

Roth, Marcus

Körperbezogene Kontrollüberzeugungen bei gesunden und chronisch kranken Jugendlichen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 48 (1999) 7, S. 481-496

urn:nbn:de:bsz-psydok-41733

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

BARTH, R.: Ein Beratungsangebot für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern – Konzeption und erste Erfahrungen der Beratungsstelle „MenschensKind“ (Parent-Infant-Programme „MenschensKind“ – Concept and Outcomes of the First Three Years)	178
KRAUS, D.: „Jugendreligionen“ zwischen Fluch und Segen („Destructive Cults“: Part Curse, Part Blessing)	192
LUXEN, U.; SENCKEL, B.: Die entwicklungsfreundliche Beziehung – Transfer psychotherapeutischer Konzepte und Methoden in die heilpädagogische Arbeit mit lern- und geistig behinderten Kindern (The Development-Friendly Relationship – Transfer for Psychotherapeutic Concepts and Methods to Therapeutic Pedagogical Work with Learning Impaired Mentally Handicapped Children)	37
MEURS, P.; CLUCKERS, G.: Das Verlangen nach Verflochtenheit mit der Herkunftskultur – Migrantenfamilien in psychodynamischer Therapie (The Desire for Interwovenness with the Culture of Origin – Migrant Families in Psychodynamic Therapy)	27

Originalarbeiten / Originals

BEELMANN, W.; SCHMIDT-DENTER, U.: Normierung der deutschsprachigen Fassung des Family Relations Tests (FRT) für Kinder von vier bis fünf Jahren (Standardization of the German Version of the Family Relations Test (FRT) for Children of Four to Five Years of Age)	399
FEIGERT, J.M.; PROBST, M.; VIERLBÖCK, S.: Das an Neurodermitis erkrankte Kind in der Familie – eine qualitative Untersuchung zu Auswirkungen und zur Bewältigung der Erkrankung (Children suffering from Atopic Eczema and their Families. A Qualitative Interview-Study on Family Coping)	677
GLOGER-TIPPELT, G.: Transmission von Bindung bei Müttern und ihren Kindern im Vorschulalter (Transmission of Attachment in Mothers and Their Preschool-Aged Children)	113
GOMILLE, B.; GLOGER-TIPPELT, G.: Transgenerationale Vermittlung von Bindung: Zusammenhänge zwischen den mentalen Bindungsmodellen von Müttern, den Bindungsmustern ihrer Kleinkinder sowie Erlebens- und Verhaltensweisen der Mütter beim Übergang zur Elternschaft (Transgenerational Transmission of Attachment: Relations Between Mothers' Mental Models of Attachment and Their Infants' Patterns of Attachment, as well as Mothers' Experiences and Interaction Behavior During Transition to Parenthood)	101
HESEL, A.; GEYER, M.; PLÖTTNER, G.; BRÄHLER, E.: Zur Situation der Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse bevölkerungsrepräsentativer Befragungen (The Situation of Young People in Germany – Results of a Representative Survey)	465
HIRSCHBERG, W.: Sozialtherapie bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens – Ergebnisse und Katamnesen (Social Therapy with Conduct-disordered Adolescents – Results and Catamnestic Data)	247
HÖGER, C.; WITTE-LAKEMANN, G.: Von Kinderpsychiatern moderierte pädiatrische Qualitätszirkel – eine geeignete Qualitätssicherungsmaßnahme in der Psychosomatischen	

Grundversorgung? (Pediatric Quality Circles Moderated by Child Psychiatrists – A Suitable Quality Assurance Measure in Psychosomatic Basic Care?)	723
HUMMEL, P.: Familiärer Alkoholmißbrauch im Kontext von Sexual- und Körperverletzungsdelikten durch männliche Jugendliche und Heranwachsende (Familial Alcohol Abuse in the Context of Sexual and Assault Offences Committed by Males Between the Age of 14 and 20 Years)	734
KARDAS, J.; LANGENMAYR, A.: Sozial-emotionale und kognitive Merkmale von Scheidungskindern und Kindern aus Zwei-Eltern-Familien – ein querschnittlicher Vergleich (Social-emotional and Cognitive Characteristics of Children of Divorce and Children from Two-Parent-Families – a Cross-Sectional Comparison)	273
KARLE, M.; KLOSINSKI, G.: Sachverständigen-Empfehlungen zur Einschränkung oder zum Ausschluß des Umgangsrechts (Expert Advice Concerning the Limitation or Suspension of the Right of Visitation)	163
KARPINSKI, N.A.; PETERMANN, F.; BORG-LAUF, M.: Die Effizienz des Trainings mit aggressiven Kinder (TaK) aus der Sicht der Therapeuten (The Efficacy of the „Training mit aggressiven Kinder (TaK)“ – the Viewpoint of the Therapists)	340
KLEIN, S.; WAWROK, S.; FEGERT, J.M.: Sexuelle Gewalt in der Lebenswirklichkeit von Mädchen und Frauen mit geistiger Behinderung – Ergebnisse eines Forschungsprojekts (Sexualised Violence in the Life World of Girls and Women with Mental Handicap – Results of a Research Project)	497
KLOPPER, U.; BERGER, C.; LENNERTZ, I.; BREUER, B.; DEGET, F.; WOLKE, A.; FEGERT, J.M.; LEHMKUHL, G.; LEHMKUHL, U.; LÜDERITZ, A.; WALTER, M.: Institutioneller Umgang mit sexuellem Mißbrauch: Erfahrungen, Bewertungen und Wünsche nichtmißbrauchender Eltern sexuell mißbrauchter Kinder (Professional Approach in the Management of Sexual Abuse in Children and Adolescents: Experiences of Parents of Sexual Abused Children and their Evaluation of Professional Approach)	647
LAEDERACH-HOFMANN, K.; ZUNDEL-FUNK, A.M.; DRÄYER, J.; LAUBER, P.; EGGER, M.; JÜRGENSEN, R.; MUSSGAY, L.; WEBER, K.: Körperliches und psychisches Befinden bei 60- 70jährigen Bernerinnen und Bernern mit neurotischen Symptomen im Kindesalter – Eine Untersuchung über mehr als 50 Jahre (Emmental-Kohorte) (Physical and Emotional Well-being in 60 to 70-Years-old Bernese Subjects with Neurotical Symptoms in Childhood – A Prospective Investigation over more than 50 Years (Emmental Cohort))	751
LANDOLT, M.A.; DANGEL, B.; TWERENHOLD, P.; SCHALLBERGER, U.; PLÜSS, H.; NÜSSLI, R.: Elterliche Beurteilung eines psychoonkologischen Betreuungskonzeptes in der Pädiatrie (Parental Evaluation of a Psychosocial Intervention Program in Pediatric Oncology)	1
LAUTH, W.; KOCH, R.; REBESCHIESS, C.; STEMANN, C.: Aufmerksamkeitsstörungen und Gedächtniskapazitäten bei sprachauffälligen und unauffälligen Kindern (Attention Deficit Disorder and Memory Capacity in Language-impaired and Inconspicuous Children)	260
LUDEWIG, A.; MÄHLER, C.: Krankengymnastische Frühbehandlung nach Vojta oder nach Bobath: Wie wird die Mutter-Kind-Beziehung beeinflusst? (Vojta- or Bobath-Physiotherapy with Children: How is the Mother-Child-Relationship affected?)	326
NAUMANN, E.G.; KORTEN, B.; PANKALLA, S.; MICHALK, D.V.; QUERFELD, U.: Persönlichkeitsstruktur und Rehabilitation bei jungen Erwachsenen mit Nierenersatztherapie (Personality and Rehabilitation in Young Adults with Renal Replacement Therapy)	155
NOTERDAEME, M.; MINOW, F.; AMOROSA, H.: Psychische Auffälligkeiten bei sprachentwicklungsgestörten Kindern: Erfassung der Verhaltensänderungen während der Therapie	

anhand der Child Behavior Checklist (Behavioral Problems in Language-Impaired Children: Therapy Evaluation Using the Child Behavior Checklist)	141
PAULI-POTT, U.; RIES-HAHN, A.; KUPFER, J.; BECKMANN, D.: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung des „frühkindlichen Temperaments“ im Elternurteil – Ergebnisse für den Altersbereich drei bis Monate (The Construction of a Questionnaire to assess „Infant Temperament“ by Parental Judgment – Results for 3–4 Months old Infants)	231
PAULI-POTT, U.; RIES-HAHN, A.; KUPFER, J.; BECKMANN, D.: Zur Kovariation elterlicher Beurteilungen kindlicher Verhaltensmerkmale mit Entwicklungstest und Verhaltensbeobachtung (Covariation of Parental Judgements of the Child's Behavior Characteristics with Development Test and Behavior Observation)	311
ROTH, M.: Körperbezogene Kontrollüberzeugungen bei gesunden und chronisch kranken Jugendlichen (Body Related Locus of Control in Healthy and Chronically Ill Adolescents)	481
SCHEPKER, R.; TOKER, M.; EBERDING, A.: Inanspruchnahmebarrieren in der ambulanten psychosozialen Versorgung von türkeistämmigen Migrantenfamilien aus der Sicht der Betroffenen (Objections to attend Outpatient Psychosocial Facilities in Turkish Migrants from the Families' Point of View)	664
WOLFF METTERNICH, T.; DÖPFNER, M.; ENGLERT, E.; LEHMKUHL, U.; LEHMKUHL, G.; POUSTKA, F.; STEINHAUSEN, H.-C.: Die Kurzfassung des Psychopathologischen Befundsystems in der Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ergebnisse einer multizentrischen Studie (The Short Form of the Clinical Assessment Scale of Child and Adolescent Psychopathology (CASCAP) as Part of the Basic Documentation of Child and Adolescent Psychiatry – Results of a Multicenter Study)	15
ZIEGENHAIN, U.: Die Stellung von mütterlicher Sensitivität bei der transgenerationalen Übermittlung von Bindungsqualität (The Relevance of Maternal Sensitivity for the Transgenerational Transmission of Attachment)	86

Übersichtsarbeiten / Reviews

BRISCH, K.-H.; BUCHHEIM, A.; KÄCHELE, H.: Diagnostik von Bindungsstörungen (Diagnostic of Attachment Disorders)	425
DU BOIS, R.: Zur Unterscheidung von Regression und Retardation (The Distinction of Regression and Retardation)	571
FAHRIG, H.: Die Heidelberger Studie zur Analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie: die angewandte Behandlungstechnik (The Heidelberg Study of Analytic Treatment of Children and Adolescents: the Applied Therapeutic Techniques of Treatment)	694
GLOGER-TIPPELT, G.: Transmission von Bindung über die Generationen – Der Beitrag des Adult-Attachment Interviews (Transmission of Attachment Across the Generations)	73
KAMMERER, E.: Entwicklungsprobleme und -risiken stark hörbehinderter Kinder und Jugendlicher – eine Herausforderung zur Einmischung an die Kinder- und Jugendpsychiatrie (Development Problems and Risks of Children and Adolescents with Severe Hearing Impairment – a Challenge for Child and Adolescent Psychiatrists)	351
RESCH, F.: Repräsentanz und Struktur als entwicklungspsychopathologisches Problem (Representation and Structure in a Developmental Psychopathology Perspective)	556
SCHMITT, A.: Sekundäre Traumatisierungen im Kinderschutz (Secondary Traumas in Child Protection)	411

SEIFFGE-KRENKE, I.: Die Bedeutung entwicklungspsychologischer Überlegungen für die Erarbeitung eines diagnostischen Inventars für Kinder und Jugendliche (OPD-KJ) (The Importance of a Developmental Perspective in the Conceptualization of a Diagnostic Instrument for Children and Adolescents (OPD-KJ))	548
STREECK-FISCHER, A.: Zur OPD-Diagnostik des kindlichen Spiels (On Operationalized Psychodynamic Diagnostics of Child Play)	580
VON KLITZING, K.: Die Bedeutung der Säuglingsforschung für die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik während der ersten Lebensjahre (The Significance of the Infant Research for the Operationalized Psychodynamic Diagnostic (OPD) during Infancy)	564

Werkstattberichte / Brief Reports

BAUERS, W.; DIETRICH, H.; RICHTER, R.; SEIFFGE-KRENKE, I.; VÖLGER, M.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse III: Konflikt (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis III: Conflict)	611
BÜRGIN, D.; BOGYI, G.; KARLE, M.; SIMONI, H.; VON KLITZING, K.; WEBER, M.; ZELLER-STEINBRICH, G.; ZIMMERMANN, R.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse II: Beziehungsverhalten (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis II: Behavior in Relations)	602
KOCH, E.; ARNSCHIED, J.; ATZWANGER, B.; BRISCH, K.H.; BRUNNER, R.; CRANZ, B.; DU BOIS, R.; HUSSMANN, A.; RENZEL, A.; RESCH, F.; RUDOLF, G.; SCHLÜTER-MÜLLER, S.; SCHMECK, K.; SIEFEN, R.G.; SPIEL, G.; STREECK-FISCHER, A.; WLEZEK, C.; WINKELMANN, K.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse IV: Strukturniveau (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis IV: Structural Standard)	623
LÖBLE, M.; GOLLER-MARTIN, S.; ROTH, B.; KONRAD, M.; NAUMANN, A.; FELBEL, D.: Familienpflege für Jugendliche mit ausgeprägten psychischen Störungen (Family Foster for Adolescents with Mental Disorders)	366
SCHULTE-MARKWORT, M.; ROMER, G.; BEHNISCH, A.; BILKE, O.; FEGERT, J.M.; KNÖLKER, U.: Werkstattbericht der Arbeitsgruppe Achse I: Subjektive Dimensionen, Ressourcen und Behandlungsvoraussetzungen (Brief Report OPD-CA (Children and Adolescents) Axis I: Subjective Dimensions, Resources, and Preconditions for Treatment)	589
STEINBERG, H.: Rückblick auf Entwicklungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Paul Schröder (Review of Developments in Child and Adolescent Psychiatry: Paul Schroeder)	202
SUBKOWSKI, P.: Modell einer stationären psychoanalytischen integrativen Eltern-Kindtherapie (Experiences with a Concept of Psychoanalytic Treatment of Families with Children in a Clinical Environment)	438

Buchbesprechungen

AHRBECK, B.: Konflikt und Vermeidung. Psychoanalytische Überlegungen zu aktuellen Erziehungsfragen	450
BAROCKA, A. (Hg.): Psychopharmakotherapie in Klinik und Praxis	455
BARTH, K.: Lernschwächen früh erkennen im Vorschul- und Grundschulalter	219
BECKER, K.; SACHSE, R.: Therapeutisches Verstehen	638
BISSEGGER, M. et al.: Die Behandlung von Magersucht – ein integrativer Therapieansatz	450

BÖLLING-BECHINGER, H.: Frühförderung und Autonomieentwicklung. Diagnostik und Intervention auf personenzentrierter und bindungstheoretischer Grundlage	529
BURIAN, W. (Hg.): Der beobachtete und der rekonstruierte Säugling	456
CIOMPI, L.: Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik	713
DATLER, W.; KREBS, H.; MÜLLER, B. (Hg.): Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik, Bd. 8: Arbeiten in heilpädagogischen Settings	295
DIPPELHOFFER-STIEM, B.; WOLF, B. (Hg.): Ökologie des Kindergartens. Theoretische und empirische Befunde zu Sozialisations- und Entwicklungsbedingungen	380
DÖPFNER, M.; SCHÜRMANN, S.; FRÖLICH, J.: Training für Kinder mit hyperaktivem und oppositionellem Problemverhalten – THOP	381
EGLE, U.T.; HOFFMANN, S.O.; JORASCHKY, P. (Hg.): Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung	294
EICKHOFF, F.-W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 38	211
EICKHOFF, F.-W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 39	216
ENGELBERT-MICHEL, A.: Das Geheimnis des Bilderbuches	715
ETTRICH, C.:Konzentrationstrainings-Programm für Kinder	296
FIGDOR, H.: Scheidungskinder – Wege der Hilfe	448
FISCHER-TIETZE, R.: Dumme Kinder gibt es nicht. Warum Lernstörungen entstehen und wie man helfen kann	131
FISHER, A.G.; MURRAY, E.A.; BUNDY, A.C.: Sensorische Integrationstherapie. Theorie und Praxis	790
FISSENI, H.: Lehrbuch der psychologischen Diagnostik	129
GÖPPEL, R.: Eltern, Kinder und Konflikte	387
GRÖSCHKE, D.: Praxiskonzepte der Heilpädagogik	61
HARGENS, J.; VON SCHLIPPE, A.: Das Spiel der Ideen. Reflektierendes Team und systemische Praxis	641
HERZKA, H.S.; HOTZ, R.: Tagesbehandlung seelisch kranker Kinder. Konzepte, Verwirklichung, Ergebnisse	791
HETTINGER, J.: Selbstverletzendes Verhalten, Stereotypien und Kommunikation	63
HOLTSAPPELS, H.G.; HEITMEYER, W.; MELZER, W.; TILLMANN, K.-J. (Hg.): Forschung über Gewalt an Schulen. Erscheinungsformen und Ursachen, Konzepte und Prävention . .	221
HOPF, H.: Aggression in der analytischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen. Theoretische Annahmen und behandlungstechnische Konsequenzen	298
KALLENBACH, K. (Hg.): Kinder mit besonderen Bedürfnissen. Ausgewählte Krankheitsbilder und Behinderungsformen	716
KELLER, H. (Hg.): Lehrbuch Entwicklungspsychologie	530
KIESE-HIMMEL, C.: Taktil-kinästhetische Störung. Behandlungsansätze und Förderprogramme	534
KLEIN-HESSLING, J.; LOHAUS, A.: Bleib locker. Ein Streßpräventionstraining für Kinder im Grundschulalter	452
KLEMENZ, B.: Plananalytisch orientierte Kinderdiagnostik	783
KÖRNER, W.; HÖRMANN, G. (Hg.): Handbuch der Erziehungsberatung, Bd. 1: Anwendungsbereiche und Methoden der Erziehungsberatung	386
KRAUSE, M.P.: Elterliche Bewältigung und Entwicklung des behinderten Kindes	215
KRUCKER, W.: Spielen als Therapie – ein szenisch-analytischer Ansatz zur Kinderpsychotherapie	209
KRUMENACKER, F.-J.: Bruno Bettelheim. Grundpositionen seiner Theorie und Praxis . . .	637

KÜSPERT, P.; SCHNEIDER, W.: Hören, lauschen, lernen – Sprachspiele für Kinder im Vorschulalter. Würzburger Trainingsprogramm zur Vorbereitung auf den Erwerb der Schriftsprache	452
LAPIERRE, A.; AUCOUTURIER, B.: Die Symbolik der Bewegung. Psychomotorik und kindliche Entwicklung	390
LAUTH, G.W.; SCHLOTTKE, P.F.; NAUMANN, K.: Rastlose Kinder, ratlose Eltern. Hilfen bei Überaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen	785
MALL, W.: Sensomotorische Lebensweisen. Wie erleben menschen mit geistiger Behinderung sich und ihr Umwelt?	132
MENNE, K. (Hg.): Qualität in Beratung und Therapie. Evaluation und Qualitätssicherung für die Erziehungs- und Familienberatung	533
MITULLA, C.: Die Barriere im Kopf. Stereotype und Vorurteile bei Kindern gegenüber Ausländern	218
NISSEN, G.; FRITZE, J.; TROTT, G.-E.: Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter	641
NYSEN, F.; JANUS, L. (Hg.): Psychogenetische Geschichte der Kindheit. Beiträge zur Psychohistorie der Eltern-Kind-Beziehung	300
PAPASTEFANOU, C.: Auszug aus dem Elternhaus. Aufbruch und Ablösung im Erleben von Eltern und Kindern	208
PERMIEN, H.; ZINK, G.: Endstation Straße? Straßenkarrieren aus der Sicht von Jugendlichen	531
POST, W.: Erziehung im Heim. Perspektiven der Heimerziehung im System der Jugendhilfe	212
PROUTY, G.; PÖRTNER, M.; VAN WERDE, D.: Prä-Therapie	454
RATEY, J.J.; JOHNSON, C.: Shadow Syndromes	295
RETSCHITZKI, J.; GURTNER, J.L.: Das Kind und der Computer	377
ROELL, W.: Die Geschwister krebserkrankter Kinder	65
ROHMANN, U.; ELBING, U.: Selbstverletzendes Verhalten. Überlegungen, Fragen und Antworten	447
ROSENKÖTTER, H.: Neuropsychologische Behandlung der Legasthenie	382
ROST, D.H. (Hg.): Handwörterbuch Pädagogische Psychologie	528
ROTHAUS, W.: Wozu erziehen? Entwurf einer systemischen Erziehung	788
RUDNITZKI, G.; RESCH, F.; ALTHOFF, F. (Hg.): Adoleszente in Psychotherapie und beruflicher Rehabilitation	716
SALZGEBER-WITTENBERG, I.; HENRY-WILLIAMS, G.; OSBORNE, E.: Die Pädagogik der Gefühle. Emotionale Erfahrungen beim Lernen und Lehren	383
SARIMSKI, K.: Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome	384
SECKINGER, M.; WEIGEL, N.; VAN SANTEN, E.; MARKERT, A.: Situation und Perspektiven der Jugendhilfe	446
SELB, H.; MESS, U.; BERG, D.: Psychologie der Aggressivität	62
SHAPIRO, L.E.: EQ für Kinder. Wie Eltern die Emotionale Intelligenz ihrer Kinder fördern können	717
SHERBORNE, V.: Beziehungsorientierte Bewegungspädagogik	389
SPECK, O.: Chaos und Autonomie in der Erziehung	302
STECKEL, R.: Aggression in Videospielen: Gibt es Auswirkungen auf das Verhalten von Kindern	639
STERN, D.N.: Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie	535
STRASSBURG, H.M.; DACHENEDER, W.; KRESS, W.: Entwicklungsstörungen bei Kindern: Grundlagen der interdisziplinären Betreuung	214

STREECK-FISCHER, A. (Hg.): Adoleszenz und Trauma	779
STUDT, H.H. (Hg.): Aggression als Konfliktlösung? Prophylaxe und Psychotherapie	62
TEXTOR, M.R.: Hilfen für Familien. Eine Einführung für psychosoziale Berufe	787
TSCHUSCHKE, V.; HECKRATH, C.; TRESS, W.: Zwischen Konfusion und Makulatur. Zum Wert der Berner Psychotherapie-Studie von Grawe, Donati und Bernauer	134
UNRUH, J.F.: Down Syndrom. Ein Ratgeber für Eltern und Erzieher	714
VASKOVICS, L.A. (Hg.): Familienleitbilder und Familienrealitäten	376
VON KLITZING, K. (Hg.): Psychotherapie in der frühen Kindheit	373
WARNKE, A.; TROTT, G.-E.; REMSCHMIDT, H.: Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ein Handbuch für Klinik und Praxis	379
WEINERT, F.E.: Entwicklung im Kindesalter	526
WEINERT, F.E.; HELMKE, A.: Entwicklung im Grundschulalter	525
WILHELM, P.; MYRTEK, M.; BRÜGNER, G.: Vorschulkinder vor dem Fernseher. Ein psychophy- siologisches Feldexperiment	374
WINTSCH, H.: Gelebte Kindertherapie. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten des 20. Jahrhunderts im Gespräch	537
WOTTAWA, H.; HOSSIEP, R.: Anwendungsfelder psychologischer Diagnostik	129
ZURBRÜGG, G.: In einem fernen Land. Tagebuch aus einer Sonderschule	717

Editorial / Editorial	71, 543
Autoren und Autorinnen / Authors	52, 129, 207, 287, 372, 445, 514, 634, 711, 778
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	56, 288, 515
Tagungskalender / Calendar of Events	67, 137, 223, 304, 392, 459, 540, 637, 719, 794
Mitteilungen / Announcements	70, 227, 308, 395, 464, 645, 722, 797

Körperbezogene Kontrollüberzeugungen bei gesunden und chronisch kranken Jugendlichen

Marcus Roth

Summary

Body Related Locus of Control in Healthy and Chronically Ill Adolescents

The present contribution analyses body-related locus of control beliefs in healthy and chronically ill adolescents. Moreover, we asked which bearing locus of control beliefs have on psychosocial adaptation. We examined a sample of asthmatic and diabetic adolescents and a sample of healthy adolescents aged 12 to 16 using the KLC-questionnaire. The questionnaire measures the locus of control concerning health, appearance and physical ability. Regarding the structure of body-related locus of control beliefs, the results show no differences between healthy and chronically ill adolescents; but the ill adolescents show less external locus of control. In the sample of chronically ill adolescents the locus of control is independent of severity and duration of their illness. Significant correlations between external locus of control and psychosocial adaptation could only be found in healthy adolescents. The results are discussed based on illness-specific experiences and general characteristics of adolescent body image.

Zusammenfassung

Der Beitrag analysiert körperbezogene Kontrollüberzeugungen bei gesunden und chronisch kranken Jugendlichen und geht ferner der Frage nach, welche Bedeutung diesen für die psychosoziale Anpassung zukommt. Hierzu wurden 12- bis 16jährige Jugendliche mit Asthma bronchiale und Diabetes mellitus sowie körperlich gesunde Jugendliche gleichen Alters anhand des KLC-Fragebogens, der Kontrollüberzeugungen zu Fragen der Gesundheit, des Aussehens und der körperlichen Leistungsfähigkeit erfaßt, untersucht. Die Ergebnisse zeigen unter anderem, daß keine Unterschiede in der Struktur körperbezogener Kontrollüberzeugungen zwischen gesunden und erkrankten Jugendlichen bestehen, die erkrankten Jugendlichen jedoch eine niedrigere Ausprägung der externalen Kontrollüberzeugung bezüglich ihres Körpers aufweisen, die unabhängig von der Schwere und der Dauer ihrer Erkrankung ist. Bedeutsame Korrelationen zwischen externalen Kontrollüberzeugungen und Maßen der psychosozialen Anpassung ließen sich ausschließlich bei den gesunden Jugendlichen feststellen. Die Ergebnisse werden vor dem Hintergrund krankheitsspezifischer Erfahrungen und allgemeiner Charakteristika des adoleszenten Körperbildes diskutiert.

1 Einleitung

Nach ROTTER (1966) ist die Erwartung, inwieweit ein bestimmter Verstärker als Folge des eigenen Verhaltens auftreten wird, von einer mehr oder minder stabilen Neigung einer Person abhängig, im allgemeinen eher interne oder externe Kontrolle zu antizipieren. Das Konzept der Kontrollüberzeugung beinhaltet diesen Aspekt und beschreibt das Erleben eigener Möglichkeiten zur Einflußnahme. Dabei handelt es sich um generalisierte Erwartungshaltungen, die jedes Individuum lebensgeschichtlich erwirbt und die situationsübergreifend sind. Nach dem Konzept der Kontrollüberzeugung lassen sich Personen danach unterscheiden, ob sie Ereignisse als durch sie selbst kontrollierbar erleben (internale Kontrollüberzeugung), oder ob sie die Kontrollierbarkeit von Ereignissen anderen, außerhalb ihrer eigenen Person liegenden Kräften zuschreiben (externale Kontrollüberzeugung).

Das Konstrukt der Kontrollüberzeugungen wurde so häufig wie kaum ein anderes innerhalb der Psychologie zum Gegenstand empirischer Forschungen (vgl. KRAMPEN 1987). Gegenüber der ursprünglichen Konzeption als ein unidimensionales Kontinuum mit den zwei Polen „Externalität“ und „Internalität“ wiesen Überprüfungen der Faktorenstruktur sowohl des von ROTTER (1966) selbst vorgelegten Operationalisierungsverfahrens als auch anderer Kontrollüberzeugungsskalen eher auf zwei- oder dreidimensionale Lösungen (z.B. KRAMPEN 1991; LEVENSON 1974; PFRANG 1989). Dementsprechend werden interne und externe Kontrollüberzeugungen gegenwärtig als weitgehend unabhängige Dimensionen verstanden, wobei bezüglich der externalen Kontrollüberzeugung gelegentlich noch zwischen den Dimensionen „soziale Externalität“ (Verursachung eines Ereignisses durch andere mächtige Personen) und „fatalistische Externalität“ (Ereignisabhängigkeit von Schicksal und Zufall) differenziert wird. Eine weitere Konzeptdifferenzierung der letzten Jahre betrifft das Ausmaß der Generalisierbarkeit von Kontrollerwartungen: Während sich die Forschung zunächst auf generalisierte Kontrollüberzeugungen richtete, die als Folge von Kontrollerfahrungen über verschiedene Lebensbereiche hinweg entstehen, konzentriert man sich zur Zeit stärker auf die Erfassung *bereichsspezifischer* Kontrollüberzeugungen, da davon ausgegangen wird, daß in unterschiedlichen Lebensbereichen unterschiedliche Kontrollmöglichkeiten und Kontrollerfahrungen vorliegen (KRAMPEN 1987; MIELKE 1996). Ein Lebensbereich, für den spezifische Kontrollüberzeugungen angenommen werden, ist der Bereich Krankheit und Gesundheit. Die Entstehung bereichsspezifischer Kontrollerwartungen zu Gesundheit und Krankheit kann nach LOHAUS (1993, S. 3) somit „als das generalisierte Resultat der Lernerfahrungen in diesem Bereich“ aufgefaßt werden.

Gesundheitspsychologisch wird den krankheits- bzw. gesundheitspezifischen Kontrollüberzeugungen dabei ein hoher Stellenwert für die Widerstandsfähigkeit gegenüber Streß und Krankheit zugesprochen (SCHWARZER 1996). Entsprechend wurden diese auch intensiv im Rahmen der – seit den vergangenen zwei Jahrzehnten stark zugenommenen (vgl. SEIFFGE-KRENKE u. BRATH 1990) – Forschungsarbeiten zu chronisch kranken Kindern und Jugendlichen untersucht. Allerdings zeichnet sich hier eine äußerst heterogene Befundlage bezüglich der Frage ab, ob Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit bei chronisch kranken und gesunden Jugendlichen differieren: STEINHAUSEN (1984)

untersuchte Jugendliche mit Asthma, cystischer Fibrose, Morbus Crohn und Colitis ulcerosa und stellte fest, daß – mit Ausnahme der Patienten mit Asthma bronchiale – die erkrankten Jugendlichen stärker internal orientierte Erklärungsmuster aufwiesen als die gesunden. Er vermutet daher, daß chronisch kranke Kinder und Jugendliche durch die unmittelbare Wahrnehmung ihrer Krankheitssymptome direkt spüren, ob sie mit ihrem Verhalten der Erkrankung gerecht werden und daher eine eher internale Kontrollüberzeugung entwickeln. KELLERMAN et al. (1980) stellten hingegen eine genau entgegengesetzte These auf: Durch die krankheitsbedingten Restriktionen erfahre der Jugendliche, daß vornehmlich äußere Faktoren für seine Situation verantwortlich zu machen sind. Die Autoren konnten ihre Annahme bei Jugendlichen mit Krebs-, Herz- und Rheumaerkrankungen empirisch stützen und widersprechen damit den Ergebnissen von STEINHAUSEN (1984). Auch neuere Untersuchungen können das Bild nicht erhellen: Einige Untersuchungen stehen in Einklang mit den Befunden von STEINHAUSEN (1984; z.B. SEIFFGE-KRENKE et al. 1996), andere unterstützen die Untersuchung von KELLERMANN (1980; z.B. HURTIG u. WHITE 1986); schließlich finden sich eine Reihe von Untersuchungen, die gar keine Unterschiede zwischen chronisch erkrankten und gesunden Jugendlichen bezüglich ihrer krankheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen feststellen konnten (z.B. JAMISON et al. 1986). Ebenso inkonsistent erweist sich die Befundlage bezüglich der Rolle gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen für die Anpassung an die Erkrankung und an das Krankheitsmanagement (vgl. zuf. PERRIN u. SHAPIRO 1985; HANL 1995).

Wie läßt sich die heterogene Befundlage erklären? Hierzu sei näher auf die Entstehung krankheitsbezogener Kontrollüberzeugungen eingegangen. Wie zuvor beschrieben, stellen diese das Resultat spezifischer Erfahrungen mit Krankheit bzw. Gesundheit dar. Dabei kann davon ausgegangen werden, daß Personen, die keine Erfahrungen mit Erkrankungen gemacht haben, Kontrollkonzepte in diesem Bereich eher auf der Basis beobachteter Krankheitserfahrungen in ihrem sozialen Umfeld bilden oder aber hier einen Rückgriff auf generalisierte, bereichsunspezifische Kontrollüberzeugungen vornehmen (vgl. LOHAUS 1993). Auch wäre denkbar, daß diese Personen nur kurzfristige – mehr oder minder zufällige – Überzeugungen in einer speziellen Untersuchungssituation annehmen, die aufgrund fehlender Erfahrungen in diesem Bereich keine Stabilität aufweisen. Die heterogene Befundlage ließe sich somit durch eine mangelnde Konstruktvalidität krankheitsbezogener Kontrollüberzeugungen bei den gesunden Kontrollgruppen erklären.

Tatsächlich zeigen die Ergebnisse zweier Studien, daß gesunde Jugendliche keine krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen ausgebildet haben, sondern daß bei ihnen eher von dem globaleren Konstrukt *körperbezogener Kontrollüberzeugungen* auszugehen ist. MRAZEK (1989) überprüfte Struktur und Verlauf solcher körperbezogenen Kontrollüberzeugungen bei Jugendlichen im Alter zwischen zwölf und 16 Jahren. Hierzu verwandte er einen Fragebogen, der internale und externale Beeinflussungsmöglichkeiten sowohl bezüglich der „Gesundheit“ als auch hinsichtlich der Aspekte „Aussehen“ und „körperliche Leistungsfähigkeit“ erfaßt. In Übereinstimmung mit den meisten neueren Untersuchungen zur Struktur generalisierter Kontrollüberzeugungen konnte MRAZEK (1989) faktorenanalytisch dabei zwei Komponenten identifizieren. Demnach müssen auch die auf den eigenen Körper bezogenen internalen und externalen Kontrollüberzeugungen als weitgehend voneinander unabhängige Konstrukte

betrachtet werden. Keine Bestätigung fand MRAZEK (1989) hingegen für eine Differenzierung körperbezogener Kontrollüberzeugungen nach den Bereichen „Gesundheit“, „Aussehen“ und „Leistungsfähigkeit“. Der Körper wurde somit von den Jugendlichen *in seiner Gesamtheit* als internal oder external kontrollierbar wahrgenommen, ohne daß sie zwischen verschiedenen Körperzuständen bzw. -kompetenzen differenzieren. Zudem zeigten sich in dieser Untersuchung, anders als bei den generalisierten Kontrollüberzeugungen, deutliche Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen: Während Mädchen bezüglich ihres Körpers global – d.h. unabhängig vom Alter und den Teilbereichen „Gesundheit“, „Aussehen“ und „körperliche Leistungsfähigkeit“ – externaler orientiert waren, zeigte sich bei den Jungen eine vergleichsweise stärkere interne Kontrollorientierung. Demgegenüber ließen sich keine altersbezogenen Veränderungen bei den Jugendlichen nachweisen. HARTMANN (1987), die ebenfalls den Fragebogen von MRAZEK (1989) verwandte, konnte an einer Stichprobe zehn- bis zwölf- sowie 15- bis 17-jähriger Jugendlicher die Befunde von MRAZEK (1989) bestätigen: Die Ergebnisse ihrer Studie verwiesen ebenfalls auf die Bidimensionalität körperbezogener Kontrollüberzeugungen bei Jugendlichen und zeigen, daß diese in beiden Altersgruppen eher globaler Natur sind, d.h. sich nicht in die Bereiche „Gesundheit“, „Aussehen“ und „Leistungsfähigkeit“ differenzieren lassen. Ebenfalls in Einklang mit den Befunden von MRAZEK (1989) stellte HARTMANN (1987) eine stärkere interne Kontrollüberzeugung bei männlichen gegenüber weiblichen Jugendlichen fest; bezüglich der externalen Kontrollorientierung ergaben sich hingegen nur tendenzielle Unterschiede, die auf eine leicht höhere Ausprägung bei weiblichen Jugendlichen verweisen.

Nach diesen Befunden läßt sich vermuten, daß bei der Erfassung gesundheits- bzw. krankheitsspezifischer Kontrollüberzeugungen in der Tat ein Konstrukt „gemessen“ wird, daß zumindest bei gesunden Jugendlichen gar nicht differenziert ausgebildet ist. Dabei lassen die zitierten Studien offen, ob die Undifferenziertheit körperbezogener Kontrollüberzeugungen in mangelnden Erfahrungen im Bereich Krankheit begründet liegt oder ob es sich um ein adoleszenzspezifisches Phänomen handelt. Letztere Möglichkeit würde bedeuten, daß auch bei chronisch kranken Jugendlichen trotz spezifischer Krankheitserfahrungen körperbezogene Kontrollüberzeugungen nicht weiter differenzierbar sind. Hierfür sprechen übrigens klinische Einzelfallstudien von FÄLLSTRÖM (1974) und HAUSER und POLLETS (1979), die auf eine geringe Differenziertheit des Körperbildes gerade bei chronisch erkrankten Jugendlichen verweisen. Bislang wurden körperbezogene Kontrollüberzeugungen jedoch bei erkrankten Jugendlichen empirisch noch nicht geprüft.

In der Studie sollen daher erstmals körperbezogene Kontrollüberzeugungen von gesunden und chronisch kranken Jugendlichen vergleichend betrachtet werden. Als Erkrankungsgruppe wurden hierzu Jugendliche mit Asthma bronchiale ausgewählt. Diese Erkrankungsform scheint besonders geeignet, weil sie bezüglich eigener Kontrollmöglichkeiten ein ambivalentes Bild aufweist (vgl. BAUER 1996; KÖNNING et al. 1996): So ist auf der einen Seite die intermettierende Verlaufsform zu nennen, bei der nach langen und symptomlosen Intervallen plötzlich akute Anfälle auftreten können, die für den Erkrankten und seine Umgebung kaum vorhersagbar sind. Auf der anderen Seite ist es dem Patienten möglich, durch entsprechendes Krankheitsmanagement (wie regelmäßige Inhalationen und Peak-flow-Messungen, Wahrnehmung und Kontrolle der Auslöser

und körpereigener Vorgänge; vgl. PETERMANN u. BEYS 1996) Asthmaanfälle in ihrer Auftretenshäufigkeit zu reduzieren oder in ihrer Intensität zu mildern.

Im einzelnen sollen folgende Fragestellungen untersucht werden:

(1) Unterscheiden sich gesunde und asthmatische Jugendliche bezüglich der Differenzierbarkeit körperbezogener Kontrollüberzeugungen in die Bereiche „Gesundheit/Krankheit“, „Aussehen“ und „körperliche Leistungsfähigkeit“?

(2) Zeigen sich Unterschiede in den körperbezogenen Kontrollüberzeugungen in Abhängigkeit von (a) Alter und Geschlecht, (b) Krankheitsstatus (gesund vs. asthmatisch) und (c) Erkrankungsschwere und Krankheitsdauer?

(3) In welchem Zusammenhang stehen Maße der psychosozialen Anpassung mit körperbezogenen Kontrollüberzeugungen bei gesunden und asthmatischen Jugendlichen?

2 Methode

2.1 Stichproben und Untersuchungsdurchführung

Gesunde Jugendliche: Die Rekrutierung der gesunden Jugendlichen erfolgte über verschiedene Schulen des Kreises Wesel (Niederrhein). Um eine bezüglich des Bildungsweges möglichst repräsentative Stichprobe zu erhalten, wurde sowohl eine Gesamtschule als auch ein Gymnasium und eine Hauptschule in die Untersuchung einbezogen. Insgesamt nahmen an der Untersuchung 369 Schüler und Schülerinnen im Alter zwischen 12 und 16 Jahren teil. Wegen fehlerhafter Bearbeitung (d.h. drei oder mehr fehlende Werte, falsch gesetzte Kreuze etc.) mußten 17 Fragebögen aussortiert werden, so daß sich die den nachfolgenden Analysen zugrundeliegende Stichprobe (Schülerstichprobe) aus 352 Jugendlichen zusammensetzt. Die Untersuchung fand im jeweiligen Klassenverband der Schüler während der regulären Schulzeit statt.

Jugendliche Asthmatiker: Die asthmatischen Jugendlichen wurden über eine Kurklinik (Fachkliniken Wangen GmbH) und eine ambulante Einrichtung (Pädiatrische Abteilung des Marienhospitals Wesel) rekrutiert. Insgesamt nahmen 63 Jugendliche mit Asthma bronchiale im Alter zwischen 12 und 16 Jahren an der Untersuchung teil, wobei ein Fragebogen aufgrund fehlender Werte nicht ausgewertet werden konnte. Die resultierende Stichprobe setzt sich somit aus 62 Jugendlichen zusammen. Die Untersuchung wurde in den jeweiligen Einrichtungen durchgeführt, wobei in der Kurklinik Gruppen- und in der ambulanten Einrichtungen Individualuntersuchungen vorgenommen wurden.

Vergleichsgruppe: Um Vergleiche zwischen den asthmatischen und den gesunden Jugendlichen zu realisieren, wurde aus der Schülerstichprobe eine Vergleichsgruppe selektiert, die bezüglich ihrer Alters-, Geschlechts- und Schulformverteilung der Asthmatiker-Stichprobe entsprach. Dabei wurden nur solche Jugendliche für die Vergleichsgruppe ausgewählt, die angaben, an keiner chronischen Erkrankung zu leiden. Tabelle 1 gibt die soziodemographischen Merkmale der in die Untersuchung einbezogenen Stichproben wieder.

2.2 Instrumente

Folgende Untersuchungsverfahren wurden angewandt:

(1) Körperbezogener Locus of Control-Fragebogen (KLC): Körperbezogene Kontrollüberzeugungen wurden mit dem KLC von MRAZEK (1989) erfaßt, der bereits in den beiden zitierten Untersuchungen von MRAZEK (1989) und HARTMANN (1987) angewandt wurde. Das Verfahren umfaßt

Tab. 1: Soziodemographische Charakteristiken der Stichproben

	Schülerstichprobe		Asthmatiker		gesunde Kontrollgruppe ¹	
	N	f (%)	N	f (%)	N	f (%)
<i>Alter</i>						
12 Jahre	26	7.4	16	25.8	16	25.8
13 Jahre	79	22.4	15	24.2	15	24.2
14 Jahre	74	21.0	13	21.0	13	21.0
15 Jahre	79	22.4	10	16.1	10	16.1
16 Jahre	94	26.7	8	12.9	8	12.9
<i>Geschlecht</i>						
weiblich	174	49.4	23	37.1	23	37.1
männlich	178	50.6	39	62.9	39	62.9
<i>Schultyp</i>						
Gymnasium	149	42.3	25	40.3	25	40.3
Realschule	—	—	17	27.4	—	—
Gesamtschule	149	42.3	6	9.7	23	37.1
Hauptschule	54	15.3	14	22.6	14	22.6
<i>Gesamt</i>	352	100.0	62	100.0	62	100.0

Anmerkung:

¹ Teilstichprobe der Schülerstichprobe.

insgesamt 18 als persönliche Aussagen formulierte Items, die aus den Bereichen „Gesundheit“, „Aussehen“ und „Leistungsfähigkeit“ stammen. Für jeden dieser Bereiche liegen jeweils drei external und drei internal formulierte Items vor (vgl. hierzu Tab. 2), die zur Betonung der parallelen Formulierung in systematischer Reihenfolge angeordnet sind. Zur Beantwortung der Items steht den Probanden eine fünfstufige Skala mit den Polen „trifft gar nicht zu“ bis „trifft genau zu“ zur Verfügung. Für die beiden globalen Skalen internele und externele Kontrollüberzeugungen konnte MRAZEK (1989) sowohl an einer Erwachsenenpopulation als auch bei einer Schülerstichprobe interne Konsistenzkoeffizienten zwischen $\alpha=0.76$ und $\alpha=0.79$ ermitteln.

(2) Youth Self-Report (YSR): Zur Erfassung der psychischen Problembelastung wurde die revidierte Fassung des Youth Self Report von ACHENBACH (1991) in der deutschen Version (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1993) eingesetzt. Der Fragebogen umfaßt 103 Problemitems, in denen Verhaltens- und emotionale Auffälligkeiten sowie körperliche Beschwerden beschrieben werden. Die Items lassen sich zu den beiden Breitbandskalen „Internalisierende Störungen“ und „Externalisierende Störungen“ zusammenfassen, die im wesentlichen der grundlegenden klinischen Unterscheidung von nach innen gerichteten (z.B. Angst, Depressivität, soziale Probleme), und nach außen gerichteten Problemen (aggressives und delinquentes Verhalten) entsprechen. Nach den Befunden von DÖPFNER et al. (1995) liegen die internen Konsistenzen beider Skalen bei $\alpha \geq .86$.

(3) Adolescent Self-Perception Profile (SPPA): Zur Erfassung des allgemeinen Selbstwertgefühls der Jugendlichen kam weiterhin die Skala „Global Self-Worth“ des Adolescent Self-Perception

Profile von HARTER (1988) zum Einsatz. Die Skala umfaßt fünf Items, bei denen es sich um entgegengesetzte Aussagen über Jugendliche im allgemeinen handelt (z.B. Item 1: „Einige Jugendliche sind die meiste Zeit über glücklich mit sich – aber – Andere Jugendliche sind sehr oft nicht glücklich mit sich.“). Bei der Beantwortung muß sich der Proband entscheiden, welche der beiden Aussagen für ihn am ehesten zutrifft. Die interne Konsistenz des Verfahrens läßt sich mit $\alpha=0.84$ (EISER et al. 1995) als gut beurteilen.

(4) In der Stichprobe der asthmatischen Jugendlichen nahmen die behandelnden Ärzte außerdem eine Einschätzung der Erkrankungsschwere und der -dauer vor. Die Erkrankungsschwere wurden aufgrund der Anfallsfrequenz sowie der erkrankungsbedingten Lebensbeeinträchtigungen eingeschätzt, wobei hierzu die Kriterien der Deutschen Atemwegsliga (WETTENGEL et al. 1994) herangezogen wurden.

2.3 Auswertung

Folgende parametrische Verfahren wurden eingesetzt:

(1) Zur Bestimmung der Dimensionalität körperbezogener Kontrollüberzeugungen wurden Hauptkomponentenanalysen mit anschließender Rotation nach dem Varimax-Kriterium getrennt für die Stichproben der gesunden und der asthmatischen Jugendlichen durchgeführt.

(2) In der Schülerstichprobe wurden zweifaktorielle Varianzanalysen mit den Faktoren „Geschlecht“ und „Alter“ (5fach) berechnet. Zum Vergleich der asthmatischen Jugendlichen mit der parallelisierten Vergleichsgruppe wurden dreifaktorielle Varianzanalysen mit den Faktoren „Gruppe“ (Asthma vs. Gesund), „Geschlecht“ und „Alter“ (12-13 Jahre vs. 14-16 Jahre) berechnet. In der asthmatischen Stichprobe wurde anhand einfaktorieller Varianzanalysen der Einfluß der Erkrankungsdauer und der Krankheitsschwere geprüft. Die Erkrankungsdauer wurde zweifach abgestuft: Dauer <9 Jahre (45,2%, N=28) vs. Dauer \geq 9 Jahre (54,8%, N=34). Bezüglich der Erkrankungsschwere wurden die Asthmatiker entsprechend der Arzturteile (s.o.) in drei Gruppen eingeteilt: leichtes Asthma (35,6%, N=21), mittelschweres Asthma (32,2%, N=19) und schweres Asthma (32,2%, N=19).

(3) Der Zusammenhang zwischen körperbezogenen Kontrollüberzeugungen und Maßen der psychosozialen Anpassung wurde durch Produkt-Moment-Korrelationen geprüft. Weiterhin wurde die Differenz der korrespondierenden Korrelationskoeffizienten beider Untersuchungsgruppen (Asthma vs. gesund) auf statistische Signifianz geprüft.

3 Ergebnisse

3.1 Dimensionalität körperbezogener Kontrollüberzeugungen bei gesunden und chronisch kranken Jugendlichen

Zur Überprüfung der Dimensionalität der körperbezogenen Kontrollüberzeugungen wurden die 18 Items der KLC-Fragebogens getrennt für die Schülerstichprobe (N=352) und die Stichprobe der asthmatischen Jugendlichen (N=62) zunächst einer Hauptkomponentenanalyse unterzogen. Nach dem Eigenwertverlauf erwies sich bei beiden Stichproben eindeutig eine zweifaktorielle Lösung, die 31,8% (Schülerstichprobe) resp. 35,6% (asthmatische Jugendliche) der Gesamtvarianz aufklärt, als am geeignetsten für eine anschließende orthogonale Rotation nach dem Varimax-Kriterium. Die Ladungen und Kommunalitäten der varimaxrotierten Faktorenmatrix sind der Tabelle 2 zu entnehmen.

Tab. 2: Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Ladungen (nur $|a| \geq 0.30$) der KLC-Items

Item	Schülerstichprobe (N=352)					Asthmatische Jugendliche (N=62)				
	M	SD	FI	FII	h^2	M	SD	FI	FII	h^2
01 Wer nie krank ist, hat eben Glück.	3.05	1.28		0.46	0.22	2.91	1.30	0.36		0.17
02 Gute Gesundheit ist überwiegend Zufall.	2.41	1.18		0.63	0.42	2.28	1.13	0.60		0.36
03 Man kann für seine Gesundheit nicht viel tun.	1.87	1.22	-0.30	0.47	0.31	1.70	1.17	0.50		0.25
04 Wer krank ist, ist überwiegend selbst schuld.	2.58	1.26	0.50		0.26	2.35	1.27	0.42	0.61	0.55
05 Wenn man auf sich selbst achtet, bleibt man gesund.	3.48	1.24	0.67		0.45	3.39	1.24		0.44	0.23
06 Jeder ist für seine Gesundheit selbst verantwortlich.	3.61	1.23	0.58		0.34	3.29	1.33		0.66	0.45
07 Wer immer gut aussieht, hat eben Glück.	2.78	1.33		0.53	0.37	2.73	1.33	0.44		0.20
08 Gutes Aussehen ist überwiegend Zufall.	2.79	1.20		0.52	0.34	2.63	1.23	0.70		0.49
09 Man kann für sein Aussehen nicht viel tun.	2.13	1.22		0.34	0.12	2.02	1.17	0.42		0.19
10 Wer nicht so gut aussieht, ist überwiegend selbst schuld.	1.99	1.17	0.36		0.17	1.84	1.11		0.41	0.26
11 Wenn man auf sich selbst achtet, sieht man gut aus.	3.10	1.20	0.52		0.28	2.89	1.26		0.62	0.41
12 Jeder ist für sein Aussehen selbst verantwortlich.	3.37	1.24	0.47		0.22	3.36	1.28		0.39	0.15
13 Wer immer körperlich leistungsfähig ist, hat eben Glück.	2.55	1.22		0.63	0.42	2.42	1.18	0.72		0.52
14 Gute körperliche Leistungsfähigkeit ist überwiegend Zufall.	2.17	1.10		0.67	0.44	2.12	1.02	0.83		0.70
15 Man kann für seine körperliche Leistungsfähigkeit nicht viel tun.	1.74	1.11		0.50	0.25	1.58	0.95	0.60		0.36
16 Wer körperlich nicht so leistungsfähig ist, ist überwiegend selbst schuld.	2.56	1.32	0.43		0.20	2.29	1.34		0.45	0.28
17 Wenn man auf sich achtet, ist man körperlich leistungsfähig.	3.44	1.20	0.63		0.42	3.32	1.23		0.53	0.28
18 Jeder ist für seine körperliche Leistungsfähigkeit selbst verantwortlich.	3.65	1.20	0.70		0.50	3.57	1.23	-0.36	0.65	0.56

Wie aus Tabelle 2 hervorgeht, repräsentieren die extrahierten Faktoren in beiden Stichproben eindeutig die internalen (Faktor I) und externalen Kontrollüberzeugungen (Faktor II), die damit – in Übereinstimmung mit den meisten neueren Untersuchungen zur Struktur der globalen wie gesundheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen – voneinander weitgehend unabhängig sind. Die Subbereiche körperbezogener Kontrollüberzeugungen („Gesundheit“, „Aussehen“ und „körperliche Leistungsfähigkeit“) sind hingegen – analog zu den referierten Befunden von HARTMANN (1987) und MRAZEK (1989) – nicht von einander differenzierbar: Auch bei Extraktionen von Lösungen mit drei bis sechs Faktoren fanden sich keine Faktoren, die eine bereichsspezifische Differenzierung (nach den Aspekten „Gesundheit“, „Aussehen“ und „körperliche Leistungsfähigkeit“) repräsentieren.

Um die beiden Dimensionen der Kontrollüberzeugung reliabel zu analogisieren, wurden auf der Basis der Faktorenlösung zwei Skalen durch Summation der Items gebildet. Es wurden jeweils die neun Items zu einer Skala zusammengefaßt, die auf dem jeweils korrespondierenden Faktor ihre höchste Ladung aufweisen. Die internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha) betragen für die Skala „Internale körperbezogene Kontrollüberzeugung (IK)“ $\alpha=0.72$ (Schülerstichprobe) resp. $\alpha=0.76$ (Asthmatische Stichprobe) und für die Skala „Externale körperbezogene Kontrollüberzeugung (EK)“ $\alpha=0.70$ resp. $\alpha=0.67$. Beide Skalen korrelieren in der Schülerstichprobe mit $r=0.13$ ($p<0.05$) nur schwach miteinander; bei den asthmatischen Jugendlichen sind mit $r=0.07$ (n.s.) weitgehend unabhängig.

3.2 Varianzanalytische Befunde

Alters- und Geschlechtsabhängigkeit der körperbezogenen Kontrollüberzeugungen in der Schülerstichprobe: Die in der Schülerstichprobe durchgeführten Varianzanalysen ergaben deutliche Haupteffekte für den Faktor „Geschlecht“: So wiesen Mädchen bezüglich der Beeinflussbarkeit körperbezogener Zustände und Kompetenzen eine stärkere externe Kontrollüberzeugung auf als Jungen [$F(1, 351)=3.78$ $p=0.038$], während sich bei männlichen Jugendlichen eine stärkere interne Kontrollüberzeugung feststellen ließ [$F(1, 351)=11.38$, $p=0.001$]. Bezüglich letzterer Variable ist zudem eine Interaktion mit dem Faktor „Alter“ zu berücksichtigen [$F(1, 351)=2.54$, $p=0.040$]: Wie Abbildung 1 zeigt, vergrößert sich der Unterschied zwischen Jungen und Mädchen mit zunehmendem Alter. Bezüglich der externalen Kontrollüberzeugung ließ sich hingegen keine Wechselwirkung zwischen den Faktoren „Geschlecht“ und „Alter“ feststellen [$F(1, 351)<1$, n.s.]. Haupteffekte für den Faktor „Alter“ fanden sich in keiner der beiden Skalen [IK: $F(1, 351)=1.09$, n.s.; EK: $F(1, 351)=1.26$, n.s.].

Vergleich der asthmatischen Jugendlichen mit der parallelisierten Vergleichsgruppe: Der varianzanalytische Vergleich zwischen den asthmatischen Jugendlichen und der parallelisierten Vergleichsgruppe körperlich gesunder Jugendlicher zeigte, daß die gesunden Jugendlichen eine höhere externe Kontrollüberzeugung bezüglich der Beeinflussbarkeit ihres Körpers aufwiesen als die asthmatischen Jugendlichen [$F(1, 123)=6.80$, $p=0.010$]. Demgegenüber zeigten sich keine Unterschiede bezüglich der internalen Kontrollüberzeugung zwischen beiden Stichproben [$F(1, 123)=1.60$; n.s.],

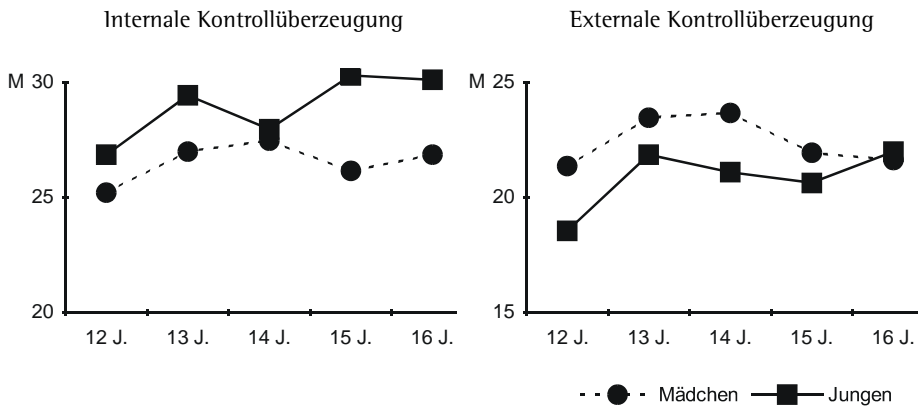


Abb. 1: Internale und externe körperbezogene Kontrollüberzeugung in Abhängigkeit vom Alter und Geschlecht in der Schülerstichprobe (N=352)

allerdings ergab sich hier eine Interaktion dem Faktor „Alter“ [$F(1, 123) = 5.93$; $p = 0.016$]: Wie Abbildung 2 zeigt, wiesen bei den Asthmatikern die älteren Jugendlichen eine höhere interne Kontrollüberzeugung auf, während es sich bei der gesunden Vergleichsgruppe umgekehrt verhielt. Bezüglich der externen Kontrollüberzeugung ließ sich keine diesbezügliche Interaktion mit dem Alter der Jugendlichen feststellen [$F(1, 123) = 1.46$; n.s.]. Interaktionen mit dem Faktor „Geschlecht“ zeigten sich in keiner der beiden Kontrolldimensionen [IK: $F(1, 123) = 1.08$; n.s.; EK: $F(1, 123) = 2.63$; n.s.].

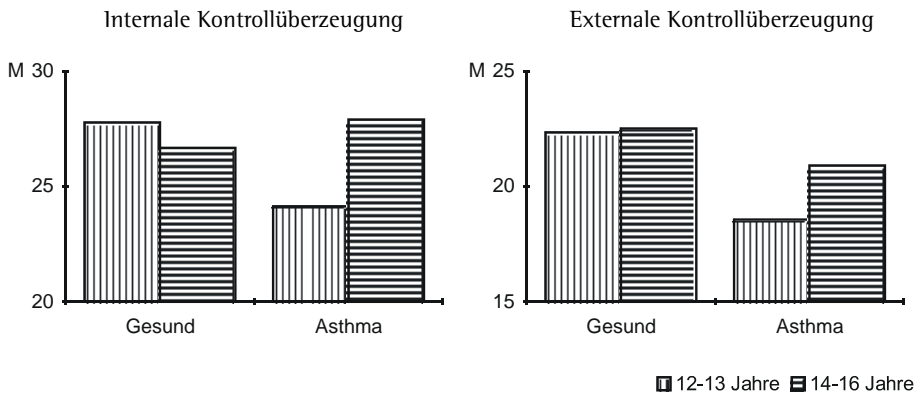


Abb. 2: Internale und externe körperbezogene Kontrollüberzeugung bei asthmatischen und gesunden Jugendlichen (je N=62) in Abhängigkeit vom Alter

Befunde zur Krankheitsdauer und Krankheitsschwere: Die einfaktoriellen ANOVAs in der Gruppe der asthmatischen Jugendlichen ergaben keinen Einfluß der Erkrankungsdauer und der Erkrankungsschwere auf die körperbezogenen Kontrollüberzeugungen der Jugendlichen [„Dauer“: IK: $F(1, 61) = 1.53$; n.s.; EK: $F(1, 61) = 2.23$; n.s.; „Schwere“: IK: $F(2, 58) = 2.30$; n.s.; EK: $F(2, 58) = 1.44$; n.s.]. Körperbezogene Kontrollüber-

zeugungen erwiesen sich demnach als relativ unabhängig von den erkrankungsbezogenen Parametern.

3.3 Korrelate der körperbezogener Kontrollüberzeugungen bei asthmatischen und gesunden Jugendlichen

Tabelle 3 zeigt die für die asthmatischen Jugendlichen und die körperlich gesunde Vergleichsgruppe getrennt berechneten Produkt-Moment-Korrelationen zwischen den körperbezogenen Kontrollüberzeugungen und den Maßen der psychosozialen Anpassung.

Tab. 3: Produkt-Moment-Korrelationen zwischen den körperbezogenen Kontrollüberzeugungen mit den Maßen der psychosozialen Anpassung bei asthmatischen (ASTH) Jugendlichen und der gesunden Vergleichsgruppe (GES)

	Internale körperbez. Kontrollüberzeugung		Externale körperbez. Kontrollüberzeugung	
	GES.	ASTH.	GES.	ASTH.
Internalisierende Störungen	-0.09	0.05	0.31*	0.12
Externalisierende Störungen	0.01	0.10	0.25*	0.21
Allgemeines Selbstwertgefühl	0.11	0.07	-0.30*	-0.09

Anmerkung:

* $p \leq 0.05$.

Sowohl bei den gesunden als auch bei den asthmatischen Jugendlichen erwies sich das Ausmaß der internalen Kontrollüberzeugung als unabhängig von den erfaßten Indizes der psychosozialen Anpassung. Bezüglich der externalen Kontrollüberzeugung zeigte sich hingegen ein gruppenspezifisches Zusammenhangsmuster: Bei der körperlich gesunden Stichprobe stand das Ausmaß, mit dem die Jugendlichen körperbezogene Zustände und Kompetenzen external attribuieren in mittlerem Zusammenhang zur Intensität der psychischen Problembelastung sowie zu einem niedrigen Selbstwertgefühl; bei den asthmatischen Jugendlichen hingegen zeigten sich diesbezüglich niedrigere Zusammenhänge unterhalb des statistischen Signifikanzniveaus. Dabei erwiesen sich die Differenzen der Korrelationskoeffizienten beider Gruppen allerdings als statistisch nicht signifikant.

4 Diskussion

Bezüglich der Dimensionalität körperbezogener Kontrollüberzeugungen konnte in der vorliegenden Untersuchung – in Einklang mit bisherigen Befunden – zum einen gezeigt werden, daß körperbezogene Kontrollüberzeugungen ein bidimensionales Konstrukt

mit den voneinander weitgehend unabhängigen Dimensionen „Internalität“ und „Externalität“ darstellen¹, zum anderen wurde festgestellt, daß sich die Kontrollüberzeugungen nicht in die Bereiche „Gesundheit“, „Aussehen“ und „Leistungsfähigkeit“ differenzieren lassen (auch nicht bei Faktorenlösungen mit drei bis sechs Faktoren). Überraschenderweise gilt die Undifferenziertheit körperbezogener Kontrollüberzeugungen gleichermaßen für gesunde wie für chronisch kranke Jugendliche. Die vorliegende Untersuchung erweitert somit die Befunde von MRAZEK (1989) und HARTMANN (1987): Da auch chronisch kranke Jugendliche keine krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen ausgebildet haben, läßt sich vermuten, daß dies nicht auf einen Mangel an Krankheitserfahrungen zurückzuführen ist, sondern allgemeinerer Natur ist. So finden wir bei Jugendlichen auch bezüglich des gesundheitlichen Befindens eine relative Undifferenziertheit, da sie ihren Gesundheitszustand in der Regel eher global und undifferenziert als „gut“ bis „sehr gut“ (CASPER et al. 1996; KOLIP et al. 1995) bezeichnen, wobei das Thema „Gesundheit“ und „Krankheit“ von ihnen kaum als Problem wahrgenommen wird: Die Befunde der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1984) zeigen, daß sich die Sorgen Jugendlicher vor allem auf ihre persönliche Zukunft und Entwicklung beziehen; die eigene Gesundheit als virulentes Thema wurde nur von ca. sieben Prozent der Befragten genannt. Es verwundert daher nicht, daß in diesem Bereich keine spezifischen Kontrollerwartungen ausgebildet wurden, worin eine wesentliche Ursache der einleitend beschriebenen heterogenen Befundlage liegen dürfte. Dabei sei allerdings auf zwei wesentliche Beschränkungen der vorliegenden Studie aufmerksam gemacht: Zum einen wurden ausschließlich Jugendliche mit Asthma bronchiale, einer vergleichsweise leichten Erkrankungsform, untersucht – inwieweit daher die Befunde auf andere Erkrankungsformen übertragen werden darf, bleibt noch zu überprüfen. Zum zweiten ist zu bedenken, daß in dieser Untersuchung der gleiche Fragebogen verwandt wurde wie in den Arbeiten von MRAZEK (1989) und HARTMANN (1987); inwieweit die übereinstimmend ermittelte bidimensionale Struktur tatsächlich die Struktur körperbezogener Kontrollüberzeugungen – und nicht nur des zu ihrer Erfassung verwandten Fragebogens – widerspiegelt, kann nicht entschieden werden. Diesbezüglich wären weitere Untersuchungen notwendig, in denen andere Instrumente zur Messung des Konstrukts einbezogen werden.

Gegenüber dem Fehlen qualitativer Unterschiede in den körperbezogenen Kontrollüberzeugungen zwischen gesunden und asthmatischen Jugendlichen zeigten sich jedoch deutliche quantitative Differenzen: Während sich keine Unterschiede in der internalen Kontrollüberzeugung zwischen beiden Gruppen zeigten, wiesen asthmatische Jugendliche eine deutlich niedrigere externe Kontrollorientierung bezüglich körperbezogener Zustände und Kompetenzen auf als die körperlich gesunde Vergleichsgruppe. Dieser Unterschied bleibt übrigens auch dann bestehen, wenn die Gesamtgruppe gesunder Jugendlicher zum Vergleich herangezogen wird [$F(1, 413) = 7.30, p = 0.007$],

¹ Es ist darauf hinzuweisen, daß in dem eingesetzten Fragebogen nur Items zur fatalistischen, nicht zur sozialen Externalität eingesetzt wurden und daher die ermittelte Bidimensionalität (Externalität vs. Internalität) nicht gegen die vielfach gefundene Konstruktendifferenzierbarkeit in internale, sozial-externale und fatalistisch-externale Kontrollüberzeugungen spricht, da diese hier a priori nicht auftreten konnte.

was für die Stabilität des Befundes spricht. Die Ursache hierfür dürfte in den krankheitsspezifischen Erfahrungen asthmatischer Jugendlicher liegen. Da davon auszugehen ist, daß diese Jugendlichen – wie zuvor beschrieben – keine krankheitsspezifischen Kontrollerwartungen ausgebildet haben, läßt sich vermuten, daß Krankheitserfahrungen auf die Beeinflußbarkeit des gesamten Körpers generalisiert wurden. Anzunehmen wäre, daß hier die Erfahrung, durch aktive Therapiemitarbeit (PETERMANN u. BEYS 1996) und sensible Wahrnehmungsdifferenzierung von Frühsymptomen (NOEKER 1991; PETERMANN et al. 1993) sowie ggf. durch selbstinduzierte Körperentspannung (vgl. PETERMANN u. BEYS 1994) Asthmaanfälle reduzieren zu können, zu einer Abnahme der gesamten Überzeugung führen, körperbezogene Zustände und Kompetenzen seien vom Glück oder Zufall abhängig. Dabei scheint die körperbezogene Kontrollüberzeugung nach den Befunden dieser Studie unabhängig von der Schwere und der Dauer der Erkrankung zu sein. Hier muß allerdings einschränkend die kleine Stichprobengröße angeführt werden, die eher zu einer Unterschätzung diesbezüglicher Gruppenunterschiede geführt haben dürfte.

Wie die Ergebnisse weiterhin gezeigt haben, wurden bei der Gruppe der gesunden Jugendlichen bedeutsame Korrelationen zwischen ihren körperbezogenen Kontrollüberzeugungen und Maßen der psychosozialen Anpassung festgestellt: Je stärker die externalen Kontrollüberzeugungen der Jugendlichen ausgeprägt waren, ein um so niedrigeres Selbstwertgefühl und um so mehr psychische Probleme (sowohl internalisierender als auch externalisierender Art) wurden von ihnen berichtet. Dieser Zusammenhang steht in Einklang mit Befunden zum Körperbild Jugendlicher, die zeigen konnten, daß ein negatives Körperbild ein wichtiges Korrelat einer schlechten psychosozialen Anpassung darstellt (z.B. JOINER et al. 1995; PAGE 1992; RIERDAN et al. 1988). In einer differenzierten Analyse konnte ROTH (1998) dabei zeigen, daß besonders von den Jugendlichen häufiger psychische Symptome genannt werden, deren Körperbild sich als „desintegriert“ kennzeichnen läßt: Diese Jugendlichen waren mit ihrem Körper besonders unzufrieden und erlebten ihn als entfremdet, losgelöst und außerhalb ihrer Kontrolle. Er interpretierte diesem Zusammenhang zwischen desintegrierten Körperbild-Typus und schlechter psychosozialer Anpassung im Kontext der adoleszenten Identitätsfindung, wobei angenommen wurde, daß dieser Körperbild-Typus das Stadium des Moratoriums auf körperlicher Ebene darstellt (vgl. hierzu ausführlicher ROTH 1998, S. 225). Der in der vorliegenden Studie ermittelte Zusammenhang zwischen erhöhter externaler Kontrollüberzeugung und schlechterer Anpassung könnte daher darin begründet liegen, daß eine externale Kontrollüberzeugung ein wesentliches Merkmal für den „körper-desinteressierten“ Typus darstellt: Je höher somit die externale Kontrollerwartung bei Jugendlichen ausgeprägt ist, desto wahrscheinlicher weist der Jugendliche diesen Körperbild-Typus auf. Ob die Beziehung zwischen körperbezogenen Kontrollüberzeugungen und der psychosozialen Anpassung auch für asthmatische Jugendliche zutrifft, oder aber ob im Vergleich zu den gesunden Jugendlichen mit diesbezüglichen Unterschieden gerechnet werden muß, kann nicht entschieden werden, da die Befunde der vorliegenden Untersuchung in dieser Beziehung widersprüchlich sind: Einerseits konnten bei der Gruppe der asthmatischen Jugendlichen – im Gegensatz zu den gesunden – keine signifikanten Korrelationen zwischen Kontrollüberzeugung und

psychosozialer Anpassung ermittelt werden, andererseits unterschieden sich diese Korrelationskoeffizienten jedoch auch nicht signifikant von denen der gesunden Jugendlichen. Da sich vermuten läßt, daß diese Uneindeutigkeit unter anderem durch die kleine Stichprobenanzahl mitbedingt ist, wären diesbezüglich weitere Untersuchungen an größeren Stichproben notwendig.

Abschließend sei auf die allgemeinen Alters- und Geschlechtsunterschiede in den körperbezogenen Kontrollüberzeugungen eingegangen, die in der annähernd repräsentativen Schülerstichprobe ermittelt wurden. Wie läßt sich das – in Einklang mit den Befunden von MRAZEK (1989) und HARTMANN (1987) – höhere Ausmaß internaler körperbezogener Kontrollüberzeugungen der Mädchen und externaler Kontrollüberzeugungen bei Jungen erklären? Geht man davon aus, daß Kontrollorientierungen auf Lernprozesse zurückgehen, ist dabei zu fragen, welche unterschiedlichen Körpererfahrungen männliche und weibliche Jugendliche im Laufe ihrer bisherigen Entwicklung gesammelt haben, die nun die Grundlage für die unterschiedlichen Kontrollerwartungen im Bereich des Körpers bilden. Solche Erfahrungen können m.E. in einem geschlechtstypischen Erleben der Pubertätsentwicklung verortet sein. So löst beispielsweise die Menarche bei den Mädchen andere Kognitionen und Affekte aus als deren Entsprechung, die Spemarche, bei Jungen. SEIFFGE-KRENKE et al. (1992) konnten feststellen, daß lediglich 13% der von ihnen befragten Mädchen im Alter zwischen zwölf und 16 Jahren die Menarche positiv einschätzten, während 62% der gleichaltrigen Jungen positive Einschätzungen bezüglich der Pollution vornahmen. Auch in der Untersuchung von SCHULZ (1991) berichtete ungefähr die Hälfte der weiblichen Jugendlichen von negativen Gefühlen, wie Angst und Peinlichkeit, bezüglich ihrer Menarche. Dabei wird auch im weiteren Entwicklungsverlauf die Menstruation bei den weiblichen Jugendlichen und Frauen oft von negativen Affekten begleitet und nicht selten durch Merkmale wie „Zwangsläufigkeit“ und „Unausweichlichkeit“ charakterisiert (vgl. auch BERGLER 1986). In dieser Hinsicht stellt die Menarche sowie die Menstruation für weibliche Jugendliche eine Körpererfahrung dar, die sich durch einen Mangel an eigener Kontrolle und Manipulierbarkeit kennzeichnen läßt (vgl. zuf. ROTH 1998). Bei männlichen Jugendlichen findet sich hingegen keine diesbezügliche Entsprechung im pubertären Entwicklungsverlauf. Vielmehr läßt sich annehmen, daß bei ihnen die durch den pubertären Muskelzuwachs verstärkt wahrgenommene körperliche Leistungsfähigkeit zur Entwicklung einer diesbezüglich eher internalen Kontrollüberzeugungen beiträgt.

Literatur

- ACHENBACH, T.M. (1991): Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1993): Fragebogen für Jugendliche; deutsche Bearbeitung der Youth Self-Report Form der Child Behavior Checklist (YSR). Einführung und Anleitung zur Handauswertung, bearbeitet von MELCHERS, P/DÖPFNER, M. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- BAUER, C.P. (1996): Asthma bronchiale. In: SCHMITT, G.M./KAMMERER, E./HARMS, E. (Hg.): Kindheit und Jugend mit chronischer Erkrankung (S. 450-459). Göttingen: Hogrefe.
- BERGLER, R. (1986): Psychohygiene der Menstruation. Bern: Huber.

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (1984): Gesundheitskonzepte, Umgang mit dem Körper und positive Gesundheitansätzen bei 14-20jährigen (Projektabschlussbereich). Köln: 1984.
- CASPER, R.C./BELANOFF, J./OFFER, D. (1996): Gender differences, but no racial group differences, in self-reported psychiatric symptoms in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry* 35, 500-508.
- DÖPFNER, M./BERNER, W./LEHMKUHL, G. (1995): Reliabilität und faktorielle Validität des Youth Self-Report bei einer klinischen Stichprobe. *Diagnostica* 41, 221-244.
- EISER, C./EISER, J.R./HAVERMANS, T. (1995): The measurement of self-esteem: Practical and theoretical considerations. *Personality and Individual Differences* 18, 429-432.
- FÄLLSTRÖM, K. (1974): On the personality structure in diabetic school children, aged 7-15 years. *Acta Paediatrica Scandinavia* 251, 8-9.
- HANL, J. (1995): Bewältigung chronischer Krankheiten im Jugendalter. Diplomarbeit am Psychologischen Institut der Universität Bonn.
- HARTER, S. (1988): *Manual for the Self-Perception Profile for Adolescents*. Denver: University of Denver.
- HARTMANN, I. (1987): Körperbezogene Informationsinteressen und Kontrollüberzeugungen von Kindern und Jugendlichen. *Brennpunkte der Sportwissenschaft* 1, 105-119.
- HAUSER, S.T./POLLETS, D. (1979): Psychosocial aspects of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2, 227-232.
- HURTIG, A.L./WHITE, L. (1986): Psychosocial adjustment in children and adolescents with sickle cell disease. *Journal of Pediatric Psychology* 11, 411-427.
- JAMISON, R.N./LEWIS, S./BURISH, T.K. (1986): Psychological impact of cancer on adolescents: self-image, locus of control, perception of illness and knowledge of cancer. *Journal of Chronic Disease* 39, 609-617.
- JOINER, T.E./WONDERLICH, S.A./METALSKY, G.I./SCHMIDT, N.B. (1995): Body dissatisfaction: A feature of bulimia, depression, or both? *Journal of Social and Clinical Psychology* 14, 339-355.
- KELLERMAN, J./ZELTZER, L./ELLENBERG, L./DASH, J./RIGLER, D. (1980): Psychological effects in illness in adolescence. I. Anxiety, self-esteem, and perception of control. *The Journal of Pediatrics* 97, 126-131.
- KOLIP, P./NORDLOHNE, E./HURRELMANN, K. (1995): Der Jugendgesundheitsurvey 1993. In: KOLIP, P./HURRELMANN, K./SCHNABEL, P.E. (Hg.): *Jugend und Gesundheit* (S. 25-48). Weinheim: Juventa.
- KÖNNING, J./LOB-CORZILIUS, T./THEILING, S. (1996): Asthma muß behandelt und bewältigt werden. In: SCHMITT, G.M./KAMMERER, E./HARMS, E. (Hg.): *Kindheit und Jugend mit chronischer Erkrankung* (S. 460-470). Göttingen: Hogrefe.
- KRAMPEN, G. (1987): Entwicklung von Kontrollüberzeugungen. Thesen zu Forschungsstand und Perspektiven. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* 19, 195-227.
- KRAMPEN, G. (1991): Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen. Göttingen: Hogrefe.
- LEVENSON, H. (1974): Activism and powerful others: Distinctions within the concept of internal-external control. *Journal of Personality Assessment* 38, 377-383.
- LOHAUS, A. (1993): *Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.
- MIELKE, R. (1996): Lerntheoretische Persönlichkeitskonstrukte. In: EHLERS, A./HAHLWEG, K. (Hg.): *Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich D: Praxisgebiete. Serie II: Klinische Psychologie* (Bd. 1, S. 185-222). Göttingen: Hogrefe.
- MRAZEK, J. (1989): Die Erfassung körperbezogener Kontrollüberzeugungen. In: Krampen, G. (Hrsg.): *Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen* (S. 112-118). Göttingen: Hogrefe.
- NOEKER, M. (1991): *Subjektive Beschwerden und Belastungen bei Asthma bronchiale*. Frankfurt: Lang.
- PAGE, R.M. (1992): Feelings of physical unattractiveness and hopelessness among high school students. *High School Journal* 75, 150-155.
- PERRIN, E.C./SHAPIRO, E. (1985): Health locus of control beliefs of healthy children, children with a chronic physical illness and their mothers. *The Journal of Pediatrics* 107, 627-633.
- PETERMANN, F. (1993): Grundlagen eines erfolgreichen Asthmanagements. In: PETERMANN, F./LECHELER, J. (Hg.): *Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter*. München: Quintessenz.
- PETERMANN, F./BEYS, M. (1994): Asthma bronchiale. In: PETERMANN, F./VAITL, D. (Hg.): *Handbuch der Entspannungverfahren*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- PETERMANN, F./BEYS, M. (1996): Krankheitsverarbeitung bei asthmatischen Kindern und Jugendlichen. In: LEHMKUHL, G. (Hg.): *Chronisch kranke Kinder und ihre Familien* (S. 119-128). München: Quintessenz.

- PFRANG, H. (1989): Diagnostik von Kontrollüberzeugungen im Rahmen der Sozialen Lerntheorie Rotters: Unipolare und bipolare Ansätze. In: KRAMPEN, G. (Hg.): Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen (S. 93-99). Göttingen: Hogrefe.
- RIERDAN, J./KOFF, E./STUBBS, M.L. (1988): Gender, depression, and body image in early adolescents. *Journal of Early Adolescence* 8, 109-117.
- ROTH, M. (1998): Das Körperbild im Jugendalter. Diagnostische, klinische und entwicklungspsychologische Perspektiven. Aachen: Verlag Mainz.
- ROTTER, J.B. (1966): Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs* 80, No. 609.
- SCHULZ, A. (1991): Das Körperbild weiblicher Jugendlicher und seine Auswirkungen auf Erleben und Verhalten. Diplomarbeit am Psychologischen Institut der Universität Bonn.
- SCHWARZER, R. (1996): Psychologie des Gesundheitsverhaltens (2., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- SEIFFGE-KRENKE, I./BOEGER, A./SCHMIDT, C./KOLLMAR, F./ROTH, M./HANL, J./FLOSS, A. (1996): Bewältigung chronischer Krankheiten am Beispiel des juvenilen Diabetes. Prospektive Längsschnittstudie an chronisch kranken und gesunden Jugendlichen und ihren Familien. Bonn: Endbericht für das Bundesministerium für Forschung und Technologie (BMFT).
- SEIFFGE-KRENKE, I./BRATH, K. (1990): Krankheitsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen. Forschungstrends und Ergebnisse. In: SEIFFGE-KRENKE, I. (Hg.): Krankheitsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen (S. 3-22). Berlin: Springer.
- SEIFFGE-KRENKE, I./HÜRTER, A./BOEGER, A./MOORMANN, D./NILLES, D./SUCKOW, A. (1992): Bewältigung chronischer Krankheiten am Beispiel des juvenilen Diabetes. Prospektive Längsschnittstudie an chronisch kranken, akut kranken und gesunden Jugendlichen und ihren Familien. Bonn: Zwischenbericht für das Bundesministerium für Forschung und Technologie (BMFT).
- STEINHAUSEN, H.C. (1984): Chronisch kranke Kinder und Jugendliche. In: STEINHAUSEN, H.C. (Hg): Risikokinder. Ergebnisse der Kinderpsychiatrie und -psychologie (S. 55-72). Stuttgart: Kohlhammer.
- WETTENGEL, R./BERDEL, D./CEGLA, U./FABEL, H./GEISLER, L./HOFMANN, D./KRAUSE, J./KROIDL, R.F./LANSER, K./LEUPOLD, W./LINDEMANN, H./MATTHYS, H./MEISTER, R./MORR, H./NOLTE, D./SCHULTZE-WERNINGHAUS, G./SILL, V./SYBRECHT, G.W./THAL, W./WORTH, H. (1994): Empfehlungen der Deutschen Atemwegsliga zum Asthma-Management bei Erwachsenen und Kindern. *Medizinische Klinik* 89, 57-67.

Anschrift des Verfassers: Dr. Marcus Roth, Institut für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum der RWTH Aachen, Pauwelsstr. 30, 52057 Aachen.