

Stauber, Tatiana / Petermann, Franz / Korb, Uwe / Bauer, Armin und
Hampel, Petra

Adipositas und Stressverarbeitung im Kindesalter

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 53 (2004) 3, S. 182-195

urn:nbn:de:bsz-psydok-44923

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

Bobzien, M.; Hausmann, V.; Kornder, T.; Manz-Gill, B.: „... damit Theo weiß, was er besser machen soll“. Kundenorientierung in der sozialtherapeutischen Kindergruppenarbeit – Ein Erfahrungsbericht aus dem Qualitätsmanagement einer Erziehungsberatungsstelle („... so that Theo knows what he should do better“. Client orientation in social-therapeutic child group work – An experiential report of quality management at a child guidance clinic)	497
Leweke, F.; Kurth, R.; Milch, W.; Brosig, B.: Zur integrativen Behandlung des instabilen Diabetes mellitus im Jugendalter: Schulung oder Psychotherapie? (Integrative treatment of instable Diabetes mellitus: Education or psychotherapy?)	347
Schulte-Markwort, M.; Resch, F.; Bürgin, D.: Die „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter“ (OPD-KJ) in der Praxis (“Operationalised psychodynamic diagnostics in childhood and adolescence” (OPD-CA) in practice) ...	77
Weber, M.; Klitzing, K. v.: Die Geschichtenstamm-Untersuchung in der klinischen Anwendung bei jüngeren Kindern (Story stem evaluation in clinical practice with young children)	333
Weißhaupt, U.: Die virtuelle Beratungsstelle: Hilfe für Jugendliche online (Virtual counselling: online help for adolescents)	573

Originalarbeiten / Original Articles

Bredel, S.; Brunner, R.; Haffner, J.; Resch, F.: Behandlungserfolg, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit aus der Sicht von Patienten, Eltern und Therapeuten – Ergebnisse einer evaluativen Studie aus der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (Success of treatment, experience of treatment, and satisfaction with treatment from the perspective of patients, parents, and therapists – Results of an evaluative study on inpatient treatment in child and adolescent psychiatry)	256
Dähne, A.; Aßmann, B.; Ettrich, C.; Hinz, A.: Normwerte für den Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBeK) für Kinder und Jugendliche (Norm values for the questionnaire to assess the own body (Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers, FBeK) for adolescents)	483
Kaltenborn, K.: Ko-Produktion von Wissen zur Sorgerechtsregelung durch Betroffene: eine partizipative Studie (Co-production of knowledge about custody criteria with subjects affected by their parents' custody dispute: a participatory study)	167
Kastner-Koller, U.; Deimann, P.; Konrad, C.; Steinbauer, B.: Entwicklungsförderung im Kindergartenalter (The enhancement of development at nursery school age)	145
Keßels, T.: Angstträume bei neun- bis elfjährigen Kindern (Anxiety dreams in 9- to 11-year-old children)	19
Klicpera, C.; Gasteiger Klicpera, B.: Vergleich zwischen integriertem und Sonderschulunterricht: Die Sicht der Eltern lernbehinderter Schüler (Comparing students in inclusive education to those in special schools: The view of parents of children with learning disabilities)	685
Kraenz, S.; Fricke, L.; Wiater, A.; Mitschke, A.; Breuer, U.; Lehmkuhl, G.: Häufigkeit und Belastungsfaktoren bei Schlafstörungen im Einschulalter (Prevalence and influencing factors of sleep disturbances in children just starting school)	3

Miksch, A.; Ochs, M.; Franck, G.; Seemann, H.; Verres, R.; Schweitzer, J.: Was hilft Kindern, wenn sie Kopfschmerzen haben? – Qualitative Auswertung systemischer Familieninterviews nach Abschluss einer lösungs- und ressourcenorientierten Gruppentherapie für Kinder und Jugendliche mit primären Kopfschmerzen (What is helpful for kids with headache? – Qualitative analysis of systemic family interviews at the end of a solution and resource oriented group therapy for children and adolescents with primary headache) . . .	277
Prüß, U.; Brandenburg, A.; Ferber, C. v.; Lehmkuhl, G.: Verhaltensmuster jugendlicher Raucher (Patterns of behaviour of juvenile smokers and non-smokers)	305
Roebbers, C.M.; Beuscher, E.: Wirkungen eines Bildkärtchentrainings für Grundschulkin-der zur Verbesserung ihrer Ereignisberichte (Training children in event recall: Benefits of a brief narrative elaboration training)	707
Roth, M.; Bartsch, B.: Die Entwicklungstaxonomie von Moffitt im Spiegel neuerer Befunde – Einige Bemerkungen zur „jugendgebundenen“ Delinquenz (Moffitt's developmental taxonomy as seen by new results – Some remarks on the "adolescence-limited" delinquency)	722
Sarimski, K.: Beurteilung problematischer Verhaltensweisen bei Kindern mit intellektueller Behinderung mit der „Nisonger Child Behavior Rating Form“ (Assessment of behavioral problems in children with intellectual disability: The Nisonger Child Behavior Rating Form)	319
Schaunig, I.; Willinger, U.; Diendorfer-Radner, G.; Hager, V.; Jörgl, G.; Sirsch, U.; Sams, J.: Parenting Stress Index: Einsatz bei Müttern sprachentwicklungsgestörter Kinder (Parenting Stress Index and specific language impairment)	395
Schreiber, M.; Lenz, K.; Lehmkuhl, U.: Zwischen Umweltverschmutzung und Gottes Wille: Krankheitskonzepte türkeistämmiger und deutscher Mädchen (Between environmental pollution and will of god: Concepts regarding illness of Turkish and German girls)	419
Schulz, W.; Schmidt, A.: Inanspruchnahme und Wirksamkeit von Kurzberatung in der Erziehungsberatung (Utilization and effectiveness of short-term counseling in child guidance)	406
Stauber, T.; Petermann, F.; Korb, U.; Bauer, A.; Hampel, P.: Adipositas und Stressverarbeitung im Kindesalter (Obesity and coping in childhood)	182
Subkowski, P.: Harry Potter – das Trauma als Motor der psychischen Entwicklung (Harry Potter – The trauma as a drive for psychic development)	738
Weber, A.; Karle, M.; Klosinski, G.: Trennung der Eltern: Wie wird sie den Kindern vermittelt und welchen Einfluss haben Art und Inhalt der Mitteilung auf das Trennungserleben der Kinder? (Separation of parents: How is it conveyed to children? How does the content of the communication influence the separation experience of children?)	196
Widdern, S. v.; Häßler, F.; Widdern, O. v.; Richter, J.: Ein Jahrzehnt nach der Wiedervereinigung – Wie beurteilen sich Jugendliche einer nordost-deutschen Schülerstichprobe hinsichtlich ihrer psychischen Befindlichkeit? (Ten years after german unification – Current behavioural and emotional problems of adolescents in Germany)	652

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Benecken, J.: Zur Psychopathologie des Stotterns (On the psychopathology of stuttering)	623
Bergh, B. v. d.: Die Bedeutung der pränatalen Entwicklungsperiode (The importance of the prenatal life period)	221
Bergh, P. M. v. d.; Knorth, E. J.; Tausendfreund, T.; Klomp, M.: Grundlagen der psychosozialen Diagnostik in der niederländischen Kinder- und Jugendhilfe: Entwicklungen und	

Aufgaben (Basics of the psychosocial diagnostic in child- and youth care in the Netherlands: Developments and tasks)	637
Bögle, R.M.: Beraterische Arbeit mit modernen Ausprägungen mythologischer Bilder (Counselling with modern expressions of mystic pictures)	560
Frölich, J.; Lehmkuhl, G.: Differenzialdiagnostische Zusammenhänge von Schlaf- und Vigilanzstörungen im Kindesalter – Verbindungen zu psychischen Störungen und organischen Erkrankungen (Differential diagnosis of sleep and vigilance disorders in children)	48
Kamp-Becker, I.; Mattejat, F.; Remschmidt, H.: Zur Diagnostik und Ätiologie des Asperger-Syndroms bei Kindern und Jugendlichen (Diagnosis and etiology of Asperger syndrome in children and adolescents)	371
Keupp, H.: Ressourcenförderung als Basis von Projekten der Gewalt- und Suchtprävention (Resource support as the basis of projects for the prevention of violence and addiction)	531
Lehmkuhl, G.; Frölich, J.: Kinderträume: Inhalt, Struktur und Verlauf (Children's dreams)	39
Noeker, M.: Artifizielle Störung und artifizielle Störung by proxy (Factitious disorder and factitious disorder by proxy)	449
Petermann, F.; Hampel, P.; Stauber, T.: Enuresis: Erklärungsansätze, Diagnostik und Interventionsverfahren (Enuresis: pathogenesis, diagnostics, and interventions)	237
Schreiner, J.: Humor als ergänzender Bestandteil der psychologisch-psychiatrischen Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen: Entwurf eines humordiagnostischen Modells (Humor as an additional component of psychological and psychiatric diagnostics in children and adolescents: Concept of a humor-diagnostic model)	468
Thiel-Bonney, C.; Cierpka, M.: Die Geburt als Belastungserfahrung bei Eltern von Säuglingen mit Selbstregulationsstörungen (Birth as a stressful experience of parents with newborns and infants showing regulatory disorders)	601
Vossler, A.: Wandel hoch drei – Beratung für Jugendliche in einer verunsichernden Gesellschaft (Change to the power of three – counselling for adolescents in a society which causes uncertainty)	547

Buchbesprechungen / Book Reviews

Amorosa, H.; Noterdaeme, M. (2003): Rezeptive Sprachstörungen. Ein Therapiemanual. (<i>D. Irblich</i>)	61
Barrett, P.; Webster, H.; Turner, C.: FREUNDE für Kinder. Trainingsprogramm zur Prävention von Angst und Depression. (<i>K. Sarimski</i>)	65
Boeck-Singelmann, C.; Hensel, T.; Jürgens-Jahnert, S.; Monden-Engelhardt, C. (Hg.) (2003): Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 3: Störungsspezifische Falldarstellungen. (<i>L. Unzner</i>)	213
Bonney, H. (2003): Kinder und Jugendliche in der familientherapeutischen Praxis. (<i>K. Mauthe</i>)	364
Brandau, H.; Pretis, M.; Kaschnitz, W. (2003): ADHS bei Klein- und Vorschulkindern. (<i>D. Irblich</i>)	439
Brisch, K.H.; Hellbrügge, T. (Hg.) (2003): Bindung und Trauma. (<i>L. Unzner</i>)	66
Erlar, M. (2003): Systemische Familienarbeit. Eine Einführung. (<i>A. Müller</i>)	137
Essau, C.A. (2003): Angst bei Kindern und Jugendlichen. (<i>K. Sarimski</i>)	135
Etzersdorfer, E.; Fiedler, G.; Witte, M. (Hg.) (2003): Neue Medien und Suizidalität. Gefahren und Interventionsmöglichkeiten. (<i>K. Jost</i>)	441
Fay, E. (Hg.) (2003): Tests unter der Lupe 4. Aktuelle psychologische Testverfahren – kritisch betrachtet. (<i>M. Micklej</i>)	214

Feil, C. (2003): Kinder, Geld und Konsum. Die Kommerzialisierung der Kindheit. (<i>W. Schweizer</i>)	297
Finger-Trescher, U.; Krebs, H. (Hg.) (2003): Bindungsstörungen und Entwicklungschancen. (<i>L. Unzner</i>)	66
Flaake, K.; King, V. (Hg.) (2003): Weibliche Adoleszenz. Zur Sozialisation junger Frauen. (<i>C. v. Bülow-Faerber</i>)	133
Fonagy, P. (2003): Bindungstheorie und Psychoanalyse. (<i>L. Unzner</i>)	66
Fonagy, P.; Target, M. (2003): Frühe Bindung und psychische Entwicklung. (<i>L. Unzner</i>) ..	66
Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (Hg.) (2003): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 46. (<i>M. Hirsch</i>)	130
Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (Hg.) (2003): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 47. (<i>M. Hirsch</i>)	209
Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (Hg.) (2004): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 48. (<i>M. Hirsch</i>)	514
Gabriel, T.; Winkler, M. (Hg.) (2003): Heimerziehung. Kontexte und Perspektiven. (<i>L. Unzner</i>)	361
Gontard, A. v. (2004): Enkopresis. Erscheinungsformen – Diagnostik – Therapie. (<i>E. Bauer</i>) ..	757
Gontard, A. v.; Lehmkuhl, G. (2003): Enuresis. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. (<i>M. H. Schmidt</i>)	66
Grossmann, K.E.; Grossmann, K. (Hg.) (2003): Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. (<i>L. Unzner</i>) ..	291
Günter, M. (2003): Psychotherapeutische Erstinterviews mit Kindern. Winnicotts Squiggletechnik in der Praxis. (<i>R. Schepker</i>)	516
Häußler, A.; Happel, C.; Tuckermann, A.; Altgassen, M.; Adl-Amini, K. (2003): SOKO Autismus. Gruppenangebote zur Förderung Sozialer Kompetenzen bei Menschen mit Autismus – Erfahrungsbericht und Praxishilfen. (<i>D. Irblich</i>)	295
Hascher, T.; Hersberger, K.; Valkanover, S. (Hg.) (2003): Reagieren, aber wie? Professioneller Umgang mit Aggression und Gewalt in der Schule. (<i>G. Roloff</i>)	437
Herwig-Lempp, J. (2004): Ressourcenorientierte Teamarbeit. Systemische Praxis der kollegialen Beratung. Ein Lern- und Übungsbuch. (<i>D. Irblich</i>)	678
Hobrucker, B. (2002): Zielentwicklung mit Kindern in Psychotherapie und Heilpädagogik. Verhaltensvereinbarung als Behandlungselement. (<i>R. Mayr</i>)	208
Huber, M. (2003): Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung, Teil 1. (<i>D. Irblich</i>)	213
Huber, M. (2003): Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung, Teil 2. (<i>D. Irblich</i>)	517
Klemenz, B. (2003): Ressourcenorientierte Diagnostik und Intervention bei Kindern und Jugendlichen. (<i>R. Mayr</i>)	62
Klicpera, C.; Schabmann, A.; Gasteiger-Klicpera, B. (2003): Legasthenie. Modelle, Diagnose, Therapie und Förderung. (<i>D. Irblich</i>)	675
Koch-Kneidl, L.; Wiese, J. (Hg.) (2003): Entwicklung nach früher Traumatisierung. (<i>D. Irblich</i>)	136
Krowatschek, D.; Albrecht, S.; Krowatschek, G. (2004): Marburger Konzentrationstraining (MKT) für Kindergarten- und Vorschulkinder. (<i>D. Irblich</i>)	761
Kubinger, K.; Jäger, R. (Hg.) (2003): Schlüsselbegriffe der Psychologischen Diagnostik. (<i>D. Gröschke</i>)	64
Lang, P.; Sarimski, K. (2003): Das Fragile-X-Syndrom. Ein Ratgeber für Eltern. (<i>D. Irblich</i>) ..	593
Langfeldt, H.-P. (Hg.) (2003): Trainingsprogramme zur schulischen Förderung. Kompendium für die Praxis. (<i>D. Gröschke</i>)	63

Lauth, G.W.; Grünke, M.; Brunstein, J.C. (Hg.) (2004): Interventionen bei Lernstörungen. Förderung, Training und Therapie in der Praxis. (<i>D. Irblich</i>)	679
Lepach, A.C.; Heubrock, D.; Muth, D.; Petermann, F. (2003): Training für Kinder mit Gedächtnisstörungen. Das neuropsychologische Einzeltraining REMINDER. (<i>D. Irblich</i>)	436
Maur-Lambert, S.; Landgraf, A.; Oehler, K.-U. (2003): Gruppentraining für ängstliche und sozial unsichere Kinder und ihre Eltern. (<i>D. Irblich</i>)	293
Mayer, R.; Born, M.; Kähni, J.; Seifert, T. (2003): „Wirklich?! – Niemals Alkohol?!“ Problemskizzen zur präventiven Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus Familien Suchtkranker. Balingen: Eigenverlag (<i>E. M. Dinkelaker</i>)	596
Mentzos, S.; Münch, A. (Hg.) (2003): Psychose und Sucht. (<i>W. Schweizer</i>)	296
Michels, H.-P.; Borg-Laufs, M. (Hg.) (2003): Schwierige Zeiten. Beiträge zur Psychotherapie mit Jugendlichen. (<i>W. Schweizer</i>)	129
Möller, C. (2003): Jugend sucht. Drogenabhängige Jugendliche berichten. (<i>M. Schulte-Markwort</i>)	515
Oetker-Funk, R.; Dietzfelbinger, M.; Struck, E.; Volger, I. (2003): Psychologische Beratung. Beiträge zu Konzept und Praxis. (<i>B. Plois</i>)	594
Papoušek, M.; Gontard, A. v. (Hg.) (2003): Spiel und Kreativität in der frühen Kindheit. (<i>D. Irblich</i>)	212
Papoušek, M.; Schieche, M.; Wurmser, H. (Hg.) (2004): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. (<i>L. Goldbeck</i>)	756
Petermann, F.; Wiedebusch, S. (2003): Emotionale Kompetenz bei Kindern. (<i>D. Irblich</i>)	292
Piaget, J. (2003): Meine Theorie der geistigen Entwicklung, herausgegeben von R. Fatke. (<i>D. Gröschke</i>)	63
Poustka, F.; Bölte, S.; Feineis-Matthews, S.; Schmötzer, G. (2004): Autistische Störungen. (<i>C. v. Bülow-Faerber</i>)	758
Reinehr, T.; Dobe, M.; Kersting, M. (2003): Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Das Adipositas-Schulungsprogramm OBELDICKS. (<i>G. Latzko</i>)	676
Richman, S. (2004): Wie erziehe ich ein autistisches Kind? Grundlagen und Praxis. (<i>Y. Ahren</i>)	760
Rosenkötter, H. (2003): Auditive Wahrnehmungsstörungen. Kinder mit Lern- und Sprachschwierigkeiten behandeln. (<i>M. Micklej</i>)	130
Sarimski, K. (2003): Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome. 3., vollst. überarb. u. erw. Aufl. (<i>D. Irblich</i>)	440
Scheithauer, H.; Hayer, T.; Petermann, F. (2003): Bullying unter Schülern. Erscheinungsformen, Risikobedingungen und Interventionskonzepte. (<i>L. Mürbeth</i>)	595
Scheuerer-Englisch, H.; Suess, G.J.; Pfeifer, W.-K. (Hg.) (2003): Wege zur Sicherheit. Bindungswissen in Diagnostik und Intervention. (<i>L. Unzner</i>)	289
Schönplugh, W. (2004): Geschichte und Systematik der Psychologie. Ein Lehrbuch für das Grundstudium. 2. Aufl. (<i>D. Gröschke</i>)	518
Streeck-Fischer, A. (Hg.) (2004): Adoleszenz – Bindung – Destruktivität. (<i>L. Unzner</i>)	680
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2003): Therapie der Lese-Rechtschreibstörung (LRS). Traditionelle und alternative Behandlungsmethoden im Überblick. (<i>M. Micklej</i>)	211
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2004): Welche Chancen haben Kinder mit Entwicklungsstörungen? (<i>K. Sarimski</i>)	762
Vossler, A. (2003): Perspektiven der Erziehungsberatung. Kompetenzförderung aus der Sicht von Jugendlichen, Eltern und Beratern. (<i>H. Heekerens</i>)	592
Watkins, J.G.; Watkins, H.H. (2003): Ego-States. Theorie und Therapie. Ein Handbuch. (<i>D. Irblich</i>)	362

Winkelheide, M.; Knees, C. (2003): ... doch Geschwister sein dagegen sehr. Schicksal und Chancen der Geschwister behinderter Menschen. (<i>D. Irblich</i>)	365
Zander, B.; Knorr, M. (Hg) (2003): Systemische Praxis der Erziehungs- und Familienberatung. (<i>C. v. Bülow-Faerber</i>)	360

Neuere Testverfahren / Test Reviews

Krowatschek, D. (2002): Überaktive Kinder im Unterricht. Ein Programm zur Förderung der Selbstwahrnehmung, Strukturierung, Sensibilisierung und Selbstakzeptanz von unruhigen Kindern im Unterricht und in der Gruppe, 4. Auf. (<i>C. Kirchheim</i>)	764
Rauer, W.; Schuck, K.-D. (2003): Fragebogen zur Erfassung emotionaler und sozialer Schulerfahrungen von Grundschulkindern dritter und vierter Klassen (FEES 3–4). (<i>K. Waligora</i>)	139
Stadler, C.; Janke, W.; Schmeck, K. (2004): Inventar zur Erfassung von Impulsivität, Risikoverhalten und Empathie bei 9- bis 14-jährigen Kindern (IVE). (<i>C. Kirchheim</i>)	521

Editorial / Editorial	1, 75, 529
Autoren und Autorinnen / Authors	60, 127, 207, 288, 359, 434, 513, 587, 674, 754
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	588
Tagungskalender / Congress Dates	71, 142, 216, 300, 367, 444, 524, 598, 683, 767
Mitteilungen / Announcements	220, 448, 527

Adipositas und Stressverarbeitung im Kindesalter

Tatiana Stauber¹, Franz Petermann¹, Uwe Korb², Armin Bauer²
und Petra Hampel³

Summary

Obesity and coping in childhood

The aim of this study was to investigate everyday coping styles in obese children in comparison to healthy controls in dependence of gender. Furthermore, the correlations of eating behavior with coping styles were examined. In addition, groups with highest and lowest extremal scores in eating behavior were compared. Patients (N = 58) aged from 11 to 13 years, who took part in an in-patient education program, were asked to complete the German Coping Questionnaire for Children and Adolescents (Hampel et al. 2001) and the Dutch Eating Behavior Questionnaire for Children (Franzen u. Florin 1997). Healthy controls were matched by age and gender and were asked to fill out the SVF-KJ. No differences between coping styles of obese children and adolescents and healthy controls were found. In obese children and adolescents, emotional and external eating behavior were positively correlated with maladaptive coping strategies. In comparison to previous findings in chronically ill children, differences in obese children and adolescents and healthy controls on coping styles could not be confirmed in the present study. However, results support that the eating behavior of obese children and adolescents is influenced by coping styles.

Keywords: pediatric obesity – stress and disease management

Zusammenfassung

Die dargestellte Studie hatte zum Ziel, die Stressverarbeitung von adipösen Kindern und Jugendlichen zu untersuchen. Dabei stand die Frage im Vordergrund, ob sich Adipöse in ihrer Stressverarbeitung von einer alters- und geschlechtsgemachten gesunden Vergleichsstichprobe *in* Abhängigkeit vom Geschlecht unterscheiden. Außerdem sollte der Zusammenhang von Essverhalten und Stressverarbeitungsstilen untersucht werden. Im Anschluss wurden Extremgruppenvergleiche in Bezug auf das Essverhalten durchgeführt. Die klinische Stichprobe bestand aus 58 adipösen Kindern im Alter von 11–13 Jahren, die zum Erhebungszeitpunkt an einer stationären Rehabilitationsmaßnahme teilnahmen. Die Kinder bearbeiteten vor Beginn der Intervention den Stressverarbeitungsfragebogen für Kinder und Jugendliche (SVF-

¹ Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen.

² Kinder-Reha-Klinik „Am Wellengarten“, Bad Rothenfelde.

³ Institut für Psychologie der Karl-Franzens-Universität Graz.

KJ) von Hampel et al. (2001) und den Dutch Eating Behavior Questionnaire für Kinder (DEBQ-K) von Franzen und Florin (1997). Die alters- und geschlechtsgematchte gesunde Vergleichsstichprobe bearbeitete nur den SVF-KJ. Es ließ sich kein Unterschied in der Stressverarbeitung von adipösen Kindern und der Vergleichsstichprobe feststellen. Allerdings zeigten sich für die adipösen Kinder positive Zusammenhänge zwischen emotionsinduziertem und externalem Essverhalten mit negativen Stressverarbeitungsstilen. Im Vergleich zu anderen Studien mit chronisch kranken Kindern und Jugendlichen konnte kein Unterschied in der Stressverarbeitung Adipöser mit einer gesunden Vergleichsstichprobe nachgewiesen werden. Allerdings sprechen die Befunde dafür, dass die Stressverarbeitung der adipösen Kinder einen vermittelnden Einfluss auf ihr Essverhalten hat.

Schlagwörter: Adipositas – Kinder und Jugendliche – Stress- und Krankheitsmanagement

1 Einleitung

Adipositas wird zunehmend mehr im Kindes- und Jugendalter berichtet, wobei dieser Anstieg besonders in den westlichen Industrienationen beobachtet wird (vgl. Kiess et al. 2001; Müller et al. 2001). Studien belegen, dass rund 10 % der Schulkinder in Deutschland adipös sind (Kronmeyer-Hauschild u. Jaeger 1998). Adipositas wird durch einen übermäßigen Anteil der Fettmasse am Körpergewicht mit deutlicher Beeinflussung der Gesundheit definiert (Warschburger et al. 1999). Zur Bestimmung des Anteils der Fettmasse hat sich als ökonomisches und leicht anzuwendendes Maß die Bestimmung der Body-Mass-Index durchgesetzt. Bei Kindern bestehen bei der Korrelation von Fettmasse und BMI altersabhängige Schwankungen, die u. a. durch wachstumsphysiologische Veränderungen des Verhältnisses von Muskel- und Knochenmasse zur Fettmasse bedingt sind. Aus diesem Grund gibt es keinen spezifischen Grenzwert bei Kindern, ab dem von einer Adipositas gesprochen wird. Stattdessen müssen bei der Beurteilung alters- und geschlechtsspezifische Schwankungen berücksichtigt werden. Für Deutschland konnten Kromeyer-Hauschild et al. (2001) in ihrer Metaanalyse jeweils getrennt nach Geschlecht altersabhängige Perzentile berechnen, ab denen von Adipositas gesprochen werden kann. Die Erkrankung verläuft unbehandelt chronisch (vgl. Epstein u. Wing 1987; Serdula et al. 1993), wobei zur Pathogenese multifaktorielle Ursachenmodelle diskutiert werden. Neben genetischen Faktoren werden psychische Komponenten zur Auslösung und Aufrechterhaltung der Erkrankung postuliert (vgl. Ellrott u. Pudel 1998; Kiess et al. 2001; Stroebe 2002). So tragen psychische Belastungen wesentlich zur Aufrechterhaltung der Adipositas bei. Hierbei können Alltagsbelastungen das Essverhalten adipöser Kinder und Jugendlicher negativ beeinflussen (Braet u. van Strien 1997; Lindel u. Laessle; 2002; Stauber et al. 2001).

Studien konnten belegen, dass bereits gesunde Schulkinder über zahlreiche alltägliche Belastungssituationen berichten (vgl. Hampel u. Petermann 2001). Die Stressbewältigungskompetenz hat allerdings eine entscheidende vermittelnde Rolle zwi-

schen den Belastungen und den Beanspruchungsreaktionen. Lohmann und Jarvis (2000) konnten bei 42 gesunden Jugendlichen im Alter von 11–18 Jahren zeigen, dass die psychische Gesundheit mehr durch die Art der Stressbewältigung als durch die Menge der objektiv vorhandenen Stressoren bestimmt wird. Dabei wurden bei gesunden Kindern und Jugendlichen bereits Alters- und Geschlechtseffekte in der Stressverarbeitung festgestellt (zusammenfassend s. Hampel u. Petermann 2001): Mit zunehmendem Alter wird die Flexibilität der Stressverarbeitungsstrategien größer. Problemlösende Strategien, wie sich einen Plan machen, werden schon von Grundschulkindern angewendet. Dagegen entwickeln sich emotionsregulierende Strategien, wie sich entspannen, erst im Entwicklungsverlauf zwischen später Kindheit und mittlerem Jugendalter. Im Jugendalter steigt allerdings auch die Anwendung ungünstiger Strategien, wie Vermeidung, Aggression und Resignation. Mädchen haben sich durch ein ungünstiges Stressverarbeitungsmuster ausgezeichnet: Sie setzten weniger emotionsregulierende und problemlösende Strategien ein und benutzten mehr stressvermehrnde Strategien als die Jungen (Hampel et al. 2001). Seiffge-Krenke (1993) zieht den Schluss, dass sich der Stressverarbeitungsstil von jugendlichen Mädchen nicht von Verarbeitungsmustern klinischer Stichproben unterscheidet. Somit besteht ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung psychischer Störungen.

Neuere Befunde aus der Stressforschung mit chronisch kranken Kindern zeigen, dass sich diese Kinder und Jugendliche, im Vergleich zu gesunden Gleichaltrigen, eher durch eine verbesserte Stressbewältigungskompetenz auszeichnen (vgl. Hampel 2001; Rudolph et al. 2002). So konnte dieses günstige Stressverarbeitungsmuster für Kinder und Jugendliche mit Asthma und Neurodermitis belegt werden (Hampel 2001; Spirito et al. 1988). In Bezug auf die Stressverarbeitung von adipösen Kindern und Jugendlichen liegen noch keine Studien vor. Allerdings konnten Lindel und Laessle (2002) nachweisen, dass adipöse Kinder im Alltag in Stresssituationen eher mit Essverhalten reagieren als normalgewichtige Kinder.

Adipöse, wie auch andere chronisch kranke Kinder und Jugendliche, müssen neben entwicklungsbedingten Anpassungsleistungen und den krankheitsunspezifischen Belastungen auch noch krankheitsspezifische Belastungen bewältigen. So müssen adipöse Kinder sich vermehrt mit sozialen Stressoren auseinandersetzen, wie zum Beispiel Hänseleien aufgrund des Aussehens (vgl. Jelalian u. Saelens 1999; Ravens-Sieberer et al. 2001). Hierbei spielt die Krankheitsbewältigungskompetenz eine entscheidende vermittelnde Rolle. So werden die ungünstigen Effekte von psychischen Belastungen auf die Adipositas insbesondere durch eine Veränderung des emotionsinduzierten Essverhaltens vermittelt (Braet u. van Strien 1997). Adipöse Personen berichten in emotionalen Situationen, wie zum Beispiel Ärger, Aufregung und Anspannung, von einem vermehrten Essbedürfnis (vgl. Ellrott u. Pudel 1998).

Zur Erklärung dieser Befunde wurden verschiedene Theorien zur kognitiven Kontrolle des Essverhaltens vorgelegt, auf die im Folgenden eingegangen werden soll: Schachter und Gross (1968) legten mit ihrer *Externalitätstheorie* eine der ersten Theorien zur kognitiven Regelung des Essverhaltens vor. Diese besagt, dass das Essverhalten nur bei normalgewichtigen aber nicht bei adipösen Menschen durch interne Hungergefühle gesteuert wird. Bei adipösen Menschen soll das Essverhalten statt dessen durch externe Hinweisreize, wie zum Beispiel Essensdüfte und Tages-

zeit, stimuliert werden. Obwohl viele Studien zu hypothesenkonformen Ergebnissen kamen, konnte nur ein sehr schwacher Zusammenhang zwischen Externalität und Übergewicht gefunden werden (Rodin 1981).

Der schwache Zusammenhang zwischen Externalität und Übergewicht kann mit dem *Grenzmodell des Essverhaltens* von Hermann und Polivy (1984) erklärt werden. Diese Theorie beschäftigt sich ebenfalls mit der kognitiven Kontrolle des Essverhaltens und dominierte seitdem die Forschung zum Essverhalten. Nach diesem Modell wird die Nahrungszufuhr durch zwei Schranken begrenzt. Diese Begrenzungen sind von physiologischer Natur und wirken aversiv: Hunger auf der einen Seite und Sättigung auf der anderen Seite. In dem Bereich zwischen Hunger und Sättigung liegt der Bereich der biologischen Indifferenz. Hier wird das Essverhalten durch soziale, kognitive, emotionale und andere Faktoren bestimmt (Westenhöfer 1996). Dieses Grenzmodell kann bezüglich des „Gezügelten Essverhaltens“ erweitert werden. Gezügelte Esser zeichnen sich durch folgende Merkmale aus: Sie versuchen, regelmäßig durch Hungerkuren ihr Gewicht zu reduzieren, das dadurch starken Schwankungen unterworfen ist (Stroebe 2002). Hermann und Polivy (1984) argumentieren, dass adipöse Menschen häufig hungern, um ihr Gewicht zu reduzieren, und dass diese bewusste Einschränkung der Kalorienzufuhr ihre übermäßige Empfindlichkeit gegenüber essrelevanten Außenreizen verursacht (Stroebe 2002). Nach dem Modell unterscheiden sich gezügelte Esser in zwei Punkten von normalen Essern: Erstens unterteilen sie ihren Indifferenzbereich mittels einer Diätgrenze, die aus kognitiven Regeln besteht. Demnach steuern die gezügelten Esser ihre Nahrungsaufnahme kognitiv, während bei nicht gezügelten Essern die Nahrungsaufnahme durch interne Hunger- und Sättigungssignale reguliert wird. Zweitens geht die Theorie davon aus, dass gezügelte Esser aufgrund ihrer wiederholten Diätversuche ihre Sensitivität gegenüber internen Hunger- und Sättigungsreizen verringern. Dies führt zu einer tieferen Hungergrenze und einer höheren Sättigungsgrenze und damit zu einer Vergrößerung des Indifferenzbereichs.

Nach dem Modell gibt es zwei Gruppen von Faktoren, die die kognitive Kontrolle stören und übermäßiges Essen induzieren können (Hermann u. Polivy 1984). Ein Faktor ist die Wahrnehmung, dass die eigene Diätgrenze überschritten wurde. Viele Studien konnten das Modell bestätigen: Gezügelten Esser geben nach einer Verletzung ihrer Diätgrenze die Kontrolle über ihr Essverhalten auf und essen solange weiter, bis sie die oberste Grenze ihres Indifferenzbereichs erreicht haben (vgl. Stroebe 2002). Zweitens wird angenommen, dass Prozesse, die vermehrt kognitive Ressourcen in Anspruch nehmen, die Fähigkeit der kognitiven Kontrolle des Essverhaltens beeinträchtigen. Dies wird darauf zurückgeführt, dass die kognitive Kontrolle des Essverhaltens kognitive Ressourcen erfordert und aufwendiger ist als die automatische Regelung durch Hunger und Sättigung. Auf diese Weise können auch die oben genannten Befunde von Ellrott und Pudel (1998) mit diesem Modell erklärt werden. So veranlasst das Durchleben starker Emotionen gezügelte Esser zu übermäßigem Essen, weil die kognitiven Ressourcen zur Bewältigung der Emotionen benötigt werden. Außerdem verliert das Ziel abzunehmen im Vergleich zu dem emotionsauslösenden Problem an Bedeutung. Kommt es häufiger zu einem Verlust der Kontrolle des Essverhaltens, führt dies langfristig zu einer Gewichtszunahme. Dies begünstigt wiederum eine Zunahme der oben genannten krankheitsspezifischen

Stressoren, die zusätzlich zu den täglichen Belastungen von dem adipösen Kind bewältigt werden müssen.

Die aktuellen Befunde der Stressforschung mit Kindern und Jugendlichen und der Adipositasforschung führten zu den folgenden Fragestellungen dieser Studie:

- Unterscheiden sich adipöse Kinder in ihrer Stressverarbeitung in Abhängigkeit vom Geschlecht von einer Vergleichsstichprobe?
- Gibt es einen Zusammenhang zwischen Essverhalten und Stressverarbeitungsstrategien bei adipösen Kindern?
- Unterscheiden sich adipöse Kinder mit hohen Ausprägungen in dem emotionalen, externalen oder gezügelten Essverhalten in ihren Stressverarbeitungsstrategien von den adipösen Kindern mit niedrigen Ausprägungen?

2 Methodik

2.1 Stichprobe

Insgesamt nahmen 58 adipöse Kinder im Alter von 11 bis 13 Jahren an der Untersuchung teil ($M_{\text{Alter}} = 12.14$, $SD = 0.76$). Von den Kindern waren 30 männlich und 28 weiblich ($\chi^2_{\text{Geschlecht}}$ ($df = 1$, $N = 58$) = 0.07, $p = .793$). Die Jugendlichen waren im Rahmen eines Aufenthaltes in der Kinder-Reha-Klinik „Am Wellengarten“ in Bad Rothenfelde aufgrund ihrer Adipositas in Behandlung. Alle teilnehmenden Kinder wiesen einen BMI über dem 97. Perzentil der alters- und geschlechtsentsprechenden Vergleichspopulation auf (vgl. Kromeyer-Hausschild et al. 2001). Als Vergleichsstichprobe wurden aus der Normstichprobe mit 1110 Kindern und Jugendlichen des SVF-KJ von Hampel et al. (2001) eine Stichprobe von $N = 58$ gezogen, die hinsichtlich des Alters und Geschlechts der Patientienstichprobe parallelisiert war. Von der Normierungsstichprobe liegen keine BMI-Werte vor. Alle Kinder und deren Eltern wurden vor Teilnahme an den Studien über die Studieninhalte informiert und das Einverständnis der Eltern zur Teilnahme wurde eingeholt.

2.2 Versuchsplan

Am ersten Tag ihres Klinikaufenthaltes wurde von den Kindern der Stressverarbeitungsfragebogen für Kinder und Jugendliche (SVF-KJ) von Hampel et al. (2001) sowie der Dutch Eating Behavior Questionnaire für Kinder (DEBQ-K) von Franzen und Florin (1997) bearbeitet. Die Fragebogen wurden aus organisatorischen Gründen ohne Anwesenheit des Klinikpersonals ausgefüllt. Die Kinder der Vergleichsstichprobe bearbeiteten den SVF-KJ im Klassenverbund innerhalb einer Schulstunde unter Anleitung geschulter Testleiter.

2.3 Erhebungsinstrumente

2.3.1 Essverhalten

Das Essverhalten wurde durch den Dutch Eating Behavior Questionnaire für Kinder (DEBQ-K) von Franzen und Florin (1997) erfasst. Dieser Fragebogen setzt sich aus drei Skalen zusammen: emotionales, externes und gezügeltes Essverhalten. Emotionales Essverhalten bedeutet, dass die Nahrungsaufnahme in emotionalen Situationen erfolgt, wie zum Beispiel unter emotionaler Belastung oder nach Konfliktsituationen. Externales Essverhalten bezieht sich auf die Nahrungsaufnahme aufgrund externaler Signale. Beispiele für externale Signale sind der Geruch von Speisen

oder das Zusehen, wenn andere Personen essen (vgl. Franzen u. Florin 1997). Unter gezieltem Essverhalten wird die Nahrungseinschränkung verstanden, mit der Personen versuchen, ihr Gewicht zu reduzieren oder zumindest zu halten. Die Befragten wurden gebeten, ihr Essverhalten auf einer vierstufigen Ratingskala von „nie“ (0) bis „oft“ (3) einzuschätzen.

2.3.2 Stressverarbeitungsstrategien

Die Stressverarbeitungstendenzen wurden mit dem SVF-KJ von Hampel et al. (2001) erhoben. Dieser Fragebogen erfasst neun Stressverarbeitungsstrategien, die hinsichtlich ihrer Wirkrichtung in stressverringernde und stressvermehrnde Verarbeitungsstrategien unterteilt werden können. Die fünf stressverringernenden Subtests „Bagatellisierung“, „Ablenkung“, „Situationskontrolle“, „Positive Selbstinstruktionen“ und „Soziales Unterstützungsbedürfnis“ können nach Lazarus und Folkman (1984) nochmals in Strategien zur Emotionsregulierung (Bagatellisierung, Ablenkung) und Problemlösung (Situationskontrolle, Positive Selbstinstruktionen, Soziales Unterstützungsbedürfnis) unterschieden werden. Die vier stressvermehrnden Subtests „Passive Vermeidung“, „Gedankliche Weiterbeschäftigung“, „Resignation“ und „Aggression“ gehen in den Sekundärtest „Ungünstige Stressverarbeitung“ ein. Die neun Subtests wurden durch jeweils vier Items repräsentiert, die in Bezug auf eine individuelle soziale und eine schulische Belastungssituation erhoben wurden. Damit wurden die Stressverarbeitungsdispositionen insgesamt über zwei mal 36 Items erfasst, die auf einer fünfstufigen Antwortskala von „auf keinen Fall“ (0) bis „auf jeden Fall“ (4) eingeschätzt wurden.

2.4 Statistische Auswertung

Der Vergleich der Ausprägungen der Stressverarbeitungsstrategien von adipösen Kindern und Jugendlichen und der Vergleichsstichprobe erfolgte mit Hilfe zweifaktorieller Varianzanalysen (ANOVA) über die drei Sekundärtests mit den Faktoren „Gruppenzugehörigkeit“ und „Geschlecht“. Dabei wurde eine Alpha-Adjustierung nach Bonferroni vorgenommen (Bortz 1993, S. 248 ff.). Entsprechend ergab sich ein Signifikanzniveau von $p \leq .006$. Zur Lokalisation der Effekte wurden im Anschluss ANOVAs auf der Subtestebene berechnet. Um mögliche Antworttendenzen zu berücksichtigen, wurden neben Analysen der Rohwerte auch Berechnungen mit den proportionalen Werten durchgeführt (vgl. Connor-Smith et al. 2000). Die Datenauswertung zum Zusammenhang von Essverhalten und Stressverarbeitungsstrategien erfolgte mit Hilfe der Berechnung von Korrelationen nach Pearson. Für diese Berechnungen ist die Anzahl der Probanden geringer ($N = 55$), da von 3 Kindern und Jugendlichen fehlende Werte im DEBQ-K vorlagen. Hypothesengenerierend wurde post hoc die Stressverarbeitung von Extremgruppen adipöser Kinder mit hohen und niedrigen Ausprägungen in den Skalen des DEBQ-K oder hohem und extrem hohem BMI verglichen. Für die Extremgruppen im DEBQ-K betrug die Gruppengröße jeweils 15. Für die Extremgruppen im BMI befanden sich jeweils 8 Kinder in einer Gruppe; weitere Paare ließen sich nicht ermitteln. Diese Extremgruppen wurden anschließend in unabhängigen t-Tests in Bezug auf die Sub- und Sekundärtests des SVF-KJ miteinander verglichen. Alle Ergebnisse wurden aufgrund ungerichteter Hypothesen unter zweiseitiger Testung ermittelt.

3 Ergebnisse

Reliabilität: Die internen Konsistenzen der Sekundär- und Subtests des SVF-KJ wurden für die Gruppe der Adipösen und der parallelisierten Vergleichsstichprobe mit Hilfe von Cronbach's Alpha berechnet. Die internen Konsistenzen für die Sekundär-

tests lagen für beide Stichproben über dem erforderlichen Konsistenzkriterium von $\alpha = .70$ (vgl. Tab. 1). Nur in der schulischen Belastungssituation in der Vergleichsstichprobe betrug die interne Konsistenz .64. Auch auf der Subtestebene lagen die internen Konsistenzen sowohl für die Adipösen als auch für die Vergleichsstichprobe im Bereich von $\alpha = .58$ bis .91.

Tab. 1: Interne Konsistenzen (gemessen durch Cronbach's Alpha; α) für die situationsübergreifenden Sub- und Sekundärtests (S1+2) sowie die Sub- und Sekundärtests des SVF-KJ der sozialen (S 1) und schulischen (S 2) Belastungssituation über N = 116

		Norm (n = 58)			Adipöse (n = 58)		
Sekundärtests		S 1+2	S 1	S 2	S 1+2	S 1	S 2
	EMO	.76	.72	.64	.75	.70	.74
	PRB	.90	.83	.88	.90	.85	.87
	NCO	.93	.88	.91	.93	.87	.91
Subtests	BAG	.71	.66	.51	.77	.65	.74
	ABL	.75	.66	.70	.64	.58	.64
	STK	.84	.70	.83	.83	.64	.79
	POS	.88	.73	.85	.89	.78	.80
	SUB	.91	.87	.88	.91	.83	.89
	VER	.86	.76	.85	.79	.65	.81
	GED	.83	.78	.78	.91	.82	.90
	RES	.82	.76	.78	.78	.72	.73
	AGG	.74	.68	.70	.77	.63	.79

Vergleich der Stressverarbeitung adipöser und gesunder Kinder: Zweifaktorielle Varianzanalysen ergaben keine signifikanten Haupteffekte „Gruppenzugehörigkeit“. Somit unterschieden sich die klinische und die gesunde Vergleichsstichprobe nicht in der Stressverarbeitung (vgl. Tab. 2).

Hinsichtlich der Geschlechtseffekte ergaben sich folgende Ergebnisse: Situationsübergreifend zeigten die Analysen eine tendenziell höhere Ausprägung in dem übergeordneten Stressverarbeitungsstil „Ungünstige Stressverarbeitung“ ($F(1,114) = 5.94, p = .016$) für die Mädchen. Dies geht auf höhere Angaben in dem Subtest „Gedankliche Weiterbeschäftigung“ für die Mädchen im Vergleich zu den Jungen zurück ($F(1,114) = 6.49, p = .012$). Bezogen auf die soziale Situationsschilderung wiesen die Mädchen signifikant höhere Ausprägungen im Stressverarbeitungsstil „Ungünstige Stressverarbeitung“ auf als die Jungen ($F(1,114) = 8.46, p = .004$). Analysen auf der Subtestebene wiesen nach, dass dieser Effekt auf die zwei Subtests „Gedankliche Weiterbeschäftigung“ ($F(1,114) = 10.07, p = .002$) und „Aggression“ ($F(1,114) = 6.14, p = .015$) zurückgehen. Bezogen auf die schulische Belastungssituation ergaben sich für die Mädchen tendenziell signifikant geringere Ausprägungen in dem Sekundärtest „Emotionsregulierende Bewältigung“ ($F(1,114) = 5.43, p = .022$) und dem dazugehörigen Subtest „Ablenkung“ ($F(1,114) = 6.45, p = .012$).

Tab. 2: Ergebnisse zweifaktorieller Varianzanalysen mit den Faktoren „Gruppenzugehörigkeit“ (A) und „Geschlecht“ (B) über die Sekundärtests des SVF-KJ bezogen auf die soziale (S1), schulische Belastungssituation (S2) und situationsübergreifend (S1 + 2) für die Stichprobe der Adipösen (Ad) und der Norm (No)

Sub- und Sekundärtests		Geschlecht		N = 116		Norm		Adipöse		Faktoren			
		M	W	Ad	No	M	W	M	W	A	B	A × B	
		n = 60	n = 56	N = 58	n = 58	n = 30	n = 28	n = 30	n = 28				
		df(1,114)			df(1,114)			df(1,114)					
S1+2													
EMO	M	2.02	1.80	1.98	1.86	1.99	1.71	2.05	1.90	01.13	03.73	01.75	F
	SD	0.67	0.53	0.63	0.60	0.62	0.54	0.73	0.51	.290	.056	.162	p
PRB	M	2.46	2.54	2.40	2.60	2.57	2.64	2.35	2.44	02.95	00.39	01.10	F
	SD	0.73	0.56	0.69	0.61	0.71	0.48	0.75	0.63	.089	.533	.350	p
NCO	M	1.40	1.71	1.59	1.51	1.31	1.72	1.50	1.69	00.44	05.94	02.39	F
	SD	0.70	0.63	0.70	0.66	0.61	0.66	0.77	0.61	.510	.016	.072	p
S1													
EMO	M	2.00	1.85	1.98	1.86	2.00	1.73	2.00	1.96	00.88	01.50	01.09	F
	SD	0.73	0.59	0.68	0.66	0.70	0.60	0.77	0.57	.350	.223	.358	p
PRB	M	2.44	2.52	2.40	2.56	2.53	2.59	2.35	2.46	01.75	00.45	00.74	F
	SD	0.72	0.58	0.70	0.61	0.72	0.47	0.73	0.68	.189	.505	.531	p
NCO	M	1.40	1.76	1.62	1.53	1.32	1.75	1.48	1.76	00.52	08.46	03.10	F
	SD	0.69	0.62	0.69	0.66	0.67	0.60	0.72	0.64	.474	.004	.030	p
S2													
EMO	M	2.04	1.76	1.97	1.85	1.99	1.69	2.10	1.84	01.03	05.43	02.16	F
	SD	0.72	0.57	0.70	0.63	0.64	0.59	0.80	0.56	.313	.022	.097	p
PRB	M	2.49	2.56	2.39	2.65	2.61	2.68	2.63	2.43	03.73	00.28	01.32	F
	SD	0.81	0.61	0.74	0.67	0.76	0.56	0.84	0.63	.056	.598	.271	p
NCO	M	1.40	1.65	1.56	1.49	1.29	1.69	1.52	1.61	00.29	03.14	01.52	F
	SD	0.80	0.71	0.78	0.75	0.68	0.77	0.90	0.65	.591	.079	.214	p

Anmerkungen: Abkürzungen: EMO = Emotionsregulierende Bewältigung, PRB = Problemlösende Bewältigung, NCO = Ungünstige Stressverarbeitung.

■ = Ergebnis signifikant bei $p \leq .006$.

Diese Ergebnisse konnten durch die Berechnungen mit proportionalen Werten bestätigt werden.

Hinsichtlich der Interaktionseffekte der beiden Faktoren „Gruppenzugehörigkeit“ und „Geschlecht“ ergab in der sozialen Belastungssituation ein tendenziell signifikanter Effekt für den Sekundärtest „Ungünstige Stressverarbeitung“ ($F(1,114) = 03.10, p = .030$). Dieser Effekt ist auf die Subtests „Gedankliche Weiterbeschäftigung“ ($F(1,114) = 3.36, p = .021$) und „Aggression“ ($F(1,114) = 3.26, p = .024$) zurückzuführen. Im Anschluss durchgeführte unabhängige t-Tests konnten zeigen, dass die gesunden Mädchen tendenziell signifikant häufiger ungünstige Stressverar-

beitungsstileangaben als die gesunden Jungen ($t(56) = -2.58, p = .013$). Für die adipösen Kinder waren keine Geschlechtseffekte nachweisbar.

Korrelationen von Essverhalten und Stressverarbeitung: Externales Essverhalten korrelierte situationsübergreifend positiv mit dem Stressverarbeitungsstil „Ungünstige Stressverarbeitung“ ($r = .36$; vgl. Tab. 3). Dies ist auf einen positiven Zusammenhang mit der Stressverarbeitungsstrategie „Resignation“ zurückzuführen ($r = .47$). Dieselben Zusammenhänge zwischen ungünstiger Stressverarbeitung und externalem Essverhalten waren auch für die soziale ($r = .34$) und schulische ($r = .35$) Belastungssituation nachweisbar, allerdings schwächer ausgeprägt. In beiden Fällen ist dies ebenfalls auf eine hohe Korrelation des Subtests „Resignation“ zurückzuführen (sozial: $r = .39$; schulisch: $r = .46$). In der schulischen Belastungssituation ergab sich zusätzlich noch eine positive Korrelation von externalem Essverhalten und der Stressverarbeitungsstrategie „Passive Vermeidung“ ($r = .30$).

Tab. 3: Korrelationen nach Pearson der Sub- und Sekundärtests des SVF-KJ situationsübergreifend (S 1 + 2), für die soziale Situationsschilderung (S 1) und die schulische Situationsschilderung (S 2) mit den Subtests des DEBQ-K über $N = 55$

		Subtests des DEBQ-K								
		S1+2			S1			S2		
		EMO	EXT	GEZ	EMO	EXT	GEZ	EMO	EXT	GEZ
Sekundärtests des SVF-KJ	EMO	.04	-.11	.13	.04	-.11	.12	.03	-.10	.12
	PRB	-.00	-.23	.09	-.02	-.21	.07	.01	-.23	.11
	NCO	.28*	.36**	-.07	.27	.34*	-.11	.26	.35*	-.03

Anmerkungen: * = $p \leq .05$, ** = $p \leq .01$.

Extremgruppenvergleich im DEBQ-K in der Stressverarbeitung: In Bezug auf die Extremgruppen in der Skala „Emotionales Essverhalten“ des DEBQ-K ergaben die Analysen folgende Ergebnisse: Situationsübergreifend setzten adipöse Kinder mit hohen Ausprägungen in emotionalem Essverhalten signifikant häufiger die ungünstigen Stressverarbeitungsstrategien „Passive Vermeidung“ ($t(28) = -2.41, p = .023$) und „Resignation“ ($t(28) = -3.12, p = .004$) ein als Kinder mit niedriger Ausprägung in emotionalem Essverhalten. Dieser Befund war auch in der sozialen Belastungssituation des SVF-KJ nachweisbar. Hier unterschieden sich die Kinder mit hohen Ausprägungen in den Subtests „Resignation“ ($t(28) = -2.81, p = .009$) und „Aggression“ ($t(28) = -2.09, p = .046$) signifikant von den Kindern der unteren Extremgruppe. In Hinblick auf die schulische Belastungssituation zeigten Kinder mit hohen Ausprägungen in emotionalem Essverhalten eine höhere „Passive Vermeidung“ ($t(28) = -2.67, p = .012$) und „Resignation“ ($t(28) = -2.76, p = .010$).

In Bezug auf die Skala „Externales Essverhalten“ waren ähnliche Ergebnisse festzustellen. Kinder mit hohen Ausprägungen im externalen Essverhalten resignierten situationsübergreifend signifikant mehr ($t(28) = -2.49, p = .019$) als die Kinder mit niedrigen Ausprägungen in externalem Essverhalten. Außerdem gaben die Kinder im oberen Extrembereich signifikant weniger die günstige Verarbeitungsstrategie „Positive Selbstinstruktionen“ an ($t(28) = 2.12, p = .043$). Diese Unterschiede bestätigten sich für die Resignation bezogen auf die schulische Belastungssituation ($t(28) = -2.73, p = .011$) und für die positiven Selbstinstruktionen bezogen auf die soziale ($t(28) = 3.12, p = .004$) und die schulische Belastungssituation ($t(28) = 2.41, p = .023$). Für die Extremgruppenbildung nach der Gruppierungsvariable „Gezügeltes Essverhalten“ ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in der Stressverarbeitung.

Extremgruppenvergleich im BMI in der Stressverarbeitung: In Bezug auf die Extremgruppen mit besonders hohem bzw. niedrigem BMI ließen sich sowohl situationspezifisch als auch situationsübergreifend keine signifikanten Unterschiede in der Stressverarbeitung feststellen.

4 Diskussion

Das Ziel der vorliegenden Studie war es, die Stressverarbeitung adipöser Kinder und Jugendlicher zu untersuchen. Dazu wurde überprüft, ob sich Adipöse in der Stressverarbeitung von einer gesunden alters- und geschlechtsgemachten Vergleichsstichprobe in Abhängigkeit vom Geschlecht unterscheiden. Außerdem wurde der Frage nach dem Zusammenhang von Essverhalten und Stressverarbeitung nachgegangen. Des Weiteren wurde in Nebenfragestellungen untersucht, ob sich Adipöse mit hohen Ausprägungen im Essverhalten in der Stressverarbeitung von Adipösen mit niedrigen Ausprägungen unterscheiden und ob adipöse Kinder mit sehr hohem BMI und adipöse Kinder mit vergleichsweise niedrigem BMI eine unterschiedliche Stressverarbeitung aufweisen. Dazu bearbeiteten 58 adipöse Kinder im Alter von 11–13 Jahren zu Beginn einer stationären Rehabilitationsmaßnahme den Dutch Eating Behavior Questionnaire für Kinder (DEBQ-K) von Franzen und Florin (1997) sowie den Stressverarbeitungsfragebogen für Kinder und Jugendliche (SVF-KJ) von Hampel et al. (2001). Die gesunde Vergleichsstichprobe bearbeitete lediglich den SVF-KJ.

Die methodischen Ergebnisse sprechen dafür, dass die internen Konsistenzen der Sekundärtests des SVF-KJ, die mit Cronbach's Alpha ermittelt wurden, alle im guten bis sehr guten Bereich lagen. Die internen Konsistenzen der Subtests des SVF-KJ lagen situationsübergreifend für beide Stichproben im guten bis befriedigenden Bereich. Die internen Konsistenzen für die situationsspezifischen Subtests waren geringer ausgeprägt.

Inhaltlich wurde überprüft, ob sich die adipösen Kinder in ihrer Stressverarbeitung von einer Vergleichsstichprobe unterscheiden. Die Ergebnisse zeigten in keiner Stressverarbeitungsstrategie signifikante Unterschiede, so dass davon ausgegangen werden kann, dass sich die adipösen Kinder hinsichtlich ihrer Stressverarbeitung nicht von der Vergleichsstichprobe unterscheiden. Dieses Ergebnis stimmt mit Be-

funden von Lindel und Laessle (2002) überein. In der Studie dieser Autoren unterschieden sich die jeweils 50 normal- und übergewichtigen Kindern im Alter von 9–13 Jahren nicht in der Stressbewältigung (Lindel u. Laessle 2002).

Allerdings stehen diese Ergebnisse im Gegensatz zu Befunden von Hampel et al. (2002). In dieser früheren Studie unterschieden sich chronisch kranke Kinder und Jugendliche in ihrer Stressverarbeitung von einer Normstichprobe. Kinder mit Asthma und Neurodermitis berichteten weniger passive Vermeidung als gesunde Kinder. Rudolph et al. (2002) bestätigten diese Befunde für krebskranke Kinder und Jugendliche. Rudolph et al. (2002) kommen zu dem Schluss, dass chronisch kranke Kinder und Jugendliche zwar mit mehr Stressoren als Gesunde konfrontiert werden, sie diese jedoch insgesamt besser bewältigen. Günstige frühere Lernerfahrungen könnten dazu beigetragen haben, dass sich die Stressbewältigungskompetenz der chronisch kranken Kinder und Jugendlichen im Vergleich zu gesunden Gleichaltrigen besser ausbildet. Durch diese verbesserte Stress- und Krankheitsverarbeitung wird der ungünstige Effekt der psychischen Belastungen auf den Gesundheitszustand abgepuffert (Hampel 2001). Dieser Unterschied in der Stressverarbeitung adipöser Kinder und Kindern mit anderen chronischen Krankheiten könnte teilweise damit erklärt werden, dass in den Studien von Hampel et al. (2002) und Rudolph et al. (2002) Kinder mit Asthma, Atopischer Dermatitis und Krebs untersucht wurden, die sich in ihrer Belastung durch ihre Erkrankung von den Adipösen unterscheiden. Diese Hypothese müsste in weiteren Studien untersucht werden. Kritisch anzumerken ist an dieser Stelle, dass bei der Kontrollgruppe der BMI nicht erhoben wurde. Bei der Interpretation der Befunde dieser Studie muss deshalb berücksichtigt werden, dass sich in der Kontrollgruppe möglicherweise auch adipöse Kinder befanden, so dass die Ergebnisse verzerrt worden sein könnten. Darüber hinaus wurden auch keine anderen soziodemographischen Daten wie IQ oder soziale Schichtzugehörigkeit sowohl bei der Kontrollgruppe als auch bei den adipösen Kindern erfasst. Dies wäre für zukünftige Studien wünschenswert, da bekannt ist, dass Adipositas besonders häufig in niedrigen sozialen Schichten zu finden ist (Warschburger et al. 1999).

Die Ergebnisse in Bezug auf Geschlechtseffekte in der Stressverarbeitung sprechen dafür, dass die Mädchen besonders in sozialen Belastungssituationen signifikant häufiger als die Jungen negative Stressverarbeitungsstrategien angeben. Diese Ergebnisse sind konsistent mit Befunden anderer Studien (vgl. zusammenfassend Hampel u. Petermann 2001), nach denen Mädchen durch ihre schlechtere Stressverarbeitung ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung psychischer Störungen aufweisen und damit eine besondere Risikopopulation darstellen (Seiffge-Krenke 1993).

Hinsichtlich der Interaktion von Gruppenzugehörigkeit und Geschlecht konnte gezeigt werden, dass sich die gesunden Mädchen im Vergleich zu den Jungen sowohl in sozialen als auch in schulischen Belastungssituationen tendenziell durch eine ungünstigere Stressverarbeitung auszeichneten. Dieser Geschlechtseffekt war für die adipösen Kinder nicht feststellbar. Diese Ergebnisse sind konsistent mit Ergebnissen von Hampel et al. (2002) sowie Spirito et al. (1995), die in ihren Studien ebenfalls keine Geschlechtseffekte in der Gruppe der chronisch kranken Kinder und Jugendlichen nachweisen konnten.

In Bezug auf den Zusammenhang von Essverhalten und Stressverarbeitung adipöser Kinder konnte in der vorliegenden Stichprobe ein signifikanter Zusammenhang zwischen emotionalem und externalem Essverhalten mit der Stressverarbeitung der Kinder nachgewiesen werden. So korrelierte die ungünstige Stressverarbeitungsstrategie „Resignation“ besonders hoch mit externalem Essverhalten, sowohl situationsübergreifend, als auch jeweils in einer sozialen oder schulischen Belastungssituation. Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass adipöse Kinder, die in hohem Maße zu emotionalem und externalem Essverhalten neigen, auch eine erhöhte Ausprägung in den negativen Stressverarbeitungsstrategien aufweisen. Gerade der hochsignifikante Zusammenhang mit der ungünstigen Strategie „Resignation“ ist in Hinblick auf die Therapie der Adipositas von Bedeutung, da die Reduzierung des emotionalen und externen Essverhaltens nach heutiger Sicht einen entscheidenden Faktor zur Gewichtsreduktion darstellt (Westenhöfer 2001).

Die post hoc durchgeführten Tests zum Extremgruppenvergleich im DEBQ-K können zur Differenzierung der oben genannten Ergebnisse in Bezug auf den Zusammenhang von Essverhalten und Stressverarbeitungsstilen beitragen. So gaben die adipösen Kinder mit extrem hohen Ausprägungen in emotionalem Essverhalten signifikant häufiger die ungünstige Stressverarbeitungsstrategie „Resignation“ an als die Adipösen im unteren Extrembereich. Dies traf sowohl situationsspezifisch als auch situationsübergreifend zu. In Hinblick auf das externe Essverhalten zeigte sich, dass sich die Kinder im oberen Extrembereich in der sozialen Belastungssituation signifikant weniger positiv selbstinstruierten. Diese Ergebnisse legen nahe, dass sich adipöse Kinder mit hohen Ausprägungen in emotionalem und externalem Essverhalten durch eine schlechtere Stressverarbeitungscompetenz gegenüber adipösen Kindern mit geringen Ausprägungen in diesen Skalen auszeichnen. Diese mögliche, sich herauskristallisierende Unterscheidung von adipösen Kindern mit extrem hohen und eher niedrigen Ausprägungen in emotionalem und externalem Essverhalten sollte auch in Zukunft weiter geklärt werden, um die Intervention individuell auf das Kind abzustimmen.

Die Höhe des BMI scheint hingegen nach unseren Ergebnissen keine Rolle bei der Stressverarbeitung zu spielen, so dass davon ausgegangen werden kann, dass sich adipöse Kinder als Gesamtgruppe in ihrer Stressverarbeitung nicht von der gesunden Vergleichsgruppe unterscheiden. Hier ist allerdings kritisch anzumerken, dass die Ergebnisse aufgrund der geringen Gruppengröße der Extremgruppen ($n = 8$) vorsichtig interpretiert werden müssen. Korrelationsbefunde deuten darauf hin, dass ungünstige Stressverarbeitungsstile positiv mit emotionsinduziertem und externalem Essverhalten bei Adipösen zusammenhängen. Da noch keine anderen Studien zu diesem Thema vorliegen, müssen diese ersten Befunde zunächst an einer größeren Stichprobe repliziert werden. Zukünftig sollte der Zusammenhang von Essverhalten und Stressverarbeitung auch bei normalgewichtigen Kindern untersucht werden, um adipöse und normalgewichtige Kindern vergleichen zu können. Erste Ergebnisse aus einem Laborexperiment von Lindel und Laessle (2002) zeigen, dass sich der Essstil von normalgewichtigen und übergewichtigen Kindern nach einer Stressinduktion nicht unterscheidet. Die übergewichtigen Kinder aßen generell nicht schneller oder mehr als die normalgewichtigen Kinder.

Die Befunde der durchgeführten Studie deuten darauf hin, dass die Stressverarbeitungsstile eine vermittelnde Rolle auf das Essverhalten der Kinder haben. Darüber hinaus kann aufgrund der Ergebnisse von Lindel und Laessle (2002) sowie Braet und van Strien (1997) angenommen werden, dass übergewichtige Kinder in emotional belastenden Alltagssituationen mit vermehrtem Essverhalten reagieren. Dies gilt in besonderem Ausmaß, wenn die Kinder Anstrengungen zur Zügelung des Essverhaltens unternehmen. Diese Ergebnisse bestätigen das Grenzmodell des Essverhaltens von Hermann und Polivy (1984). Nach diesem Modell reagieren adipöse Menschen, die ein gezügeltes Essverhalten zeigen, in emotionalen Situationen mit vermehrtem Essverhalten, da sie die kognitive Kontrolle über ihr Essverhalten verloren haben.

Insgesamt spricht diese Befundlage dafür, in die Therapie der Adipositas auch ein Stressmanagementtraining zu integrieren, um den Umgang mit Alltagsstressoren und auch krankheitsspezifischen Belastungen der Kinder zu verbessern. Darüber hinaus sollten mit den Kindern alternative Stressbewältigungsmöglichkeiten zum Essen in emotionalen Situationen erarbeitet und eingeübt werden. Hierdurch kann das Essverhalten positiv beeinflusst und in Folge das Gewicht kurz- und langfristig auf einem niedrigeren Niveau stabilisiert werden.

Literatur

- Bortz, J. (1993): Statistik für Sozialwissenschaftler (4. Auflage). Berlin: Springer.
- Braet, C.; Van Strien, T. (1997): Assessment of emotional, externally induced and restrained eating behaviour in nine to twelve-year-old obese and non-obese children. *Behavior Research and Therapy* 35: 863–873.
- Connor-Smith, J. K.; Compas, B. E.; Wadsworth, M. E.; Harding Thomsen, A. H.; Saltzman, H. (2000): Responses to stress in adolescence: Measurement of coping and involuntary stress responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68: 976–992.
- Ellrott, T.; Pudel, V. (1998): Adipositas therapie. Aktuelle Perspektiven (2. aktualisierte Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Epstein, L. H.; Wing, R. R. (1987): Behavioral treatment of childhood obesity. *Psychological Bulletin* 101: 331–342.
- Franzen, S.; Florin, I. (1997): Der Dutch Eating Behavior Questionnaire für Kinder (DEBQ-K) - Ein Fragebogen zur Erfassung gezügelten Essverhaltens. *Kindheit und Entwicklung* 6: 116–122.
- Hampel, P. (2001): Stressverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen mit atopischen Erkrankungen. *Kindheit und Entwicklung* 10: 216–225.
- Hampel, P.; Petermann, F. (2001): Stress und Stressdiagnostik - Einführung in den Themenschwerpunkt. *Kindheit und Entwicklung* 10: 143–147.
- Hampel, P.; Petermann, F.; Dickow, B. (2001): Stressverarbeitungsfragebogen von Janke und Erdmann angepasst für Kinder und Jugendliche (SVF-KJ). Göttingen: Hogrefe.
- Hermann, C. P.; Polivy, J. (1984): A boundary model for the regulation of eating. In: Stunkard, J. A.; Stellar, E. (Eds.): *Eating and its disorders*. New York: Raven Press, pp. 141–156.
- Jelalian, E.; Saelens, B. E. (1999): Empirically supported treatments in pediatric psychology: Pediatric obesity. *Journal of Pediatric Psychology* 24: 223–248.
- Kiess, W.; Reich, A.; Müller, G.; Meyer, K.; Galler, A.; Bennek, J.; Kratzsch, J. (2001): Clinical aspects of obesity in childhood and adolescence - Diagnosis, treatment and prevention. *International Journal of Obesity* 25: 75–79.
- Kromeyer-Hauschild, K.; Jaeger, U. (1998): Zunahme der Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas bei Jenaer Kindern. *Montasschrift Kinderheilkunde* 146: 1192–1196.

- Kromeyer-Hauschild, K.; Wabitsch, M.; Kunze, D.; Geller, F.; Geiß, H. C.; Hesse, V.; von Hippel, A.; Jaeger, U.; Johnson, D.; Korte, W.; Menner, K.; Müller, G.; Müller, J. M.; Niemann-Pilatus, A.; Remer, T.; Schaefer, F.; Wittchen, H.-U.; Zabransky, S.; Zellner, K.; Ziegler, A.; Hebebrand, J. (2001): Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Montasschrift Kinderheilkunde* 149: 807–818.
- Lazarus, R. S.; Folkman, S. (1984): *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lindel, B. U.; Laessle, R. G. (2002): Stressbezogene Determinanten für das Essverhalten übergewichtiger Kinder. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 10: 8–14.
- Lohman, B.; Jarvis, P. A. (2000): Adolescent stressors, coping strategies, and psychological health studied in the family context. *Journal of Youth and Adolescence* 29: 15–43.
- Müller, M. J.; Asbeck, I.; Mast, M.; Langnäse, K.; Grund, A. (2001): Prevention of obesity - More than an intention. Concept and first results of the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS). *International Journal of Obesity* 25: 66–74.
- Ravens-Sieberger, U.; Redegeld, M.; Bullinger, M. (2001): Quality of life after in-patient rehabilitation in children with obesity. *International Journal of Obesity* 25: 63–65.
- Rodin, J. (1981): Current status of the internal-external hypothesis for obesity. *American Psychologist* 36: 361–372.
- Rudolph, H.; Petermann, F.; Laß-Lentzsch, A.; Warnken, A.; Hampel, P. (2002): Stressverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen mit Krebs. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 51: 329–340.
- Schachter, S.; Gross, L. (1968): Manipulated time and eating behavior. *Journal of Personality and Social Psychology* 10, 98–106.
- Seiffge-Krenke, I. (1993): Coping behavior in normal and clinical samples. *Journal of Adolescence* 16, 285–304.
- Serdula, M.-K.; Ivery, D.; Coates, R.-J.; Freedman, D.-S.; Williamson, D.-F.; Byers, T. (1993): Do obese children become obese adults? A review of the literature. *Preventive Medicine* 22, 167–177.
- Spirito, A.; Stark, L. J.; Gil, K. M.; Tyc, V. L. (1995): Coping with everyday and disease-related stressors by chronically ill children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34: 282–290.
- Spirito, A.; Stark, L. J.; Williams, C. (1988): Development of a brief coping checklist for use with pediatric populations. *Journal of Pediatric Psychology* 13: 555–574.
- Stauber, T.; Petermann, F.; Haase, A.; Hampel, P. (2001): Kombiniertes Adipositas- und Anti-Stress-Training im ambulanten Bereich - Eine Pilotstudie. *Kindheit und Entwicklung* 10: 240–247.
- Stroebe, W. (2002): Übergewicht als Schicksal? Die kognitive Steuerung des Essverhaltens. *Psychologische Rundschau* 53, 14–22.
- Warschburger, P.; Petermann, F.; Fromme, C.; Wojtalla, N. (1999): *Adipositraining mit Kindern und Jugendlichen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Westenhöfer, J. (1996): *Gezügeltes Essen und Störbarkeit des Essverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.
- Westenhöfer, J. (2001): Prevalence of eating disorders and weight control practices in Germany in 1990 and 1997. *International Journal of Eating Disorders* 29: 477–481.

Korrespondenzadressen: Dipl.-Psych. Tatiana Stauber, Prof. Dr. Franz Petermann, Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen, Grazer Straße 6, 28359 Bremen. Sportpädagoge Uwe Korb, Dipl.-Sozialpäd. Armin Bauer, Kinder-Reha-Klinik „Am Wellengarten“, Ernst-August-Straße 7–12, 49214 Bad Rothenfelde. Priv.-Doz. Dr. Petra Hampel, Institut für Psychologie, Karl-Franzens-Universität Graz, Universitätsplatz 2, A-8010 Graz.