Selbstwertstörungen gerechnet werden können (Warschburger 2000). Maßgeblich ist aber nicht das jeweilige Krankheitsbild an sich, sondern andere Merkmale wie ZNS-Beteiligung und Intelligenzminde- rung (Blanz 1994). Bezüglich der Bedeutung weiterer erkrankungsbezogener Risikoindikatoren wie z. B. Schweregrad, Sichtbarkeit und Verlaufstyp sind die Befunde uneinheitlich (Blanz 1994).

Bedell und Mitarbeiter (1977) stellten bei 45 Heranwachsenden mit leichten chronischen Erkrankungen einen deutlichen Zusammenhang zwischen Selbstwertgefühl und Ausmaß der Belastung fest. Demzufolge entstehen psychische Beeinträchtigungen erst dann, wenn die Belastungen einen kritischen Wert übersteigen. In einer neueren Studie ergab sich bei körperbehinderten Jugendlichen ein negativer getöntes Selbstbild als bei gesunden Jugendlichen (Boeger et al. 2002); hier

⁴ Der Begriff „Heranwachsende“ wird der sprachlichen Abwechslung halber alternativ für „Kinder und Jugendliche“ verwendet. Aus dem gleichen Grund werden bei der Darstellung der eigenen Studie auch die Kürzel „Adipöse“ (d. h. Heranwachsende mit Adipositas) und „Herzkranke“ (d. h. Heranwachsende mit angeborenem Herzfehler) gebraucht.

könnte der kritische Belastungswert bei den meisten Betroffenen überschritten gewesen sein.

Die „Unzufriedenheit mit der Figur“ leistet sowohl bei weiblichen als auch bei männlichen gesunden Jugendlichen eine signifikante Varianzaufklärung hinsichtlich des Selbstwertgefühls (18 bzw. 12%). Hierbei neigen Mädchen deutlich stärker als Jungen dazu, ihr Selbstwertgefühl vom körperlichen Erscheinungsbild abhängig zu machen (Roth 2002). Nicht nur bei gesunden, sondern auch bei körperbehinderten Jugendlichen hängt das Selbstbild mit dem Körperbild zusammen (Boeger et al. 2002). Dies betrifft hier je nach Geschlecht unterschiedliche Selbstbildaspekte, bei Mädchen die „Zufriedenheit mit sich und der Welt“, also auch die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper, bei Jungen z. B. die „Zufriedenheit mit der eigenen Leistungsfähigkeit“, also auch die Zufriedenheit mit der körperlichen Leistungsfähigkeit.

1.2 Befunde zum Selbstwert bei Adipositas und angeborenem Herzfehler

Bei Adipositas spielt das vorherrschende Schlankheitsideal eine bedeutsame Rolle für die Entwicklung des Selbstwertgefühls. Durch die Medien wird oft suggeriert, dass man seinen Körper bzw. dessen Gewicht formen kann. Die Möglichkeit dazu wird jedoch überschätzt, und so können bei übergewichtigen Menschen Schuld- oder Schamgefühle entstehen (Brownell u. Wadden 1992), die sich negativ auf den Selbstwert auswirken können. Allerdings sind die Befunde uneinheitlich. Tendenziell ergab sich bei Vergleichen von klinischen Gruppen übergewichtiger und normalgewichtiger Kinder eine Beeinträchtigung des Selbstkonzepts bei den Übergewichtigen (Warschburger et al. 1999). Friedman und Brownell (1995) resümieren auf der Basis einer Metaanalyse, dass in Studien mit adäquatem Design übergewichtige Kinder kein schlechteres niedrigeres Selbstkonzept hatten als normalgewichtige Kinder, während der Selbstwert von adipösen Jugendlichen geringer war als der von normalgewichtigen. Letzteres ergab sich auch für die hier zugrundeliegende – überwiegend jugendliche – Teilstichprobe der Adipösen (Schmidt u. Steins 2000). Warschburger (2000, S. 129) zufolge liegt zur Frage, wie sich Adipositas auf das Selbstwertgefühl auswirkt, „eine umfangreiche Forschungsliteratur vor, die von der These ausging, dass die Betroffenen einen niedrigen Selbstwert aufweisen. In dieser allgemeinen Form ließ sich die These allerdings nicht aufrechterhalten.“ Dies wird belegt anhand einer tabellarischen Zusammenstellung von 15 Untersuchungen zu Merkmalen der Selbsteinschätzung wie Selbstwert, Selbstkonzept oder körperbezogenes Selbstbild (Warschburger 2000, S. 138-141). In neun Studien fiel die Selbsteinschätzung der adipösen Kinder und Jugendlichen verglichen mit der Kontrollgruppe schlechter aus, in den übrigen neun Studien fanden sich keine signifikanten Unterschiede. Warschburger (2000) kommt zu dem Fazit, dass es keine generelle Selbstwertminderung bei adipösen Kindern und Jugendlichen gibt, sondern eher Teileinschränkungen in Bereichen, die sich auf den Körper beziehen. So hatten beispielsweise adipöse Kinder verglichen mit normalgewichtigen geringere Werte im körperbezogenen Selbstwertgefühl (Hill et al. 1994). Bezüglich Geschlechtsunterschieden stellt sich die Befundlage relativ einheitlich dar, indem adi-

pöse Mädchen ein niedrigeres Selbstwertgefühl aufweisen als Jungen (Warschburger 2000).

Bezogen auf Kinder und Jugendliche mit angeborenem Herzfehler fanden sich in einigen Studien generelle Störungen des Selbstwerts (z. B. Gantt 1992; Resch et al. 1993; vgl. auch Zusammenfassung bei Resch 1995). Mutschlechner und Mitarbeitern (1996) zufolge hatten von 31 der untersuchten 6- bis 13-Jährigen 87% Selbstwertprobleme, wobei ein tendenzieller Zusammenhang zu körperlichen Einschränkungen bestand. Körperlich beeinträchtigte Kinder und Jugendliche zeigten ein geringes oder – und das erscheint bemerkenswert – noch häufiger ein extrem hohes Selbstbewusstsein (4 bzw. 11 von 31; Kahlert et al. 1987) bzw. ein stärkeres Unterlegenheitsgefühl, festgestellt durch Mittelwertunterschiede bei vorhandener vs. fehlender körperlicher Beeinträchtigung (n=14 vs. 30; Kramer et al. 1989). Salzer-Muhar et al. (2002) zufolge wiesen 12- bis 16-jährige herzkrankte Jungen (n=48) im Vergleich zu gesunden Jungen einen deutlich geringeren Selbstwert im Bereich der sportlichen Aktivität auf, wenn ihnen ärztlicherseits aufgrund ihres schlechten körperlichen Zustandes ein totales Sportverbot auferlegt wurde. Nießen (1999) untersuchte 18 8- bis 15-Jährige mit einem typischen leichten und einem schwereren angeborenen Herzfehler (n=18, Ventrikelseptumdefekt vs. Fallot'sche Tetralogie) anhand der Aussagenliste zum Selbstwertgefühl für Kinder und Jugendliche (ALS), die auch in unserer Untersuchung angewandt wurde. Im Vergleich zur Norm war das Selbstwertgefühl für den familiären Bereich signifikant erhöht, während es für den schulischen und Freizeitbereich sowie den Gesamtwert normgerecht ausfiel. Es gab keine Selbstwertunterschiede für leichte und schwerere Herzfehler sowie für Jungen und Mädchen.

1.3 *Adipositas und angeborener Herzfehler: Ein Vergleich der Bedeutung von Krankheitsmerkmalen*

Sichtbarkeit der Erkrankung: Ist die Erkrankung sichtbar, wird sie von der Umgebung eher bemerkt. So kann ein Betroffener schneller Opfer von negativen Äußerungen aus der Umwelt werden. Dadurch könnte der Leidensdruck bei Menschen mit einer sichtbaren Krankheit höher sein als mit einer nicht sichtbaren Krankheit. Andererseits wird auf mögliche positive Effekte der Sichtbarkeit der Erkrankung verwiesen, denn damit kann – insbesondere, wenn sie als nicht selbst verschuldet betrachtet wird – auch ein gewisses Verständnis seitens der Umwelt einhergehen, das bei Unsichtbarkeit wegfällt (Blanz 1994). So ist denkbar, dass die Betroffenen bei nicht-sichtbaren Erkrankungen „nicht die emotionale Zuwendung und den Bonus der Umwelt (erhalten), da sie nicht krank oder eingeschränkt wahrgenommen werden“ (Warschburger 2000, S. 164).

Der Einfluss der Sichtbarkeit auf das Selbstkonzept findet Stützung durch die Theorie von Rosenberg (1984), der das Selbstkonzept in ein „overt self“ und ein „covert self“ differenziert; ersteres beinhaltet alle sichtbaren und öffentlichen Aspekte des Selbstkonzepts, also auch das Aussehen. Im „covert self“ sind Gefühle und Einstellungen enthalten. Für Kinder sind gerade körperliche Charakteristika zur Beschreibung des Selbst wichtig (Rosenberg 1984). Dass das Äußere die Zufriedenheit auch von Erwachsenen beeinflusst, zeigt eine Studie von Gröne (1995), wonach

30% aller Frauen schon eine Diät gemacht haben, und insgesamt sogar 70% unzufrieden mit ihrem eigenen Körper sind.

Adipositas ist grundsätzlich stärker nach außen hin sichtbar als ein angeborener Herzfehler. Letzterer wird meist nur bemerkt, wenn er in schwerer Ausprägung vorliegt und unter Belastung oder schon im Ruhezustand eine Zyanose auftritt. Adipositas wird allerdings wohl häufiger nicht als Krankheit angesehen, sondern als ein persönlicher Makel, so dass hier weniger mit positiven als mit negativen oder allenfalls neutralen Umweltreaktionen zu rechnen ist.

Kontrollüberzeugungen: Adipositas wird zumindest von Laien als stärker selbstverursacht angesehen, während ein Herzfehler hinsichtlich seiner Entstehung als dem eigenen Einfluss entzogen gilt. Unter wissenschaftlichem Gesichtspunkt allerdings sind bei Adipositas einem multifaktoriellen Ursachenmodell zufolge auch nicht-kontrollierbare Faktoren wirksam, z. B. eine genetische Prädisposition zum Übergewicht (Fichter u. Warschburger 2000). Der Verlauf erscheint bei Adipositas durch ein gesundheitsorientiertes Verhalten (kontrolliertes Essen, genügend Bewegung, effektiver Stressabbau; Siegfried u. Siegfried 2000) stärker kontrollierbar, während Herzfehler zumindest hinsichtlich des Erfolgs der medizinischen Behandlung (z. B. Korrekturoperationen) der eigenen Kontrolle weitgehend entzogen sind. Angeborenen Herzfehlern sind also verglichen mit Adipositas geringere Kontrollüberzeugungen inhärent.

Schweregrad der Krankheit: Bei der Adipositas im Kindes- und Jugendalter lässt sich der Schweregrad anhand der Perzentilwerte des Body Mass Index (BMI, Körpergewicht durch quadrierte Körpergröße) festmachen. Dabei ist man sich jedoch uneinig, ab welchem Perzentilwert eine Adipositas vorliegt. Nach Hebebrand und Mitarbeitern (1994) entspricht ein hohes Körpergewicht der 85.-94. Perzentile, die ausgeprägte Adipositas wird ab der 95. Perzentile diagnostiziert.

Bei angeborenen Herzfehlern unterscheidet man hinsichtlich des Schweregrads die leichteren azyanotischen von den schwereren zyanotischen, teilweise komplexen Vitien (70-80% vs. 20-30%; Mennicken et al. 1992). Entscheidender für den Verlauf ist aber der Schweregrad des postoperativen Restbefunds, d. h. inwieweit eine Annäherung an die normale Herz-Kreislaufsituation gelungen ist (vgl. Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen 2000).

Auch wenn in unserer Untersuchung der objektive Schweregrad im Vordergrund steht, soll doch darauf hingewiesen werden, dass dieser nicht immer mit dem für die Auseinandersetzung mit der Krankheit ebenso wichtigen subjektiv erlebten Schweregrad übereinstimmt (Resch 1995). Bezogen auf Herzfehler können Diskrepanzen bei ungünstiger Krankheitssituation auftreten (Hilgenberg 1996), aber auch bei unklarer Prognose zunächst leichter Herzfehler (Petermann et al. 1987). Modifizierend für die Schweregradeinschätzung kommt hinzu, dass Erkrankungen des Herzens besondere Ängste hervorrufen. Denn dessen lebenswichtige Funktion wird meist schon im Vorschulalter erkannt, und die dem Herzen zugeschriebene Symbolfunktion als Sitz der Gefühlswelt kann zusätzliche Verunsicherung hervorrufen (Sticker et al. 2001). Wegen der unterschiedlichen Grundbedingungen beider Erkrankungen lässt sich der Schweregrad bei Adipositas und angeborenem Herzfehler nur bedingt vergleichen.

2 Fragestellungen

In unserer Untersuchung sollen die Zusammenhänge zwischen chronischen Erkrankungen bei Heranwachsenden und Selbstwert in Hinblick auf die folgenden Fragen analysiert werden:

1. Hängen Adipositas und angeborener Herzfehler differentiell mit der Ausprägung des Selbstwerts in den Bereichen *Schule*, *Freizeit* und *Familie* zusammen? Anzunehmen ist aufgrund der Sichtbarkeit der Erkrankung eine geringere Ausprägung des Selbstwerts für die adipösen Kinder im Vergleich zu Kindern mit einem Herzfehler in den öffentlichen Bereichen „Schule“ und „Freizeit“ (s. Schmidt u. Steins 2000).
2. Wie hängt der Schweregrad der Krankheit mit der Ausprägung des Selbstwerts zusammen? Anzunehmen ist insbesondere bei der sichtbaren Krankheit Adipositas ein deutlicher Zusammenhang, aber auch bei den Heranwachsenden mit angeborenem Herzfehler sollte ein – wenn auch schwächerer – Zusammenhang zu finden sein.
3. Wie hängt das Selbstwertgefühl mit dem Alter zusammen? Man könnte erwarten, dass Heranwachsende mit angeborenem Herzfehler, die zumeist schon eine oder mehrere Herzoperationen durchgemacht haben, aufgrund dieser zusätzlichen Herausforderungen der Krankheitsbewältigung im ohnehin schwierigen Jugendalter ein niedrigeres Selbstwertgefühl aufweisen als gesunde Heranwachsende.
4. Wie hängt das Selbstwertgefühl mit dem Geschlecht zusammen? Hier wären gruppenspezifische Zusammenhangsmuster zu erwarten: Bei angeborenem Herzfehler ein niedrigeres Selbstwertgefühl für Jungen im Vergleich zu Mädchen, basierend auf einem Diskrepanzerleben zwischen eigener körperlicher Beeinträchtigung und hohem Stellenwert von Sportlichkeit der sportlichen Leistungsfähigkeit für Jungen (Salzer-Muha et al. 2002; Boeger et al. 2002); und bei Adipositas das umgekehrte Muster aufgrund eines Diskrepanzerlebens zwischen eigenem Aussehen und dem insbesondere von Mädchen herangezogenen betreffenden Schlankheitsideal (Boeger et al. 2002; Roth 2002).

3 Die Untersuchung

3.1 Methode

Die Ausprägung des Selbstwerts wurde mit der Aussagen-Liste zum Selbstwertgefühl für Kinder und Jugendliche (ALS) festgestellt (Schauder 1996). Sie erfasst Qualität und Quantität des Selbstwertgefühls durch jeweils 18 inhaltlich gleich formulierte Beschreibungen für die öffentlichen Bereiche *Schule* und *Freizeit* sowie den privaten Bereich *Familie* (Beispiel: „In der Schule/ Freizeit/ Familie bin ich ausgesprochen zufrieden mit mir.“). Zur Beantwortung dient eine fünfstufige Skala von „stimmt überhaupt nicht“ bis „stimmt ganz genau“. Die Auswertung erfolgt anhand von Schablonen. Die Normierung der hier verwendeten Familien-Version basiert auf 520 Familienkindern. In den Normtabellen wird differenziert nach Geschlecht und Alter (Altersklassen über zwei Jahre von acht bis 15 Jahre), so dass die normalen Altersschwankungen berücksichtigt werden. Wegen der besseren rechnerischen Handhabbarkeit wurde den angegebe-

nen Prozentrangbändern jeweils der mittlere T-Wert nach Lienert (1969) zugeordnet (z. B. T 35 für PR 5-10, T 40 für PR 10.1-25). Zur Messung der Reliabilität der ALS in unserer Stichprobe wurde die interne Konsistenz mittels Cronbach's alpha berechnet. Sowohl für den Bereich *Schule*, *Freizeit* als auch *Familie* zeigten sich durchweg akzeptable Reliabilitäten. Sie lagen für die Herzkranken bei .82, .72 und .69, für die Adipösen insgesamt noch etwas höher, nämlich bei .83, .85 und .85.

3.2 Stichprobe

Adipöse Heranwachsende: 56 adipöse Kinder und Jugendliche, die sich in einer Rehabilitationsmaßnahme befanden, bilden diese Gruppe; davon waren 14 männlich und 42 weiblich. Adipositas war bei allen als Primärsymptom diagnostiziert worden. Das durchschnittliche Alter betrug 13.5 Jahre (Range=10-16 Jahre; SD=1.6); die beiden am stärksten besetzten Altersgruppen waren die 13- und 14-Jährigen (N=10 bzw. 16). Bei den Adipösen lag der Body Mass Index für diese Stichprobe im Durchschnitt bei 30.9 (SD=5.0; Range=21.6 – 45.5). In den amerikanischen Normen von Must und Mitarbeitern (1991 a, b) liegt die 50. Perzentile je nach Alter und Geschlecht zwischen 17 und 20, also sehr deutlich unter den Stichprobenmittelwerten. Der Schweregrad der Adipositas wurde anhand des Vergleichs des BMI mit den amerikanischen Normen für weiße Jungen bzw. Mädchen basierend auf jährlichen Altersklassen ermittelt⁵: (1) leichte Adipositas: BMI < 95. Perzentile (23%), (2) mittlere Adipositas BMI \geq 95. und < 99. Perzentile (59%) und (3) schwere Adipositas: BMI \geq 99. Perzentile (18%). Da in den Normen keine 99. Perzentile angegeben ist, erfolgte basierend auf Hebebrand und Mitarbeitern (1994) eine Definition anhand der Häufigkeitsverteilung (über acht BMI-Punkte > 95. Perzentile).

Heranwachsende mit angeborenem Herzfehler: Die ALS-Daten der Probanden mit angeborenem Herzfehler wurden im Rahmen des interdisziplinären Kölner Modellprojekts „Sport mit herzkranken Kindern und Jugendlichen“ erhoben (Leurs et al. 2001). Vor und nach einem achtmonatigen Sportförderprogramm wurde eine umfangreiche psychologische Testbatterie einschließlich der ALS angewandt. Im Rahmen dieser Arbeit liegen die Vortestergebnisse für insgesamt 44 Heranwachsende im Alter von acht bis 15 Jahren zugrunde; davon waren 32 männlich und 12 weiblich. Die Probanden waren im Durchschnitt 10.3 Jahre alt (SD=1.9, Range=8-16); die beiden am stärksten besetzten Altersgruppen waren die 9- und 11-Jährigen (N=11 bzw. 10).

Die Herzfehler variierten in ihrem Schweregrad von sehr leicht bis sehr schwer. Die häufigste Diagnose war unter den 29 leichteren, nichtzyanotischen Herzfehlern „Ventrikelseptumdefekt“ (N=9) und „Aortenisthmusstenose“ (N=8) sowie unter den 15 schwereren, zyanotischen Herzfehlern „Transposition der großen Arterien“ (N=9; vgl. Neill et al. 1997). Bis auf zwei Heranwachsende waren alle mindestens einmal am Herzen operiert worden.

Hinsichtlich des postoperativen Schweregrads des Herzfehlers wurde die Klassifikation der Restbefunde nach der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation (DGPR 2000) dreistufig zusammengefasst: (1) geringer Schweregrad, d. h. keine OP-Bedürftigkeit oder kein bzw. geringer postoperativer Restbefund (54%); (2) mittlerer Schweregrad, d. h. bedeutsamer postoperativer Restbefund (32%); (3) hoher Schweregrad, d. h. komplexer Herzfehler, der nur palliativ operiert werden konnte oder problematische Dauertherapie durch Schrittmacher und/oder Gerinnungshemmer (14%).

⁵ Nach Einreichung des Manuskripts erschienen deutsche BMI-Perzentilnormen, basierend auf knapp 35.000 0- bis 18-Jährigen (Kromeyer-Hauschild et al. 2001). Dort ist allerdings nicht die 95., sondern nur die 97. Perzentile angegeben. Diese stimmt allerdings sehr gut mit der 95. Perzentile der amerikanischen Normen überein, so dass keine Neuberechnung vorgenommen wurde.

Vergleich der beiden Stichproben: Die herzkranken Probanden waren im Durchschnitt um gut drei Jahre und damit bedeutsam jünger als die adipösen, $t(98)=9.11$; $p<.001$. Während der Mädchenanteil bei den Herzkranken nur 27% betrug, bestand die Gruppe der Adipösen zu 75% aus Mädchen, ebenfalls ein signifikanter Unterschied ($\chi^2(1)=22.4$; $p<.001$). Schließlich unterscheiden sich beide Gruppen auch signifikant hinsichtlich des Schweregrades ihrer Erkrankung. Bei den Adipösen dominierte ein mittlerer (59%), bei den Herzkranken ein leichter Schweregrad (54%; $\chi^2(1)=6.3$; $p<.05$). Der Anteil mit hohem Schweregrad war in beiden Gruppen ungefähr gleich (18% vs. 14%).

4 Ergebnisse

4.1 Vergleich des Selbstwertgefühls der chronisch kranken Kinder mit der Normstichprobe

Chronisch kranke Heranwachsende haben ein signifikant höheres Selbstwertgefühl als gesunde ($T=50$), und zwar sowohl im schulischen ($M=53.8$) und familiären Bereich ($M=54.5$) als auch im Gesamtwert ($M=53.6$, s. Tab. 1 und Abb. 1).

Tab. 1: Überblick über Mittelwerte und Standardabweichungen der ALS (T-Skala)

	Gesamtstichprobe (n= 100)		Herzkranke Kinder (n=44)		Adipöse Kinder (n=56)	
Jungen und Mädchen	M	SD	M	SD	M	SD
Schule	53.8 **	11.9	55.2 **	10.6	52.6	12.8
Freizeit	51.6	11.4	55.1 ***	9.6	48.9 **	12.0
Familie	54.5 ***	9.1	55.2 ***	8.4	53.9 **	9.7
Gesamt	53.6 **	11.0	55.6 ***	9.7	52.0 †	11.8
Jungen						
Schule	52.5	11.3	53.4	10.7	50.4	12.8
Freizeit	51.2	10.2	53.7 *	9.1	45.4 **	10.6
Familie	52.7 *	8.8	53.6 *	8.4	50.7	9.8
Gesamt	52.1	10.4	53.8 *	9.8	48.2 †	10.9
Mädchen						
Schule	54.8 **	12.4	60.0 **	9.0	53.3	12.9
Freizeit	51.9	12.3	58.8 *	10.3	50.0 †	12.3
Familie	56.0 ***	9.2	59.6 ***	7.2	55.0 **	9.6
Gesamt	54.8 **	11.5	60.4 ***	7.5	53.2 †	12.0

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$ im Vergleich zur Testnorm ($T=50$),

†, = signifikante Unterschiede zwischen adipösen und herzkranken Kindern (Werte alle nicht signifikant von Testnorm abweichend)

Dieses Muster geht vor allem auf die herzkranken Heranwachsenden zurück, denn sie wiesen in allen drei Bereichen und insgesamt einen erhöhten Selbstwert auf. Bis

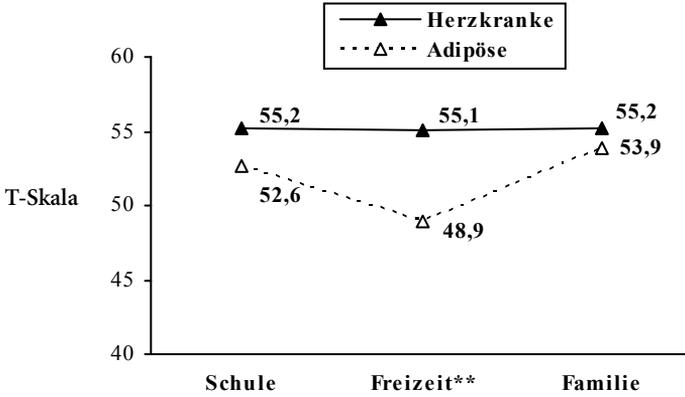


Abb. 1: Der Selbstwert herzkranker versus adipöser Kinder und Jugendlicher (signifikanter Unterschied: ** $p < .01$).

auf eine Ausnahme („normgerechter“ schulischer Selbstwert von Jungen) trifft dies auf beide Geschlechter gleichermaßen zu. Bei den Adipösen findet sich nur im familiären Bereich ein im Vergleich zur Norm signifikant erhöhter Selbstwert ($M=53.9$), der auf den Selbstwert der Mädchen zurückgeht ($M=55.0$; s. Tab. 1).

Geschlechtsvergleiche: In der Gruppe Herzkranker erreichen Mädchen einen signifikant höheren ALS-Gesamtwert als Jungen ($M=60.4$ vs. $M=53.8$; $t=2.12$; $p < .05$); dies geht tendenziell auf den schulischen ($M=60.0$ vs. $M=53.4$; $t=-1.9$; $p < 1.0$), vor allem aber auf den familiären Bereich zurück ($M=59.6$ vs. $M=53.6$; $t=2.19$; $p < .05$, s. Abb. 2). Bei den Adipösen ergeben sich keine signifikanten Geschlechtsunterschiede, wengleich auch hier die Werte der Mädchen über denen der Jungen liegen.

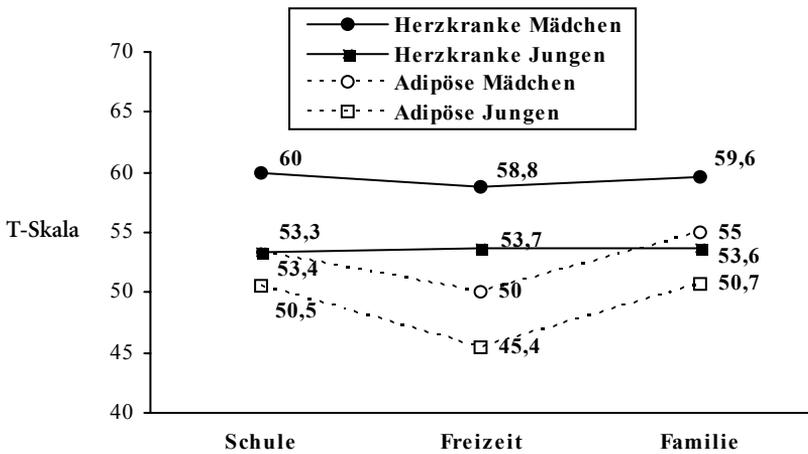


Abb. 2: Der Selbstwert herzkranker versus adipöser Jungen und Mädchen (Geschlecht und Krankheit)

4.2 Mittelwertvergleiche im Selbstwertgefühl für herzkranke und adipöse Heranwachsende

Hinsichtlich der Verteilung der Mittelwerte fällt auf, dass das Selbstwertgefühl bei den Herzkranken für alle Einzelbereiche und insgesamt sehr ähnlich ist ($M=55.1$ bis 55.6), während es bei den Adipösen im Freizeitbereich niedriger als für Schule und Familie liegt ($M=48.9$ vs. 52.0 bis 53.9). Adipöse haben bezogen auf den Freizeitbereich im Durchschnitt ein signifikant niedrigeres Selbstwertgefühl als Herzkranken, $t(98)=2.84$, $p<.003$. Dies schlägt sich auch in einem marginal niedrigeren Gesamtwert nieder, $t(98)=1.64$; $p<.053$). Diese beiden Unterschiede sind bei geschlechtsspezifischer Betrachtung sowohl für die Mädchen als auch für die Jungen signifikant (Jungen: $t(44)=2.74$; $p<.005$ und $t(44)=1.70$; $p<.048$; Mädchen: $t(52)=2.25$; $p<.015$ und $t(52)=1.97$; $p<.027$).

4.3 Vergleich der Herzkranken und Adipösen nach Selbstwert-Klassifikationen

2-stufige Klassifikation: Ein nicht durchschnittliches Selbstwertgefühl weisen 23 Herzkranken (52%) und 32 Adipöse (57%) auf. Für die Gesamtgruppe und nach Geschlechtern getrennt ergibt sich kein signifikanter Unterschied.

In der folgenden differenzierteren Betrachtung werden sehr wohl Unterschiede zwischen adipösen und herzkranken Heranwachsenden ersichtlich. Aus Tabelle 2 ergibt sich die Verteilung der beiden Gruppen auf die fünf Ausprägungen des Selbstwertgefühls (von 1 „extrem niedrig“ bis 5 „extrem hoch“). Zunächst werden die Ergebnisse für die grobe dreistufige Klassifikation (unterdurchschnittlich: Score 1-2, durchschnittlich: Score 3, überdurchschnittlich: Score 4-5) dargestellt.

Tab.2: Prozentualer Anteil herzkranker (HK, $n=44$) und adipöser Kinder (AD, $n=56$) in den fünf Selbstwertkategorien (Score 1 bis 5)

	weit unterd.		unterd.		durchschnittl.		überdurch.		weit überd.	
	HK	AD	HK	AD	HK	AD	HK	AD	HK	AD
Schule / /s	0	7	11	9	48	54	25	18	16	13
Freizeit s/s/s	0	9	7	21	50	43	32	21	11	5
Familie	0	5	9	9	52	39	27	41	11	5
Gesamt t/t/s	0	5	9	13	48	50	30	23	14	9

S, t: signifikanter, tendenzieller Gruppenunterschied: insgesamt/ für Jungen/ für Mädchen, basierend auf 3-stufiger Einteilung: unterdurchschnittlich, durchschnittlich, überdurchschnittlich; fett: deutlich von der Normalverteilung (2, 11, 68, 11, 2%); abweichende Anteile kursiv: deutliche Gruppenunterschiede.

3-stufige Klassifikation: Basierend auf einer 3-stufigen Klassifikation weisen adipöse Heranwachsende bezogen auf den Freizeitbereich signifikant häufiger ein unterdurchschnittliches (30 vs. 7%) und seltener ein überdurchschnittliches (26 vs. 43%) Selbstwertgefühl als herzkranken auf ($\chi^2(1)=7.47$; $p<.003$, nach Mantel-Haenszel, einseitig, Tab. 2). Dies schlägt sich auch in einem tendenziellen Unterschied der ALS-Ge-

samtwert-Klassifikation nieder ($\chi^2(1)=2.1$; $p<.07$). Diese Befunde werden bei geschlechtsspezifischer Auswertung für die Jungen der beiden Gruppen genau reproduziert ($\chi^2(1)=5.07$; $p<.01$ bzw. $\chi^2(1)=1.59$; $p<.10$, nach Mantel-Haenszel, einseitig). Bei den Mädchen fällt nicht nur der freizeitbezogene, sondern auch der schulbezogene Selbstwert sowie der ALS-Gesamtwert für die Adipösen signifikant seltener in den überdurchschnittlichen Bereich als für die Herzkranken (29, 33, 38% vs. 67, 75, 75%; $\chi^2(1)=5.0, 7.0, 5.0$; $p<.024$, nach Mantel-Haenszel, einseitig).

5-stufige Klassifikation: Die Zellenbesetzung für beide Gruppen ist bezogen auf den Freizeitbereich signifikant unterschiedlich, indem adipöse Heranwachsende häufiger als herzkranken ein extrem niedriges und ein niedriges Selbstwertgefühl im Freizeitbereich aufweisen (21 und 9% vs. 7 und 0%, $\chi^2(1)=8.2$; $p<.002$, nach Mantel-Haenszel, einseitig, Tab. 2). Dies zeigt sich auch in einem tendenziellen Gruppenunterschied für den Gesamtwert ($\chi^2(1)=2.6$; $p<.053$, nach Mantel-Haenszel, einseitig).

Beide Gruppen ähneln sich hinsichtlich des familiären Selbstwertgefühls. Hier erreichen 38% der Herzkranken und 46% der Adipösen einen überdurchschnittlichen Wert, wobei erstere etwa doppelt so häufig (11%) wie letztere in die Extremkategorie „weit überdurchschnittlich“ fallen (5%).

Extremwerte 1 vs. 5: Ein extrem niedriges Selbstwertgefühl (Score 1) im Freizeitbereich findet sich nur bei den Adipösen (9%), ein extrem hohes Selbstwertgefühl (Score 5) nur bei den Herzkranken (11%; $\chi^2(1)=4.7$; $p<.043$, Fisher's Exact Test, einseitig, Tab. 2). Für den schulischen Bereich treten extrem niedrige Ergebnisse wieder nur bei den Adipösen auf (7%), während extrem hohe Werte bei Herzkranken und Adipösen ähnlich häufig sind (16 bzw. 13%), so dass der Vergleich für diese Vierfeldertafel die Signifikanzgrenze verfehlt ($\chi^2(1)=3.1$; $p<.11$).

Nichtdurchschnittliche Werte 1-2 vs. 4-5: Unter Beschränkung auf die nichtdurchschnittlichen Werte haben adipöse Heranwachsende verglichen mit herzkranken wiederum signifikant häufiger ein unterdurchschnittliches Selbstwertgefühl im Freizeitbereich (53 vs. 14%; $\chi^2(1) 8.56$; $p<.002$, nach Mantel-Haenszel, einseitig; s. Tab. 2). Dies schlägt sich auch in einem tendenziell höheren Anteil unterdurchschnittlicher Gesamtwerte bei den Adipösen nieder ($\chi^2(1)=2.1$; $p<.08$, nach Mantel-Haenszel, einseitig).

4.4 Bedeutung des Schweregrads der Erkrankung für das Selbstwertgefühl

Es zeigen sich weder für die Gesamtgruppe noch für Adipöse und Herzkranken getrennt signifikante Unterschiede im Selbstwertgefühl bei geringem, mittlerem und hohem Schweregrad des postoperativen Restbefundes bzw. der Adipositas. Bei den Adipösen besteht auch keine signifikante Korrelation zwischen den ALS-Werten und der Differenz des BMI zu der alters- und geschlechtsspezifischen 95. Perzentile.

4.5 Zusammenhänge zwischen Selbstwertgefühl und Alter

In der Gesamtstichprobe ist das freizeitbezogene Selbstwertgefühl um so niedriger, je älter die Heranwachsenden sind ($r=-.25$; $p<.005$). Dies lässt sich für die Gruppe

der Adipösen allein nicht reproduzieren, sondern geht ausschließlich auf die Herzkranken zurück ($r = -.35$; $p < .01$). Hier hängt zusätzlich noch das familiäre Selbstwertgefühl signifikant mit dem Alter zusammen ($r = -.27$; $p < .04$), und die beiden übrigen Zusammenhänge (Schule, Gesamtwert) sind immerhin tendenziell signifikant ($r = -.22$; $p < .08$ bzw. $r = -.22$; $p < .07$). Bei geschlechtsspezifischer Analyse wird dieses Muster hauptsächlich durch die Jungen reproduziert. Hier korreliert das Alter signifikant negativ mit dem freizeitbezogenen und tendenziell mit dem familiären Selbstwertgefühl ($r = -.35$; $p < .024$ und $r = -.39$; $p < .06$). Für die Mädchen fallen die Korrelationswerte bis auf den familiären Bereich zwar höher aus als für die Jungen, erreichen aber aufgrund der geringeren Stichprobengröße ($N = 12$) nicht die Signifikanzgrenze. Die höchste Korrelation findet sich für den Gesamtwert ($r = -.44$; $p < .08$).

4.6 Matching nach Alter und Geschlecht

Aufgrund der fehlenden Parallelisierung der beiden Gruppen könnte die Vermutung entstehen, dass die Ergebnisse auf Stichprobenbesonderheiten zurückgehen, indem nämlich überwiegend männliche jüngere Probanden mit eher leichteren Herzfehlern mit überwiegend weiblichen älteren hochgradig Adipösen verglichen wurden. Um dem genauer nachzugehen, wurden die Probanden beider Gruppen nach Alter und Geschlecht parallelisiert (matched pairs); da sich keinerlei Zusammenhänge zum ohnehin nur schwer vergleichbaren Schweregrad ergaben, konnte dieses Kriterium im Matching unberücksichtigt bleiben. Die Tatsache, dass nur 13 Paare gebildet werden konnten, zeigt schon, wie wenig sich die Gruppen in Alter und Geschlecht überschneiden. Interessanterweise führt die Analyse auf dieser Basis nicht zu der erwarteten Verminderung, sondern eher zu einer Vergrößerung der Mittelwertsunterschiede zwischen beiden Gruppen, was vor allem auf noch niedrigere Werte der Adipösen zurückgeht (Tabelle und Abbildung beim Verfasser).

5 Diskussion

Die erste Ausgangsfrage „Hängen Adipositas und angeborener Herzfehler differenziell mit der Ausprägung des Selbstwertes in den Bereichen *Schule*, *Freizeit* und *Familie* zusammen?“ muss anhand der Datenlage eindeutig bejaht werden: Adipöse Heranwachsende weisen allerdings nicht wie erwartet ein auffallend negatives, sondern ein durchschnittliches Selbstwertgefühl auf. Herzkranke Heranwachsende haben dagegen ein insgesamt hohes Selbstwertgefühl. Diese unterschiedlichen Zusammenhänge zeigen sich besonders deutlich in den beiden Extrembereichen: Bei den Adipösen sind sie etwa gleichmäßig besetzt, während bei den Herzkranken der unterdurchschnittliche Bereich weitestgehend entfällt.

Der öffentliche Bereich *Freizeit* erscheint für die Adipösen, insbesondere die Jungen, hinsichtlich des Selbstwertgefühls am problematischsten, denn ausschließlich hier und nicht wie erwartet für den ebenfalls öffentlichen Bereich *Schule* fanden sich

signifikante Mittelwertunterschiede zu den Herzkranken. Möglicherweise spielt die Sichtbarkeit der Erkrankung in der Freizeit eine stärkere negative Rolle als in der Schule. Für den privaten Bereich *Familie* fällt das Selbstwertgefühl beider Gruppen am ähnlichsten aus. Dabei überschreiten die Ergebnisse mit Ausnahme der adipösen Jungen stets signifikant die Normmittelwerte. Offensichtlich gelingt es den Eltern in beiden Gruppen gleichermaßen, ein positives Familienklima zu schaffen, in dem sich die Heranwachsenden wohl fühlen.

Hinsichtlich der zweiten Fragestellung „Wie hängt der Schweregrad der Krankheit mit der Ausprägung des Selbstwertes zusammen?“ fand sich entgegen der Erwartung (deutlichere Zusammenhänge für Adipöse) für beide Gruppen kein Zusammenhang. Bezogen auf angeborene Herzfehler stimmt dies überein mit den Befunden von Nießen (1999), basierend auf der derselben Methode (ALS), durchgeführt mit 18 acht- bis 15-Jährigen, allerdings nur bezogen auf zwei verschiedenen schwere Herzfehler. Die heterogene Befundlage hierzu könnte u. a. durch die Problematik der Operationalisierung des Schweregrads (von Hagen u. Noeker 1999), d. h. das „Fehlen eines standardisierten Instrumentariums zur reliablen und validen Erfassung des Schweregrads von organischen Erkrankungen“ (Blanz 1994, S. 11) zu erklären sein, ebenso vielleicht auch durch die Vernachlässigung des wichtigen subjektiven Schweregrads der Erkrankung.

Die je nach Erkrankungsart unterschiedlichen Zusammenhänge zwischen Alter und Selbstwert entsprechen der Vorannahme (Fragestellung 3): Bei angeborenem Herzfehler ist das Selbstwertgefühl um so niedriger, je älter die Probanden sind. Dies betrifft insbesondere die Jungen. Bei Adipositas tritt kein derartiger Zusammenhang auf. Dieses differentielle Ergebnis deutet darauf hin, dass die Anpassung in der Adoleszenz bei angeborenem Herzfehler durch die damit verbundenen gesundheitlichen Belastungen stärker erschwert ist als bei Adipositas.

Bezüglich des Zusammenhangs zwischen Geschlecht und Selbstwert (Fragestellung 4) zeigen sich Wechselwirkungen mit den beiden chronischen Erkrankungen. Bei den Adipösen finden sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede, jedoch entgegen unserer Erwartung Tendenzen in Richtung eines höheren Selbstwertgefühls bei Mädchen verglichen mit Jungen. Möglicherweise identifizieren sich die Mädchen doch weniger als erwartet mit dem gängigen Schlankheitsideal. Bei den herzkranken Kindern zeigen wie vermutet Jungen ein deutlich niedrigeres Selbstwertgefühl als Mädchen. Dies stimmt mit aktuellen den Befunden von Salzer-Muhar et al. (2002), Boeger et al. (2002) und Roth (2002) überein. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass die Werte der Jungen etwas über dem Normierungsmittelwert liegen und somit für ein insgesamt positives Selbstwertgefühl sprechen.

Die Werte der Mädchen liegen in allen drei Bereichen überdurchschnittlich hoch und lassen vermuten, dass die Selbsteinschätzung teilweise illusionär überhöht ist. Über ein ähnliches Phänomen bei Jugendlichen mit schweren Herzfehlern berichten auch Kahlert und Mitarbeiter (1987); sie nehmen Kompensationsmechanismen zur Erklärung an. Auch Rosenberg (1986) beschreibt Möglichkeiten, wie das Selbst bzw. der Selbstwert geschützt werden kann. Eine davon ist die Selektivität der sozialen Vergleichsprozesse, d. h. der Vergleich mit „geeigneten“ Standards, aus

denen man als „Gewinner“ hervorgeht. In unserem Fall hieße das, die herzkranken Mädchen würden sich vergleichen mit Mädchen, denen es gesundheitlich schlechter geht, und zögen daraus einen höheren Selbstwert. Varianten hoher Selbsteinschätzung bei Erwachsenen analysierte Schütz (2000). Eine davon wurde „egozentrische Selbstaufwertung“ genannt und mit „hoch positiver Selbstbeschreibung und Negation eigener Schwächen“ umschrieben (Schütz 2000, S. 174). Außerdem wird vermutet, dass sich dahinter „teils ein insgeheim unsicheres Selbstwertgefühl verbirgt, das durch Abwertung anderer stabilisiert wird“ (Schütz 2000, S. 167). Verhalten sich Kinder und Jugendliche auf diese Weise, kann dies von der Peergroup als eingebildet und überheblich eingeschätzt und mit Entzug der Sympathien quittiert werden. Die Beachtung dieses Aspekts erscheint wichtig für die Ableitung gezielter Fördermaßnahmen.

Insbesondere auf dem Hintergrund des Modells von Steinhausen (1986, siehe Einleitung) zur Bewältigung chronischer Krankheiten erscheint es erstaunlich, dass gerade die Herzkranken, mit ihren vergleichsweise intensiveren Krankheitserfahrungen, einen höheren Selbstwert haben. In weiteren Studien sollte geklärt werden, inwieweit es sich um ein Phänomen offensichtlich überhöhter Selbsteinschätzung handelt und inwieweit dafür erlebte Unkontrollierbarkeit, Verleugnung negativer Erfahrungen und/oder aus Schamgefühl resultierende soziale Erwünschtheit maßgeblich sind. Daraus ließen sich gezielte Hilfen für die Verarbeitung belastender Krankheitserfahrungen bei Heranwachsenden ableiten.

Die Analyse auf der Basis von 13 Paaren, die sich in Alter und Geschlecht genau entsprachen, ergab erstaunlicherweise eine Vergrößerung anstatt der erwarteten Verminderung der für die Gesamtgruppe festgestellten Unterschiede. Indem der Vorbehalt eingeschränkter Gruppenvergleichbarkeit durch diese Prozedur weitgehend ausgeräumt werden konnte, bekommen die Befunde zum niedrigeren freizeitbezogenen Selbstwertgefühl bei adipösen verglichen mit herzkranken Heranwachsenden ein besonderes Gewicht.

Auch wenn die Ergebnisse nur auf einer relativ kleinen Stichprobe beruhen, könnten die unterschiedlichen Ausprägungen des Selbstwertgefühls in beiden Gruppen als Basis herangezogen werden, um differentielle Konsequenzen für Rehabilitationsprogramme abzuleiten. Adipöse Heranwachsende, insbesondere Jungen, benötigen offensichtlich eine Stärkung ihres Selbstwertgefühls vor allem im Freizeitbereich. Hilfreich könnten die Auseinandersetzungen mit kritischen Freizeitsituationen, z. B. Hänseleien, durch Einübung angemessener Reaktionen (etwa durch Rollenspiele) sowie Entspannungsübungen sein. Zwar kommt auch bei Heranwachsenden mit angeborenem Herzfehler gelegentlich ein niedriges Selbstwertgefühl vor, das entsprechend gefördert werden sollte. Häufiger ist allerdings eine sehr positive Selbsteinschätzung festzustellen, und zwar vor allem bei Mädchen. Hier gilt es, bei unrealistisch überhöhtem Selbstwertgefühl regulierend einzugreifen, u. a. um negative Folgen für die sozialen Beziehungen abzuwenden. Beispielsweise können spezielle Sportgruppen, in denen soziale Vergleichsprozesse sich in einem gewissen Schonraum abspielen und daher nicht bedrohlich sind, zur Entwicklung von angemesseneren Selbsteinschätzungen beitragen (Sticker 2001).

Literatur

- Bedell, J.R.; Giordani, B.; Amour, J.L.; Tavormina, J.; Boll, T. (1977): Life stress and the psychological and medical adjustment of chronically ill children. *Journal of Psychosomatic Research* 21: 237-242.
- Blanz, B. (1994): Die psychischen Folgen chronischer Krankheiten im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung* 3: 6-15.
- Boeger, A.; Mülders, S.; Mohn, A. (2002): Aspekte des Körperbildes bei körperbehinderten Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 51: 165-177.
- Brownell, K.D.; Wadden, T.A. (1992): Etiology and treatment of obesity: Understanding a serious, prevalent, and refractory disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60: 507-517.
- Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e.V. (DGPR) (2000): Empfehlungen zur Leitung von Kinderherzgruppen (KHG). *Herz-Kreislauf* 32: 414-418.
- Fichter, M.; Warschburger, P. (2000): Essstörungen. In: Petermann, F. (Hg.): *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie*. Göttingen: Hogrefe, S. 561-585.
- Friedman, M.A.; Brownell, K.D. (1995): Psychological correlates of obesity: Moving to a next research generation. *Psychological Bulletin* 117: 3-20.
- Gantt, L.T. (1992): Growing up heartsick: The experiences of young women with congenital heart disease. *Health Care for Women International* 13: 241-248.
- Gröne, M. (1995): Wie lasse ich meine Bulimie verhungern: Ein systematischer Ansatz zur Beschreibung und Behandlung der Bulimie. Heidelberg: Carl Auer.
- von Hagen, C.; Noeker, M. (1999): Entwicklungsergebnis bei chronischer somatischer Erkrankung im Kindes- und Jugendalter: Psychische Störung versus Kompetenzgewinn. In: Oerter, R.; von Hagen, C.; Röper G.; Noam, G. (Hg.): *Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch*. Weinheim: Beltz/PVU, S. 654-690.
- Hebebrand, J.; Hesecker, H.; Himmelmann, C.W.; Schäfer, W.; Remschmidt, W. (1994): Altersperzentilen für den Body-Mass-Index aus Daten der Nationalen Verzehrstudie einschließlich einer Übersicht zu den relevanten Einflußfaktoren. *Aktuelle Ernährungsmedizin* 19: 259-265.
- Hilgenberg, F. (1996): Psychosoziale Aspekte angeborener Herzfehler. In: Schmitt G.M.; Kammerer, E.; Harms, E. (Hg.): *Kindheit und Jugend mit chronischer Erkrankung*. Göttingen: Hogrefe, S. 400-412.
- Hill, A.J.; Draper, E.; Stack, J. (1994): A weight on children's minds: Body shape dissatisfactions at 9 years old. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* 18: 383-389.
- Kahlert, G.; Hilgenberg, F.; Jochmus, I. (1987): Auswirkungen einer schweren Herzkrankheit auf das Selbstkonzept jugendlicher Patienten. *Zeitschrift für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie* 6: 251-259.
- Kramer, H.H.; Awiszus, D.; Sterzel, U, van Haleren, A.; Claßen, R. (1989): Development of personality and intelligence in children with congenital heart disease. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 30: 299-308.
- Kromeyer-Hauschild, K.; Wabitsch, M.; Kunze, D.; Geller, F.; Geiß, H.C.; Hesse, V.; von Hippel, A.; Jaeger, U.; Johnsen, D.; Korte, W.; Menner, K.; Müller, G.; Müller, J.M.; Niemann-Pilatus, A.; Remer, T.; Schaefer, F.; Wittchen, H.-U.; Zabransky, S.; Zellern, K.; Ziegler, A.; Hebebrand, J. (2001): Perzentilen für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschrift für Kinderheilkunde* 149: 807-818.
- Leurs, S.; Dordel, S.; Lawrenz W, Schickendantz, S.; Sticker, E.; Bjarnason-Wehrens, B. (2001): Kölner Modell „Sport mit herzkranken Kindern.“ Konzept und Organisation des Projekts. In: Bjarnason-Wehrens, B.; Dordel, S. (Hg.): *Motorische Förderung von Kindern mit angeborenen Herzfehlern*. Sankt Augustin: Academia, S. 70-78.
- Lienert G.A. (1969): *Testaufbau und Testanalyse* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mennicken, U.; Franz, Ch.; Hirsch H. (1992): Angeborene Herzfehler. In: Siegenthaler, W.; Kaufmann, W.; Hornbostel, H.; Waller, H.D. (Hg.): *Lehrbuch der inneren Medizin*. Stuttgart: Thieme, S. 99-130.

- Must, A.; Dallal, G.E.; Dietz, W.H. (1991a): Reference data for obesity: 85th and 95th percentiles of body mass index (wt/ht²) and triceps skinfold thickness. *American Journal of Clinical Nutrition* 53: 839-846.
- Must, A.; Dallal, G.E.; Dietz, W.H. (1991b): Reference data for obesity: 85th and 95th percentiles of body mass index (wt/ht²) – a correction. *American Journal of Clinical Nutrition* 54: 773.
- Mutschlechner, R.; Salzer-Muhar, U.; Resch, F.; Schuch, B.; Wimmer, M. (1996): Psychosocial aspects of development of children with congenital heart disease. In: Kallfelz, K. (Hg.): Proceedings of the „Working Group on Psychosocial Problems in Congenital Heart Disease“ of the Association of European Pediatric Cardiologists (50-52). LINK. The Communication Bulletin in Psychosocial Research in Congenital Heart Disease.
- Neill, A.; Clark, E.B.; Clark, C. (1997): Unser Kind hat einen Herzfehler: Informationen und Rat für Eltern. Stuttgart: Trias.
- Nießén, S. (1999): Die psychosoziale Situation von Kindern mit angeborenem Herzfehler. Eine empirische Untersuchung an Kindern mit Ventrikelseptumdefekt bzw. Fallot'scher Tetralogie. Unveröff. Diplomarbeit, Universität zu Köln.
- Noeker, M.; Petermann, F. (1995): Körperlich-chronisch kranke Kinder: Psychosoziale Belastungen und Krankheitsbewältigung. In: F. Petermann (Hg.): Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie. Modelle psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe, S. 517-554.
- Petermann, F.; Noeker, M.; Bode, U. (1987): Psychologie chronischer Krankheiten im Kindes- und Jugendalter. München, Weinheim: PVU.
- Resch, F.; Mutschlechner, R.; Salzer-Muhar, U.; Hollmann, M.; Schuch, B.; Wimmer, M. (1993): Concept of self and body image in children with congenital heart disease. Vortrag anlässlich des Meetings der „Working Group on Psychosocial Problems in Congenital Heart Disease“ der Association of European Pediatric Cardiologists vom 25. bis 27. Februar 1993 in Wien.
- Resch, F. (1995): Probleme der psychosozialen Entwicklung bei Kindern mit angeborenem Herzfehler. Sonderdruck K9 der Kinderherzstiftung in der Deutschen Herzstiftung.
- Rosenberg, M. (1984): *Conceiving the self*. Malabar, Florida: Krieger.
- Roth, M. (2002): Geschlechtsunterschiede im Körperbild Jugendlicher und deren Bedeutung für das Selbstwertgefühl. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 51: 150-164.
- Salzer-Muhar, U.; Herle, M. Floquet, P.; Freilinger, M.; Greber-Platzer, S.; Haller, A.; Leiznering, W.; Marx, M.; Wurst, E.; Schlemmer M. (2002): Self-concept in male and female adolescents with congenital heart disease. *Clinical Pediatrics* 41: 17-24.
- Schauder, T. (1996): Die Aussagen-Liste zum Selbstwertgefühl für Kinder und Jugendliche, 2. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Schmidt, C.; Steins, G. (2000): Zusammenhänge zwischen Selbstkonzept und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in unterschiedlichen Lebensbereichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 49: 251-260.
- Schütz, A. (2000): Psychologie des Selbstwertgefühls. Von Selbstakzeptanz bis Arroganz. Stuttgart: Kohlhammer.
- Siegfried, W.; Siegfried, A. (2000): Langzeittherapie hochgradiger Adipositas bei Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung* 9: 102-108.
- Steinhausen, H.C. (1986): Psychische Störungen bei Behinderungen und chronischen Krankheiten. In: Remschmidt, H.; Schmidt, M. H. (Hg.): *Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis*, Band 3. Stuttgart: Thieme, S. 324-348.
- Steinhausen, H.C. (1996): Psychologie chronischer Krankheiten im Kindesalter. In: Lehmkuhl, G. (Hg.): *Chronisch kranke Kinder und ihre Familien*. München: MMV, S. 23-33.
- Steinhausen, H.C. (2000): Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie* (4. Aufl.). München: Urban & Fischer.
- Sticker, E.J. Bjarnason-Wehrens, B.; Dordel, S.; Leurs, S.; Schickendantz, S. (2001): Kölner Modell „Sport mit herzkranken Kindern“. Ergebnisse der psychologischen Untersuchungen. In: Bjarnason-Wehrens, B.; Dordel, S. (Hg.): *Motorische Förderung von Kindern mit angeborenen Herzfehlern*. Sankt Augustin: Academia, S. 89-100.

Warschburger, P. (2000): Chronisch kranke Kinder und Jugendliche. Psychosoziale Belastungen und Bewältigungsformen. Göttingen: Hogrefe.

Warschburger, P.; Petermann, F.; Fromme, C.; Wojtalla, N. (1999): Adipositastraining mit Kindern und Jugendlichen. Weinheim: Beltz/PVU.

Korrespondenzadresse: Dr. Elisabeth Sticker, Lehrstuhl Entwicklungs- und Erziehungspsychologie, Bernhard-Feilchenfeld-Str. 11, 50969 Köln; E-Mail: e.sticker@web.de