

Fachhochschule Nordwestschweiz
Bachelor-Studium in Sozialer Arbeit, Olten

Chronisch körperlich erkrankte Kinder

**Stärkung des Selbstkonzeptes bei Kindern mit einer
chronisch körperlichen Erkrankung**

Bachelor Thesis

Verfasst von Noëmi Hauri

Eingereicht bei Prof. Dr. Olivier Steiner

Eingereicht im Juni 2016 zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit

Abstract

Chronisch körperliche Erkrankungen bei Kindern nahmen im letzten Jahrhundert stark zu. Wenn den Betroffenen die Adaptation an die Belastungen und Einschränkungen, welche mit der jeweiligen Krankheit verbunden sind, nicht gelingt, kann das psychosoziale Auswirkungen haben. Diese können sowohl das Wohlbefinden, die Leistungsfähigkeit als auch die gesamte kindliche Entwicklung beeinflussen. Zu den alterstypischen Entwicklungsaufgaben kommen krankheitsbedingte Anforderungen hinzu, die zu bewältigen sind. Ein positives Selbstkonzept kann dabei als Schutzfaktor fungieren. Da sich aber eine chronische Erkrankung auch auf die Entwicklung eines solch stärkenden Selbstkonzeptes auswirken kann, gilt es dessen Aufbau zu unterstützen. Um diese komplexen Wechselwirkungen genauer zu erörtern, wird in der vorliegenden Bachelor Arbeit folgende Hauptfrage bearbeitet: Wie kann sich eine chronisch körperliche Erkrankung auf die psychosoziale Entwicklung in der Kindheit auswirken und inwiefern können die Betroffenen im Aufbau eines positiven Selbstkonzeptes unterstützt werden?

Um die Frage beantworten zu können, müssen einerseits mögliche psychosoziale Auswirkungen von chronischen Krankheiten herausgearbeitet werden und andererseits die Entwicklung sowie die Strukturierung des Selbstkonzeptes genauer fokussiert werden. Erst dann kann der Blick darauf gerichtet werden, inwiefern eine chronische Erkrankung das Selbstkonzept von Betroffenen beeinflussen kann und wie die Professionellen der Sozialen Arbeit die kranken Kinder im Aufbau eines positiven Selbstkonzeptes unterstützen können. Dies mit dem Ziel ein möglichst hohes Mass an Lebensqualität für die Betroffenen zu gewährleisten, sodass die physische sowie die psychosoziale Entwicklung altersentsprechend verläuft und die soziale Integration ins Umfeld gelingt.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
1.1 Haupt- und Unterfragen	2
2. Begriffserklärung.....	3
2.1 Chronisch körperliche Erkrankung.....	3
2.2 Kindheit und kindliche Entwicklung.....	5
2.3 Selbstkonzept.....	6
3. Kindliche Entwicklung	7
3.1 Säuglings- und Kleinkindalter	7
3.2 Frühe Kindheit.....	11
3.3 Mittlere Kindheit	14
4. Auswirkungen einer chronisch körperlichen Erkrankung auf die kindliche Entwicklung.....	17
4.1 Einflussfaktoren auf Verlauf und Erleben der Betroffenen	19
4.1.1 Krankheitsbezogene Faktoren.....	19
4.1.2 Personenbezogene Faktoren.....	21
4.1.3 Familiäre Faktoren.....	22
4.2 Zusätzliche Entwicklungsanforderungen bei chronisch kranken Kindern.....	23
4.3 Auswirkungen auf die psychosoziale Entwicklung	26
4.3.1 Entwicklungsbedingte Auswirkungen	28
5. Selbstkonzept.....	29
5.1 Entwicklung des Selbstkonzeptes.....	30
5.1.1 Informationsquellen	34
5.1.2 Attribuierungstheorie	37
5.2 Struktur des Selbstkonzeptes	39
5.3 Förderung des Selbstkonzeptes als Erziehungsziel.....	43
6. Das Selbstkonzept von chronisch körperlich kranken Kindern.....	46
6.1 Auswirkungen einer chronisch körperlichen Erkrankung auf das Selbstkonzept	46
6.2 Stärkung des Selbstkonzeptes	49
7. Fazit	52
8. Quellenverzeichnis	56
8.1 Literaturverzeichnis	56
8.2 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	59
9. Antiplagiatserklärung.....	60

1. Einleitung

Im letzten Jahrhundert haben in den westlichen Industrieländern chronisch körperliche Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen stark zugenommen. Die Mehrzahl der Autoren und Autorinnen sind der Meinung, dass ca. 20% der Kinder und Jugendlichen an einer chronisch körperlichen Krankheit leiden. Erkrankungen, die früher unweigerlich zum Tode führten, können heute durch hoch spezialisierte Behandlungsmethoden therapiert werden und dadurch das Leben der Betroffenen verlängern. Gerade durch Fortschritte im Bereich der neonatologischen Intensivmedizin kann das Überleben von Kindern mit schwerwiegenden biologischen Risikofaktoren ermöglicht werden (vgl. von Hagen/Schwarz 2009: 15f.). Zwar sind chronische Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen seltener als bei Erwachsenen, dafür vielfältiger. Im Gegensatz zum Leben in höherem Alter beeinflussen sie in der Kindheit und Jugend nicht nur das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit, sondern können sich auf die gesamte physische, psychische, sexuelle und soziale Entwicklung auswirken (vgl. Pinguart 2013: 2). „Illness does not ask. It demands.“ (Cohen 1999 zit. nach Warschburger 2000: 11). Dies beschreibt prägnant die Situation der Betroffenen. Man muss lernen, irgendwie mit der chronisch körperlichen Erkrankung umzugehen und mit ihr zu leben. Auch wenn sie nicht täglich gleich spürbar ist, bleibt sie ein lebenslanger Begleiter (vgl. ebd.: 11). Chronisch körperliche Krankheiten im Kindes- und Jugendalter bringen eine grosse Anzahl von allgemeinen und krankheitsspezifischen Belastungen mit sich, die sich aber nicht als direkte Stressoren auswirken, sondern indem die Bewältigung von alterstypischen Entwicklungsaufgaben be- oder verhindert werden (vgl. von Hagen/Schwarz 2009: 16). Krankheitsbezogene Anforderungen betreffen u.a. die Alltagsbewältigung, die Sonderrolle in der Familie, soziale Vergleichsprozesse, Leistungseinschränkungen und Vorurteile des Umfeldes (vgl. ebd.: 11). Lavigne und Faier-Routmann (1992) kamen in ihrer Metaanalyse zum Schluss, dass Kinder mit chronisch körperlichen Krankheiten im Vergleich zu gesunden Kindern ein erhöhtes Risiko aufweisen, Verhaltensabweichungen (v.a. internalisierend) zu entwickeln. Weiter zeigt sich ein generell beeinträchtigtes Selbstkonzept (vgl. Noeker/Petermann 2003: 199). „Nach einer klassischen psychosozial orientierten Studie von Rutter beträgt die Prävalenz kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen im Rahmen einer chronischen Erkrankung 17%. Diese Häufigkeit unterscheidet sich damit deutlich von einer Kontrollgruppe körperlich gesunder Altersgruppen, die bei 7% liegt.“ (Reinhardt 2009:11).

Das Selbstkonzept ist die Antwort auf die Frage „Wer bin ich?“ und umfasst alle gespeicherten Informationen zur eigenen Person, wie z.B. über den eigenen Körper, die eigenen Fähigkeiten und Kenntnisse oder eigene Verhaltensweisen (vgl. Neubauer 1976: 36-39). Zustande kommt das Selbstkonzept aus einem langen Entwicklungsprozess, der bereits

in der frühen Kindheit beginnt und die Gesamtheit aller Wahrnehmungen, Meinungen und Bewertungen des Individuums enthält (vgl. Hobmair 2008: 428). Die Wichtigkeit des Selbstkonzeptes betont Branden (2011: 11) wie folgt: „Von allen Urteilen, die wir im Leben fällen, ist keines so wichtig wie das, das wir über uns selbst fällen.“ Das Selbstkonzept hat Auswirkungen auf die individuelle Informationsaufnahme sowie das Verhalten und beeinflusst u.a. massgeblich das lebenslange Lernen, die Autonomie, das Selbstvertrauen und das soziale Verhalten (vgl. Müller 2002: 53-63).

Wie bereits oben erwähnt, kann eine chronisch körperliche Erkrankung bei Kindern das Selbstkonzept beeinträchtigen. Da für die kindliche Entwicklung ein positives Selbstkonzept ausschlaggebend ist und dies vielleicht gerade bei chronisch körperlich erkrankten Kindern als Schutzfaktor für psychosoziale Auswirkungen wirken könnte, soll dieser Zusammenhang mit der vorliegenden Arbeit tiefer ergründet und weiterverfolgt werden. Daneben soll die Rolle der Sozialen Arbeit in den verschiedenen Betreuungs- und Hilfsangeboten für die chronisch körperlich kranken Kinder und ihre Familien fokussiert werden. Auf Grund der hohen Komplexität, die der Einfluss von chronisch körperlichen Krankheiten auf die psychosoziale Bewältigung hat, ist eine umfassende Langzeitbetreuung wichtig. Welche Aufgaben dabei der Sozialen Arbeit zukommen, soll in dieser Arbeit thematisiert werden. Zum besseren Verständnis der Arbeit werden im nachfolgenden Kapitel die zentralen Begriffe definiert. Danach werden die wichtigsten Aspekte der kindlichen Entwicklung von der Geburt bis zum 11. Lebensjahr herausgearbeitet. Im Kapitel 4 sollen im Kontext der kindlichen Entwicklung mögliche psychosoziale Auswirkungen einer chronisch körperlichen Krankheit fokussiert werden. Danach wird die Entwicklung sowie die Struktur des Selbstkonzeptes von Kindern genauer beleuchtet, um anschliessend den Einfluss von chronisch körperlichen Erkrankungen auf den Aufbau des Selbstkonzeptes herauszuarbeiten. Es sollen für die Professionellen Interventions- und Unterstützungsmöglichkeiten erarbeitet werden, um das Selbstkonzept von chronisch kranken Kindern zu stärken und zu stabilisieren. Im letzten Kapitel werden die Rolle der Sozialen Arbeit sowie deren Aufgaben im Betreuungs- und Hilfeprozess thematisiert.

1.1 Haupt- und Unterfragen

Die vorliegende Arbeit dient zur Beantwortung folgender Hauptfrage:

Wie kann sich eine chronisch körperliche Erkrankung auf die psychosoziale Entwicklung in der Kindheit auswirken und inwiefern können die Betroffenen im Aufbau eines positiven Selbstkonzeptes unterstützt werden?

Um die Leitfragen zu operationalisieren, werden folgende Unterfragen formuliert:

- Was kennzeichnet die Entwicklung des Säuglings- und Kleinkindalter, der frühen Kindheit sowie der mittleren Kindheit und welche Entwicklungsaufgaben stellen sich den Kindern?
- Welche Auswirkungen kann eine chronisch körperliche Erkrankung auf die psychosoziale Entwicklung von Kindern haben?
- Welche Faktoren beeinflussen die Entwicklung des kindlichen Selbstkonzeptes?
- Wie kann sich eine chronisch körperliche Erkrankung von Kindern auf den Aufbau des Selbstkonzeptes auswirken?
- Inwiefern können Professionelle der Sozialen Arbeit chronisch körperlich kranke Kinder im Aufbau eines positiven und stabilen Selbstkonzeptes unterstützen?

2. Begriffserklärung

Um der Argumentation in der vorliegenden Arbeit gut zu folgen und um eine einheitliche Ausgangslage zu schaffen, werden in diesem Kapitel die relevanten Begriffe definiert. In der Literatur lassen sich z.T. unterschiedliche Bezeichnungen finden oder verschiedene Ausdrücke werden synonym verwendet. Daher muss Klarheit geschaffen werden, mit welchen Begriffen hier gearbeitet wird und was darunter verstanden wird.

2.1 Chronisch körperliche Erkrankung

Das Wort „chronisch“ stammt von den altgriechischen Begriffen „chronos“ für „Zeit, Dauer“, bzw. „chronios“, für „langwierig, zögernd“. Bei einer chronisch körperlichen Erkrankung handelt es sich um somatische Krankheitsbilder, die über einen längeren Zeitraum andauern und zwar medizinisch behandelbar sind, jedoch meistens nicht heilbar sind (vgl. Warschburger 2009: 27; Hoss/Maier 2013: 2). Daher ist das Ziel bei chronischen Krankheiten, Komplikationen, Verschlechterungen und Folgeerkrankungen zu vermeiden sowie ein möglichst hohes Mass an Lebensqualität für die Betroffenen zu gewährleisten (vgl. von Hagen/Schwarz 2009: 13). Chronische Erkrankungen gibt es auch im psychischen Bereich, wobei sich diese Arbeit auf die körperlichen Krankheiten beschränkt. Wichtig anzumerken ist aber, dass sich die somatische und psychische Ebene gegenseitig beeinflussen können (vgl. Hoss/Maier 2013: 2). Wenn in der vorliegenden Arbeit von chronischer Erkrankung gesprochen wird, sind immer die chronisch körperlichen Krankheiten gemeint. Die Kriterien, wann von einer chronischen Erkrankung gesprochen werden kann, werden in der Literatur unterschiedlich diskutiert. Die Arbeit stützt sich auf die in der Abbildung 1 ersichtliche Definition von Stein et al. (1993 zit. nach Warschburger 2000: 19), da sie prägnant die wichtigsten Kriterien benennt und die chronische Erkrankung explizit nicht im medizinischen, sondern in einem biopsychosozialen Kontext betrachtet wird. Dieses biopsychische Modell nach George L. Engel erhält im Gesundheitswesen immer mehr

Beachtung. Damit wird betont, dass eine Krankheit nicht rein biologischer Natur ist, sondern im Entstehen und Verlauf auch von psychischen sowie sozialen Faktoren beeinflusst und bedingt wird (vgl. Pauls 2013: 18). Daher ist eine umfassende biopsychische Perspektive bei der Betrachtung von chronischen Erkrankungen und deren Auswirkungen zentral (vgl. Warschburger 2000: 12).

1. es liegt eine biologische, psychologische oder kognitive Basis für die Erkrankung vor **und**
2. die Krankheit dauert seit mindestens einem Jahr an oder ist seit diesem Zeitraum so gut wie sicher **und**
3. sie führt zu mindestens einer der genannten Folgen:
 - Einschränkung der Funktionen, Aktivitäten oder schulischen Rolle im Vergleich zu gesunden Gleichaltrigen in der körperlichen, kognitiven, emotionalen und sozialen Entwicklung (**funktionelle Einschränkungen**).
 - Abhängigkeit von einem der folgenden Dinge, um die funktionellen, aktivitätsbezogenen oder sozialen Einschränkungen zu kompensieren oder zu minimieren:
 - Medikation,
 - spezielle Diät
 - medizinische Technologie,
 - unterstützende Gerätschaften
 - persönliche Anleitung (**kompensatorische Maßnahmen**).
 - Bedarf an medizinischer Versorgung oder verwandter Leistungen, psychologisch erzieherischen Dienstleistungen, die über das Altersmaß hinausgehen, oder nach speziellen überdauernden Behandlungen oder Unterbringungen (zu Hause oder in der Schule; **Servicenutzung**).

Abb.1: Kriterienkatalog für die Definition einer chronischen Erkrankung nach Stein et al. (1993) (In: Warschburger 2000: 19)

In Abhängigkeit von den unterschiedlichen Ein- oder Ausschlusskriterien für die Definition einer chronischen Erkrankung, variieren die Prävalenzangaben je nach Autor bzw. Autorin zwischen 10 bis 30% (vgl. Reinhardt 2009: 11). Wie bereits in der Einleitung erwähnt, haben chronisch körperliche Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen stark zugenommen. Durch die medizinischen Fortschritte konnte die Lebenserwartung bei zahlreichen Krankheiten drastisch verbessert werden (vgl. Warschburger 2000: 11f.). Es gibt ein sehr weites Spektrum von chronischen Erkrankungen. Beispiele sind Asthma bronchiale, Diabetes mellitus, Krebserkrankungen, Neurodermitis, Cystische Fibrose, Adipositas, chronische Nierenerkrankungen, Allergien, angeborene Herzfehler, Epilepsie, etc. (vgl. Warschburger 2000: 13-17; Hoss/Maier 2013: 5-15). „Trotz der Vielfalt und den Unterschieden in Ätiologie, Ausprägung und Behandlung liegen aber auch eine Reihe von psychologisch relevanten Gemeinsamkeiten bei chronischen Erkrankungen vor. Hierzu gehören die Behandlungsanforderungen, der langandauernde Verlauf und die damit oftmals verbundene Unsicherheit sowie Störungen der Alltagsroutine durch Arztbesuche oder Krankenhausaufenthalte, (...)“ (Warschburger 2000: 21). In der Literatur setzt sich der nonkategoriale Ansatz immer mehr durch. Dieser betrachtet nicht jedes Krankheitsbild

einzelnen, um Aussagen zur psychosozialen Belastung zu machen, da nicht die Diagnose ausschlaggebend für die Art und das Ausmass der erlebten Belastung ist. Erkrankungen mit ähnlichen Krankheitsdimensionen können gemeinsam betrachtet werden. Relevante Dimensionen können u.a. die Sichtbarkeit, das Vorliegen grösserer Operationen, die Fähigkeit des Kindes alltägliche Aktivitäten auszuführen oder die Stabilität des Verlaufs sein. Demnach sind die Belastungsprofile eher universell (vgl. ebd.: 21-24). Auch Lehmkuhl (1996: 13) betont, „dass die empirischen Studien nur geringe Unterschiede zwischen den verschiedenen Erkrankungsformen hinsichtlich psychosozialer Auswirkungen belegen.“ Daher werden auch in der vorliegenden Arbeit keine spezifischen chronischen Krankheiten im Detail angeschaut, sondern die möglichen Auswirkungen allgemein erarbeitet. Zur Veranschaulichung werden z.T. Beispiele von spezifischen Erkrankungen einfließen.

2.2 Kindheit und kindliche Entwicklung

Die Kindheit steht für die Zeit von der Geburt bis zu Beginn des Jugendalters bzw. der Adoleszenz (vgl. Bundesamt für Gesundheit o.J.). In der Literatur wird diese Zeitspanne je nach Autor bzw. Autorin unterschiedlich unterteilt und benannt. Da aber die Arbeit nicht nur auf eine Theorie der Entwicklungspsychologie Bezug nimmt, ist eine übergeordnete Einteilung, unabhängig von einem bestimmten Theoretiker bzw. einer bestimmten Theoretikerin, zur Strukturierung der verschiedenen Entwicklungsphasen hilfreich. Oerter/Montada (2002: o.S.) teilen die gesamte Kindheit in Säugling (bis 12 Monate), Kleinkind (zweites Lebensjahr) und Kindheit (drei bis elf Jahre) ein. Die Zeitspanne vom 3. bis zum 11. Lebensjahr ist sehr gross und beinhaltet enorme Entwicklungssprünge. Daher wäre eine Zweiteilung dieser Zeit von Vorteil. Hobmair (2008: 311-319) sowie Berk (2005: o.S.) nehmen eine Unterteilung in frühe und mittlere bzw. späte Kindheit vor. Dafür bündeln sie die beiden ersten Lebensjahre in nur einer Entwicklungsphase. Die vorliegende Arbeit unterteilt die Kindheit gemäss Berk (2005: o.S.) in das Säuglings- und Kleinkindalter (erstes und zweites Lebensjahr), in die frühe Kindheit (zwei bis sechs Jahre) sowie in die mittlere Kindheit (sechs bis elf Jahre). Durch eine solche Einteilung lassen sich auch gut die Entwicklungsaufgaben nach Havighurst miteinfließen, um darzustellen welche Anforderungen in einem bestimmten Alter für Kinder anstehen (vgl. Oerter 1998: 124f.). Mit dieser Unterteilung kann im Kapitel 3 die kindliche Entwicklung strukturiert und übersichtlich dargelegt werden, ohne sich dabei im Detail zu verlieren oder nur oberflächlich zu bleiben.

„Unter Entwicklung versteht man eine gerichtete Reihe von miteinander zusammenhängenden Veränderungen des Erlebens und Verhaltens im Laufe des Lebens, die in einer bestimmten Reihenfolge ablaufen.“ (Hobmair 2008: 209). Charakteristisch für den Entwicklungsbegriff ist, dass Veränderungen immer auf ein Ziel gerichtet sind. Z.B. zielt die

Sprachentwicklung auf die Verständigung mit anderen Menschen ab. Zudem erwähnt Hobmair die unumkehrbare Reihenfolge der Entwicklung. Ein Beispiel dafür ist, dass ein Kind zuerst ein Wort spricht, bevor es sich mit ganzen Sätzen ausdrücken kann (vgl. ebd.: 209). Entwicklung endet nicht mit der Volljährigkeit, sondern zieht sich über die gesamte Lebensspanne hinweg und beginnt demnach mit der Geburt und endet mit dem Tod (vgl. Berk 2005: 8f.; Montada 2002: 8). In dieser Arbeit wird aufgrund der Hauptfrage aber nur die Entwicklung in der Kindheit – d.h. von Geburt bis zum 11. Lebensjahr - in den Blickwinkel genommen. Die Entwicklung von Menschen wird einerseits von den körperlichen und psychischen Bedingungen, andererseits von der sozialen Umwelt beeinflusst. „Die Art und Weise aber, wie sich jeder einzelne Mensch mit seinen Anlagen und seiner Umwelt auseinander setzt und wie er sie verarbeitet, ist individuell und einmalig.“ (Hurrelmann 2006: 26). Die innere Veranlagung wie z.B. die körperliche Konstitution, das psychische Temperament oder die Grundstrukturen der Persönlichkeit, kann kein Mensch ablegen. Gleichzeitig kann sich niemand den sozialen und physikalischen Umweltbedingungen, wie z.B. der Familie, den Bildungseinrichtungen, den Massenmedien oder den Wohnbedingungen, vollständig entziehen. In jeder Phase der Entwicklung müssen diese verschiedenen Faktoren aufgenommen, angeeignet und verarbeitet werden (vgl. ebd.: 27). In jedem Alter stellen sich Entwicklungsaufgaben, durch welche Fertigkeiten und Kompetenzen gelernt werden können. Nach Havighurst gibt es innerhalb der Lebensspanne bestimmte Zeiträume, die für gewisse Lernprozesse besonders geeignet sind. Wenn die Aufgabe erfolgreich bewältigt wird, führt dies zu einer persönlichen Zufriedenheit und ermöglicht wiederum das Lösen von späteren Entwicklungsaufgaben (vgl. Gautschin/Gerber 2010: 1). Quellen für diese Entwicklungsaufgaben sind biologische Veränderungen innerhalb des Organismus, gestellte Aufgaben der Gesellschaft sowie persönliche Werte und Ziele. Zur Erfüllung sind individuelle Potentiale sowie soziale Ressourcen von Bedeutung (vgl. Oerter/Montada 2002: 43f.). Entwicklungsaufgaben in der Kindheit sind u.a. Objektpermanenz, d.h. das Wissen, dass Dinge weiter existieren, auch wenn sich diese ausserhalb des eigenen Blickfeldes befinden, Sprachentwicklung, Spiel in der Gruppe, Selbstbewusstsein und Erwerb der Kulturtechniken (vgl. Oerter 1998: 124f.).

2.3 Selbstkonzept

In der Literatur lassen sich zahlreiche Definitionen zum Selbstkonzept finden. Autoren und Autorinnen, die sich mit dieser Thematik beschäftigen, verwenden weitere Begriffe wie z.B. Selbstbild, Selbstwertgefühl, Selbsttheorie oder Selbstmodell oft synonym. Trotzdem können die inhaltlichen Bedeutungen schwanken, da es keine einheitlich akzeptierte Definition gibt (vgl. Eggert/Reichenbach/Bode 2003:14). Tausch und Tausch (1977 zit. nach Eggert et al. 2003: 14) fassen prägnant zusammen, was sie unter einem Selbstkonzept

verstehen: „Es (das Selbstkonzept) ist die zusammengefasste, konzentrierte, aber änderbare Summe der tausendfachen Erfahrungen eines Menschen mit sich selbst und über sich: Wie er ist, wie er lebt, was er kann und was er nicht kann.“. Auch Neubauer (1976: 36) hält fest, dass das Selbstkonzept als Gesamtkonzept die kognitive Repräsentanz der eigenen Person abbildet. Dabei umfasst es alle gespeicherten Informationen, die sich in Relation zum Individuum in den verschiedenen Erfahrungsbereichen ergeben haben. Darunter fallen einerseits persönliche Einstellungen, Werthaltungen, Handlungsziele und andererseits das individuelle Abbild gemachter Erfahrungen mit der Umwelt. Selbstkonzepte werden durch Interaktionen mit der Umwelt konstruiert. Dabei spielen nur die Informationen und Erfahrungen eine Rolle, welche für die Person eine emotionale Bedeutung haben. Die Entwicklung des eigenen Selbstkonzeptes verläuft normalerweise unbewusst. Es handelt sich um ein sehr komplexes Konzept, das aber durchaus geordnet und strukturiert ist. Bestehend aus verschiedenen Teilbereichen, die miteinander verknüpft sind, stellt es ein lebendiges System dar. Grundsätzlich ist das Selbstkonzept veränderbar, wobei es jedoch eine gewisse Konstanz zeigt (vgl. Eggert et al. 2003:15). Ähnlich wie eine wissenschaftliche Theorie hat das Selbstkonzept – als subjektive Theorie – eine Erklärungs- und Vorhersagefunktion (vgl. Neubauer 1976: 40). Einerseits beeinflusst das Selbstkonzept die weitere Informationsaufnahme und andererseits das eigene Verhalten (vgl. Müller 2002: 53). Das Selbstkonzept kann als Teilbereich der Identität eines Menschen gesehen werden. Identität versteht Epstein (1979 zit. nach Eggert et al. 2003: 17) als die Theorie, die sich eine Person von der Wirklichkeit konstruiert. Diese Theorie umfasst einerseits das Selbstkonzept und andererseits das Weltkonzept (Theorie von der Aussenwelt) sowie deren Wechselwirkungsprozesse.

3. Kindliche Entwicklung

Um mögliche Auswirkungen einer chronisch körperlichen Erkrankung auf die psychosoziale Entwicklung in der Kindheit herauszuarbeiten, muss zuerst die kindliche Entwicklung von der Geburt bis zum 11. Lebensjahr fokussiert werden. Es wird nicht nur eine Entwicklungstheorie dargelegt, sondern summarisch die wichtigsten Entwicklungsschritte und –aufgaben von unterschiedlichen Theoretikern und Theoretikerinnen in den entsprechenden Entwicklungsphasen beleuchtet. Dieses Kapitel hat nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, sondern soll als Grundlage für die weitere Arbeit einen Überblick zur Entwicklung in der Kindheit geben.

3.1 Säuglings- und Kleinkindalter

Aufgrund der neurophysiologischen Reifungsprozesse in den ersten beiden Lebensjahren vollzieht sich im Säuglings- und Kleinkindalter ein enorm schneller Wandel. „Die moderne

Säuglingsforschung spricht vom aktiven kompetenten Säugling, der bereits über erstaunliche sozio-emotionale und kognitive Fähigkeiten verfügt, Informationen aus seinem unmittelbaren Umfeld aufzunehmen und seinerseits Einfluss auf das Verhalten seiner Bezugspersonen zu nehmen.“ (Papastefanou 2009: 40). Die Entwicklungsaufgaben in dieser ersten Entwicklungsphase sind u.a. motorische Fähigkeiten erlangen wie beispielsweise das Laufen lernen, Bindungen zu Bezugspersonen aufbauen, Objektpermanenz erwerben, schlichte Kausalitäten erkennen, sprechen lernen, Sauberkeit erreichen und zwischen richtig und falsch unterscheiden zu können (vgl. ebd.: 40; Oerter 1998: 124f.).

Das Gehirn entwickelt sich im Säuglings- und Kleinkindalter mit hoher Geschwindigkeit und reagiert ähnlich wie ein Schwamm. Demnach eignen sich Kinder in dieser Phase rasch neue Fähigkeiten an. Für diese Reifung ist eine angemessene Stimulierung (sensorische Reize und emotionale, soziale Kontakte) von grosser Bedeutung (vgl. Berk 2005: 155-160). Kinder sind daher auf regelmässige und zuverlässige Befriedigung der grundlegenden Bedürfnisse, wie Nahrung, emotionale Zuwendung und Reizvermittlung, angewiesen. Ein einfühlsames und liebevolles Verhalten der Eltern ist massgebend, damit das Kind ein Urvertrauen aufbauen kann. Damit wird ein Gefühl des Sich-Verlassen-Dürfens gemeint – „eine allesdruchdringende Haltung sich selbst und der Welt gegenüber“ (Erikson 1981, zit. nach Flammer 2003: 85). Berk (2005: 235) versteht darunter das Vertrauen, auf die Welt zuzugehen und diese zu erkunden. Das Kind soll erfahren, dass zwischen der Welt und den eigenen Bedürfnissen eine Übereinstimmung besteht und es mit der Zeit Kontrolle darüber gewinnen kann. Unangenehme Erfahrungen oder Enttäuschungen können natürlich nicht immer vermieden werden. Zentral ist aber, dass positive Erlebnisse dominieren (vgl. Flammer 2009: 96-98, Hobmair 2008: 223f., Berk 2005: 235). „Nach Bowlby nimmt die Beziehung des Säuglings zu seinen Bezugspersonen seinen Anfang in einer Reihe angeborener Signale, die den Erwachsenen an die Seite des Babys rufen. Mit der Zeit entwickelt sich eine echte emotionale Bindung, die sowohl von den neuen kognitiven und emotionalen Fähigkeiten des Kindes unterstützt wird als auch von einer Geschichte warmer, einfühlsamer Fürsorge.“ (Berk 2005: 253). Diese andauernde Bindung zu den Eltern können die Kinder als sichere Basis nutzen. Sie liefert ein Set von Erwartungen, dass die Bezugspersonen verfügbar sind und in stressreichen Situationen Unterstützung bieten. Dieses innere Modell wirkt sich auch auf alle künftigen engen Beziehungen aus. Wie und ob Kinder die Bezugspersonen als sichere Basis nutzen können, und wie sie auf Trennungssituationen reagieren, hängt von dem entsprechenden Bindungsmuster ab. Kinder, die sich sicher gebunden fühlen, sind gut auf neue Erfahrungen vorbereitet und können Mut aufbringen, mit Neugier auf unbekannte Dinge, Personen und Situationen zuzugehen. Eine unsichere Bindung lässt Kinder ängstlich und eher verschlossen werden. Demnach lässt sich eine wechselseitige Abhängigkeit von Bindungs-

und Explorationsbedürfnis feststellen (vgl. ebd.: 252-256; Hobmair 2008: 305). Durch die Entwicklung im motorischen Bereich ergeben sich für das Kind neue Möglichkeiten im Umgang mit dem eigenen Körper und der Umwelt. Z.B. eröffnet das aufrechte Sitzen dem Kind eine ganz neue Perspektive oder das selbstständige Gehen gibt Gelegenheit zur Exploration (vgl. Berk 2005: 174). Parallel machen Kinder in den ersten beiden Lebensjahren zentrale Fortschritte in der Sprachentwicklung - von den ersten sprachlichen Äusserungen, über das erste Wort bis hin zu den ersten kurzen Sätzen. Unterstützt durch diese verschiedenen neuen Fähigkeiten erwirbt das Kind eine relativ grosse Unabhängigkeit. Es kann sich allmählich von den primären Bezugspersonen emanzipieren, um die Umwelt zu erforschen. Dieses Weggehen oder Loslassen bringt aber auch Risiken mit sich. Dem Kind können Fehler passieren, es begibt sich in peinliche Situationen oder steht plötzlich schutzlos da. Wenn die Loslösung zu früh erfolgt, kann Scham entstehen. Wird das Kind in seinem Autonomiebestreben zu stark eingeschränkt, getadelt oder erweisen sich die Bezugspersonen nicht als sicherer Hafen, können allmählich Zweifel an der eigenen Person sowie den eigenen Fähigkeiten entstehen. Daher sind realistische Erwartungen bezüglich der kindlichen Impulskontrolle und eine den Fortschritten des Kindes angepasste Unterstützung der Autonomiebestrebungen zentral (vgl. Flammer 2009: 98, Hobmair 2008: 224, Berk 2005: 235f.). Obwohl bereits früh Anzeichen für Gefühle bei Säuglingen zu erkennen sind, „besteht das frühe Gefühlsleben des Babys vorwiegend aus zwei allumfassenden Erregungszuständen: einem sich Hingezogenfühlen bei wohltuender Stimulation und dem Rückzug bei Stimulation, die dem Kind unangenehm ist.“ (Berk 2005: 237). In den darauffolgenden Monaten entwickelt sich das Lächeln und mit einem halben Jahr können Kleinkinder bereits die Primäremotionen wie Wut, Furcht, Freude oder Ekel äussern. Bereits bei Zweijährigen sind komplexe soziale Emotionen wie Scham, Verlegenheit, Schuld und Stolz zu erkennen. Der Wortschatz rund um die Gefühle erweitert sich und die emotionale Selbstregulation verbessert sich. Das Kleinkind beginnt zu realisieren, dass sich emotionale Reaktionen von anderen Menschen unterscheiden und es zeigt erste Anzeichen von Empathie (vgl. ebd.: 237-242; Hobmair 2008: 275f.).

Nach Piaget befinden sich Säuglinge und Kleinkinder in ihrer kognitiven Entwicklung auf der sensumotorischen Stufe. Bei Neugeborenen dominieren frühkindliche Reflexhandlungen wie z.B. saugen, greifen oder schlucken. Nach dem ersten Monat beginnen Säuglinge einfache motorische Gewohnheiten zu entwickeln, indem sie zufällige Verhaltensweisen wiederholen, die sich grösstenteils um die eigenen Grundbedürfnisse und den eigenen Körper drehen. Dadurch gewinnen sie eine erste spontane Kontrolle über ihr Verhalten. Zwischen dem vierten und achten Lebensmonat versuchen Säuglinge interessante Handlungen, welche sie durch das eigene Verhalten hervorgerufen haben, zu wiederholen. Diese verbesserte Kontrolle über das eigene Tun erleichtert es, auch vertraute Hand-

lungen von Bezugspersonen nachzuahmen. Neue Verhaltensweisen zu imitieren geht noch nicht. Ab dem achten Monat können Kleinkinder einerseits verschiedene Verhaltensmuster kombinieren, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Andererseits gelingt es ihnen nun intentionale oder zielgerichtete Handlungen auszuführen. Dazu beginnt sich die Objektpermanenz auszubilden. Kleinkinder von 12 bis 18 Monaten experimentieren viel, variieren Verhaltensweisen und erzeugen damit neue Ergebnisse. Dadurch sind sie besser fähig Lösungen zu finden und das Verständnis von Objektpermanenz verstärkt sich. Die flexibleren Handlungsmuster unterstützen das Nachahmen von verschiedenen Verhaltensweisen. Ab Mitte des zweiten Lebensjahres werden Verhaltensweisen nicht mehr nur durch Versuch-und-Irrtum-Verhalten erworben, sondern das Kind kann sich diese mental vorstellen und Handlungen geistig kombinieren. Weiter entwickelt sich die aufgeschobene Nachahmung. Das bedeutet, dass Kinder sich an Verhalten von Modellen erinnern und diese kopieren, auch wenn das Vorbild nicht anwesend ist. Schliesslich beginnt das Kind mit Als-ob-Spielen, indem es alltägliche und imaginäre Handlungen ausführt (vgl. Hobmair 2008: 265f.; Berk 2005: 196-199).

„Während das Kind beginnt, auf seine Umwelt einzuwirken, kann es die verschiedenen Auswirkungen seines Handelns beobachten. Das hilft dem Kind, sein eigenes Ich als getrennt von anderen Menschen oder Objekten wahrnehmen zu lernen.“ (Rochat 2001 zit. nach Berk 2005: 267). Ungefähr mit 15 Monaten erkennen sich Kleinkinder im Spiegel oder auf Fotos, verwenden ihren Namen oder ein Personalpronomen („ich“). Während des zweiten Lebensjahres beginnt das Kleinkind das Selbst zu konstruieren, d.h. es nimmt Qualitäten wahr, welche die eigene Person einzigartig machen. Dazu gehören z.B. körperliche Merkmale, Besitz, Geschlecht und mit zunehmendem Alter auch Einstellungen, Überzeugungen und Persönlichkeitseigenschaften. Das Kind erschafft mental ein Bild von sich selbst. Erstes Anzeichen für diese Konstruktion ist, dass es sich mit anderen zu vergleichen beginnt. „Im Alter von 18 bis 30 Monaten kategorisieren Kinder sich selbst und andere anhand des Alters (...), der Geschlechtszugehörigkeit (...), der Körpereigenschaften (...) und sogar aufgrund von Eigenschaften wie „gut“ oder „böse“ (...).“ (Stipek/Gralinski/Kopp 1990 zit. nach Berk 2005: 269). Diese sozialen Kategorien unterliegen zwar immer noch Einschränkungen, aber das Wissen beeinflusst trotzdem das kindliche Verhalten. Durch die Fähigkeit sich gedanklich auf sich selbst zu beziehen und sich als ein autonomes Wesen zu sehen, kann sich im zweiten Lebensjahr die Selbstkontrolle entwickeln. Weitere Voraussetzungen dafür sind die Repräsentationsfähigkeit sowie ein Erinnerungsvermögen. Erste Formen sind einerseits die Einwilligungsbereitschaft oder die Fügsamkeit und andererseits das Widersetzen. Die Selbstkontrolle verbessert sich bis in die Kindheit hinein ständig (vgl. Berk 2005: 267-271).

3.2 Frühe Kindheit

In der Phase der frühen Kindheit (zweiten bis sechsten Lebensjahr) entwickelt sich das unbeholfene Kleinkind zu einem relativ selbständigen Schulkind. Daher muss das Kind in dieser Zeit sehr viel lernen und erfahren. Wichtige Entwicklungsaufgaben sind dabei u.a. der Erwerb der Muttersprache, die Selbständigkeit in Alltagsdingen, die Geschlechtsrolle-identifikation, die Entwicklung von Phantasie und Spiel, einfache moralische Unterscheidungen treffen zu können und das Spiel in Gruppen (vgl. Oerter 1998: 124f.; Papastefanou 2009: 42; Hobmair 2008: 311). „Zwischen zwei und sechs Jahren nimmt das Gehirn zwischen 70% und 90% des Erwachsenengewichts zu.“ (Berk 2005: 280). Durch die hohe Bildung von Synapsen erhöht sich einerseits das Energiebedürfnis stark und andererseits werden verschiedene Fertigkeiten verbessert, wie z.B. körperliche Koordination, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Sprache, Wahrnehmung, Vorstellung und logisches Denken (vgl. ebd.: 280).

Das Kind erkundet in der frühen Kindheit die Umwelt nun systematisch und geplant. Mit viel Neugier wird alles untersucht und in Frage gestellt. Die Exploration wird durch die „Explosion neuer motorischer Fertigkeiten“ weiter gefördert (ebd.: 290). Die kindliche Neugier kann dem Umfeld aber auch zu viel werden oder Grenzen des Erlaubten werden überschritten. Das kann Schuldgefühle beim Kind auslösen. Wenn dies der Fall ist, stagniert das lustvolle Spiel und die mutigen Versuche Neues zu lernen (vgl. Flammer 2009: 99, Hobmair 2008: 224f., Berk 2005: 330f.). Zwischen dem zweiten und sechsten Lebensjahr machen Kinder in der sprachlichen Entwicklung gewaltige Fortschritte. Gemäss Anglin (1993 zit. nach Berk 2005: 322) erweitern Kinder in diesem Alter ihren Wortschatz täglich um fünf neue Wörter. Daneben werden viele grammatikalische Regeln erworben und gelernt, wie man angemessene Gespräche mit anderen führen kann (vgl. ebd.: 323). „Das Kind weiss jetzt sicher, dass es ein Ich ist; nun muss es herausfinden, was für eine Art von Person es werden will.“ (Erikson 1977, zit. nach Flammer 2009: 99) Ausgangspunkt ist das Erkennen, dass es Gleichheiten und Unterschiede zwischen dem Selbst und den anderen gibt. Besonders im geschützten Rahmen des gemeinsamen Spiels probieren Kinder unterschiedliche Rollen aus (vgl. Flammer 2009: 99, Hobmair 2008: 224f., Berk 2005: 330f.). Durch den Erwerb der neuen Fähigkeit der inneren Repräsentation lernt das Kind zu reflektieren. Weiter ermöglicht der wachsende Wortschatz über das eigene Ich und die inneren Gefühlszustände zu sprechen. Kinder beginnen in der frühen Kindheit ihr Selbstkonzept zu entwickeln, welches noch sehr konkret ist und sich an beobachtbaren Merkmalen wie dem Besitz oder an Handlungen orientiert. Die Kinder können sich zunehmend anhand ihrer Emotionen und Einstellungen beschreiben. „Allerdings verwenden Vorschulkinder noch keine Bezeichnung für Eigenschaften in der Beschreibung ihrer selbst. Diese Fähigkeit setzt eine grössere kognitive Reife voraus, (...)“ (Berk 2005: 332).

Beispielsweise können sie sich selbst noch nicht als schüchtern bezeichnen. Dafür wissen sie, dass eine schüchterne Person sich in Gesellschaft von fremden Menschen nicht wohl fühlt. Besitztümer spielen in dieser Alterskategorie eine wichtige Rolle und daher verbringen Vorschulkinder viel Zeit damit, ihre Rechte an Objekten geltend zu machen. Weiter beginnt in der frühen Kindheit die Entwicklung des Selbstwertgefühls, was die Beurteilung des eigenen Wertes und der eigenen Gefühle beinhaltet. Der Aufbau eines guten Selbstwertgefühls ist zentral, da die Bewertung der eigenen Kompetenzen sowohl emotionale Erfahrungen, zukünftige Verhaltensweisen wie auch die psychische Anpassungsfähigkeit längerfristig beeinflusst. Das Verständnis des eigenen Selbstwertgefühls ist noch nicht so differenziert wie beispielsweise bei Jugendlichen. Es gründet meistens auf den eigenen Leistungen und Bemühungen oder auf dem Erfolg in sozialen Kontakten. Generell schätzen Vorschulkinder ihre eigenen Fähigkeiten eher zu hoch ein. Gleichzeitig können sie aber auch schnell aufgeben und durch Misserfolge entmutigt werden. Ein stabiles Selbstwertgefühl erhöht die Kooperationsfähigkeit in Konfliktsituationen, fördert das gemeinsame Spiel sowie die Problemlösefähigkeit (vgl. ebd.: 331ff).

In der frühen Kindheit werden Beziehungen zu Gleichaltrigen („Peers“) immer wichtiger, da sie durch den Eintritt in den Kindergarten erstmals regelmässig längere Zeit von der Familie getrennt sind. Sie müssen lernen, sich im neuen sozialen Umfeld zurechtzufinden, sich einzuordnen und zu behaupten (vgl. Papastefanou 2009: 43). Freundschaftliche Interaktionen fördern die Entwicklung des Sozialverhaltens, das Verständnis für Gleichheit und Gerechtigkeit und tragen wesentlich zum Aufbau des Selbstkonzeptes bei (vgl. Oerter 2002: 243). Die Fähigkeit mit gleichaltrigen Kindern zu interagieren, entwickelt sich auf Grund des besseren Verständnisses der Gedanken und Gefühle anderer, der besseren Kommunikationsfähigkeit sowie des Bewusstseins des eigenen Selbst. Mit zunehmendem Alter beschäftigen sich Kinder vermehrt im gemeinsamen, interaktiven Spiel. Dadurch entstehen im Vorschulalter erste Freundschaften, die sehr zentral für die weitere emotionale und soziale Entwicklung sind. „Kinder im Alter von vier bis sieben Jahre definieren Freundschaften als lustvolles Spiel und als das Teilen von Spielzeug. Somit haben die Freundschaften noch nicht die langfristige, die Zeit überdauernde Qualität, die auf gegenseitigem Vertrauen basiert“ (Berk 2005: 341). Die Freundschaften kennzeichnen sich dadurch aus, dass sich die Kinder untereinander emotionaler ausdrücken, mehr miteinander reden und lachen, sich öfters sehen, einander sozial unterstützen, die Integration und Anpassung an das jeweilige Umfeld erleichtert sowie die akademische und soziale Kompetenz der Kinder gefördert wird (vgl. ebd.: 338-341).

Die Entwicklung der Sprache und des Selbstkonzeptes sowie die verbesserte innere Repräsentationsfähigkeit fördern die emotionale Entwicklung in der frühen Kindheit. Die Kinder verstehen zunehmend ihre eigenen Gefühle sowie die Gefühle ihrer Mitmenschen

besser. Es werden immer mehr Begrifflichkeiten, um Emotionen ausdrücken zu können, gelernt. Zudem können Kinder die Ursachen von grundlegenden Gefühlen angemessen einschätzen, obwohl die externalen Faktoren noch vorgezogen werden. Sie sehen vermehrt den Zusammenhang von Denken und Fühlen, können Gefühle anderer interpretieren, voraussagen wie sich diese auf das Verhalten auswirken könnten und wissen, wie man z.B. negative Emotionen mildern kann. Die Fähigkeit der emotionalen Selbstregulation entwickelt sich weiter. Anteile der Regulation, die bis anhin von der Bezugsperson ausgeführt wurden, kann das Kind nun selber umsetzen. Es entwickelt sich eine Bandbreite an verschiedenen Strategien im Umgang mit emotionaler Erregung. Da sich das Selbstkonzept langsam entwickelt, erleben Kinder zunehmend selbstbezogene Emotionen. Auch die Empathie nimmt weiter zu (vgl. ebd.: 335-337; Holodynski/Oerter 2002: 578f.).

Die Entwicklung des Gewissens macht in der frühen Kindheit auch grosse Fortschritte. Ethische Prinzipien und geschlechtstypische Normen werden vermittelt und integriert. Wenn das Kind immer wieder kritisiert und zu streng bestraft wird, können Schuldgefühle entstehen. (vgl. Hobmair 2008: 224f., Berk 2005: 330f.). In der kognitiven Entwicklung nach Piaget befinden sich Kinder zwischen vier und sechs Jahren auf der voroperatorischen Stufe. Die mentale Repräsentation nimmt stark zu. Diese lässt sich beobachten in der erworbenen Objektpermanenz, in der Nachahmung oder in Symbolhandlungen. Repräsentationsfunktionen zeigen sich durch Handlung, Bild und Sprache. Durch das Trennen von Denken und Handeln gelingt es den Kindern viel wirksamer zu denken – z.B. in Worten. Das Als-ob-Spiel entwickelt sich in der frühen Kindheit weiter, löst sich zunehmend von den Bedingungen des realen Lebens, wird weniger selbstbezogen, dafür umso komplexer. Dieses Symbolspiel stärkt viele geistige und soziale Fähigkeiten der Kinder (vgl. Gautschin 2012: 5; Berk 2005: 295f.). Das Denken in der voroperatorischen Stufe wird von der eigenen Wahrnehmung des Kindes dominiert. Dreijährige sehen die Welt vorwiegend aus ihrem Blickwinkel (Egozentrismus), wobei Fünfjährige bereits in der Lage sind Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen von anderen zu verstehen (vgl. Papastefanou 2009: 42). Im Alter zwischen drei und vier Jahren haben Kinder ein „magisches Denken“ und glauben an übernatürliche Kräfte von Feen und Zwergen. Für unerklärliche Vorgänge machen sie Magie verantwortlich oder schreiben unbelebten Dingen lebensähnliche Merkmale zu – z.B. ist die Sonne wütend auf die Wolken (animistisches Denken). Für Kinder im Vorschulalter stellt es noch eine Herausforderung dar, das Invarianzprinzip zu verstehen und anzuwenden. Dieses ist „nach Piaget das Wissen darum, dass sich physikalische Eigenschaften nicht ändern, wenn nichts hinzugefügt oder weggenommen wird, obwohl sich die äussere Erscheinungsform ändern kann.“ (Zimbardo/Gerrig 2004, zit. nach Gautschin 2012: 7). Dies kann auch durch die Zentrierung erklärt werden.

Vorschulkinder konzentrieren sich vorwiegend auf einen bestimmten Aspekt einer Situation und vernachlässigen dadurch andere zentrale Merkmale (vgl. Gautschin 2012: 6f.; Berk 2005: 297f.).

3.3 Mittlere Kindheit

Die mittlere Kindheit umfasst die Altersspanne von sechs bis elf Jahren und ist eng mit der Grundschulzeit verbunden. Die Entwicklungsaufgaben sind u.a. der Aufbau eines gesunden Selbstbewusstseins, das Erlernen von Kulturtechniken (Lesen, Schreiben, Rechnen), der Erwerb sozialer Kompetenzen, das Spielen und Arbeiten im Team, die Entwicklung eines angemessenen Rollenverhaltes und das Erreichen einer gewissen Autonomie (vgl. Oerter 1998: 124f.; Papastefanou 2009: 42; Hobmair 2008: 319).

Durch die Zunahme an Körpergrösse sowie Muskelkraft, verbessert sich die motorische Koordination während der mittleren Kindheit. Diese Entwicklung wird zudem von der grösseren kognitiven und sozialen Reife unterstützt. Z.B. haben Elfjährige eine doppelt so schnelle Reaktionszeit wie Fünfjährige, welche das Schlagen eines Balles oder das Dribbeln im Fussball vereinfachen. Auch die Feinmotorik verbessert sich, was beispielsweise in der Leserlichkeit der Schrift erkennbar ist (vgl. Berk 2005: 385f.). Der Wortschatz nimmt in der Grundschulzeit stetig zu. Zudem denken die Kinder genauer über Wörter nach und verwenden sie präziser. Dieser reflektierte und analytische Zugang zur Sprache trägt dazu bei, dass mehrfache Bedeutungen von Begriffen richtig eingeschätzt werden können und die Bewältigung von komplexeren grammatikalischen Konstruktionen verbessert werden (vgl. ebd.: 410f.). Die mittlere Kindheit basiert auf dem zunehmenden Interesse des Kindes an der sachlichen Umwelt. Es beschäftigt sich mit schulischen Lerngegenständen und findet Gefallen an handwerklichen Tätigkeiten. Das Grundschulkind ist um Leistung bemüht und „lernt nun, Anerkennung durch die Herstellung von Dingen zu gewinnen. Es entwickelt Beharrlichkeit (...)“ (Erikson 1981, zit. nach Flammer 2003: 88). Erikson spricht in diesem Zusammenhang davon, dass das Kind einen „Werksinn“ entwickelt. Diese Altersstufe wird immer vom Spannungsverhältnis zwischen Erfolg und Misserfolg dominiert. Eine gelungene Bewältigung dieser Entwicklungsstufe vermittelt Kompetenzgefühle. Das Kind ist stolz auf die eigenen Leistungen und hat ein realistisches Selbstkonzept sowie moralische Verantwortlichkeiten. Misserfolge bergen die Gefahr von Minderwertigkeitsgefühlen in sich. Dies drückt sich in Pessimismus und wenig Zuversicht in die eigenen Fähigkeiten, eine Aufgabe gut zu bewältigen, aus (vgl. Flammer 2009: 99f., Hobmair 2008: 225f., Berk 2005: 430f.). „Dieses Gefühl der Unzulänglichkeit kann entstehen, wenn das Familienleben das Kind nicht auf den Schulbesuch vorbereitet hat oder wenn Erfahrungen mit Lehrern und Gleichaltrigen allzu negativ gewesen sind, (...)“ (Berk 2005: 431). Kinder entwickeln während der Grundschule ein immer feineres Selbstkonzept. Die Selbstbe-

schreibung wird differenzierter, realistischer und hierarchisch komplexer. Die Schulkinder beschreiben sich nicht mehr anhand von Verhaltensweisen, sondern Fähigkeiten und Persönlichkeitseigenschaften werden benannt. Der soziale Vergleich gewinnt an Bedeutung. Die Kinder vergleichen ihr Aussehen, ihr Verhalten und ihre Fähigkeiten mit Gleichaltrigen. Sie lernen zunehmend die Botschaften anderer zu interpretieren und diese in die eigene Selbstdefinition zu integrieren. „Schulkinder internalisieren die Erwartungen anderer und bilden ein Idealselbst, anhand dessen sie ihr reales Selbst evaluieren.“ (ebd.: 432). Zwischen diesen beiden Selbstanteilen bestehen oftmals Diskrepanzen, was das Selbstbewusstsein verkleinert. In der Schule erhalten die Kinder durch das Notensystem Lob und Kritik sowie Rückmeldungen über ihre Leistungen und ihren Stand in der Gruppe. In den ersten Schuljahren nimmt das Selbstwertgefühl oftmals ab, da sie sich ihrer Defizite bewusst werden (vgl. Papastefanou 2009: 45f.). „Von der vierten bis zur sechsten Klasse steigt das Selbstwertgefühl bei den meisten jungen Menschen wieder, die sich nun besonders gut mit ihren Beziehungen zu Gleichaltrigen und ihren körperlichen Fähigkeiten fühlen.“ (Berk 2005: 433).

In der mittleren Kindheit bekommt die Peergruppe einen immer wichtigeren Stellenwert und das Interesse am Zusammensein mit Gleichaltrigen wächst. Auf der Basis von Nähe, Geschlechtszugehörigkeit, ethnischer Zugehörigkeit sowie Beliebtheit organisieren sich Kinder in Peergruppen. Es bildet sich eine Sozialstruktur und spezifische Wertvorstellungen sowie Verhaltensweisen werden geschaffen. In der Gruppe lernen die Kinder, viele soziale Kompetenzen wie z.B. Loyalität gegenüber den kollektiven Zielen, Kooperation, Führungsfähigkeiten oder das Vermögen sich unterzuordnen. Wenn Kinder von der Gruppennorm abweichen, werden diese durch Feindseligkeiten wie beispielsweise Verbreiten von Gerüchten oder durch verbale Beleidigungen ausgeschlossen. Es wird klar zwischen den Mitgliedern und den Aussenstehenden unterschieden. Ausschlaggebend ist die Peerakzeptanz, die sich auf die Beliebtheit eines Kindes bezieht. Diese kann sich ausschlaggebend auf das psychische Wohlbefinden auswirken. Abgelehnte Kinder sind oftmals unglücklich, zeigen schulisch schlechte Leistungen, sind sozial eher isoliert und weisen ein niedriges Selbstwertgefühl auf. Neben diesen informellen Gruppen kann das Bedürfnis der Kinder nach Zugehörigkeit auch durch formale Gruppenanbindung wie z.B. bei den Pfadfindern, kirchlichen Jugendgruppen oder anderen Vereinen gestillt werden. Während der ersten Schuljahre unterstehen die Freundschaften einem Wandel. Es entstehen erste wechselseitige Beziehungen, die auf beidseitigem Vertrauen basieren. Die Kinder lernen die Persönlichkeit des Freundes oder der Freundin schätzen und gehen auf seine/ihre Wünsche und Bedürfnisse ein. Sie wissen, dass man sich auf einander verlassen kann, einander hilft und persönliche Gedanken austauscht. Dadurch werden die Freundschaften selektiver. Oftmals finden sich Kinder, die sich in ihrem Alter, der Geschlechter-

zugehörigkeit, der Persönlichkeit, dem sozialen Status und der Beliebtheit ähnlich sind. Die Freundschaften bestehen meistens über mehrere Jahre hinweg (vgl. Papastefanou 2009: 45; Berk 2005: 443ff). „Durch diese Freundschaften lernen die Kinder die Wichtigkeit emotionaler Verantwortung und Hingabe. Sie beginnen zu merken, dass enge Beziehungen Meinungsverschiedenheiten überdauern können, wenn die Freunde sich sicher sind, dass sie einander mögen.“ (Berk 2005: 445).

Unterstützt durch die zunehmende soziale Sensibilität und die verbesserte Selbstwahrnehmung, machen die Kinder im Schulalter in der emotionalen Entwicklung viele Fortschritte. Selbstbezogene Emotionen wie Stolz oder Schuldgefühle sind von der eigenen Verantwortlichkeit dominiert. Dadurch muss keine erwachsene Person anwesend sein, um stolz auf die eigenen Leistungen zu sein oder sich wegen einem Fehlverhalten schuldig zu fühlen. Es zeigt sich in der mittleren Kindheit eine wachsende Differenzierung des emotionalen Erlebens und Verstehens. Die Kinder sind sich der Vielfalt von Gefühlen bewusst und sind im Stande mehrere, widersprüchliche Emotionen auf einmal wahrzunehmen und die auslösenden Situationen zu benennen. Durch die zunehmenden sozialen Vergleichen muss das Kind lernen, mit negativen Emotionen, welche das Selbstwertgefühl gefährden, umzugehen. Um die Gefühle selber zu regulieren, werden die Verhaltensstrategien ausgebaut und zunehmend auch kognitive Strategien angewandt. Die kindliche Reaktion in einer Situation ist abhängig vom Ausmass der Kontrolle. Ist eine Situation kontrollierbar, suchen die Kinder aktiv nach Lösungen oder fordern Hilfe an. Hat ein Kind über ein Ereignis keine Kontrolle, wird die Situation umgedeutet oder es lenkt sich ab. Durch eine gute emotionale Selbstregulation entwickelt sich ein Gefühl der emotionalen Selbstwirksamkeit. Dies bedeutet, dass man selbst die Kontrolle über die eigenen Gefühle hat. Die Fähigkeit zur Selbstregulation wirkt sich auch auf das soziale Verhalten und die Peerakzeptanz aus (vgl. Papastefanou 2009: 45; Berk 2005: 438f.).

Grundschulkindern befinden sich in ihrer kognitiven Entwicklung auf der konkret-operationalen Stufe. Das Denken wird immer logischer, organisierter und flexibler. Das Kind kann nun verschiedene Aspekte eines Problems gleichzeitig betrachten und diese in Verbindung zueinander setzen, anstatt sich nur auf etwas zu konzentrieren (Dezentrierung). Weiter bildet sich die Reversibilität aus - d.h. die Fähigkeit verschiedene Schritte durchzudenken, diese gedanklich umzudrehen und wieder zum Ausgangspunkt zurück zu kehren. Nach Flammer (2009: 141) gehört dazu auch das Bewusstsein, dass die Ausübung von Schemata rückgängig gemacht werden kann sowie das Wissen, dass gleiche Ziele auf unterschiedlichen Wegen erreicht werden können. Diese Fähigkeit bietet die Möglichkeit zu experimentieren und auszuprobieren. Schulkinder sind nun im Stande zu verstehen, dass eine Menge durch Umgestalten erhalten bleibt, wenn nichts weggenommen oder hinzugegeben wird (Invarianz). „Das Denken wird also unabhängig von der

Wahrnehmung des Kindes, ist jedoch immer noch an konkrete Sachverhalte gebunden, obwohl sich das Kind geistig vom momentanen Geschehen distanzieren kann.“ (Hobmair 2008: 268). Der Umgang mit abstrakten Gedanken, d.h. solche, die in der wirklichen Welt nicht sichtbar sind, ist in den meisten Fällen noch nicht möglich. Dafür können die Kinder nun Klassifikationshierarchien verstehen und verschiedene Kategorien nach bestimmten Merkmalen bilden. Weiter gelingt es ihnen, Gegenstände nach quantitativen Dimensionen in eine logische Reihenfolge zu bringen (Seriation) (vgl. Berk 2005: 390ff; Gautschin 2012: 8f.).

4. Auswirkungen einer chronisch körperlichen Erkrankung auf die kindliche Entwicklung

Chronische Erkrankungen sind nicht-normative Ereignisse, die einen hohen Stresscharakter aufweisen. Damit ist eine Vielzahl von Anforderungen und Aufgaben verbunden, die zu den Entwicklungsaufgaben in den jeweiligen Altersstufen hinzukommen. „Das Zusammentreffen der normalen Entwicklung des Kindesalters mit den hinzutretenden Herausforderungen einer chronischen Erkrankung bedeutet ein höheres Risiko für Entwicklungsabweichungen, (...)“ (Noeker/Petermann 2003: 192). Für die Betrachtung der psychosozialen Auswirkungen, ist eine entwicklungsbezogene Perspektive zentral. Um die Situation, die vorhandenen Ressourcen sowie die Konsequenzen der Krankheit einzuschätzen, ist es unerlässlich das Alter miteinzubeziehen. Abhängig von der kognitiven und sozial-emotionalen Entwicklung der Betroffenen wird eine Erkrankung anders bewertet und erlebt (vgl. Warschburger 2000: 27). Inwiefern sich psychosoziale Auswirkungen infolge einer chronischen Erkrankung entwickeln, hängt nicht alleine von der Krankheit ab. Weitere Einflussfaktoren müssen beachtet werden, da die chronische Erkrankung nur ein Teil des Lebens der betroffenen Kinder ist (vgl. ebd.: 155). Eine Akuterkrankung hängt v.a. von biologisch-medizinischen Faktoren ab und verläuft meistens uniform. Nachhaltige psychosoziale Auswirkungen treten nur in Ausnahmesituationen auf. Beim Übergang von einer Akuterkrankung zu einer chronischen Krankheit entsteht gleichzeitig ein Übergang von einem rein biomedizinischen zu einem biopsychosozialen Störungsverständnis. Die biologische, die psychische sowie die soziale Dimension sind in unterschiedlicher Gewichtung an der Entstehung, am Verlauf und an den Auswirkungen einer chronischen Erkrankung beteiligt. Bei einer Neurodermitis beispielsweise stellt eine genetische Disposition den Entstehungsfaktor dar. Der Verlauf wird stark durch personenbezogene Verhaltensweisen gesteuert (z.B. kratzen bei Juckreiz oder Therapiemitarbeit). Die Lebensqualität wird u.a. von sozialen Faktoren bestimmt, wie beispielsweise durch Stigmatisierungsprozesse oder Ausgrenzung von Gleichaltrigen aufgrund des Aussehens der Haut. (vgl. Noeker/Petermann 2003: 206f.). Wie sich eine chronische Erkrankung auf die betroffenen

Kinder auswirkt, ist demnach sehr individuell und hängt von bisherigen biographischen Ereignissen, der Persönlichkeit des Kindes, der Familie, der sozialen Umwelt und natürlich von den Krankheitsbedingungen ab. Wie die Abbildung 2 zeigt, besteht zwischen diesen Faktoren eine gegenseitige Wechselwirkung. Die Stabilität und Unterstützung der Familie hat beispielsweise nicht nur Auswirkungen auf das Erleben der Krankheit, sondern die Krankheit wirkt sich auch auf die Familie aus und kann somit eine familiäre Belastung darstellen. All diese genannten Einflussgrößen können sowohl Risiko- als auch Schutzfaktoren darstellen (vgl. Steinhausen 1996: 24f.). Trotz diesen Individualitäten konnten durch verschiedene Forschungen und Untersuchungen allgemeine und universell gültige Aussagen zu möglichen Auswirkungen einer chronischen Erkrankung in der Kindheit gemacht werden.

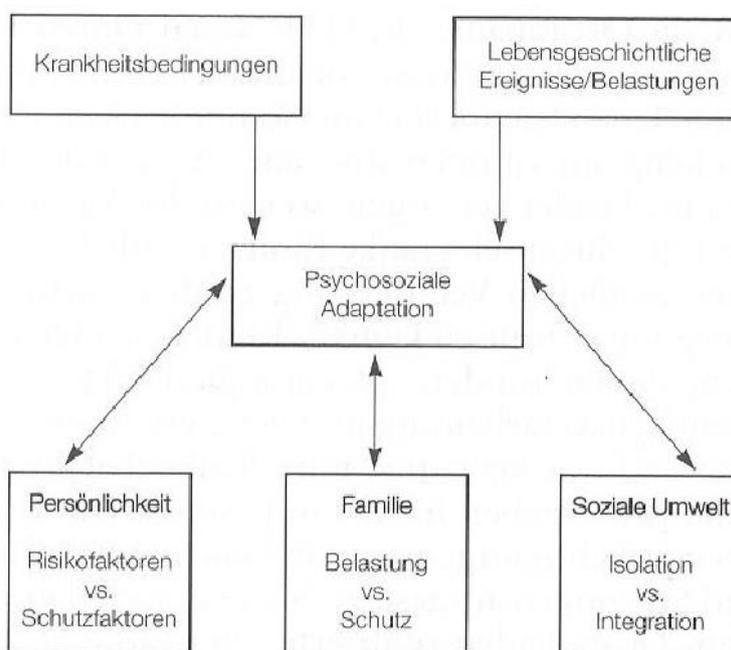


Abb.2: Modell der psychosozialen Adaption bei chronischer Krankheit (In: Steinhausen 1996: 24).

Auch wenn es chronische Erkrankungen gibt, die mit erhöhter Wahrscheinlichkeit zu psychosozialen Auswirkungen führen, darf nicht davon ausgegangen werden, dass alle Betroffenen Verhaltensauffälligkeiten zeigen. Dank unterschiedlichen Ressourcen und Schutzfaktoren gelingt vielen Kindern die Adaptation an die Belastungen und Einschränkungen, welche mit der jeweiligen chronischen Erkrankung verbunden sind, gut (vgl. von Hagen/Schwarz 2009: 20; Pinquart 2013: 51). „Ein positives Selbstkonzept, eine interne Kontrollüberzeugung oder die Fähigkeit, sich selbst zu behaupten, erleichtern die Bewältigung vielfältiger Anforderungen.“ (Mohr/Becker 1997: 34). Weitere Schutzfaktoren sind u.a. soziale Unterstützung, Anpassungsfähigkeit der Familie, Problemlösefähigkeiten,

kognitive Kompetenzen etc. (vgl. Warschburger 2000: 33). Diese einführenden Erläuterungen verdeutlichen, dass ein solch komplexes Problem wie die psychosozialen Auswirkungen einer chronischen Erkrankung nicht einfach universell und allgemeinverbindlich beantworten lässt.

In den folgenden Unterkapiteln werden zuerst wichtige Einflussfaktoren noch genauer beleuchtet, welche massgeblich sind für das Erleben und den Verlauf der Erkrankung und dadurch die psychosozialen Auswirkungen beeinflussen. Danach werden die zusätzlichen Entwicklungsanforderungen und –aufgaben sowie damit verbundene Konsequenzen, mit denen ein betroffenes Kind konfrontiert ist, fokussiert. Schlussendlich geht es um konkrete psychosoziale Auswirkungen, die sich aufgrund einer chronisch körperlichen Erkrankung zeigen können.

4.1 Einflussfaktoren auf Verlauf und Erleben der Betroffenen

Um Aussagen zu machen, inwiefern sich eine chronische Erkrankung auf die psychosoziale Entwicklung auswirkt, ist die Betrachtung des subjektiven Belastungserlebens ausschlaggebend. In Forschungen konnten Zusammenhänge zwischen bestimmten Erkrankungsmerkmalen und dem Risiko von psychischen Folgebeeinträchtigungen festgestellt werden (vgl. Noeker/Petermann 2003: 215). Wie oben beschrieben, beeinflussen auch Merkmale des Kindes sowie der sozialen Umgebung die psychosozialen Auswirkungen. Inwiefern eine Krankheit als Belastung erlebt wird, kann von der Schwere der Krankheit, vom Krankheitsverlauf, vom Alter und Geschlecht der Betroffenen sowie vom sozioökonomischen Status und der elterlichen Belastung abhängen (vgl. Pinquart 2013: 5-13; Warschburger 2000: 156). In vielen Fällen ist es gerade die Kombination von mehreren Faktoren, die eine Belastung vermindern oder erhöhen. Demnach wäre das Bild verzerrt, wenn man nur einzelne Merkmale getrennt betrachten würde. Das wechselseitige Zusammenspiel ist ausschlaggebend (vgl. Warschburger 2000: 178).

4.1.1 Krankheitsbezogene Faktoren

Bei chronischen Erkrankungen treten unterschiedliche Verlaufsformen auf, die sich dementsprechend auch verschieden auf das Belastungserleben auswirken. Die Krankheit kann von Geburt an bestehen (z.B. angeborene Schilddrüsenunterfunktion) oder erst im Laufe der Kindheit entstehen (z.B. Zöliakie). Das Auftreten kann ganz plötzlich und akut sein (z.B. Epilepsie) oder eher schleichend beginnen (z.B. chronisch entzündliche Darmerkrankung) (vgl. Hoss/Maier 2013: 5f.). In der Forschung von Mrazek et al. (1998 zit. nach Warschburger 2000: 162) wurde festgestellt, dass Kinder mit frühem Krankheitsbeginn auffälliger waren als Kinder mit späterem Auftreten der Erkrankung. Dies könnte erklärt werden mit den verminderten kognitiven und emotionalen Strategien von kleineren Kindern, welche eine angemessene Auseinandersetzung mit der Situation verhindern.

Andererseits beruhen die Untersuchungen auf Einschätzungen der Mütter. Daher könnte es auch sein, dass die Eltern von jüngeren Kinder über weniger effektive Bewältigungsstrategien verfügen und daher überfordert sind, was einerseits das Bewältigungsverhalten der Kinder und andererseits die elterliche Wahrnehmung der Situation beeinflusst. Bei Kindern, die bereits über lange Zeit hinweg krank sind, schwindet zunehmend die Hoffnung auf vollständige Heilung. Es wird deutlich, dass es sich nicht um einen vorübergehenden Zustand handelt. Eine chronische Erkrankung kann über lange Zeit hinweg in einem bestimmten Stadium verharren (z.B. infantile Zerebralparese), sich zunehmend bessern wie beispielsweise Neurodermitis, immer wieder mal schubweise bzw. anfallsartig ausbrechen (z.B. Asthma bronchiale) oder sich wie beispielsweise die zystische Fibrose zunehmend verschlechtern. Neben den Verlaufsformen ist bei chronischen Erkrankungen auch die Vielfalt der Behandlungsformen und -folgen gross. Behandlungsmassnahmen umfassen Diäten (z.B. bei Nahrungsmittelunverträglichkeiten), die Vermeidung von bestimmten Reizen, die beispielsweise allergische Reaktionen hervorrufen, regelmässige Medikamenteneinnahme (z.B. bei Epilepsie), regelmässige Injektionen (z.B. bei Diabetes mellitus), Chemotherapie, Operation und Bestrahlung bei Krebserkrankungen, Immunsuppression (z.B. bei Autoimmunerkrankungen), Dialyseverfahren wie beispielsweise bei Nierenversagen sowie Organtransplantationen. Als Ergänzung zu diesen medizinischen Behandlungsformen kommen oft noch Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie, Frühförderung, etc. dazu. Die Konsequenzen der Behandlungsmassnahmen wirken sich unterschiedlich auf die Betroffenen aus. Medikamente können Risiken und Nebenwirkungen auslösen, die wiederum zu Problemen und Symptomen führen. Wenn beispielsweise ein Patient nach einer Nierentransplantation Immunsuppressiva einnehmen muss, erhöht dies das Risiko für Infektionen. Spezielle Diäten, die zwar vor Krankheitssymptomen schützen, können zu Mangelerscheinungen wie Vitamin- oder Eisenmangel führen. Chronische Erkrankungen wirken sich im Kindesalter in unterschiedlichem Mass auf die Lebensführung und –qualität aus. Je nach Diagnose und Behandlungsform braucht es sehr häufige Krankenhausaufenthalte, so z.B. für Dialyse. Aufgrund von regelmässiger Medikamenteneinnahme, einer besonderen Diät oder regelmässigem Schlaf ist bei gewissen Krankheiten eine durchstrukturierte Lebensführung erforderlich. Dies ist den Kindern je nach Alter oft nur schwer verständlich. Weiter können sich chronische Erkrankungen auf die Leistungsfähigkeit (z.B. Herzfehler), auf die Mobilität (z.B. infantile Zerebralparese) und/oder auf das Aussehen (z.B. adrenogenitales Syndrom) der Betroffenen auswirken, die erkennbare Unterschiede zu Gleichaltrigen darstellen (vgl. Hoss/Maier 2013: 9-13). Viele Autoren und Autorinnen betonen, dass mit der Sichtbarkeit einer Krankheit die Belastung ansteigt, da die körperliche Attraktivität kleiner wird und sich die Erkrankung nicht verstecken lässt. Epileptische Anfälle ereignen sich beispielsweise oft in der Öffentlichkeit. Dadurch wird die Krankheit

sichtbar und bekommt oft einen Stigmatisierungscharakter, was sich auch auf die Schulleistungen und das Selbstkonzept der Betroffenen negativ auswirken kann. Es gibt vereinzelt auch Autoren und Autorinnen, die nicht-sichtbare Erkrankungen als Risikofaktor für die kindliche Entwicklung ansehen. „Sie argumentieren, dass diese Kinder und Jugendlichen nicht die emotionale Zuwendung und den Bonus der Umwelt erhalten, da sie nicht als krank oder eingeschränkt wahrgenommen werden. In der Folge werden an sie die gleichen Anforderungen gestellt wie an die gesunden Kinder und Jugendlichen.“ (Warschburger 2000: 164). In vielen Fällen sind chronische Krankheiten mit Schmerzen verbunden, die kontinuierlich bestehen oder regelmässig wiederkehren. Die Untersuchungen, Abklärungen und Behandlungen können auch sehr schmerzhaft sein. „Speziell im Kindesalter sind Schmerzen nur schwer zu ertragen und erfordern eine konsequente analgetische (=schmerzlindernde) Behandlung.“ (Hoss/Maier 2013: 13). Bei manchen Erkrankungen wie beispielsweise bei Mukoviszidose oder Krebserkrankungen ist eine Auseinandersetzung mit einem ungewissen Krankheitsverlauf und/oder einer geringeren Lebenserwartung zwingend (vgl. ebd.: 13). Viele Forschungen haben den Zusammenhang von der Schwere der Erkrankung und dem jeweiligen Belastungserleben untersucht. „In der Studie von Bussing et al. (1995) wiesen 30% der Kinder und Jugendlichen mit schwerem Asthma Verhaltensauffälligkeiten auf; bei mildem Asthma lag der Anteil hingegen nur bei 2% (...).“ (Warschburger 2000: 158). Auch bei anderen Krankheiten konnte diese Korrelation belegt werden. Es wird in der Literatur jedoch kontrovers diskutiert, ob es sich um eine lineare Beziehung handelt und somit psychosoziale Auswirkungen mit dem Schweregrad der Erkrankung ansteigen oder ob es sich um eine U-förmige Beziehung handelt. Dies würde bedeuten, dass Kinder mit geringer bzw. besonders schwerer Symptomatik am stärksten belastet sind. Bei Betroffenen mit leichter Krankheit könnte die Belastung höher sein, da sie mit Situationen in Kontakt geraten, in denen sie und ihr Umfeld unsicher sind, ob sie jetzt gesund oder krank sind und nicht genau wissen, wie sie reagieren sollen (ebd.: 161; von Hagen/Schwarz 2009: 19).

4.1.2 Personenbezogene Faktoren

Die Befundlage zum Zusammenhang des Alters von chronisch kranken Kinder sowie des Belastungserleben ist widersprüchlich. Einige Autoren und Autorinnen sprechen von einer höheren Belastung mit zunehmendem Alter. Beispielsweise konnte festgestellt werden, dass sich bei älteren Kindern mit Adipositas das Selbstkonzept und die soziale Akzeptanz verschlechtern. Andere Forschungen kamen zum Ergebnis, dass jüngere Kinder vermehrt Probleme in der Schule und psychische Störungen aufweisen. Trotz diesen unterschiedlichen Befunden, sind sich viele einig, dass die Entwicklungsphase, bzw. das Alter, die erlebte psychosoziale Belastung beeinflusst. Das Alter kann sich durch modifizierte sub-

jektive Krankheits- und Behandlungskonzepte, durch erweitertes Wissen über die Erkrankung, durch neue Entwicklungsaufgaben sowie durch veränderte Fähigkeiten, mit der Erkrankung umzugehen, auf die Belastung auswirken. Dieser Entwicklungsprozess betrifft auch das gleichaltrige soziale Umfeld der Betroffenen. Ältere Kinder wissen mehr über die Entstehung von Erkrankungen und zeigen sich demnach auch toleranter gegenüber den erkrankten Peers. Jüngere akzeptieren Betroffene weniger und befürchten zum Teil, dass sie angesteckt werden könnten. Schlussendlich lässt sich festhalten, dass das Alter und die Krankheitsdauer bei Kindern sehr eng zusammenhängen und sie bei der Untersuchung der Einflussfaktoren nicht getrennt betrachtet werden sollten (vgl. Warschburger 2000: 165ff).

„Bei körperlich Gesunden werden im Mittel mehr internalisierende Symptome bei Mädchen und mehr externalisierende Symptome bei Jungen gefunden. Dieser Trend verstärkt sich bei chronisch kranken Kindern und Jugendlichen.“ (Steinberger 2008 zit. nach Pinquart 2013: 61). Bei Jungen zeigen sich eher eine allgemeine Verhaltensstörung und mangelnde soziale Kompetenzen, wogegen bei Mädchen Einschränkungen im Selbstkonzept vermehrt auffallen. Forschungen haben belegt, dass Mädchen infolge einer chronischen Erkrankung häufiger und stärkere Belastungen erleben. Es darf aber nicht ausser Acht gelassen werden, dass unterschiedliche Krankheiten verschiedene Bereiche einschränken. Beispielsweise konnten bei Adipositas Geschlechtsunterschiede beobachtet werden. Dies kann dahin gehend erklärt werden, dass Mädchen eher eine schlankere Figur bevorzugen, wogegen Jungen eine etwas kräftigeren und muskulöseren Körperbau präferieren. Neben weiteren Persönlichkeitsmerkmalen kann die Intelligenz des Kindes einen Einflussfaktor für das Belastungserleben darstellen. Es kann davon ausgegangen werden, dass eine höhere Intelligenz Belastungen vermindert und daher vor negativen Auswirkungen einer chronischen Erkrankung schützt. In Untersuchungen zeigte sich dies in besseren Schulleistungen, einem besseren Sozialverhalten, einem positiveren Selbstkonzept sowie verminderter Depression. Gemäss dem transaktionalen Stressmodell von Lazarus und Folkman (1984) sind für das Verständnis von Stress und dessen Konsequenzen die individuellen Verarbeitungsstrategien ausschlaggebend. Demnach korrelieren die Copingstrategien von chronisch kranken Kindern mit dem Belastungserleben und den psychosozialen Auswirkungen. Erkrankungen können gleichzeitig auch direkt die Verarbeitungsstrategien der Betroffenen beeinflussen (vgl. Warschburger 2000: 167-170).

4.1.3 Familiäre Faktoren

Ein niedriger sozioökonomischer Status gilt generell als Risikofaktor für psychosoziale Auswirkungen. Über alle Krankheitsbilder hinweg kommen chronische Erkrankungen häufiger in unteren Sozialschichten vor und die Verhaltensprobleme verstärken sich. Chroni-

sche Krankheiten belasten die ganze Familie. Die Reaktionen und das Erleben der Eltern einerseits und den Verlauf der Erkrankung sowie die kindliche Krankheitsbewältigung andererseits, beeinflussen sich gegenseitig. Die Vielfältigkeit der Krankheitsbilder sowie des Belastungserlebens der Kinder widerspiegelt sich auch in den ganz unterschiedlichen Auswirkungen auf die Eltern. Eine chronische Erkrankung kann u.a. eine emotionale Belastung darstellen, einen zeitlichen Mehraufwand mit sich bringen, verantwortlich sein für Verlust von Spontanität und privatem Freiraum, soziale Beziehungen einschränken oder innerfamiliäre Konflikte verursachen. Es darf aber nicht ausser Acht gelassen werden, dass eine Krankheit auch positive Aspekte haben kann. Beispielsweise wird oft ein stärkerer familiärer Zusammenhalt erlebt oder die betroffenen Familien fühlen sich kompetenter in der Bewältigung von herausfordernden Lebenslagen. Nach Warschburger (2000: 176) kann eine gute soziale Unterstützung als „Puffer für die Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten beim Kind“ angesehen werden. In der Forschung von Bussing et al. (1996 zit. nach Warschburger 2000: 177) wiesen 78% der Kinder aus Familien mit grossem innerfamiliärem Stress Angststörungen auf, wogegen bei nur 26% der Kinder aus den restlichen Familien solche Störungen zum Ausdruck kamen. Demnach kann festgehalten werden, dass die Eltern nicht nur Einfluss auf die psychosoziale Belastung und die Krankheitsbewältigung des Kindes haben, sondern direkt das gesundheitsbezogene Verhalten mitbestimmen (vgl. ebd.: 171-178).

4.2 Zusätzliche Entwicklungsanforderungen bei chronisch kranken Kindern

Mit einer chronischen Erkrankung gehen zusätzliche Anforderungen im Alltag der Betroffenen einher. Einerseits werden durch die Krankheit Entwicklungsaufgaben be- oder verhindert und andererseits müssen die chronisch kranken Kinder in den jeweiligen Entwicklungsstadien, und je nach Krankheitsverlauf, neue unübliche Anforderungen meistern (Warschburger 2009: 29f.). Warschburger (2000: 30) hält fest, dass es neben dem „Nicht-Ereichen“ von Entwicklungsaufgaben auch vorkommen kann, dass Kinder in ihrer Entwicklung durch die chronische Erkrankung zurückgeworfen werden. Auf der anderen Seite können die Anforderungen an die Krankheitsbewältigung aber auch bewirken, dass die Betroffenen in ihrer Entwicklung den Gleichaltrigen voraus sind. Sie beschäftigen sich mit bestimmten Fragen früher und erreichen z.T. ein höheres Mass an Eigenverantwortung, Verantwortungsbewusstsein sowie Selbstwirksamkeitserleben. Moos und Tsu (1977 zit. nach ebd.: 24f.) erstellten eine Übersicht zu den Aufgaben, die mit chronischen Krankheiten in Beziehung stehen (siehe Abb.3). Einerseits gibt es Entwicklungsaufgaben, die auch gesunde Kinder zu bewältigen haben. Durch die Erkrankung werden diese aber erschwert oder behindert. Andererseits kommen zusätzlich krankheitsbezogene Aufgaben hinzu, die nur bei kranken Kindern auftreten. „Chronische Erkrankung wird damit als ein „Plusfaktor“

betrachtet, der zu den allgemeinen Stressoren, den normativen Anforderungen des Alltags, als zusätzliche Belastungsquelle hinzukommt.“ (Warschburger 2000: 24).

Krankheitsbezogene Aufgaben:

- mit Symptomen der Erkrankung (z.B. Schmerz oder Unwohlsein) umgehen,
- streßreiche Behandlungsmethoden und –umgebung ertragen (z.B. Nebenwirkungen der Medikamente oder häufige Trennungen von zu Hause wegen notwendiger Krankenhausaufenthalte),
- eine angemessene Beziehung zum Pfltegeteam entwickeln und aufrechterhalten.

Allgemeine Aufgaben:

- die emotionale Balance beim Umgang mit aufwühlenden Gefühlen wahren,
- ein zufriedenstellendes Selbstbild erhalten, Kompetenzsinn und Überzeugung, die Situation meistern zu können, bewahren, Ziele und Erwartungen an die veränderte Lage neu anpassen,
- die Beziehungen zu Familie und Freunden aufrechterhalten,
- sich auf eine ungewisse Zukunft vorbereiten.

Abb.3: Anforderungskatalog zur Bewältigung von chronischen Erkrankungen nach Moos/Tsu (1977) (In: Warschburger 2000: 25).

Warschburger (2009: 30f.) hat die zusätzlichen, krankheitsbedingten Anforderungen noch differenzierter festgehalten. Chronisch kranke Kinder müssen ihre Medikamente zuverlässig einnehmen, bestimmte Diäten einhalten, kontinuierlich in die Physiotherapie gehen, regelmässige Arzttermine wahrnehmen, Untersuchungen über sich ergehen lassen und immer wieder Auskunft über den Gesundheitszustand geben. Für die Betroffenen ist es wichtig, einen angemessenen Umgang mit den Symptomen sowie den emotionalen und sozialen Problemen zu lernen. Durch die Krankheit tauchen Ängste, Sorgen und Aggressionen auf oder die Kinder werden mit dem Tod konfrontiert. Wenn die Erkrankung sichtbar ist, werden sie vielleicht darauf angesprochen oder angestarrt und sie müssen ihre Krankheit erklären. Durch Einschränkungen in der Wahl von Freizeitaktivitäten und längeren Krankenhausaufenthalten stellt es für chronisch kranke Kinder eine besondere Herausforderung dar, stabile Beziehungen zu Peers aufzubauen und diese auch über Distanz aufrechtzuerhalten. Aufgrund von verändertem Erscheinungsbild, auffälliger Verhaltensweisen oder der Behandlung besteht die Gefahr, dass chronisch kranke Kinder Stigmatisierungen ausgesetzt sind, was eine zusätzliche grosse Belastung darstellt (vgl. Wertgen 2014: 196). In vielen Fällen geht mit der Erkrankung eine funktionale Einschränkung einher. Die Hobbywahl kann dadurch verkleinert werden, die Kinder fehlen in der Schule oder sie können bei bestimmten körperlichen Aktivitäten nicht teilnehmen. Je nach Krankheitsbild kann sich die körperliche Erscheinung verändern, was teilweise das Akzeptieren des eigenen Körpers erschwert. Der Aufbau von emotionaler Unabhängigkeit von den Eltern oder anderen Erwachsenen ist erschwert, da die Eltern eine besondere Quelle der Unterstützung darstellen oder aus Sorge um das Kind überprotektives Verhalten zeigen (vgl. Warschburger 2009: 30f.; Pfeiffer/Pinquant 2013: 69).

In mehreren Forschungen wurden Betroffene zu den Stressoren befragt, die in Verbindung mit ihrer chronischen Erkrankung dazu kamen. Viele nannten die Schule, da sie weniger Schritt halten konnten und immer wieder Beschwerden auftraten. Die Medikation sowie die Behandlung wurden oft erwähnt, weil die Betroffenen dadurch bei Aktivitäten eingeschränkt sind und oft selbst die Verantwortung für die Behandlung tragen. Weiter wurde oft die Beziehung zu den Eltern genannt, aufgrund der elterlichen Erwartungen sowie der Verantwortungsübertragung. Die Klinikbesuche, Bedenken zu ihrer Gesundheit und die Symptome wurden auch von vielen Kindern als belastende Stressoren benannt (vgl. Warschburger 2000: 25).

Im Säuglings- und Kleinkindalter sind die motorische Entwicklung sowie das Laufenlernen zentrale Entwicklungsaufgaben. Chronische Erkrankungen, welche die Muskeln, das zentrale Nervensystem oder den Bewegungsapparat betreffen, schränken die Erfüllung dieser Entwicklungsschritte ein. Durch unzureichend entwickelte Feinmotorik der Hand kann z.B. die Essensaufnahme erschwert sein oder für Kinder mit Spina Bifida ist das Laufenlernen eine grössere Herausforderung als bei Gesunden. In der frühen Kindheit kann ein externalisierendes Problemverhalten ein geringeres Niveau des moralischen Urteilens bedingen. Kinder mit chronischen Erkrankungen zeigen im Mittel mehr externalisierende Verhaltensauffälligkeiten, besonders wenn die Impulskontrolle beeinträchtigt ist wie beispielsweise bei Epilepsie oder Spina bifida. Die Entwicklung des Spiels unterscheidet sich bei kranken Kindern dahingehend, dass sie oft beim Spielen die Krankheit zu verarbeiten versuchen. Das soziale Spiel mit Gleichaltrigen ist eher eingeschränkt, da Betroffene oftmals weniger Freunde haben oder seltener einer Peergruppe angeschlossen sind (vgl. Pfeiffer/Pinquart 2013: 72f.). „Krankheiten, die sich auf sensorische und kognitive Prozesse auswirken, beeinträchtigen unmittelbar das Erlernen kultureller Fertigkeiten“, welche zu den Entwicklungsaufgaben der mittleren Kindheit gehören (Pfeiffer/Pinquart 2013: 71). Andere chronische Erkrankungen können sich durch krankheitsbedingte Abwesenheiten in der Schule indirekt auf den Erwerb von Kulturtechniken auswirken. Pinquart und Teubert (2012 zit. nach ebd.: 71f.) kamen in ihrer Metaanalyse zum Ergebnis, dass kranke Kinder durchschnittlich schlechtere schulische Leistungen erbringen. Einige Autoren und Autorinnen sind der Überzeugung, dass chronisch kranke Kinder beim Erwerb von Vertrauen und Autonomie am stärksten beeinträchtigt sind. Weil sie vermehrt auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sind, übernehmen Eltern bei vielen Kindern medizinische und pflegerische Massnahmen, solange die Betroffenen selber nicht dazu in der Lage sind. Oftmals wird dieses unterstützende Verhalten auch auf Bereiche ausgeweitet, in denen die Kinder eigentlich selbstständig wären. Dadurch ist die Autonomieentwicklung sowie die Entwicklung von persönlichen Freiheiten in vielen Fällen erschwert (vgl. ebd.: 72f.)

4.3 Auswirkungen auf die psychosoziale Entwicklung

Die Befundlage zu psychosozialen Auswirkungen aufgrund einer chronischen Erkrankung bei Kindern ist äusserst heterogen. Die Mehrzahl der Autoren und Autorinnen gehen aber im Vergleich zu gesunden Kindern von einer zwei- bis dreifach erhöhten Prävalenz aus. Die uneinheitlichen Befunde, die in der Tabelle 1 gut zum Ausdruck kommen, gründen u.a. auf inhomogenen Altersgruppen sowie verschiedener Krankheitsschwere, -dauer und -phasen. Wenn die Befragung unmittelbar nach der Manifestation der Erkrankung, während eines akuten Schubs oder beispielsweise nach Abschluss einer Chemotherapie durchgeführt wird, können die Ergebnisse unterschiedlich ausfallen. Weiter macht es einen Unterschied, ob die Kinder sich selbst einschätzen oder von den Eltern oder Fachpersonen eingeschätzt werden. Um Durchschnittswerte herauszuarbeiten, wurden verschiedene Metaanalysen durchgeführt (vgl. von Hagen/Schwarz 2009: 17f.). Lavigne und Faier-Routman (1992 zit. nach Noeker/Petermann 2003: 199) arbeiteten an der umfangreichsten übergreifenden Metaanalyse. Sie kamen zum Schluss, dass bei chronisch kranken Kindern mit einem deutlich erhöhten Risiko psychosoziale Auswirkungen zu beobachten sind.

Autor	n	Altersspanne (Jahre)	psychische Auffälligkeit	
			bei Gesunden	bei chronisch Kranken
Douglas u. Blomfield [7]	5300	0–15	17,0%	25,0%
Rutter et al. [23]	1279	10–12	6,8%	13,3%
Roughmann u. Haggerty [22]	1756	6–10	16,0%	23,0%
		11–15	13,0%	30,0%
Cadman et al. [5]	3294	4–16	14,1%	23,4%

Tab.1: Ergebnisse epidemiologischer Studien zur psychischen Auffälligkeiten bei gesunden und chronisch kranken Kindern (In: Blanz 1996: 40).

Die Mehrzahl der chronisch kranken Kinder zeigen zwar keine behandlungsbedürftigen psychischen und/oder sozialen Probleme, dafür sind aber häufiger Schwierigkeiten in Teilbereichen zu beobachten. „Der Vergleich zwischen chronisch kranken und gesunden Kindern deutet auf mehr Schulfehltag (27% vs. 18%), stärkere soziale Isolation (23% vs. 17%), weniger Aufmerksamkeit von Gleichaltrigen (53% vs. 44%), wenig Freunde (13% vs. 7%), mehr Schwierigkeiten in der Schule (20% vs. 14%) und negative Einstellung gegenüber der Schule (21% vs. 16%) bei den chronisch Kranken hin.“ (Warschburger 2000: 76f.). In vielen Fällen lassen sich Einschränkungen im emotionalen Bereich und im Kon-

takt mit Gleichaltrigen finden. Dies bedeutet, dass kranke Kinder vermehrt von internalisierenden Problemen wie Ängste oder depressive Reaktionen, von sozialer Zurückweisung sowie verminderter sozialer Kompetenz betroffen sind. Zudem äussern sich die Auswirkungen einer chronischen Erkrankung in einem gehäuftem Auftreten von einem negativen Körper selbstbild (vgl. ebd.: 78). Schmidt und Seiffge-Krenke (1996 zit. nach Lehmkuhl 1996: 14) untersuchten die Eltern-Kind-Beziehungen sowie die Beziehungen zu Gleichaltrigen. Sie fanden heraus, dass die Eltern ihre kranken Kinder stärker umsorgen und sich daher eine Abgrenzung von der elterlichen Unterstützung verzögert. Im Vergleich zu Gesunden haben Betroffene weniger Freunde. Die vorhandenen Freundschaften zeichnen sich durch weniger Intimität, weniger Zuneigung und weniger gemeinsame alltägliche Aktivitäten aus, da diese oft durch die Krankheit eingeschränkt sind (z.B. während Krankenhausaufenthalt). Demnach verlaufen wichtige Entwicklungsschritte verzögert. Für den Aufbau einer engen und reifen ausserfamiliären Freundschaft, braucht es in der Eltern-Kind-Beziehung ein Gleichgewicht zwischen Verbundenheit und Abgrenzung. Plötzliche Verschlechterungen des Gesundheitszustandes, schubweise verlaufende Krankheiten oder akute Krisensituationen, in denen die Betroffenen sofort handeln müssen (z.B. bei hypo- und hyperglykämischen Stoffwechsellentgleisungen bei Diabetes mellitus), können durch ihre Bedrohung starke Ängste auslösen. Solche Ängste können Ausdruck der grossen Unsicherheit über den weiteren Krankheits- sowie Therapieverlauf sein. Depressivität kann eine Antwort auf die fehlende Kontrolle über die Erkrankung und auf die krankheitsbedingten Verluste, wie beispielweise die Einschränkung der Lebenserwartung, sein. Die deutlich verkürzte Lebensdauer bei einigen Erkrankungen kann belastend und beängstigend sein. Die Überlebensrate (d.h. das durchschnittliche Erreichen des allgemeinen Durchschnittsalters) beträgt beispielsweise bei zystischer Fibrose 80%, bei kongenitalen Herzfehlern 65% und bei Spina bifida 50%. Die Fehlzeiten in der Schule aufgrund der Krankheit können die schulische und berufliche Ausbildung beeinträchtigen. Sichtbare Symptome sowie Erkrankungen mit Einschränkungen von alterstypischen Aktivitäten können zu Stigmatisierungen führen, das Risiko für soziale Zurückweisung erhöhen und das Gefühl des Andersseins verstärken. Dieses Gefühl wird verstärkt durch die krankheitsbedingte Entwicklungsverzögerung und fordert eine Auseinandersetzung mit dem „defekten“ Körper und dem Selbstbild. Als Reaktion auf die erlebten Frustrationen kann dies zu internalisierenden (u.a. Depressivität und sozialer Rückzug) oder zu externalisierenden Symptomen (u.a. aggressives Verhalten) führen. Als Folge einer chronischen Erkrankung werden weiter häufig Anpassungsprobleme bei den Betroffenen beobachtet. Bei bestimmten schwerwiegenden Krankheiten (z.B. Leukämie) sind Strahlenbehandlungen notwendig, welche die kognitive Leistungsfähigkeit v.a. bei jüngeren Kindern beeinträchtigen können. Bei chronisch nierenkranken Kindern treten gehäuft Ängste, Rück-

zugsverhalten, Depressivität und Kontaktstörungen auf. Diabetes mellitus kann zudem Schlafstörungen, Zwangssymptomatiken und bei Mädchen Essstörungen mit sich ziehen. Bei Kindern mit Epilepsie liegt ein gesteigertes Auffälligkeitsrisiko vor. Die Rate liegt zwischen 30 und 40% (vgl. Blanz 1996: 38-41; Pinquart 2013: 50).

4.3.1 Entwicklungsbedingte Auswirkungen

Im Säuglings- und Kleinkindalter können häufige Trennungen durch Krankenhausaufenthalte oder auch das Zufügen von Schmerzen, wie beispielsweise bei einer Blutzuckermessung und Insulininjektion bei Diabetes, das Kind verunsichern und dadurch den Bindungsaufbau beeinträchtigen. Um unsichere Situationen einzuschätzen, orientieren sich Kleinkinder an der Mimik der Eltern. Wenn ein beruhigendes und ermutigendes Verhalten ausbleibt, können sich die kindlichen Ängste verstärken. In diesem Alter verstehen die kranken Kinder die Wichtigkeit der Behandlungen und Therapien noch nicht und widersetzen sich daher z.T. den elterlichen Anforderungen. Solche medizinisch notwendigen Massnahmen (z.B. die kontrollierte Nahrungsaufnahme bei Diabetes) können zu Konflikten in der Eltern-Kind-Beziehung führen und diese belasten (vgl. Papastefanou 2009: 42).

In der frühen Kindheit bestehen für chronisch kranke Kinder im Zusammensein mit anderen Kindern verschiedene Herausforderungen. Sie müssen sich mit den Reaktionen Gleichaltriger auseinandersetzen. Spott und Zurückweisung kann zu sozialem Rückzug führen. Krankheitsbedingte Abläufe müssen in den Kindergartenalltag integriert werden. In diesem Alter geschieht eine erste Auseinandersetzung mit dem Selbstbild und der Tatsache, chronisch krank zu sein. Je nach Krankheitsbild ist dies einfacher oder schwieriger. Dank den zunehmend sprachlichen Fortschritten kann sich das Kind nun differenzierter über das Erleben der Erkrankung ausdrücken. Die Eltern können dadurch bessere Erklärungen und Anweisungen geben. Die Vorstellung über eine Krankheit ist bei Vorschulkindern noch eingeschränkt. Die Ursache sehen sie häufig entweder in ihrem Verhalten oder in einer Ansteckung. Es sind ihnen erst allgemeine und noch keine krankheitsspezifischen Symptome bekannt. Da sich die kindliche Vorstellung nur in der Gegenwart bewegt, kann der Begriff der Chronizität noch nicht erfasst werden. Daher versuchen sich die Kinder oft gegen langfristige Behandlungen zu wehren. Der Drang nach Autonomie erlaubt es den Betroffenen ein Stück Verantwortung im Umgang mit ihrer Krankheit zu übergeben. Beispielsweise kann ein an Diabetes erkranktes Kind die Blutzuckermessung nun alleine durchführen. Die Selbstkontrolle hingegen ist noch begrenzt. (vgl. ebd.: 43f.).

In der mittleren Kindheit differenziert sich das Verständnis von einer Erkrankung aufgrund der sozialen und kognitiven Fortschritte immer mehr. Nun sind den Kindern auch nicht-sichtbare Symptome bekannt und es entwickelt sich ein Prozessverständnis der Krankheit. Durch das neu gewonnene Zeitverständnis werden Massnahmen, wie z.B. ein ge-

naues Einhalten von Essenszeiten bei Diabetes, erleichtert. Dass es bei Nichtbefolgen von ärztlichen Anweisungen zu langfristigen Folgen kommen kann, können die Kinder noch nicht abschätzen. Obwohl immer noch die Eltern die Hauptverantwortung für die Behandlung haben, können die Betroffenen stetig mehr Verantwortung übernehmen und im Umgang mit ihrer Krankheit selbstständiger werden. In dieser Entwicklungsphase gibt es viele Herausforderungen für die kranken Kinder. „Infolge zahlreicher intensiver (z.T. schmerzhafter) Behandlungen, Unwohlsein und möglicher äusserlich sichtbarer Veränderungen können sich erhebliche Einschränkungen im Alltag ergeben, unter denen die betroffenen Kinder leiden.“ (Papastefanou 2009: 46). Die mangelnde Konzentrationsfähigkeit kann sich negativ auf die schulischen Leistungen auswirken. Funktionale Einschränkungen können alterstypische Aktivitäten mit Peers be- oder verhindern. Wenn die chronisch kranken Kinder bei Gleichaltrigen auf Ablehnung und Ausgrenzung stossen, kann dies Selbstzweifel, Unsicherheit oder sozialen Rückzug auslösen, was sich wiederum auf die Stimmung und die Lebensqualität entscheidend auswirkt. Andererseits können gute Freunde eine wichtige Unterstützungsfunktion in der Krankheitsbewältigung darstellen (vgl. ebd.: 46).

5. Selbstkonzept

Das Selbstkonzept als kognitives Selbstbild einer Person, wie es in Kapitel 2.3 definiert wurde, dient den Menschen als Strukturierungs- und Orientierungshilfe. „Würden wir unsere Erfahrungen nicht verknüpfen, ordnen und zu einer naiven Theorie integrieren, blieben unsere Erfahrungen chaotisch und aussagenlos. Menschen brauchen sie (eine naive Wirklichkeitstheorie), um Ereignisse globaler Art und in der persönlichen Umgebung interpretieren zu können, denn sie ist die Grundlage dafür, dass das Leben weitgehend sinnvoll gesteuert werden kann.“ (Epstein 1979 zit. nach Eggert et al. 2003: 26). Um Handlungen zu planen und zu interpretieren sowie die eigenen Fähigkeiten einzuschätzen, braucht jeder Mensch eine Vorstellung davon, wer er ist und was er gut kann. Das Selbstkonzept steuert die Motivation einer Person, beeinflusst das Handeln und determiniert dadurch eine erfolgs- oder misserfolgsorientierte, lustvolle oder lustlose Auseinandersetzung mit der Umwelt. Das Ziel des Selbstkonzept wäre es, eine positive Selbstwertschätzung für das Individuum zu sichern (vgl. ebd.: 26f.; Kirez Barth/Reusser 2013: 10). Dabei handelt es sich um ein lebendiges und dynamisches System mit vielen verschiedenen interagierenden sowie hierarchisch gegliederten Komponenten, das sich nicht direkt beobachten lässt. Aus Fremdbeobachtungen und Äusserungen der Betroffenen lassen sich lediglich Rückschlüsse auf das Selbstkonzept ziehen. So kann eine Vorstellung darüber gewonnen werden, wie sich eine Person selbst in der Welt sieht (vgl. Eggert et al.: 10-12). Zwischen dem Selbstkonzept und dem Konzept über die Umwelt besteht eine wechselsei-

tige Bedingtheit. Ein Mensch mit einem negativen Selbstkonzept sieht sich der übermächtigen Umwelt hilflos ausgesetzt, wogegen jemand mit positivem Selbstkonzept das Gefühl hat, sich gegen die Umwelt behaupten und durchsetzen zu können – d.h. er oder sie erlebt sich selbstwirksam (vgl. Neubauer 1976: 40).

In diesem Kapitel wird genauer betrachtet, wie sich das Selbstkonzept bei Kindern entwickelt, wie es strukturiert ist und was es alles beinhaltet. Weiter wird herausgearbeitet, wie sich ein Selbstkonzept auf verschiedene Lebensbereiche auswirken kann und was es zur Förderung eines positiven Selbstkonzeptes braucht.

5.1 Entwicklung des Selbstkonzeptes

Im Kapitel 3 wurde bereits auf die Entwicklung des Selbst bis in die mittlere Kindheit eingegangen. Nun soll dieser Entwicklungsschwerpunkt noch weiter vertieft und die Bildung des Selbstkonzeptes genauer dargelegt werden.

Bevor sich ein Selbstkonzept bilden kann, muss der Säugling zuerst das Bewusstsein für seine Existenz, unabhängig von der Umwelt, entwickeln. Es muss zunächst gelernt werden, was „Ich“ und „Nicht-Ich“ ist. Die Basis dafür ist zu erkennen, was eigentlich zum eigenen Körper gehört und was nicht. Ein Neugeborenes ist voll und ganz auf die eigene Bedürfnisbefriedigung ausgerichtet, sodass es nicht unterscheiden kann, wer einen Beitrag dafür leistet. Diese Massnahmen scheinen von selbst zu geschehen, was aber oft nicht der Fall ist. Gegen Ende des zweiten Lebensmonates erkennt der Säugling, dass nicht er selber dafür verantwortlich ist, sondern die Mutter zur Bedürfnisbefriedigung beiträgt. Durch diese Wahrnehmung beginnt die Grenzziehung zwischen sich selbst und anderen (vgl. Müller 2002: 50). Für die Entstehung des Körperbildes sind nach Epstein (1973 zit. nach Pior 1998: 21) die sogenannten „double sensations“ zentral. Darunter wird verstanden, dass bei einer Berührung des eigenen Körpers zwei Empfindungen entstehen - einerseits an dem berührenden Körperteil (z.B. die Hand) und andererseits am berührten Körperteil (z.B. der Kopf). Die Säuglinge lernen schnell, dass es ihnen weh tut, wenn sie beispielsweise mit der Hand auf den Tisch schlagen. Wenn sie dagegen mit der Rassel auf den Tisch schlagen, spüren sie keinen Schmerz. Solche direkten Rückmeldungen der Umwelt auf ihre Handlungen unterstützen die Säuglinge in der Erkenntnis, dass der eigene Körper begrenzt ist und sie ein handelndes Subjekt sind. Dafür sind aber Reaktionen des sozialen Umfeldes sowie gemeinsame Interaktionen noch ausschlaggebender. Körpererfahrungen von Neugeborenen wie z.B. Hunger, Durst oder Kälte gelten als früheste Stufe der Selbstkonzeptentwicklung. Mit etwa drei Monaten kann der Säugling erkennen, dass er seine Bedürfnisse ankündigen kann und Reaktionen bei anderen Menschen hervorrufen kann (vgl. Kirez Barth/Reusser 2013: 21). Die Unterscheidung zwischen den beiden fundamentalen Aspekten des Selbst „I“ und „Me“ gehört zu den ersten Entwicklungs-

aufgaben eines Säuglings. Das „I“ ist das handelnde Subjekt und das „Me“ steht für das gesammelte objektive Wissen über sich selber. Harter (1993 zit. nach ebd.: 22) veranschaulicht diesen Unterschied anhand eines Beispiels. „Stellen Sie sich für einen Moment vor, Sie schauen in einen Spiegel und machen folgende Beobachtung: Ich sehe mich, das „I“ sieht das „Me“ (...) Es gibt also das „I“, das aktiv beobachtet, und das „Me“, das im Spiegel beobachtet wird.“. Inwiefern sich das Selbstkonzept bei Säuglingen entwickelt, wurde mit Aufgaben zur visuellen Selbsterkennung untersucht. Durch solche Forschungen konnten wichtige Entwicklungsschritte festgehalten werden. Bis zum vierten Lebensmonat zeigen Kinder nur eine Reaktion, wenn ihre Mutter im Spiegel zu sehen ist. Zwischen dem fünften und achten Monat behandeln sie ihr Spiegelbild wie einen Spielkameraden oder eine Spielkameradin. Sie versuchen durch Lächeln, Anfassen oder Geräusche in Interaktion zu treten. Zwar sehen sich die Säuglinge in diesem Alter noch nicht als aktiv handelndes Subjekt, dafür festigt sich die Unterscheidung zwischen dem „Ich“ und dem „Nicht-Ich“. Mit neun bis zwölf Monaten tritt das Selbst im Sinne eines aktiv handelnden Subjektes („I“) zum ersten Mal auf. Die Kinder beginnen nun eine reflektierende Oberfläche zu nutzen, um sich beispielsweise bei rhythmischen Bewegungen zu beobachten. Ab dem zwölften Monat berühren Säuglinge nicht mehr das Spiegelbild von Objekten, sondern drehen sich nach dem Gegenstand, den sie im Spiegel gesehen haben, um. Kinder zwischen dem 15. und 18. Lebensmonat erkennen sich im Spiegel, zeigen auf sich und können auf Videoaufnahmen sich von anderen unterscheiden. Damit erkennen sie erste eigene Merkmale und das „Me“ tritt erstmals auf. Ein einjähriges Kind hat bereits ein erstes Konzept von sich selbst, das aber noch nicht stabil und stark von den Bezugspersonen beeinflusst ist. Ende des zweiten Lebensjahres benennen sich Kinder mit dem eigenen Namen oder benutzen das Pronomen „Ich“. Das Selbstkonzept erlangt eine neue Dimension, da die Kleinkinder nun dank der fortschreitenden Sprachentwicklung mit der Umwelt auf eine neue Art Kontakt aufnehmen können. Die Kinder in diesem Alter haben zunehmend erfahren, dass die eigene Person unveränderliche Merkmale besitzt. Auf Fotos gelingt es ihnen, zwischen sich selber und anderen Kindern mit dem gleichen Geschlecht zu unterscheiden. Demnach ist das Selbst als Objekt („Me“) bereits vor dem Kindergarten Eintritt zumindest rudimentär entwickelt (vgl. Pior 1998: 22-24; Kirez Barth/Reusser 2013: 22).

Die Autorinnen und Autoren sind sich einig, dass Kinder ab ca. drei Jahren sich selbst zum Gegenstand ihres Denkens machen können. Darüber wie dies geschieht, ist man sich in der Literatur aber nicht ganz einig. In Folge werden zwei Modelle der weiteren Selbstkonzeptentwicklung kurz vorgestellt, wobei nur die Entwicklung in der frühen und mittleren Kindheit für diese Arbeit relevant ist. Damon und Hart (1982, 1988 zit. nach Pior 1998: 26-29) beschreiben die weitere Selbstkonzeptentwicklung anhand vier Dimensionen

des „Me“ (Körperliches Selbst und äusseres Erscheinungsbild, aktives Selbst, soziales Selbst, psychologisches Selbst) und drei Dimensionen des „I“ (Kontinuität, Verschiedenheit, „Ich“ als handelnde Person). Es gibt vier Stufen mit je unterschiedlichen Organisationsprinzipien des Denkens über sich selbst. In der frühen Kindheit denken Kinder in Kategorien über sich. Sie charakterisieren sich beispielsweise mit Aussagen wie „ich habe grüne Augen“ (körperliches Selbst), „ich spiele Fussball“ (aktives Selbst) oder „ich habe einen Bruder“ (soziales Selbst). Für die Kontinuität ihres Selbst als Subjekt („I“) argumentieren Kinder in diesem Alter z.B. mit „ich habe schon immer grüne Augen gehabt“. Das Denken in der mittleren Kindheit ist massgebend geprägt von sozialen Vergleichen. Um sich zu beschreiben, sind Aussagen wie „ich bin grösser als die anderen“ (körperliches Selbst) oder „ich bin schneller als mein Freund“ (aktives Selbst) typisch für Schulkinder. Die Kontinuität und Verschiedenheit des „I“ wird auch in Form von Vergleichen ausgedrückt: „Ich war immer gut im Fussball und werde auch immer gut im Fussball sein“. Damon und Hart halten fest, dass sich mit dem Alter eine Schwerpunktveränderung vom körperlichen und aktiven Selbst hin zum sozialen und psychologischen Selbst vollzieht. Das Modell von Harter (1983 zit. nach Pior 1998: 29-31) orientiert sich an der kognitiven Entwicklung nach Piaget. Ihre Stadien der strukturellen Veränderung von Selbstkonzepten entsprechen seinen Entwicklungsstufen. Jedes Stadium wird in zwei Stufen aufgeteilt. Auf der Ersten sind die Selbstbeschreibungen jeweils noch sehr global und auf der zweiten Stufe sind sie zunehmend differenzierter. Harter beschreibt fünf Inhaltsbereiche (körperliche Merkmale, Verhalten, Emotionen, Motive und Kognitionen). Zur Veranschaulichung der Stadien wird hier in den Erläuterungen auf den Inhaltsbereich Verhalten bzw. Fähigkeiten fokussiert. Kinder im Stadium 1 (präoperational) auf Stufe 1 generalisieren voreilig Konzepte. Wenn das Kind davon überzeugt ist gut zu basteln, ist es höchst wahrscheinlich auch davon überzeugt gut zu tanzen. Entweder werden alle Fähigkeiten als gut oder als schlecht bewertet. Auf der zweiten Stufe lernt das Kind, dass es verschiedene Fähigkeiten in unterschiedlichen Bereichen haben kann. Wenn es sich nun selbst beschreiben muss, antwortet es z.B. „ich kann gut zeichnen und basteln, aber schlecht zählen“. Diese bereichsspezifischen Beschreibungen sind aber über verschiedene Situationen hinweg nicht konsistent und auch zeitlich nicht stabil. Im Stadium 2 (konkret-operatorisch) haben sich die Kinder die Fähigkeit zur Klassifikation und Hierarchiebildung angeeignet. Dadurch realisieren sie, dass eigene Verhaltensweisen auf überdauernden Persönlichkeitsmerkmalen beruhen. Neu werden Persönlichkeitseigenschaften für die Selbstbeschreibung benutzt. Auf der ersten Stufe werden diese Eigenschaften wieder generalisiert. D.h. das Kind fühlt sich beispielsweise als guter oder schlechter Schüler, bzw. Schülerin. Die Differenzierung auf der zweiten Stufe bewirkt, dass es sich nicht mehr einfach als dumm beschreibt, weil es schlecht in Mathematik und Physik ist. Das Kind kann nun ausdrücken,

dass es z.B. in der Musik und in der Kunst talentiert ist, dafür aber in Mathematik und Physik weniger Begabung aufweist.

Aus diesen beiden Modellen lässt sich ableiten, dass Selbstkonzepte von jüngeren Kindern aus einzelnen, kategorialen Beschreibungen von den eigenen physikalischen Eigenschaften oder den persönlichen Aktivitäten bestehen. Durch den Schuleintritt werden zunehmend soziale Vergleichsprozesse sowie psychologische Dimensionen für die Selbstbeschreibung zentral. Kinder unterscheiden bereits im Vorschulalter verschiedene Bereiche des Selbstkonzeptes, wobei diese noch nicht über Situationen hinweg konsistent sind. Daher beginnt die Entwicklung eines bereichsspezifischen Selbstkonzeptes nach Shavelson et al. (siehe Kapitel 5.2) erst in der Schulzeit. Kindliche Selbstkonzepte sind zeitlich begrenzt und unterliegen noch punktuellen Verschiebungen und Schwankungen (vgl. Pior 1998: 33). Weiter lässt sich ganz allgemein festhalten, dass Kinder zwischen sechs und acht Jahren bei ihren alltäglichen Aktivitäten viel über sich selbst erfahren. Die Kinder eignen sich zunehmend neue Fähigkeiten und neues Wissen an und beginnen sich mit eigenen Fragen, persönlichen Gedanken, unterschiedlichen Zusammenhängen und Widersprüchen auseinanderzusetzen. Die Summe aus den verschiedenen Merkmalen, welche sich ein Kind zuschreibt, ergeben mit der Zeit ein Selbstkonzept, das noch beeinflussbar ist. Für die Entwicklung des Selbstkonzeptes sind neben dem Wissen über sich selber der Umgang mit der Peergroup, die Einschätzung der Eltern sowie der Einfluss der Schule zentral. In der Interaktion mit dem Umfeld werden dem Kind Erwartungshaltungen vermittelt sowie verbale oder nonverbale Rückmeldungen gegeben. Das Selbstkonzept entwickelt sich nicht aus eigenem Antrieb heraus, sondern ist abhängig von zwischenmenschlichen Beziehungen und differenziert sich zunehmend durch den Prozess von sozialen Erfahrungen sowie sozialem Handeln (vgl. Müller 2002: 103). Die grundlegenden Bedingungen für das Selbstkonzept sind demnach zuerst die Mutter-Kind-Beziehung und danach Beziehungen zu anderen Personen innerhalb sowie ausserhalb der Familie. Die Art der individuellen Erfahrungen mit der ersten sozialen Umgebung entscheidet in den ersten Lebensjahren über die Einstellung, die das Kind gegenüber anderen Menschen hat. „Die Bewertung der eigenen Person, die das Individuum in diesem Rahmen durch die Zuordnung von Eigenschaften oder durch schlüssige Handlungen der Erziehungspersonen erfährt, ergeben die Grundlage für das primäre soziale Selbst und die Art der Selbstwertschätzung des Individuums.“ (Neubauer 1976: 65). Rogers (1987: 49f.) betont, dass mit der Entwicklung des Selbstkonzeptes auch das Bedürfnis nach positiver Beachtung wächst. Befriedigt kann dieses Bedürfnis nur von anderen Personen werden. Erlebt ein Kind positive Beachtung, erfährt es diese schlussendlich als Selbstbeachtung. Solche Erfahrungen werden in das individuelle Selbstkonzept eingebunden und wirken sich positiv aus. Um positive Beachtung zu erhalten, übernehmen Kinder die Forde-

rungen von Bezugspersonen. Diese Forderungen werden verinnerlicht und lassen sich dadurch im Selbstkonzept wieder finden (vgl. Hobmair 2008: 429f.). In der Familie werden oftmals „Du sollst immer...“ - Botschaften gesendet, in denen sich Zielsetzungen und Einstellungen widerspiegeln. Solche suggestiv vermittelten Botschaften können das Selbstkonzept von Kindern stark prägen (z.B. „Du sollst immer pünktlich sein.“) (vgl. Eggert et al. 2003: 45). Unterschiedliche Sozialisationsbedingungen wirken sich auch auf das individuelle Selbstkonzept aus. So zeichnet sich beispielsweise im Selbstkonzept von Personen aus unteren sozio-ökonomischen Schichten eine Tendenz zur Unterordnung ab. Der Erziehungsstil sowie das Mass an elterlicher Zuwendung haben einen grossen Einfluss auf die Entwicklung des kindlichen Selbstkonzeptes. Weiter zeigen die Anzahl Geschwister sowie die Position in der Geschwisterreihe Auswirkungen auf. Einzelkinder haben im Allgemeinen eine höhere Selbstwertschätzung und der Trend zeigt, dass die durchschnittliche Selbstwertschätzung vom ältesten Geschwister nach unten abnimmt. Gravierend können auch strukturelle Veränderungen in der Familie oder Verluste von wichtigen Bezugspersonen sein (vgl. ebd.:87-97). „Da ein Mensch immer neue Erfahrungen macht, die sein Selbst betreffen, kann die Entwicklung des Selbstkonzeptes nie abgeschlossen sein, sie ist ein lebenslanger Prozess.“ (Eggert et al. 2003: 20).

5.1.1 Informationsquellen

Der Aufbau und Wandel des Selbstkonzeptes ist eng an die menschliche Informationsverarbeitung gekoppelt. Selbstbezogene Informationen aus erlebten Person-Umwelt-Interaktionen werden von den Menschen gesammelt und verarbeitet. Dadurch organisiert sich eine Person das Wissen über sich selbst. Es gibt verschiedene Quellen, um Aufschluss über Merkmale der eigenen Person zu gewinnen. Die Informationen werden subjektiv ausgewählt und gewichtet. Folgende Informationsquellen können unterschieden werden (vgl. Neubauer 1976: 38f.; Müller 2002: 52; Eggert et al. 2003: 21f.):

- **Direkte Eigenschaftszuweisung durch andere Personen:** Dem Individuum werden von den Interaktionspartnern Merkmale mittels Kommunikation zu- oder abgesprochen. Diese direkte Fremdbeurteilung spielt besonders bei Kindern für die Entwicklung des Selbstkonzeptes eine grosse Rolle. Bsp.: Die Mutter sagt dem Kind, dass es faul sei.
- **Indirekte Eigenschaftszuweisung durch andere Personen:** Das Individuum generiert selbstbezogene Informationen aufgrund von interpretativen Schlussfolgerungen, die aus dem Verhalten von anderen Personen gezogen wurden. Dadurch entsteht ein Eindruck, wie das eigene Verhalten auf andere wirkt oder welche Effekte ausgelöst werden. Bsp.: Wenn Rolf in der Schule bei Problemen immer Kath-

- rin um Hilfe bittet, so entsteht bei ihr die Annahme, dass Rolf sie als kompetent und hilfsbereit einschätzt, auch wenn er dies niemals verbal geäußert hat.
- **Selbstzuweisung von Eigenschaften durch den Vergleich mit anderen Personen:** Das Individuum beobachtet das eigene Verhalten oder die persönlichen Merkmale, vergleicht diese mit anderen und zieht daraus interpretative Schlussfolgerungen. Bsp.: Ein Kind ist in der Schule beim Lösen von Aufgaben oftmals langsamer als die anderen Schüler und Schülerinnen. Daraus schliesst das Kind, dass es weniger intelligent ist.
 - **Selbstzuweisung von Eigenschaften durch Nachdenken über sich selbst:** Menschen denken über sich selbst nach. Durch sogenanntes selbstbezogenes Denken wird es möglich, verschiedene gespeicherte Selbsterfahrungen zu globaleren, neuen Erkenntnissen über die eigene Person zu verbinden. Bsp.: Ein Kind erlebt sich als kommunikativ und kontaktfreudig. Daraus kann es generieren, dass es eine aufgeschlossene Persönlichkeit ist.
 - **Selbstzuweisung von Eigenschaften aus der Beobachtung des eigenen Verhaltens:** Das Individuum macht sich zum Objekt seiner eigenen Wahrnehmung und kann dadurch Rückschlüsse über die eigene Person (Gewohnheiten, Einstellungen, Eigenschaften, Fähigkeiten, etc.) ziehen. Bsp.: Ein Kind, das in Wettkämpfen immer gewinnen möchte und sich sehr einsetzt, um in der Schule gute Noten zu schreiben, kann zum Schluss kommen, sehr ehrgeizig zu sein. Es gibt Kinder, die weniger Kompetenzen in Selbstbeobachtung aufweisen und daher vermehrte und direktere Informationen über ihr Verhalten brauchen, damit es ihnen bewusst wird.

Die direkte und indirekte Fremdbeurteilung ist die wesentlichste Quelle selbstbezogener Informationen. Kleine Kinder können noch keine Rückschlüsse ziehen oder sich mit anderen vergleichen. Daher beziehen sie ihre Selbstkonzeptvorstellungen v.a. auf Rückmeldungen anderer (vgl. Kirez Barth/Reusser 2013: 11f.). Bereits bevor ein Kleinkind die Sprache versteht, werden Grundbotschaften („du bist erwünscht“ oder „du bist unerwünscht“) durch die Art und Weise, wie die Eltern mit ihm sprechen und umgehen, erfahren. Diese sogenannten Beziehungsbotschaften prägen das grundlegende Selbstkonzept stark. Später werden diese Erfahrungen u.a. durch Zuschreibungen verdichtet (vgl. Hobmair 2008: 430). Besonders durch die Primärgruppe der Familie erfährt das Kind nahezu kontinuierliche Fremdbewertungen und Wertzuordnungen. Kindliches Verhalten wird nach der Nützlichkeit oder Gefährlichkeit sowie nach der sozialen Erwünschtheit oder Unerwünschtheit bewertet. Beispielsweise wird in der frühen Kindheit grossen Wert auf die Reinlichkeitserziehung gelegt. Direkte Verhaltensregeln werden übernommen und als

Normen internalisiert (vgl. Neubauer 1976: 66ff). „Aus sozialpsychologischer (...) Sicht wird die Einschätzung der eigenen Person als mehr oder weniger kompetent vor allem durch soziale Vergleichsprozesse mit relevanten Bezugspersonen beurteilt.“ (Jerusalem 1993: 6). Die Schulklasse ist eine zentrale Bezugsgruppe für die Selbsteinschätzung, da sie eine überschaubare Anzahl Kinder mit vergleichsrelevanten Merkmalen darstellt. Durch soziale Vergleiche schliessen Schüler und Schülerinnen aus den Leistungsergebnissen der Peers auf die eigenen Kompetenzen. Wahrnehmungen können als aktiver und konstruktiver Prozess verstanden werden, der subjektabhängig und auf Erfahrungen bezogen ist. Demnach ist Wahrnehmung ein persönlicher Konstruktionsprozess eines Subjektes, auf den von aussen nicht direkt eingegriffen werden kann. Es können jedoch Umweltbedingungen geschaffen werden, welche die Wahrnehmung aktivieren, fördern und gestalten (siehe Kapitel 5.3) (vgl. Eggert et al. 2003: 23).

Das Selbstkonzept besteht, wie eben beschrieben, einerseits aus den selbstbezogenen Informationen, die der Mensch in der Interaktion mit der Umwelt und mit seinem Körper erfährt, bzw. konstruiert. Andererseits entwickelt sich das Selbstkonzept auf der Grundlage der Informationsaufnahme und –verarbeitung über die Sinne. Die Informationen werden nicht einfach passiv aufgenommen, sondern durch das bestehende Selbstkonzept bereits bei der Aufnahme beeinflusst. „Das Selbstkonzept eines Menschen determiniert, welche Erfahrungen ein Mensch macht, welche Informationen ins Selbstkonzept integriert werden und wie die Informationen verarbeitet werden.“ (Eggert et al. 2003: 24). Demnach hat das Selbstkonzept sowohl Auswirkungen auf die Informationsaufnahme sowie auf das Verhalten einer Person. Neue Informationen werden so interpretiert oder angepasst, dass sie zum bestehenden Selbstkonzept passen und dies bestätigen, damit das psychische Gleichgewicht erhalten werden kann. Dadurch kann es zu Wahrnehmungsverzerrungen oder Verfälschungen von Informationen kommen, weil das Selbstkonzept wie ein Filter wirkt (vgl. ebd.: 24). Mit einer gewissen Hartnäckigkeit, die individuell sehr unterschiedlich ausfallen kann, wird an der eigenen Sicht über sich selbst festgehalten. Wenn die Informationen an das Selbstkonzept angeglichen werden, spricht man von Assimilation. Auch beim Verhalten ist ein Assimilationsvorgang zu beobachten. Um eine Erfahrungswelt zu schaffen, die das Selbstkonzept bestätigt, verhält man sich gemäss dem bestehendem Selbstkonzept. Dies dient wiederum dem Verhindern eines psychischen Ungleichgewichts, das innere Unstimmigkeiten, eine kognitive Dissonanz sowie eine Gefährdung des Selbstkonzeptes auslösen würde. Je klarer und widerspruchsfreier ein Selbstkonzept ist, desto stärker wird das Verhalten dadurch gesteuert. Wenn immer mehr Ereignisse eintreten, die dem Selbstkonzept widersprechen, wird der Mensch zögernd und passt allmählich das bestehende Selbstkonzept den neuen Gegebenheiten an. In diesem Fall spricht man von Akkomodation. Ein Wandel des Selbstkonzeptes ist auch bei kritischen Leben-

sereignissen (positiv oder negativ) möglich. Demnach verändert und entwickelt sich das Selbstkonzept im Wechsel von Assimilation und Akkomodation (vgl. Müller 2002: 52ff). Personen mit einem überwiegend hohen Selbstkonzept weisen in der Regel mehr Flexibilität auf und können deshalb Erfahrungen akzeptieren und in ihr Selbstkonzept integrieren, auch wenn diese von der bestehenden Sicht über sich selbst abweichen. Solch selbstsichere Personen weisen dazu eine Ambiguitätstoleranz auf. Dies bedeutet, dass sie negative Bewertungen und vereinzelte Misserfolge zur Kenntnis nehmen können, ohne dass ihr Selbstkonzept gefährdet wird oder dies einen entscheidenden Einfluss ausüben würde. Für Menschen mit einem starren Selbstkonzept ist es sehr schwierig, neue Erfahrungen zu integrieren. Sie versuchen ihr leicht verletzbares Selbstkonzept zu verteidigen und zu schützen. Daher werden als bedrohlich erlebte Erfahrungen abgewehrt. Zwei wesentliche Abwehrreaktionen sind die Verleugnung sowie die Verzerrung (vgl. Hobmair 2008: 437f.; Rogers 1987: 51; Neubauer 1976: 118). Solche Mechanismen können jedoch nur kurzfristig die Konsistenz zwischen dem bestehenden Selbstkonzept und den neuen Erfahrungen erhalten. Langfristig kommt es normalerweise zu einer Anpassung an die veränderten Bedingungen und daher auch zu einer Veränderung des Selbstkonzeptes. Das Homans'sche Theorem (1965/68 zit. nach Neubauer 1976: 41f.) besagt, dass neben Situationen auch soziale Kontakte so ausgewählt werden, dass die Gefahr einer Infragestellung der eigenen Person möglichst klein gehalten werden kann. Soziale Kontakte, die das Selbstkonzept steigern oder verifizieren, werden daher bevorzugt. Mit der Zeit tritt in der frühen Kindheit die Möglichkeit einer bewussten Manipulation des eigenen Verhaltens auf. Durch Selbst-Präsentationen werden geplante Rollen gespielt, um das Verhalten des Gegenübers zu testen, positive Reaktionen im Sinne des eigenen Selbstkonzeptes auszulösen oder in einer bestimmten Weise von anderen bewertet zu werden. Dabei besteht natürlich die Gefahr, dass man bei der Selbst-Präsentation einen Fehler macht und dadurch jederzeit die „wahre Natur“ zum Vorschein kommen kann. Kinder zwischen drei und fünf Jahren lernen Selbst-Präsentationen durch das Beobachten von anderen Personen, Ausprobieren von Verhaltenssequenzen sowie durch das Rollenspiel (vgl. Neubauer 1976: 83f.; 116f.).

5.1.2 Attribuierungstheorie

Für einen Erfolg oder Misserfolg, möchten Menschen Gründe kennen. Ergebnisse werden entweder auf Ursache, die in der Person (interne Ursachen) oder ausserhalb der Person (externe Ursachen) liegen, zurückgeführt. Die Begründungen orientieren sich am bestehenden Selbstkonzept. Dies bedeutet, dass man sich Attribute (Merkmale, Ursachen, etc.) zuschreibt, die das bisherige Bild von sich nicht in Frage stellen (vgl. Assimilationsvorgang) (vgl. Müller 2002: 54). „Die Attributionsforschung hat deutlich gemacht, dass nicht

allein das Leistungsresultat, sondern vor allem die erlebte Leistungsursache für die Selbstbeurteilung und die affektiven Reaktionen eine zentrale Rolle spielen.“ (Jerusalem 1993: 16).

- Beispiel „Kind mit negativem Selbstkonzept“: Ein Kind ist der Überzeugung, dass es unfähig ist, einen Satz orthografisch richtig zu schreiben. Diese Ansicht bleibt auch, wenn es den Text fehlerfrei geschrieben hat. Das Kind sucht nach externen Ursachen wie z.B. Zufall, Glück oder niedrigeres Anspruchsniveau. Wenn das Kind interne Gründe für den Erfolg verantwortlich machen würde, stünde dies im Widerspruch zum Selbstkonzept (vgl. Müller 2002: 54f.).
- Beispiel „Kind mit positivem Selbstkonzept“: Ein anderes Kind ist der Ansicht, dass es einen Satz fehlerfrei schreiben kann. Auch wenn es nicht erfolgreich war, bleibt das Selbstkonzept aufrechterhalten. Das Kind fühlt sich nicht direkt verantwortlich für den Misserfolg, sondern nennt externe Ursachen wie z.B. ein höheres Anspruchsniveau (vgl. ebd.: 55).

„Es wird aus diesen Beispielen deutlich, dass die Entwicklung eines positiven Selbstkonzeptes in Hinblick auf das Selbstwertgefühl, die Motivation und das psychische Wohlbefinden von grosser Bedeutung ist.“ (Müller 2002: 55). Die Attribuierungstheorie nach Weiner (1972 zit. nach ebd.: 2002: 55f. ; Eggert et al. 2003: 42f.) zeigt auf, wie Ursachen von Erfolg und Misserfolg bewusst erfasst werden können. Sie versucht die grosse Vielfalt möglicher Einzelursachen, welche zur Erklärung von Ereignissen benutzt werden, in vier übergreifende Dimensionen zu klassifizieren und zu reduzieren. Zur Visualisierung wird mit einem Vier-Felder-Schema gearbeitet (vgl. Abb. 4). Die erste Dimension, die für das Selbstkonzept sehr zentral ist, unterscheidet zwischen internen und externen Ursachen. In der zweiten Dimension wird zwischen stabilen und variablen Merkmalen unterschieden, was auf deren Dauerhaftigkeit hinweist. Wenn die beiden Dimensionen kombiniert werden, entstehen vier verschiedene Typen von Ursachen:

- Intern und stabil (z.B. eigene Fähigkeiten)
- Intern und variabel (z.B. eigene Anstrengung)
- Extern und stabil (z.B. Schwierigkeitsgrad)
- Extern und variabel (z.B. Zufall, Glück)

	intern	extern
stabil	Fähigkeit Ich kann fehlerfrei schreiben.	Aufgabenschwierigkeit Die Aufgabe war leicht.
variabel	Anstrengung Ich habe gut geübt.	Zufall Ich hatte Glück.

Abb.4: Vier-Felder-Schema zur Charakterisierung der Attribuierungen nach Herkner (1986) (In: Müller 2002: 56)

Welche Attribution ein Mensch zur Erklärung eines Misserfolgs oder Erfolgs wählt, ist im Wesentlichen vom entsprechenden Selbstkonzept abhängig. Forschungen haben gezeigt, dass Personen mit einem positiven Selbstkonzept ihre Erfolge mehr auf eigene Fähigkeiten und Anstrengungen, als auf Glück und Aufgabenleichtigkeit zurückführen. Misserfolge werden eher der unzureichenden Anstrengung oder ungünstigen Umständen zugeschrieben und nicht den eigenen Unfähigkeiten. Dies stellt eine selbstwertdienliche Attribuierungsstrategie dar. Im Gegensatz dazu verläuft die Selbstbewertung bei Personen mit einem negativen Selbstkonzept eher selbstwertschädlich. Erfolge werden nicht den eigenen Fähigkeiten zugeschrieben, sondern sie machen für Misserfolge die eigene Unfähigkeit als verantwortlich. Attributionen und Selbstbewertung haben demnach einen wechselseitigen Einfluss aufeinander (vgl. Eggert et al. 2003: 43; Jerusalem 1993: 16ff). Anhand der Attributionstendenzen können Rückschlüsse auf das Selbstkonzept einer Person gezogen werden. Im Hinblick auf die Selbstkonzeptförderung bedeutet dies, „dass die Schaffung einer Erfolgssituation nicht unbedingt eine positive Beeinflussung des Selbstkonzeptes zur Folge haben muss, da ein Erfolg möglicherweise nicht auf in der Person liegende Ursachen zurückgeführt wird.“ (Eggert et al. 2003: 43).

5.2 Struktur des Selbstkonzeptes

Seit der frühen Selbstkonzeptforschung wurde versucht, die Struktur des Selbstkonzeptes zu definieren. Dazu gibt es unterschiedliche Vorstellungen. Zu Beginn ging man von einem allgemeinen und eindimensionalen Konstrukt aus. Die neueren Forschungsergebnisse belegen aber deutlich, dass das Selbstkonzept hierarchisch und mehrdimensional organisiert ist. Bereits Kinder verfügen über verschiedene Teilkonzepte, die am Anfang aber noch relativ unverbunden nebeneinander bestehen und lückenhaft zu übergeordneten Konzepten integriert werden. Dies sieht man z.B. am Kopffüssler, den Kinder in der frühen

Kindheit zeichnen. Dieser widerspiegelt das frühe Konzept über den menschlichen Körper. Mit zunehmendem Alter differenzieren sich die Teilkonzepte und ergeben ein strukturiertes sowie zusammenhängendes Selbstkonzept. Die einzelnen Teilkonzepte unterscheiden sich in Bezug auf Inhalt, Bewertung und Zeitbezug. (vgl. Kirez Barth/Reusser 2013: 16f.; Neubauer 1976: 45). Nach Epstein (1979 zit. nach Eggert et al. 2003: 19) besteht das Selbstkonzept aus einer hierarchischen Anordnung von Postulaten unterschiedlicher Ordnung. Zum Beispiel würde die Aussage „Ich bin ein guter Fussballspieler“ zu der unteren Ordnung gehören und „Ich bin ein guter Sportler“ zur Höheren. Solche Postulate von höherer Ordnung können nur schwer durch Erfahrungen verändert werden, da sie stark generalisiert sind. Shavelson, Hubner und Stanton (1976 zit. nach Pior 1998: 17; Kirez Barth/Reusser 2013: 17f.) gingen auch von einem hierarchisch multidimensionalen Modell aus, welches das Selbstkonzept so organisiert, dass die grossen Mengen an Informationen klassifiziert und verbunden werden können. In spezifischen Situationen wird das eigene Verhalten sowie eigene Fähigkeiten registriert und bewertet. Erweisen sich diese als stabil, wird daraus auf einer höheren Ebene Schlussfolgerungen für das spezifische Teilkonzept gezogen. Wie in der Abbildung 5 ersichtlich ist, befinden sich auf der obersten Ebene des Selbstkonzeptes die verschiedenen Teilkonzepte. Auf der nächst tieferen Ebene differenzieren sich die Teilkonzepte in weitere Untergruppen. Analog zu Epstein gehen auch Shavelson et al. davon aus, dass das Selbstkonzept umso stabiler ist, je genereller es ist, also je höher es in der Hierarchie liegt.

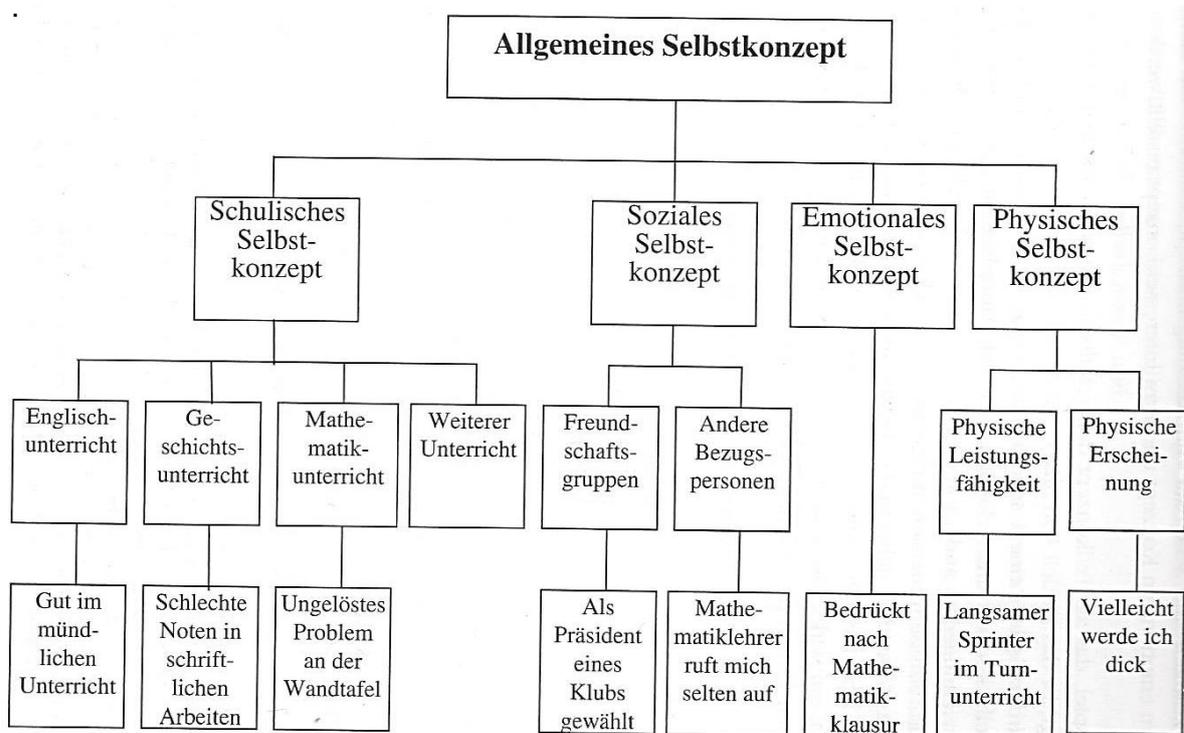


Abb.5: Selbstkonzeptmodell nach Shavelson et al. (1976) (In: Müller 2002: 62)

Eggert et al. (2003: 28f.) haben aus verschiedenen theoretischen Ansätzen ein Modell zu den Elementen des Selbstkonzeptes erstellt (siehe Abb.6). Das Selbstkonzept besteht demnach aus verschiedenen Komponenten, die eng miteinander vernetzt sind und ein lebendiges und sich wandelndes System bilden. Für die Stärkung des Selbstkonzeptes sind alle Bereiche wichtig. Diese einzelnen Systeme bestehen wiederum aus mehreren Subsystemen, was das Selbstkonzept zu einem sehr komplexen Gebilde macht.

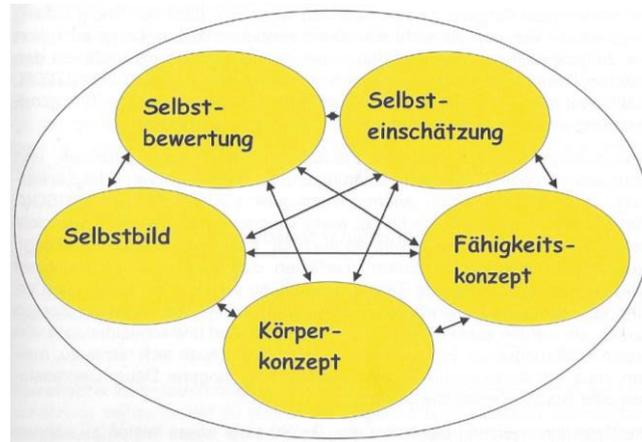


Abb.6: Elemente des Selbstkonzeptes (In: Eggert et al. 2003: 29)

Wie hoch sich eine Person selbst sowie die eigenen Fähigkeiten einschätzt, bringt die **Selbsteinschätzung** zum Ausdruck. Diese ist ausschlaggebend für die Entwicklung des Selbstkonzeptes und wird zu einem grossen Teil durch Umweltfaktoren sowie durch das eigene Körper- und Fähigkeitskonzept beeinflusst. Für die Auswahl der Lebensaufgaben sowie deren Bewältigung ist die Erfolgs-Misserfolgsmotivierung ausschlaggebend. Wie bereits im Kapitel 5.1.2. beschrieben, ist es wegweisend, ob eine Person den Erfolg seinen Fähigkeiten oder einfach dem Zufall zuschreibt. „Eine durchgängig negative Selbsteinschätzung führt zu einer personen- und nicht sachbezogenen Kausalattribution und zu einer negativen Erfolgserwartung – das Ergebnis ist eine ‚erlernte Hilflosigkeit‘“. (Eggert et al. 2003: 30). Wenn eine Person beispielsweise die eigene Lage trotz Anstrengung nicht verbessern kann, macht sich ein Gefühl von Hilflosigkeit breit. Oder wenn ein Kind sich immer wieder um Liebe und Anerkennung der Eltern bemüht, aber diese nicht erhält, kommt es zu Frustrationen. Solche Situationen führen dazu, dass die betreffenden Personen untätig und unmotiviert werden. Die Aktivitäten gehen zurück und neue Erfahrungen werden gemieden. Sich selber trauen sie nichts mehr zu, sie fühlen sich unfähig und haben das Gefühl, nichts bewirken zu können. Die Selbsteinschätzung enthält einerseits die Überzeugung etwas leisten zu können und erfolgreich zu sein. Andererseits spielt das Gefühl sozial kompetent zu sein auch eine tragende Rolle. Dabei geht es darum, sozial akzeptiert zu sein sowie für und mit anderen an einem von allen geschätzten Erfolg arbeiten zu können. Die physische Attraktivität erleichtert die soziale Akzeptanz und demnach

auch die soziale Kompetenz. Die individuelle Selbsteinschätzung wird durch folgende Faktoren beeinflusst (vgl. ebd.: 29ff.):

- Das Selbstwertgefühl stellt die aktuelle Einschätzung der individuellen Kompetenzen nach der Bewältigung einer Handlung dar.
- Das Selbstvertrauen ist die Einschätzung von übersituativen, individuellen Fähigkeiten, d.h. die gedankliche Vorwegnahme, ob eine zu bewältigende Aufgabe geschafft werden kann.
- Die Selbstwerteinschätzung meint eine generelle Einschätzung von den individuellen Fähigkeiten, der bereits gemachte Erfahrungen zu Grunde liegen.

Der Körper ist der Ausgangspunkt für jegliche Erfahrungen und stellt demnach die Grundlage für die Entwicklung des Selbstkonzeptes dar. Je nach Entwicklungsphase oder den individuellen Voraussetzungen sind die verschiedenen Aspekte des **Körperkonzeptes** unterschiedlich ausgeprägt. Es werden zwei verschiedene Funktionsbereiche genannt, die das Körperkonzept beeinflussen. Das Körperschema orientiert sich an kognitiven Inhalten und beinhaltet Wissen über den eigenen Körper. Dies kann Wissen über den Aufbau und die Funktionen des eigenen Körpers sein oder die kognitive Einschätzung der eigenen körperlichen Grenzen bzgl. Höhe, Breite und Umfang. Dies wiederum bildet das Fundament für die Orientierung in Raum und Zeit. Ein alltägliches Beispiel für das Körperschema ist die Aussage „da passe ich rein“, beim Anblick einer Hose im Geschäft. Diesem Körperschema steht das Körpergefühl gegenüber, das sich an emotionalen Inhalten orientiert. Das Bewusstsein und die Einstellung zum eigenen Körper stehen im Zentrum. Wie wird der eigene Körper wahrgenommen, erlebt und bewertet? Beispielsweise steht jemand vor dem Spiegel und denkt „ich bin zu dick“. (vgl. Eggert et al. 2003: 32ff). „Erfahrungen des eigenen Körpers in unterschiedlichen Kontexten spielen für die Entwicklung des Selbstkonzeptes eine wichtige Rolle“ (ebd.: 34). Alfermann (1998 zit. nach ebd.: 34f.) wies in Längsschnittstudien Zusammenhänge zwischen sportlicher Aktivität und der Entwicklung eines positiven Selbstkonzeptes nach. Sportlich Aktive sind mit ihrer Leistungsfähigkeit zufriedener als Nichtsportler und verfügen über ein positiveres Körperkonzept.

Das **Fähigkeitskonzept** bezieht sich auf die Selbstwahrnehmung der eigenen Leistungen und Fähigkeiten. Beeinflusst wird das Fähigkeitskonzept vom Selbstbild, der Selbstbewertung, dem Körperkonzept sowie von der Selbsteinschätzung. Es beinhaltet nicht nur das Wissen über die eigenen Kompetenzen, sondern auch die Wahrnehmung, Bewertungen und Gefühle der Leistungsfähigkeit (vgl. Eggert et al. 2003: 35ff).

Aus den verschiedenen Bereichen der Selbsteinschätzung, gekoppelt mit dem Körper- und Fähigkeitskonzept, entwickeln sich die **Selbstbewertung** und das **Selbstbild**. Die Selbstbewertung findet statt, wenn ein Mensch seine Handlungen emotional bewertet.

Das Selbstbild hingegen bezieht sich auf die objektive Bewertung einer Handlung. Sind beide Komponenten vorhanden, wird eine individuelle Einschätzung über sich selbst (Metaebene) ermöglicht. Sie beinhalten drei Bereiche, die sowohl eine affektive wie auch eine kognitive Ebene beinhalten und eine gewisse Selbstreflexionsfähigkeit voraussetzen (vgl. Eggert et al. 2003: 37ff.):

- Das Idealselbst besteht aus dem erwünschten Selbst, das ausdrückt wie eine Person gerne sein möchte, wie sie sich selbst vorstellt oder wie sie sich den vorherrschenden Normen und Werten entsprechend verhalten sollte. Neben diesen erreichbaren Möglichkeiten beinhaltet das Idealselbst auch Vergleiche mit unrealistischen und nicht erreichbaren Wunschbildern.
- Das Realselbst drückt in realistischer Form Wissen über das eigene Erscheinungsbild, die erreichte soziale Identität, psychische Dispositionen, usw. aus.
- Das Soziale Selbst zeigt auf, wie ein Mensch sich gegenüber anderen darstellt und verhält und wie er sich in Bezug zu anderen Personen sieht. Es beinhaltet Einschätzungen darüber, wie sich das Individuum von den anderen wahrgenommen glaubt und wie es sich selbst darstellt.

Für die Selbstbewertung ist das Idealselbst einer Person wesentlich. Ständig wird dieses mit dem Realselbst verglichen und aufgrund der Ergebnisse werden Schlussfolgerungen zu den individuellen Fähigkeiten und Merkmalen gezogen. „Menschen zeigen die Tendenz, die Diskrepanz zwischen Real-Selbst und Ideal-Selbst möglichst gering zu halten.“ (Hobmair 2008: 429). Wenn eine grosse Diskrepanz zwischen dem realen und idealen Selbst besteht, löst dies innere Spannungen, eine Unruhe und Unausgeglichenheit aus. Sind die beiden Teile weitgehend stimmig, erlebt die betroffene Person diesen Zustand als überaus positiv (vgl. Müller 2002: 87).

5.3 Förderung des Selbstkonzeptes als Erziehungsziel

Um den gestellten Anforderungen der Lebensbewältigung gewachsen zu sein, brauchen Menschen ein positives Selbstkonzept. Ein solches stellt eine protektive Ressource dar, weil anstehende Anforderungen als Herausforderungen gesehen und mit Erfolgszuversicht bearbeitet werden. Positive Entwicklungsprozesse werden demnach gestärkt. Besonders vulnerabel sind Menschen mit einem negativen Selbstkonzept, da sie vermehrt von Versagensängsten belastet werden, eine geringere Kompetenzerwartung haben und sich für Misserfolge stärker verantwortlich fühlen. Durch negative Selbsteinschätzung, motivationalen Defiziten und Leistungsversagen infolge selbst erfüllender Prophezeiungen gelangen Betroffene in einen Teufelskreis, der längerfristig zu Resignation und Hilflosigkeit führt. Diese vom entsprechenden Selbstkonzept abhängigen Erlebensunterschiede

begründen leistungsrelevante Unterschiede in der Informationsverarbeitung sowie im Verhalten (vgl. Müller 2002: 77; Jerusalem 1993: 13; 20f). Menschen mit einem positiven Selbstkonzept halten sich selber für wichtig, sind von den eigenen guten Eigenschaften überzeugt und wissen, dass sie ihre Ansichten je nach Situation durchsetzen können. Gerne befassen sie sich mit neuen, herausfordernden Aufgaben und verfügen über positive Zukunftserwartungen. Es wird angenommen, dass Probleme grundsätzlich lösbar sind, dass man vom Gegenüber beachtet sowie akzeptiert wird. Sie kennen mehr Leute und pflegen regelmässig soziale Kontakte. Solche interpersonelle Erfolge wirken sich steigend auf die soziale Partizipation aus und stärken die Toleranz gegenüber vorübergehender sozialer Isolierung. Es ist ein selbstständiges Leistungsstreben zu beobachten. Personen mit einem negativen Selbstkonzept halten sich eher für unwichtig und nicht liebenswert. Sie gehen davon aus, dass das soziale Umfeld enttäuscht wäre, wenn sie ihr wahres Wesen offenbaren würden. Daher versuchen sich die Betroffenen durch Selbstpräsentation und Verleugnung der eigenen Person Anerkennung zu verschaffen. Je niedriger das Selbstkonzept ist, desto eher neigen Menschen dazu Meinungen von (höher geschätzten) Interaktionspartnern zu übernehmen. Es herrscht eine pessimistische Zukunftserwartung und man fühlt sich eher isoliert sowie passiv. In vertrauten Aufgaben und Routinen werden Stabilität und Rückhalt gesucht. Sie meiden vermehrt soziale Kontakte, die zu einer engeren Bindung führen würde, um nicht identitätsgefährdende kognitive Dissonanzen zu aktivieren. Es ist eine kleinere Leistungsmotivation sowie geringere Fähigkeiten zu kreativen Denkleistungen zu beobachten (vgl. Neubauer 1976: 120-128). Auch wenn positive Grunderfahrungen vorliegen, kann ein labiles Selbstkonzept durch neue Situationen, beispielweise einen Schulwechsel, schnell gefährdet werden (vgl. Eggert et al. 2003: 85). Diese Aufzählung der unterschiedlichen Auswirkungen eines positiven bzw. negativen Selbstkonzeptes ist nicht abschliessend. Bereits so wird aber durchaus ersichtlich, wie wichtig ein positives Selbstkonzept für die Entwicklung sowie alle Lebensbereiche ist. Daher ist die Förderung des Selbstkonzeptes eindeutig ein zentrales Erziehungsziel. Das Selbstkonzept stellt eine Voraussetzung für die Förderung im Bereich der Selbst- und Sozialkompetenz dar. Wenn man sich selber sowie die bereits vorhandenen Eigenheiten, das Verhaltensrepertoire und die individuellen Fähigkeiten wahrnehmen kann und kennt, kann man die Kompetenzen erweitern, innere Vorgänge anderer Menschen erkennen sowie Mitgefühl zeigen (vgl. Müller 2002: 75-78). In den Konstruktionsprozess des Selbstkonzeptes kann aber nicht direkt von aussen eingegriffen werden. „Es können aber bestimmte Umweltbedingungen geschaffen werden (...).“ (Eggert et al. 2003: 23). Das Selbstkonzept ist vielen Menschen nicht oder nur ungenügend bewusst und kann daher auch nicht ausreichend beschrieben werden. Um eine positive Erlebnisbasis zu schaffen, nennen Eggert et al. (2003: 49) folgende Schritte:

1. Sich wiederholende positive Erlebnisse schaffen, da solche emotional bedeutsame Ereignisse einen grossen Einfluss auf die Konstruktion des Selbstkonzeptes haben
2. Persönliche Bewusstwerdung der eigenen Möglichkeiten, damit die individuellen Handlungsmöglichkeiten nicht eingeschränkt sind
3. Erhöhung der Intensität der Eigenwahrnehmung durch selbstzentrierte, positive Aufmerksamkeit
4. Selbstwirksamkeit stärken und lernen, dass ein Erfolg durch Lernbemühungen erwartet werden kann
5. Anstrengungsbereitschaft erhöhen
6. Ablenkungen, Stolpersteine und Widerstände beschreiben und verringern
7. Negative Erfahrungen durch positive Interpretationen umdeuten (Reframing)
8. Anspruchsniveau langsam erhöhen
9. Eigene Ziele setzen

In der Förderung des Selbstkonzeptes ist es zentral, das ganze soziale Umfeld des Kindes (Eltern, Lehrpersonen, Peers und weitere Bezugspersonen) soweit wie möglich mit einzubeziehen, da sich Selbstkonzepte in den Interaktionen entwickeln. Es gibt eine sehr grosse Palette von verschiedenen Methoden und Möglichkeiten, um mit Kindern in unterschiedlichen Settings zum Thema Selbstkonzept zu arbeiten – sei dies durch Rollenspiele, erlebnispädagogische Angebote, zeichnerische Darstellungen, Selbstbeschreibungen, körperorientierte Arbeitsformen oder Gruppenübungen. Die Ziele der Methoden sind aber immer ähnlich. Die Kinder sollen für die differenzierte Wahrnehmung von Gefühlen, Bedürfnissen, Wünschen, Phantasien etc. sensibilisiert werden und ihre eigene Person besser erfassen können. Die Erfahrung von Selbstwirksamkeit stellt ein zentrales Ziel in der Selbstkonzeptförderung dar. Zudem soll die Selbstverantwortung gesteigert werden. Die Kinder sollen erkennen, dass sie für das eigene Leben Verantwortung tragen und Wahlmöglichkeiten haben. Es soll ein verstärkter Ausdruck positiver Gefühle und der Abbau von unerwünschten Verhaltensstrategien erreicht werden. Weiter sollen Kinder ihre Grenzen im Handeln und Erleben erfahren, anderen offener begegnen und diese besser akzeptieren können, der eigenen Motivation bewusst werden, die individuellen Stärken entdecken und gezielt einsetzen können sowie den Wert der eigenen Person erkennen (vgl. Eggert et al. 2003: 50f.). „Gerade bei älteren Kindern und bei Jugendlichen ist es keineswegs einfach, langsam und mit vielen Rückschritten ein Selbstkonzept zu einem überwiegenden positiven zu machen, aber es ist eine lohnende pädagogisch - therapeutische Anstrengung wert.“ (ebd.: 51). Demnach ist es zentral, mit der Förderung des Selbstkonzeptes bereits in der frühen Kindheit zu beginnen.

6. Das Selbstkonzept von chronisch körperlich kranken Kindern

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit nicht als bloße Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen, sondern als vollkommenes, körperliches, seelisches sowie soziales Wohlbefinden (vgl. Baby 2012: 253). Diese Definition korreliert mit dem biopsychosozialen Krankheitsmodell von Engel, das bereits in Kapitel 2.1 erwähnt wurde. Alle drei Dimensionen (Bio, Psycho, Sozial) stehen in einer kontinuierlich ändernden Wechselbeziehung. Entwicklungen und Verlauf von Störungen lassen sich durch diese Faktoren und dessen Veränderungen erklären. Demnach beeinflussen sich auch Gesundheit (Bio), bzw. Krankheit, und das Selbstkonzept (Psycho) einer Person wechselseitig. Das Selbstkonzept ist entscheidend für das psychische und soziale Wohlbefinden (vgl. ebd.: 259f.; Hug 2015: 6). Inwiefern sich die Gesundheit auf das Selbstkonzept auswirkt, soll in diesem Kapitel näher betrachtet werden. Da zu dieser Thematik noch ein grosser Forschungsbedarf besteht, werden einzelne Erkenntnisse von verschiedenen Autoren und Autorinnen zusammengetragen und zueinander in Verbindung gesetzt.

6.1 Auswirkungen einer chronisch körperlichen Erkrankung auf das Selbstkonzept

Lavigne und Faier-Routman (1992 zit. nach ebd.: 151f.) hielten in ihrer Metaanalyse fest, dass chronisch kranke Kinder verstärkt psychische Probleme, internalisierende sowie externalisierende Verhaltensauffälligkeiten und ein niedrigeres Selbstwertgefühl aufweisen. Dass sich aufgrund einer chronischen Erkrankung möglicherweise ein negatives Selbstkonzept entwickelt, kann von verschiedenen Faktoren bedingt werden. Es soll aber auch hier nochmals festgehalten werden, dass die Auswirkungen einer chronischen Krankheit individuell ausfallen. Trotzdem lassen sich Tendenzen in der Entwicklung sowie im Aufbau des Selbstkonzeptes feststellen.

Wie in Kapitel 5.1 erläutert, spielen bei der Entwicklung des Selbstkonzeptes Erfahrungen mit dem eigenen Körper eine ausschlaggebende Rolle, da das Körperkonzept das Selbstkonzept beeinflusst. Wer mit seinem Körper zufrieden ist, ist auch mit sich selber zufrieden. In Untersuchungen von Menschen mit einer Körperbeeinträchtigung konnte man einen hohen Zusammenhang zwischen der Akzeptanz des Körpers und dem Ausmass selbstbewusster sozialer Durchsetzungsfähigkeit feststellen. In der frühen Kindheit hängt dies noch stark von den Einstellungen der Eltern und deren Krankheitsbewältigung ab (vgl. Eggert et al. 2003: 34; 80). In den Beziehungsbotschaften vermitteln die Bezugspersonen Ansichten und Meinungen, welche von den Kindern in ihr Selbstkonzept aufgenommen werden. Sehen die Eltern ihr Kind mit der chronischen Erkrankung als krank, eingeschränkt und hilfsbedürftig oder fokussieren sie die Stärken und Potentiale des Kindes? Je nach Krankheitsbild kann das Akzeptieren des eigenen Körpers erschwert sein.

Neubauer (1976: 75-78; 114) betont, dass gravierende Veränderungen des Körpers ins Körperkonzept eingehen. Je rascher und gravierender diese Veränderung ist, desto bedeutender wirkt sich diese auf das Selbstkonzept aus und kann es gefährden, da die neuen Informationen nicht mehr dem bisherigen Bild über sich selbst entsprechen. Je nach Fall lässt sich in diesem Zusammenhang eine Distanzierung als Abwehrmechanismus beobachten. Dadurch kann es zu einem tiefen Fremdheitsgefühl gegenüber dem eigenen Körper kommen, was sich verständlicherweise wiederum negativ auf das Selbstkonzept auswirkt. Wenn durch die chronische Erkrankung sportliche Leistungsfähigkeiten eingeschränkt sind, kann sich dies auch negativ auf das Körper- und Selbstkonzept auswirken (vgl. Kapitel 5.2). Neue Anforderungen, Ereignisse oder Änderungen in der gewohnten Umgebung, die bei chronisch kranken Kindern immer wieder auftauchen, können für das bisherige Selbstkonzept eine potentielle Gefahr darstellen. Je abrupter und fundamentaler ein solcher Wechsel ist, desto grösser sind die Auswirkungen. Besonders für Kinder, bei denen das Selbstkonzept noch nicht gefestigt ist, können Veränderungen sehr herausfordernd sein und sich negativ auf die Entwicklung auswirken (vgl. Neubauer 1976: 41; 105). Beispielsweise müssen Kinder mit chronischen Krankheiten regelmässig Spitalaufenthalte über sich ergehen lassen, während denen sie über längere Zeit von ihrem gewohnten Umfeld und den Bezugspersonen getrennt sind. Bei Säuglingen und Kleinkindern kann dies die Bindungsmuster beeinflussen, welche sich wiederum auf die gesamte weitere Entwicklung auswirken. Ausschlaggebend für das Selbstkonzept von Kindern sind die Verhaltensweisen sowie die Bewertungskriterien der Erziehungspersonen. Um Informationen über sich selbst aus dem Umfeld aufzunehmen und zu verarbeiten, ist die Funktionsfähigkeit der Sinnesorgane als Empfangseinrichtung des Individuums zentral. Wenn diese nicht oder nur unzulänglich funktionieren, wirkt sich das auf das Selbstkonzept aus, da die Bewertungsinformationen ausschlaggebend für dessen Entwicklung sind. Chronisch kranke Kinder werden vermehrt zu Opfern von Stigmatisierungsprozessen, Ausgrenzungen und Mobbing. Solche Erfahrungen und Zuschreibungen können sich rasch im kindlichen Selbstkonzept manifestieren und schon bald sieht sich das betroffene Kind auch dementsprechend. Wie im Kapitel 4.1.1 beschrieben, kann sich eine Stigmatisierung auf die Schulleistungen und weiter auf das Selbstkonzept negativ auswirken. Durch soziale Vergleiche mit nicht-beeinträchtigten Peers werden kranke Kinder stärker auf ihre Defizite aufmerksam gemacht und unterschätzen die eigenen Fähigkeiten (vgl. Barth/Reusser 2013: 5). Jerusalem (1993: 6f.) hält fest, dass die Schulklassen eine sehr wichtige Bezugsgruppe für die Selbsteinschätzung ist, „weil sie einen überschaubaren Kreis von Personen repräsentiert, mit denen der Schüler täglich zusammenkommt und die ihm hinsichtlich vergleichsrelevanter Merkmale wie Alter, Bildungsstatus oder gemeinsamer Erfahrungskontext ähnlich sind.“ Das soziale Selbst stellt eine Selbstkonzeptfacette

dar und repräsentiert soziale Beziehungen aus relevanten Situationen im Umgang mit Gleichaltrigen. Der Aufbau von sozialen Beziehungen und die soziale Akzeptanz sind für die kindliche Entwicklung sehr zentral. Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Akzeptanz und dem späteren Auftreten von Auffälligkeiten (vgl. Pior 1998: 19). In der frühen Kindheit sind Freunde wichtig, da die Kinder das erste Mal den gewohnten familiären Bezugsrahmen verlassen. Bereits Kinder in diesem Alter beurteilen den eigenen Wert aufgrund eigener Leistungen und Erfolge in sozialen Kontakten. In der mittleren Kindheit bekommt die Peergruppe einen immer wichtigeren Stellenwert, Freundschaften werden tiefer und die Meinungen der Gleichaltrigen gewinnen für die Selbstdefinition an Bedeutung. Da chronisch kranke Kinder oftmals weniger Freunde haben, teilweise Einschränkungen im Kontakt mit Peers aufweisen oder öfters ausgegrenzt werden, erleben sie weniger Peerakzeptanz (vgl. Kapitel 3 und 4.3). Dies beeinflusst das Selbstkonzept negativ, denn alle haben das Bedürfnis nach positiver Beachtung, indem sie von anderen akzeptiert und geschätzt werden (vgl. Eggert et al. 2003: 20). Autonomie und Selbstständigkeit sind in der gesamten kindlichen Entwicklung zentral. Bereits im Kleinkindalter beginnt durch erste Explorationen der Umwelt ein Stück Unabhängigkeit. In der frühen Kindheit geht es um den Erwerb von Selbstständigkeit in Alltagsdingen und ab dem Kindergarteneintritt nimmt diese Autonomie immer mehr zu. Ohne Hilfe etwas zu machen und sich selber als Ursache für Erfolge oder Misserfolge zu erleben ist wichtig, um zielführende Verhaltensweisen zu lernen sowie ein realistisches Konzept der eigenen Fähigkeiten aufzubauen (vgl. ebd.: 135). Durch regelmässige Medikamenteneinnahme, Diäten, Spitalaufenthalte, Untersuchungen, Therapien, etc. kann die Autonomie und Selbstständigkeit bei chronisch kranken Kindern eingeschränkt sein. Eine Abgrenzung von den Eltern ist schwieriger, da sie lange die Verantwortung für die Behandlungen tragen und ihre Kinder stärker umsorgen (vgl. Kapitel 4.1.1 und 4.3). Für den Aufbau eines positiven Selbstkonzeptes ist die Selbstwirksamkeit ausschlaggebend. Wenn man durch das eigene Handeln etwas bewirken, verändern und Einfluss auf etwas nehmen kann, entwickelt sich eine positive Erfolgserwartung sowie ein Gefühl von Kontrolle und Kompetenz. Dies bildet die Basis für das Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten (vgl. Eggert et al. 2003: 89). Kinder mit einer chronischen Erkrankung haben oftmals nur wenig Kontrolle über den Verlauf der Krankheit. Sie können die Situation weder beeinflussen noch verändern. Je jünger die Kinder sind, desto weniger Verantwortung haben sie über die Medikamenteneinnahme und die Therapie. Wenn sie zudem vielleicht immer wieder soziale Misserfolge erleben oder in der Schule trotz Anstrengung schlechte Leistungen erbringen, kann dies zu einer erlernten Hilflosigkeit führen. Dadurch gehen die Aktivitäten zurück, die Motivation nimmt ab, man fühlt sich unfähig und traut sich nichts mehr zu. Das dadurch verursachte negative Selbstkonzept führt dazu, dass die Betroffenen Misserfolge sich selber zuschreiben

und Erfolge dem Zufall. Somit entsteht die Ansicht, dass die Person durch das eigene Verhalten die Konsequenz nicht beeinflussen kann. So können keine neuen Erfahrungen mehr gemacht werden und es kommt zu einem Teufelskreis (vgl. ebd.: 30; 42). Wie im Kapitel 3.3 beschrieben, wirkt sich die Selbstwirksamkeit weiter auf das soziale Verhalten und die Peerakzeptanz aus, was wiederum Einfluss auf das Selbstkonzept hat. Ein Schulkind bemüht sich um gute Leistungen. Wenn diese nicht erbracht werden können und dadurch Misserfolge dominieren, kann das Selbstkonzept negativ beeinflusst werden (vgl. Müller 2002: 112). Chronisch kranke Kinder fehlen durch Spitalaufenthalte, Therapien oder Untersuchungen öfters in der Schule und weisen auch vermehrt schulische Schwierigkeiten auf (vgl. Kapitel 4.3). Wie im Kapitel 5.2 beschrieben, werden gemäss dem Selbstkonzeptmodell von Shavelson et al. mit der Zeit sich wiederholende Erfahrungen generalisiert und in höheren Ordnungen des Selbstkonzeptes abgespeichert. Wenn ein krankes Kind beispielsweise immer wieder Misserfolge in der Mathematik und im Englischunterricht hat, wird es wahrscheinlich nach einer Weile darauf schliessen, dass es schlecht in der Schule ist oder sogar dumm sei. Falls die Erkrankung das Kind in der motorischen und/oder sprachlichen Entwicklung einschränkt, weicht es von der Gruppennorm ab, kann nicht alle Aktivitäten ausüben oder sich nur unzureichend ausdrücken. Solche Faktoren tragen auch zu einer Verminderung des Selbstkonzeptes bei (vgl. Kapitel 3). Wenn ein Kind mit einer chronischen Erkrankung eine Modellperson idealisiert, bildet sich ein strenges Idealselbst aus. Wenn dieses beispielsweise darin besteht gesund zu sein, Fussball zu spielen (z.B. mit Spina bifida), alles ohne Einschränkungen essen zu können (z.B. mit Diabetes oder Zöliakie) oder keine regelmässigen Medikamente nehmen zu müssen (z.B. mit Niereninsuffizienz), besteht eine ständige Diskrepanz zwischen dem Idealselbst und dem Realselbst. Dies kann eine Unzufriedenheit mit sich selbst auslösen, was zu einer Minderung der Selbstwertschätzung führen kann (vgl. Neubauer 1976: 86).

6.2 Stärkung des Selbstkonzeptes

Es gibt viele Kinder mit einer chronischen Erkrankung, die keine negativen Auswirkungen in ihrer Entwicklung zeigen, da ihnen dank verschiedenen Ressourcen und Schutzfaktoren die Adaptation an die Belastungen und Einschränkungen gelingt (vgl. Kap. 4). Ein positives Selbstkonzept gilt als Grundeigenschaft für psychische Gesundheit und stellt ein Schutzfaktor für eine bessere Gesundheit, für Lebensqualität sowie für positives soziales Verhalten dar. Das positive Selbstkonzept kann als Puffer gegen negative Einflüsse gesehen werden (vgl. Baby 2012: 259). Demnach ist die Entwicklung und Förderung eines positiven Selbstkonzeptes bei chronisch kranken Kindern besonders wichtig. Wie dies geschehen und unterstützt werden kann, soll in diesem Kapitel herausgearbeitet werden. Die Bandbreite von Möglichkeiten ist sehr gross. Daher wird sich hier auf einzelne Metho-

den sowie wichtige Grundsätze beschränkt. Das Ziel ist, eine Idee zu bekommen, wie das Selbstkonzept von Kindern mit einer chronischen Erkrankung gestärkt werden kann und wie Professionelle der Soziale Arbeit die Betroffenen darin unterstützen können. Anregungen zu konkreten Methoden dürfen dabei nicht fehlen, die entweder so übernommen oder individuell weiterentwickelt werden können. Die Aufzählung ist jedoch nicht abschliessend.

Gemäss Neubauer (1976: 133) sind die Ziele des Erziehungsverhaltens für eine möglichst günstige individuelle Entwicklung eine positive Selbstwertschätzung, ein realistisches Selbstkonzept, Selbstakzeptanz, Selbstständigkeit, Selbstkontrolle sowie Verantwortlichkeit für das eigene Verhalten. Er betont, dass es Menschen eher gelingt, schwierige Situationen ohne Angst zu bewältigen, wenn sie über eine positive Selbstwertschätzung sowie eine Erfolgszuversichtlichkeit (Selbstwirksamkeit) verfügen. Um dies zu unterstützen, braucht es ein akzeptierendes, wertschätzendes und sozialintegratives Erziehungsverhalten (vgl. ebd.: 58; 95). In der Förderung des Selbstkonzeptes geht es darum, die eigenen Fähigkeiten und Grenzen realistisch einschätzen zu können. Dies kann durch initiierte Selbstbewertungsprozesse geschehen, die aber begleitet werden müssen. Zentral für die Kinder sind positive Ergebnisse in der Einschätzung der eigenen Person. Durch Selbstwahrnehmung können die Kinder lernen, die eigenen Fähigkeiten, Gefühle, Stärken und Schwächen zu erkennen sowie einzuschätzen (vgl. Barth/Reusser: 2013: 6; Müller 2002: 87-96). Um die Selbstbeobachtung und –bewertung zu fördern, eignen sich einfache Formen der Selbstreflexion gut. Dazu gibt es eine Fülle von schriftlichen oder nicht-schriftlichen Methoden. Als Anregung werden hier einige kurz erläutert:

Im **Portfolio** können die Kinder Dokumente des eigenen Lernens sammeln, um Stärken, Schwächen und den Lernprozess zu veranschaulichen. Rückmeldungen der Lehrperson sowie Reflexionen des Kindes haben darin Platz. Im **Ich-Buch** kann das Kind die persönlichen Eigenschaften (z.B. Augenfarbe, Grösse), Vorlieben (z.B. Hobbies, Lieblingsessen) und das eigene Umfeld (z.B. Familie, Freunde) eintragen. Das Nachdenken über sich selber sowie die Selbstwahrnehmung werden gefördert. Durch das gegenseitige Vergleichen der persönlichen Ich-Bücher kann Verständnis für Individualität, Toleranz sowie Empathie gesteigert werden. **Selbstbeobachtungsbogen** sind die häufigste Form von Selbsteinschätzung. Anhand unterschiedlicher Skalierungen, wie beispielsweise mit Zahlen, Farben, Symbolen oder der Körperhaltung, kann das eigene Verhalten eingeschätzt werden (vgl. Müller 2002: 114-124). Mit **Gefühlsgesichtern** können die eigenen Gefühle besser wahrgenommen, benannt und ausgedrückt werden. Auf Karten sind Bilder von unterschiedlichen Emotionen abgebildet. Damit kann die momentane Gefühlslage eingeschätzt werden oder passende Situationen können dazu erfunden werden, um die Bedeutung der Emotionen zu lernen. In **Gesprächen** kann z.B. durch die lösungsorientierte Ge-

sprachsführung die Entscheidungs- und Problemlösefähigkeit des Kindes gesteigert werden. Dank den gezielten Fragen wird die Selbstwahrnehmung sowie Selbstaktivierung fokussiert und Stärken werden wahrgenommen, auf denen weiter aufgebaut werden kann. Weiter gibt es viele unterschiedliche **Spiele und Übungen**, um die Körperwahrnehmung zu trainieren, mit anderen spielerisch zu interagieren, lernen sich zu entspannen und auszudrücken (vgl. ebd.: 129-135).

In der Arbeit mit chronisch kranken Kindern ist die Ressourcenorientierung sehr zentral. Im Alltag werden sie immer wieder mit ihren Defiziten konfrontiert und daher ist es unterstützend, wenn die Betroffenen durch solche Methoden ihre Stärken entdecken und festigen können. Neben der Förderung des Alltagsmanagement in Bezug auf krankheitsbedingte Anforderungen, sollen auch allgemeine Kompetenzen zum Lösen der Entwicklungsaufgaben gefördert werden (vgl. Pinquart 2013: 190). Da der Körper die Basis für die Entwicklung des Selbstkonzeptes darstellt, ist eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper ausschlaggebend. Es ist erstrebenswert, dass Kinder mit einer chronischen Erkrankung ihren Körper gut kennen, sich Wissen aneignen können und lernen, ihn zu akzeptieren. Dazu eignen sich Körperwahrnehmungsspiele oder die Arbeit mit altersentsprechendem Anschauungsmaterial, wie Bücher, Bilder, Puppen oder Modelle, gut. Ein weiterer Aspekt, der in der Förderung des Selbstkonzeptes sehr zentral ist und bei chronisch kranken Kindern eine besondere Bedeutung hat, ist die Selbstständigkeit. Möglichkeiten für selbstständiges Handeln sollen immer wieder genutzt werden. Das Kind soll die Gelegenheit haben, ohne Hilfe etwas machen können und ohne dass jemand die Lösung vorgibt. Um die Misserfolgswahrscheinlichkeit bei schwierigen Aufgaben zu reduzieren, können lediglich Hinweise gegeben werden. Durch das selbstständige Finden der Lösung und durch die eigenständige Bewältigung der Aufgabe wird eine positive Selbstbewertung abgeleitet. Durch Hinweise können Lösungsstrategien gelernt werden (vgl. Neubauer 1976: 135). Es soll für das betroffene Kind eine gewisse Kontrolle über die Krankheit, oder zumindest im Umgang mit der Krankheit, geschaffen werden und laufend neue Kompetenzen entwickelt werden. Dadurch kann auch die Selbstwirksamkeit gesteigert werden, die zentral für den Aufbau eines positiven Selbstkonzeptes ist (vgl. Eggert et al. 2003: 81-89). Erfolgserlebnisse sollen Wertschätzung und Anerkennung erhalten. Die positiven Bewertungen einer gelungenen Handlung sollen auf das Kind bezogen werden, damit es sich selbst als Ursache des Erfolgs erlebt. Ob die Erziehungsperson einen Misserfolg mit fehlender Begabung oder fehlender Anstrengung erklärt, macht einen grossen Unterschied in der Beeinflussung des Selbstkonzeptes. Negative Globalbewertungen, wie beispielsweise „du bist faul“, können das Selbstkonzept schädigen. Daher ist es wichtig, dass sich negative Bewertungen auf Handlungen und nicht auf Personen beziehen (z.B. „das Wort ist nicht richtig geschrieben“) (vgl. Neubauer 1976: 135ff). Wie in Kapitel 5.1.2 be-

tont, tragen Erfolgssituationen nicht zwingend zu einer Steigerung des Selbstkonzeptes bei. Ausschlaggebend ist die jeweilige Kausalattribution. Wenn sich aber ein Kind für den Erfolg verantwortlich fühlt, können Stärken entdeckt werden und ein Gefühl von Selbstwirksamkeit kann sich einstellen. Zunehmende Selbstwirksamkeit kann zudem den Teufelskreis erlernter Hilflosigkeit durchbrechen und wieder neue Erfahrungen ermöglichen. Positive Erlebnisse und Rückmeldungen, basierend auf konkreten Erfahrungen, können eigene Fähigkeiten bewusst machen und Postulate niedriger Ordnung direkt beeinflussen („Ich kann gut multiplizieren“). Dadurch können neue Annahmen aufgebaut werden, welche die Postulate höherer Ordnung erreichen („Ich bin gut in Mathematik“) (vgl. Barth/Reusser 2013: 16). Die verschiedenen Informationsquellen (vgl. Kapitel 5.1.1) können genutzt werden, um gezielte Rückmeldungen zu geben, die wiederum das Selbstkonzept stärken. Ein direktes Feedback an das Kind soll ernsthaft, konstruktiv und respektvoll sein. Eine Feedbackkultur kann mit Kindern entwickelt und geübt werden. Da Rückmeldungen auch indirekt über Verhaltensweisen stattfinden, spielt der soziale Umgang der Erziehungsperson eine wichtige Rolle. Daher gilt es für Bezugspersonen, die eigene Haltung und Reaktion regelmässig zu reflektieren sowie einen bewussten Umgang mit Bewertungen (u.a. Noten, Lob, Tadel, Feedback, nonverbales Verhalten) zu pflegen. Dabei ist die Beziehung zwischen dem Kind und der erwachsenen Person ausschlaggebend (vgl. ebd.: 14f.; 24). Ein weiterer Bereich, den es zur Stärkung des Selbstkonzeptes bei chronisch kranken Kindern zu fördern gilt, ist der Kontakt zu Peers. Der Aufbau von tragfesten Beziehungen und die Förderung der Peerakzeptanz sind sehr wichtig (vgl. Pior 1998: 19). Gute Freundschaften haben eine grosse Unterstützungsfunktion im Umgang mit der Krankheit und haben demnach auch einen positiven Einfluss auf das Selbstkonzept (vgl. Papastefanou 2009: 46). Zum Beispiel kann die Ausübung eines Hobbies in einem Verein unterstützt werden, um Kontakte zu Gleichaltrigen zu fördern. Eine Sensibilisierungs- und Antistigmatisierungsarbeit mit den Peers könnte toleranzfördernd sein, Hemmschwellen abbauen sowie präventiv gegen Ausgrenzung und Mobbing wirken. Wenn ein krankes Kind längere Zeit die Schule nicht besuchen kann ist es wichtig, die Kontakte zu der Klasse aufrecht zu erhalten und weiter zu pflegen. Auf soziale Vergleichsprozesse sowie Wettbewerbssituationen können Erziehungs- oder Lehrpersonen Einfluss nehmen und diese verschärfen oder auch entschärfen (vgl. Jerusalem 1993: 8f.). Individuelle, anstelle von sozialen Bezugsnormen bei Bewertungsprozesse könnten diese Entschärfung unterstützen (vgl. Barth/Reusser 2013: 29f.).

7. Fazit

„Soziale Arbeit hat Menschen zu begleiten, zu betreuen oder zu schützen und ihre Entwicklung zu fördern, zu sichern oder zu stabilisieren.“ (AvenirSocial 2010: 6). Dieser Arti-

kel im Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz betont prägnant, dass die Förderung und Unterstützung von Kindern deutlich in den Aufgabenbereich der Professionellen der Sozialen Arbeit fällt. Dies gilt v.a. für Kinder in herausfordernden Situationen. Weiter wird festgehalten, dass die Ermächtigung der Menschen mit dem Ziel, das Wohlbefinden anzuheben angestrebt wird (vgl. ebd.: 6-8). Zu dieser Ermächtigung gehört u.a. ganz klar die Steigerung der Selbstwirksamkeit, deren Wichtigkeit im Kapitel 6 aufgezeigt wurde. Das Ziel für die Soziale Arbeit im Umgang mit chronisch kranken Kindern ist ein möglichst hohes Mass an Lebensqualität für die Betroffenen zu gewährleisten, sodass die physische sowie die psychosoziale Entwicklung altersentsprechend verläuft und die soziale Integration ins Umfeld gelingt. Baby (2012: 253-259) definiert das Wohlbefinden als Vermögen, das Leben in vollen Zügen leben zu können sowie die persönlichen Potentiale und Wahlmöglichkeiten voll ausschöpfen zu können. Psychische Ressourcen wie Hoffnung, Optimismus, Selbstkontrolle und Wohlbefinden sind Schutzfaktoren für die Gesundheit. Wie in Kapitel 6 festgehalten, handelt es sich bei Gesundheit nicht einfach um die Abwesenheit von Krankheit, sondern um das subjektive Wohlbefinden. Daraus lässt sich schliessen, dass Kinder in ihrer Entwicklung unterstützt und gefördert werden müssen, damit sie sich selbst verwirklichen und Wohlbefinden erleben können. In Kapitel 4 wurde festgestellt, dass aufgrund einer chronischen Erkrankung dieses Wohlbefinden bei einigen Kindern eingeschränkt sein kann. Teilweise sind die Entwicklungsaufgaben erschwert, es stehen zusätzliche Anforderungen an oder es ergeben sich Schwierigkeiten im sozialen und emotionalen Bereich. Weiter kann sich eine chronische Erkrankung durch verschiedene Faktoren negativ auf die Entwicklung eines stabilen Selbstkonzeptes auswirken (vgl. Kapitel 6.1). Das Selbstkonzept beeinflusst jedoch jeden Aspekt des Lebens und beeinflusst demnach auch das psychische Wohlbefinden, die eigenen Einstellungen, das persönliche Glück, die Freude, den Erfolg sowie die allgemeine Zufriedenheit (vgl. Baby 2012: 259f.). Daher gilt es, ein positives Selbstkonzept bei chronisch kranken Kindern zu fördern, da es als Schutzfaktor für eine gute Gesundheit dient, was eine Ressource in der Krankheitsbewältigung darstellen würde. Weiter trägt es auch dazu bei, dass die Betroffenen mehr Sorge zum eigenen Körper tragen (vgl. ebd.: 260). Dies steigert das kooperative Verhalten des Kindes im Rahmen der Therapie und kann Komplikationen oder Verschlechterungen des Gesundheitszustandes aufgrund von unregelmässiger Medikamenteneinnahme, Nicht-Einhalten einer Diät oder eines Therapieplans verringern.

Aufgrund der vielschichtigen Anforderungen einer chronischen Erkrankung gehört in eine integrierte Behandlung von Betroffenen auch das Angebot von psychosozialer Unterstützung. Die kranken Kinder und ihre Familien sind auf Beratungs- und Unterstützungsleistungen von Professionellen der Sozialen Arbeit angewiesen (vgl. Fröhlich-Rüfenacht/Rousselot/Künzler 2013: 208; Walther 2006: 9). Da sich die biologischen, sozi-

alen, psychischen Faktoren gegenseitig beeinflussen, reicht eine rein medizinische Behandlung nicht aus. In der Arbeit mit chronisch kranken Kindern gilt das Prinzip der Ganzheitlichkeit. Neben der Behandlung der Beeinträchtigung darf auch eine psychosoziale Hilfe nicht fehlen, die zur Leidensmilderung, Stärkung des Selbstkonzeptes sowie zur Integration ins soziale Umfeld beiträgt. Zentral ist ein systemisches Verständnis, welches die Lebensumwelt des Kindes miteinbezieht, anstelle einer symptombezogener Förderung (vgl. Barth/Reusser 2013: 25). Die Aufgaben der Sozialen Arbeit mit chronisch kranken Kinder sind vielseitig. Oftmals haben die Professionellen eine Vermittlungsfunktion zwischen den verschiedenen Fachpersonen und leiten das Case Management. Zu Beginn geht es um die Diagnostik, welche die Sozialanamnese, die Belastungsdiagnostik, die Netzwerkanalyse sowie die Familiendiagnostik enthält. Im Weiteren bestehen die Aufgaben in der psychosozialen Beratung, der Angehörigenarbeit, Psychoedukation, Rehabilitation, Reintegration, Prävention sowie in der Öffentlichkeitsarbeit (vgl. Benz-Fraginière 2015: 38). Je nachdem in welchem Feld der Sozialen Arbeit die Professionellen arbeiten, kann der Zuständigkeitsbereich variieren. Im sozialpädagogischen Setting kann gemeinsam mit dem Kind konkret an den Entwicklungsaufgaben gearbeitet werden, das Selbstkonzept kann durch verschiedene Methoden gestärkt werden oder der Umgang mit Gleichaltrigen kann gefördert werden. Als Schulsozialarbeiterin oder Schulsozialarbeiter kann die Reintegration in die Stammklasse vorbereitet und begleitet werden. Es können mit der Klasse Projekte zu Destigmatisierung oder Toleranzförderung durchgeführt werden oder gemeinsam Methoden zur Selbstkonzeptstärkung ausprobiert werden. Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen im Spital oder auf einer Beratungsstelle fokussieren eher die Diagnostik, die Krankheits- und Krisenbewältigung, die Psychoedukation oder je nach Familie auch die Sicherung des Lebensunterhalts. Ausschlaggebend ist aber, dass die chronisch kranken Kinder und ihre Familien von den Professionellen der Sozialen Arbeit Unterstützung erhalten. Durch diese Arbeit konnte verdeutlicht werden, dass neben weiterem Förderungsbedarf die Stärkung des Selbstkonzeptes der kranken Kinder sehr wichtig ist. Dabei ist nicht nur die direkte Unterstützung des Kindes zentral, sondern auch die Angehörigenarbeit, da das Umfeld einen grossen Einfluss auf die Krankheitsbewältigung des Kindes sowie dessen Selbstkonzeptentwicklung hat. Wenn die Angehörigen gestärkt werden, können sie eine Ressource im Umgang mit der Erkrankung darstellen. Gemäss Schöneberger und von Kardoff (2004 zit. nach Nieuwenboom 2015: 28) brauchen Angehörige von somatisch Erkrankten Unterstützung im Umgang mit der Hilflosigkeit, emotionale Entlastung, Informationen zur Krankheit, Gespräche über mögliche Existenzängste, Hilfe bei der Trauerarbeit und Entlastung von Schuldgefühlen. Besonders die Arbeit mit den Eltern und Geschwister der chronisch kranken Kinder ist eine wichtige Aufgabe der Sozialen Arbeit. Inwiefern die Professionellen die betroffenen Kinder im Aufbau eines po-

sitiven und stabilen Selbstkonzeptes unterstützen können, wurde bereits im Kapitel 6.2 ausführlich behandelt. Wie bereits oben erwähnt, variieren diese Möglichkeiten je nach Zuständigkeitsbereich und Arbeitsauftrag. Aufgrund der Komplexität und dem breiten Spektrum an speziellen Förderanlässen ist das Prinzip der Interdisziplinarität sehr wichtig. Die Zusammenarbeit verschiedener Instanzen sowie die Vernetzung mit den unterschiedlichen Institutionen sind ausschlaggebend, wobei die Koordination und Vermittlung nicht immer so einfach ist (vgl. Barth/Reusser 2013: 26). „Das im Zusammenhang mit der Einführung der Fallpauschalen aus betriebswirtschaftlicher Sicht nachvollziehbare Interesse von Kliniken an einer Fallzahlensteigerung führt in der Praxis oft dazu, dass der Arbeitsauftrag an den Sozialdienst umdefiniert, wenn nicht gar erstmals formuliert wird: Er soll die zügige Entlassung eines Patienten organisieren.“ (Walther 2006: 9). Auch in der Beratung ausserhalb der Spitäler steigen die Fallzahlen und die zeitlichen Ressourcen werden immer knapper. Dadurch verschieben sich die Arbeitsinhalte, die psychosoziale Versorgung der Betroffenen verschlechtert sich und ganzheitlich sowie langandauernde Beratungen sind eher selten (vgl. ebd.: 9). Um dieses Defizit auszugleichen, wäre je nach Fall eine Vernetzung mit einer Psychotherapie hilfreich. Besonders bei chronisch kranken Kindern, die auf Grund persönlichen, krankheitsbedingten oder familiären Faktoren hoch belastet sind und vielleicht bereits psychosoziale Auffälligkeiten oder gar Störungen zeigen, würde eine Psychotherapie unterstützend wirken (vgl. Baur/Podeswik 2009b: 302ff). Um die Versorgungskontinuität sicherzustellen, die Unterstützungsleistungen effektiv, effizient und ganz besonders adressatenbezogen zu gestalten, würde sich in der Arbeit mit chronisch kranken Kindern das Case Management ideal eignen. Es stellt ein „einrichtungs- und sektorenübergreifendes Handlungskonzept zur Optimierung humandienstlicher Versorgung“ dar (Baur/Podeswik 2009a: 293). Die Professionellen der Sozialen Arbeit könnten gut die Aufgabe des Case Managers oder der Case Managerin übernehmen, welcher oder welche den Prozess in Abstimmung aller Beteiligten koordiniert und steuert. Weiter gilt es zwischen den verschiedenen Akteuren zu vermitteln und die Leistungen so zu organisieren, damit sie auf den konkreten, individuellen Unterstützungsbedarf ausgerichtet sind, zum Wohle des chronisch kranken Kindes dienen und dessen persönliche Probleme und Ressourcen berücksichtigen. Beim Case Management wird, wie oben gefordert, mit einer ganzheitlichen und aktivierenden Sichtweise gearbeitet, die das soziale Umfeld miteinbezieht (vgl. ebd.: 283ff). Dadurch können chronisch kranke Kinder in ihrer Entwicklung ganz individuell, auf ihre Bedürfnisse abgestimmt, unterstützt und gefördert werden, mit dem Ziel mögliche psychosoziale Auffälligkeiten vorzubeugen, ein positives und stabiles Selbstkonzept aufzubauen sowie Schutzfaktoren für die Krankheitsbewältigung zu stärken.

8. Quellenverzeichnis

8.1 Literaturverzeichnis

- AvenirSocial (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis Professionellen. Bern: Professionelle Arbeit Schweiz. In: http://www.avenirsocial.ch/cm_data/do_berufskodex_web_d_gesch.pdf [Zugriffsdatum 12.05.16].
- Baby, Sabiha (2012). Development of self-concept and health. In: Social Science International. Vol. 28. No. 2. S. 253-263.
- Baur, Waltraud/Podeswik, Andreas (2009a). Case Management am Beispiel der pädiatrischen Nachsorge. In: von Hagen, Cornelia/Schwarz, Hans Peter (Hg.). Psychische Entwicklung bei chronischer Krankheit im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH. S. 282-294.
- Baur, Waltraud/Podeswik, Andreas (2009b). Nachsorge – Vernetzung zur Psychotherapie. In: von Hagen, Cornelia/Schwarz, Hans Peter (Hg.). Psychische Entwicklung bei chronischer Krankheit im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH. S. 295-307.
- Benz-Fragnière, Christelle (2015). Objektive Faktoren von Gesundheit und Krankheit II: Umgang mit Krankheit und Interventionsmöglichkeiten. Unveröffentlichte Unterrichtsunterlagen zur Vorlesung vom 29.10.2015. FHNW HSA Olten.
- Berk, Laura E. (2005). Entwicklungspsychologie. 3. Aufl. München: Pearson Studium.
- Blanz, N. (1996). Psychische Störungen bei chronischen körperlichen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. In: Lehmkuhl, Gerd (Hg.). Chronisch kranke Kinder und ihre Familien. München: Quintessenz. S.34-48.
- Branden, Nathaniel (2011). Die 6 Säulen des Selbstwertgefühles. Erfolgreich und zufrieden durch ein starkes Selbst. 2. Aufl. München: Piper.
- Bundesamt für Gesundheit BAG (o.J.). Definitionen. In: <http://www.bag.admin.ch/jugendprogramme/10038/10039/index.html?lang=de> [Zugriffsdatum 5. Februar 2016].
- Eggert, Dietrich/Reichenbach, Christina/Bode, Sandra (2003). Das Selbstkonzept Inventar (SKI) für Kinder im Vorschul- und Grundschulalter. Theorie und Möglichkeiten der Diagnostik. Dortmund: Borgmann.
- Flammer, August (2009). Entwicklungstheorien. Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung. 4. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber

- Fröhlich-Rüfenacht, Susanne/Rousselot, Aline/Künzler, Alfred (2013). Psychosoziale Aspekte chronischer Erkrankungen und deren Einfluss auf die Behandlung. In: Zeitschrift Swiss Medical Forum. Jg.13. (10). S 206-209.
- Gautschin, Dorothea/Gerber, Andrea (2010). Entwicklungsaufgaben – im Jugendalter als exemplarisches Beispiel. Unveröffentlichte Unterrichtsunterlagen zur Vorlesung vom 24.09.2012. FHNW HSA Olten.
- Gautschin, Dorothea (2012). Kognitive Entwicklung. Jean Piaget. Unveröffentlichte Unterrichtsunterlagen zur Vorlesung vom 15.10.2012. FHNW HSA Olten.
- Hobmair, Hermann (Hg.) (2008). Psychologie. 4. Aufl. Troisdorf: Bildungsverlag EINS.
- Holodynski, Manfred/Oerter, Rolf (2002). Motivation, Emotion und Handlungsregulation. In: Oerter, Rolf/Montada, Leo (Hg.). Entwicklungspsychologie. 5. Aufl. Weinheim/Basel/Berlin: Beltz Verlage. S.551-589.
- Hoss, Katharina/Maier, Rolf F. (2013). Medizinische Grundlagen. In: Pinquart, Martin (Hg.). Wenn Kinder und Jugendliche körperlich chronisch krank sind. Psychische und soziale Entwicklung, Prävention, Intervention. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag. S.1-16.
- Hug, Sonja (2015). Soziale Dimension von Gesundheit und Krankheit. Unveröffentlichte Unterrichtsunterlagen zur Vorlesung vom 24.09.2015. FHNW HSA Olten.
- Hurrelmann, Klaus (2006). Einführung in die Sozialisationstheorie. 9.Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- Jerusalem, Matthias (1993). Die Entwicklung von Selbstkonzepten und ihre Bedeutung für Motivationsprozesse im Lern- und Leistungsbereich. Antrittsvorlesung. Humboldt-Universität zu Berlin. Philosophische Fakultät IV. Institut für Schulpädagogik und Pädagogische Psychologie. In: <http://edoc.hu-berlin.de/humboldt-iv/jerusalem-matthias/PDF/Jerusalem.pdf> [Zugriffsdatum: 24.10.2015].
- Lehmkuhl, Gerd (1996). Chronische Erkrankungen im Kindesalter und ihre Auswirkungen auf Entwicklung, Verhalten und Lebensqualität. In: Lehmkuhl, Gerd (Hg.). Chronisch kranke Kinder und ihre Familien. München: Quintessenz. S.13-19.
- Kirez Barth, Gül/Reusser, Sabrina (2013). Erfolgreich starten: Das Selbstkonzept von 6- bis 8-jährigen Kindern. Masterarbeit. Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich. Studiengang Sonderpädagogik. In: http://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUK EwjzKJDovevLA-hUEwBQKHZY8BucQFgggMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ilias.hfh.ch%2Fgoto.php%3Ftarget%3Dfile_6387_download%26client_id%3Dilias-

- hfh.ch&usg=AFQjCNHDxAv8r5jjq99F1gMmTY0CMex18Q [Zugriffsdatum: 24.10.2015].
- Montada, Leo (2002). Fragen, Konzepte, Perspektiven. In: Oerter, Rolf/Montada, Leo (Hg.). Entwicklungspsychologie. 5. Aufl. Weinheim/Basel/Berlin: Beltz Verlage. S.3-53.
 - Müller, Oswald (2002). Entwicklung und Förderung des Selbstkonzepts. Lehrerbildung Sentimatt Luzern (Hg.) Aarau: Sauerländer Verlage AG.
 - Neubauer, Walter F. (1976). Selbstkonzept und Identität im Kindes- und Jugendalter. Erziehung und Psychologie. Beihefte der Zeitschrift Psychologie in Erziehung und Unterricht. Heft 73. München: Ernst Reinhardt Verlag.
 - Nieuwenboom, Wim (2015). Angehörigenarbeit. Unveröffentlichte Unterrichtsunterlagen zur Vorlesung vom 05.11.2015. FHNW HSA Olten.
 - Noeker, M. & Petermann, F. (2003). Entwicklungsorientierte Betrachtung chronischer Krankheiten im Kindes- und Jugendalter, In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Jg. 51, S. 191-229.
 - Oerter, Rolf (1998). Kultur, Ökologie und Entwicklung. In: Oerter, Rolf/Montada, Leo (Hg.). Entwicklungspsychologie. 4. Aufl. Weinheim/Basel/Berlin: Beltz Verlage.
 - Oerter Rolf (2002). Kindheit. In: Oerter, Rolf/Montada, Leo (Hg.). Entwicklungspsychologie. 5. Aufl. Weinheim/Basel/Berlin: Beltz Verlage. S.209-257.
 - Oerter, Rolf/Montada, Leo (Hg.) (2002). Entwicklungspsychologie. 5. Aufl. Weinheim/Basel/Berlin: Beltz Verlage.
 - Papastefanou, Christiane (2009). Entwicklungspsychologische Grundlagen. In: von Hagen, Cornelia/Schwarz, Hans Peter (Hg.). Psychische Entwicklung bei chronischer Krankheit im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH. S. 39-52.
 - Pauls, Helmut (2013). Das biopsychosoziale Modell – Herkunft und Aktualität. Resonanzen. E-Journal für Biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung. (1). S. 15-31. In: <http://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/191> [Zugriffsdatum: 4. Februar 2015].
 - Pinquart, Martin (2013). Auswirkungen chronischer Erkrankungen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. In: Pinquart, Martin (Hg.). Wenn Kinder und Jugendliche körperlich chronisch krank sind. Psychische und soziale Entwicklung, Prävention, Intervention. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag. S. 49-65.
 - Pior, Rainer (1998). Selbstkonzepte von Vorschulkindern : empirische Untersuchungen zum Selbstkonzept sozialer Integration. Münster: Waxmann.

- Pfeiffer, Jens P./Pinquart, Martin (2013). Die Realisierung von Entwicklungsaufgaben bei chronisch erkrankten Kindern und Jugendlichen. In: Pinquart, Martin (Hg.). Wenn Kinder und Jugendliche körperlich chronisch krank sind. Psychische und soziale Entwicklung, Prävention, Intervention. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag. S. 67-82.
- Reinhardt, Dietrich (2009). Geleitwort. In: von Hagen, Cornelia/Schwarz, Hans Peter (Hg.) (2009). Psychische Entwicklung bei chronischer Krankheit im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH. S.11f.
- Rogers, Carl R. (1987). Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. 2. Aufl. Köln: GwG.
- Mohr, Andrea/Becker, Peter (1997). Seelische Gesundheit chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. In: Steinebach, Christoph (Hg.). Heilpädagogik für chronisch kranke Kinder und Jugendliche. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. S. 29-44.
- Steinhausen, H.-Ch. (1996). Psychologie chronischer Krankheiten im Kindesalter. In: Lehmkuhl, Gerd (Hg.). Chronisch kranke Kinder und ihre Familien. München: Quintessenz. S. 23-33.
- von Hagen, Cornelia/Schwarz, Hans Peter (2009). Einführung. In: von Hagen, Cornelia/Schwarz, Hans Peter (Hg.). Psychische Entwicklung bei chronischer Krankheit im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH. S. 15-23.
- Walther, Jürgen (2006). Zwischen psychologischer und lebenspraktischer Hilfe. Die Bedeutung der Sozialarbeit in der Onkologie: Strukturen schaffen für bessere regionale Versorgung. In: Zeitschrift Forum Sozialarbeit + Gesundheit. (2). S. 9-13.
- Warschburger, Petra (2000). Chronisch kranke Kinder und Jugendliche. Psychosoziale Belastungen und Bewältigungsanforderungen. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Warschburger, Petra (2009). Belastungserleben und Bewältigungsanforderungen. In: von Hagen, Cornelia/Schwarz, Hans Peter (Hg.). Psychische Entwicklung bei chronischer Krankheit im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH. S. 27-38.
- Wertgen, Alexander (2014). Antistigmatisierung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher durch Schülerzeitungsarbeit? In: Flitner, Elisabeth//Ostkämper, Frodo/Scheid, Claudia/Wertgen, Alexander (Hg.). Chronisch kranke Kinder in der Schule. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH. S. 196-211.

8.2 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

- Abb.1: Kriterienkatalog für die Definition einer chronischen Erkrankung nach Stein et al. (1993)

- Warschburger, Petra (2000). Chronisch kranke Kinder und Jugendliche. Psychosoziale Belastungen und Bewältigungsanforderungen. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Abb.2: Modell der psychosozialen Adaption bei chronischer Krankheit
Steinhausen, H.-Ch. (1996). Psychologie chronischer Krankheiten im Kindesalter. In: Lehmkuhl, Gerd (Hg.). Chronisch kranke Kinder und ihre Familien. München: Quintessenz. S.23-33.
 - Abb.3: Anforderungskatalog zur Bewältigung von chronischen Erkrankungen nach Moos/Tsu (1977)
Warschburger, Petra (2000). Chronisch kranke Kinder und Jugendliche. Psychosoziale Belastungen und Bewältigungsanforderungen. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
 - Abb.4: Vier-Felder-Schema zur Charakterisierung der Attribuierungen nach Herkner (1986)
Müller, Oswald (2002). Entwicklung und Förderung des Selbstkonzepts. Lehrerbildung Sentimatt Luzern (Hg.) Aarau: Sauerländer Verlage AG.
 - Abb.5: Selbstkonzeptmodell nach Shavelson et al. (1976)
Müller, Oswald (2002). Entwicklung und Förderung des Selbstkonzepts. Lehrerbildung Sentimatt Luzern (Hg.) Aarau: Sauerländer Verlage AG.
 - Abb.6: Elemente des Selbstkonzeptes
Eggert, Dietrich/Reichenbach, Christina/Bode, Sandra (2003). Das Selbstkonzept Inventar (SKI) für Kinder im Vorschul- und Grundschulalter. Theorie und Möglichkeiten der Diagnostik. Dortmund: Borgmann.
 - Tab.1: Ergebnisse epidemiologischer Studien zur psychischen Auffälligkeiten bei gesunden und chronisch kranken Kindern
Blanz, N. (1996). Psychische Störungen bei chronischen körperlichen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. In: Lehmkuhl, Gerd (Hg.). Chronisch kranke Kinder und ihre Familien. München: Quintessenz. S. 34-48.

9. Antiplagiatserklärung

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unerlaubte Hilfe verfasst habe. Ich habe die Arbeit nicht abgeschrieben, kopiert, übersetzt oder heruntergeladen. Die Inhalte wurden nicht aus Quellen übernommen, ohne dass diese korrekt ausgewiesen wurden. Quellennachweise sind korrekt angebracht und vollständig aufgeführt.

Noëmi Hauri

Ort, Datum: Reinach, 14.06.2016

Unterschrift: