

Weghuber D, Ardelt-Gattinger E, Dämon S, Miller K, Hattinger J
Ring-Dimitriou S, Sperl W

**Gesundheitskommunikation in der Adipositasprävention und
-therapie**

Journal für Ernährungsmedizin 2010; 12 (2), 18

Homepage:

www.aerzteverlagshaus.at

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

MIT NACHRICHTEN DER



For personal use only.

Not to be reproduced without permission of Verlagshaus der Ärzte GmbH.

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Gesundheitskommunikation in der Adipositasprävention und –therapie

Die Rolle ironischer Prozesse menschlicher Informationsverarbeitung.

Weghuber, D.^{1,2}, Ardelt-Gattinger, E.^{2,4}, Dämon, S.^{2,3}, Miller, K.^{2,4}, Hattinger, J.^{1,2}, Ring-Dimitriou, S.^{2,5}, Sperl, W.¹

Abstracts

Adipositas bei Kindern und Jugendlichen ist eine chronische Krankheit, die die Erkrankten sehr früh (Kindergarten) diskriminiert. Sie ist gekennzeichnet durch zahlreiche Folgeerkrankungen und hohe Essstörungenkomorbiditäten, sowie eine Sucht nach übermäßigem Essen, von der man in einer bewegungsarmen Überflussgesellschaft nicht trocken sein kann. Prävention ist nur dann erfolgreich, wenn sie auf allen Ebenen der Gesellschaft erfolgt. Therapie und Beratung muss interdisziplinär, individuell abgestimmt und unter Berücksichtigung sämtlicher assoziierter Einflussgrößen durchgeführt werden.

Ärzte und Therapeuten sind in Beratung und Therapie erfolgreicher, wenn sie sich optimaler Informations- und Kommunikationsstrategien bedienen. Die Sozialpsychologie kann auf Grund hoher empirischer Evidenz, die sie aus unzähligen Untersuchungen in der Wirtschaft und Politik, Werbung und (Kriegs-)Propaganda gewonnen hat, Fallstricke und Lösungsmodelle aufzeigen, wie man auch im klinischen und Gesundheitsbereich Menschen erreicht, ihre Denkinhalte und Strukturen beeinflussen und darauf aufbauend Verhalten dauerhaft ändern kann.

Stichwörter: Adipositas, Essstörung, Gesundheitskommunikation, Sozialpsychologie, Verhaltensänderung

Obesity, which is a chronic illness by definition leads to the discrimination against children and teenagers from early childhood on. It is characterized by a multitude of comorbidities and a high rate of co-existing eating disorders such as addiction to overeating and driven by the sedentary lifestyles in our affluent societies. Prevention can only be successful if it is applied at all levels of society. Therapy and advice must be interdisciplinary, tailored to individual's needs, taking into account associated variables. Advice and therapy work best when pediatricians and therapists make use of up-to-date information and communication strategies. The large amount of empirical evidence, based on social psychological theory from economic and political studies relating to advertising and (war-time) propaganda allows to identify pitfalls and solutions. These lessons on how to influence people's perceptions, structures and behavior, can be applied in clinical and medical areas including the management of obesity.

Keywords: Obesity, eating disorder, health communication, social psychology, behaviour modification



¹Department of Pediatrics, Paracelsus Private Medical School Salzburg, ²Obesity Academy Austria, ³SIPCAN save your life - Initiative für ein gesundes Leben, ⁴Surgical Department, Hallein Hospital, ⁵Department of Psychology, University of Salzburg, ⁶Department of Sport Science & Kinesiology, University of Salzburg

Korrespondenz

Dr. Daniel Weghuber
Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde
Universitätsklinikum der
Paracelsus Medizinischen Privatuniversität

Müllner Hauptstrasse 48
5020 Salzburg
Österreich
Email: d.weghuber@salk.at

1. EINLEITUNG

Adipositas hat ein Ausmaß erreicht, das Interventionen auf allen Ebenen nötig macht. Neben der individuellen Krankheitsbelastung bestehen erhebliche sozialwirtschaftliche und -politische Konsequenzen, sogar eine Reduktion der zukünftigen Lebenserwartung erscheint möglich^[23]. Adipositas ist bedingt durch das Zusammenspiel komplexer Prozesse auf der Basis genetisch determinierter biologischer Gegebenheiten. Sie ist eine chronische Krankheit mit progredientem Verlauf und zahlreichen Begleiterkrankungen^[8]. Hinzu kommt, dass Adipöse zu einem wesentlich höheren Ausmaß als Normalgewichtige zusätzlich an psychisch bedingten Essstörungen leiden (Binge Eating Disorder etwa 30%, Bulimie etwa 7% der morbid adipösen Erwachsenen;^[9]). Adipöse Kinder und Jugendliche zeigen stark erhöhte Werte in vorklinischen Essstörungen des „Preoccupied with Weight and Shape“^[6], weisen aber auch bereits sehr früh klinische Vollbilder auf^[31].

Zudem zeigen neuere Forschungen, dass sich nicht nur Erwachsene, sondern auch adipöse Kinder im Verlangen nach übermäßigem Essen nicht von anderen Suchterkrankten unterscheiden^[2].

1.2 BEHANDLUNG DER ADIPOSITAS

Adipositas ist durch ein Mehr an Bewegung und eine Verringerung der Energieaufnahme zu behandeln. Das Ziel scheint einfach, der Weg ist in einer bewegungsarmen Überflusgesellschaft komplex und dornig. Unabhängig vom Alter ist die Lebensqualität adipöser Menschen jeden Alters schlechter^[25]. Sie verschlechtert sich speziell bei Kindern weiter durch Forderungen nach mehr – unbeliebtem – Salat, Obst, Gemüse, weniger PC und Fernsehen.

1.3 DIE BISHERIGEN ERFOLGE DER BEHANDLUNG

All das erklärt, dass sich die Hoffnungen auf langfristige Gewichtsabnahme durch konservative Maßnahmen international als eingeschränkt bis trügerisch erwiesen^[13]. Bariatrische Chirurgie kann morbid adipösen und adipösen Jugendlichen mit bereits manifesten Komorbiditäten helfen, Gewicht zu senken und ihre Gesundheit zu erhalten oder zumindest zu verbessern, sollte jedoch nur nach strenger Indikationsstellung angewandt werden^[15].

Da weniger Essen kaum zu erreichen ist und man aus der Literatur weiß, dass es außer den metabolischen noch andere gesundheitsrelevante Variablen gibt, die offenbar leichter zu verändern sind, wurde das neue Paradigma „Health at any size“ gewählt^[22]. Es besagt, dass bei gesunder Ernährung und guter körperlicher Fitness trotz fehlender Gewichtsreduktion eine Besserung des Gesundheitszustandes erreicht werden kann^[21].

1.4 DIE BOTSCHAFT

All dies ist im Bewusstsein der Öffentlichkeit kaum verankert^[5] und sollte Eltern, LehrerInnen, und KindergärtnerInnen vermittelt werden. Eltern müssen bei den Schwierigkeiten, den Kindern in der Umstellungsphase der Ernährung und Bewegung jenen Mikrokosmos zu bieten, der sie vor der bewegungsarmen Überflusgesellschaft abschirmt, besser unterstützt werden. Für jene besonders betroffenen, materiell und sozial be-

nachteiligten Gruppen, denen Adipöse bevorzugt angehören^[18] kommen das Zeitproblem und die Kosten gesunder Ernährung, die von den genannten Bevölkerungsgruppen gar nicht aufzubringen sind, hinzu.

Insbesondere die Aufklärung und Beratung der Eltern stellt keine einfache Aufgabe dar: Überspitzt lässt sich die Botschaft in pathogener (problemorientierter) Form etwa so formulieren: „Ihr Kind hat eine schwere chronische Krankheit mit progredientem Verlauf. Ihr Kind kann nach allen bisherigen Erfahrungen vermutlich die Menge der Nahrung nicht einschränken. Sie müssen deshalb den Lebensstil in Bezug auf günstigere Ernährung und ausreichende Bewegung radikal ändern. Auch wenn Sie sich sehr bemühen wird ihr Kind dabei wenig abnehmen. Sie müssen deshalb Ihr Kind – gegen den herrschenden Trend des dünnen Schönheitsideals – überzeugen, dass es das Halten des Gewichts und der körperlichen Fitness als einen Erfolg betrachtet und selbstbewusst mit den üblichen Stigmatisierungen, den Nachteilen in Schule und Beruf umgehen soll. Wenn Ihnen all dies gelingt, senkt sich das Risiko der Begleit- und Folgeerkrankungen.“

2. SOZIALPSYCHOLOGISCHE GRUNDLAGEN VON BERATUNG, PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Da sich an den Inhalten nicht all zu viel ändern lässt, muss das WIE der Botschaft, das WER sagt WAS und WIE im Mittelpunkt stehen. Pathogene Schreckschüsse müssen durch salutogen (lösungsorientierte) formulierte kleine machbare Schritte ersetzt werden^[1]. Begründungen und Anregungen dafür geben die Erkenntnisse sozialpsychologischer Theorien, die durch hunderte Studien über Information und Kommunikation in Wirtschaft, Werbung und Politik empirisch sehr gut abgesichert sind.

Im Vordergrund sozialpsychologischer Theorien stehen heute kognitive Theorien, seit man nicht nur weiß, sondern auch qua Gehirnforschung differenziert belegen kann, dass vor jedem Handeln ein ‚Befehl‘ des Gehirns steht. Auch im Falle von Lebensstiländerungen stehen wir vor der Tatsache, dass das Denken das Handeln steuert, auf das man Einfluss nehmen will. Die praktische Anwendung der im Folgenden dargestellten Theorien erfolgte bisher vor allem in der Werbung und Propaganda (vgl. u.a. 3). Aber auch Präventionskampagnen im Gesundheitsbereich wie etwa jene gegen Essstörungen, wiesen verglichen mit reinen Informationsmaßnahmen wesentlich bessere Erfolge auf (27; Stice & Presnell, 2007; Stice et al. 2001 und 2008a und b).

2.1. TERROR MANAGEMENT THEORIE (TMT) – DER UMGANG MIT EXISTENTIELLEN BEDROHUNGEN DER GESUNDHEIT UND DES LEBENS

Adipositas ist eine schwere chronische Krankheit. Wie motivierend oder risikoreich die Weitergabe einer solchen Information für die Betroffenen ist, darüber gibt uns eine Theorie Auskunft, die ihre Grundlagen aus kulturanthropologischen Überlegungen bezieht.

Wie reagiert der Mensch, wenn er mit Botschaften, über eine ihm drohende schwere Krankheit, die früher als gewollt zum Tod führt, konfrontiert wird? Zumeist gelingt zuerst eine spontane Verdrängung, die aber bei längerem Insistieren durch die

professionelle Informationsquelle (ÄrztIn, DiätologIn, PsychologIn etc.) nicht aufrechterhalten werden kann. Starke Angst tritt auf. Zahlreiche Versuche zur TMT zeigten eindeutig, dass dieser ‚Terror‘ der Angst durch Prozesse der Selbstwerterhöhung im engen Sinne von Handlungen, die den Selbstwert stärken und im weiteren Sinne der Aufwertung der eigenen Kultur, vermindert werden kann^[17]. Autofahrer, deren Selbstwert mit schnell fahren verbunden ist, fahren nach martialischen an den Tod gemahnenden Schildern an der Autobahn schneller(!). Der 11. September löste in den USA eine Welle der Selbstwerterhöhung und Erhöhung der eigenen nationalen Werte aus.

Die Beispiele in unserem Anwendungsbereich liegen auf der Hand. Informieren wir etwa eine Mutter, die bislang Adipositas für „gut ernährt“ gehalten hat und – mit ihrer Familientradition oder Kultur konform – fett kocht, dass dies eine gefährliche, ja lebensbedrohliche Krankheit ist, ist Folgendes hoch wahrscheinlich und wurde zahlreich von uns erlebt: Der Schock und die Angst vor der eigenen bzw. der Gefährdung ihres Kindes wird dadurch bewältigt, dass sie versucht, den Selbstwert als ‚gute‘ Mutter zu steigern und weiterhin „gut“ isst/kocht und zu einem eventuell noch höheren kulturell vorgegeben Fettgehalt zurückkehrt.

Hierfür sind – interdisziplinär – Kenntnisse der Kochgewohnheiten sinnvoll, um auch für Gruppen, deren Essen uns weniger vertraut ist, schrittweise annehmbare Alternativen bieten zu können.

2.2 THEORIE DER GEDANKENUNTERDRÜCKUNG UND IHRE PARADOXEN FOLGEN

Bislang war es zumeist so, dass man in Vorträgen, Medien etc. primär pathogen darüber informierte, was zu lassen sei (fette und zu süße Speisen, zu viel essen, Fast Food, zu viel TV Konsum etc.) und anschließend, was an Stelle dessen zu tun sei (salutogen). In den Kognitionen der so belehrten Menschen tauchten – im sog. ‚Erfolgsfall‘, wenn die Information nicht abgewehrt wurde – vermehrt Verbote auf, d.h. man versuchte unkontrolliertes Essen, ‚Faulheit‘, Fernsehen etc. zu vermindern. Die neuere Kognitionsforschung verweist bei solchem Vorgehen auf das Risiko der Gedankenunterdrückung.

Forschungen zur Theorie der Gedankenunterdrückung^[32] belegen, dass zu hohe gedankliche Kontrolle das Problem und nicht die Lösung für eine Umstellung des Essverhaltens ist. Unsere eigenen Untersuchungen an ca. 4000 Kindern und 6000 Erwachsenen zeigen, dass die kognitive Kontrolle der Essgedanken mit zunehmendem Gewicht zunimmt(!)^[2]. Das menschliche Gehirn kann NICHT nicht an rosa Elefanten bzw. „Schokolade und Chips“ denken. Der „Nicht-essen“ Gedanke aktiviert automatisch das Bild der Schokolade etc. im Gehirn, ähnlich einem Suchbefehl am PC „Suche NICHT Adipositas“ – worauf alle Dateien und Textstellen aufgerufen werden, in denen das Wort vorkommt. Man kann die Gedanken zwar mit Hilfe des sog. „operating process“ unterdrücken, was aber eine menschengeschichtlich späte Fähigkeit ist und sehr viel ‚Speicherkapazität‘ verbraucht. Bei jeder Form von Ablenkung, bei Müdigkeit etc. setzt der entgegengesetzte (monitoring) Prozess im Gehirn ein und wir fallen der „deep cognitive activation“ (Wegner, 1994) zum Opfer. Diese sogenannten „ironischen“ Prozesse bringen das vorher Unterdrückte in noch höherem Maße ins Bewusstsein, was wiederum das Verhalten in Richtung Essen steuert – bis hin zum Fressanfall.

Fünfzehn Jahre in der Adipositasberatung zeigten, dass in der Praxis Eltern, die über Adipositas aufgeklärt wurden, zunächst mit massiven Normierungen reagieren. Vieles, das von Adipösen bekannte „Big Eating“^[16], kann aber nicht mit Gedankenunterdrückung beinhaltenden Verboten, sondern nur salutogen, mit einer positiv konnotierten Umstellung am Teller begegnet werden. MEHR von Obst, Gemüse, Salat, weniger von Energie dichten Speisen^[12]. Die Lösung liegt in der Abkehr von „Du darfst nicht“, „Du sollst nicht“ zum „Du darfst... Wassereis mit Schokostreuseln...“ essen, „Du sollst ganz viel von dem Salat essen...“; „nicht: sei nicht so faul“, sondern „wir fahren heute noch eine Runde mit dem Rad“ etc.

Didaktisch bedeutet das auch auf diesem Hintergrund für ÄrztInnen, Ernährungs- und Sport-/BewegungsexpertInnen auf primär salutogenes Vorgehen umzustellen, um oben beschriebene Prozesse zu verhindern: Welche gesunden Nahrungsmittel schmecken, was an der Ernährung kann man schrittweise verbessern, welche Bewegung hat im Leben schon Spaß gemacht, was lässt sich gut in den Alltag integrieren etc.. Für Angebote gegen ‚Verbote‘ sprechen auch die Ergebnisse einer weiteren Forschergruppe um Cialdini^[7]. Er hatte die Erkenntnis, die er auch in mehreren Experimenten absichern konnte, dass in jedem normierenden Verbot die „injunktive Norm“ des „what should be done“, und eine widersprüchliche sog. „deskriptive“ Norm des „what most people do“, steckt. Er postuliert, dass die Diskrepanz zwischen diesen verschiedenen Normierungen das Verhalten wesentlich beeinflusst. Er untersuchte Verbote wie etwa „bitte Rasen nicht betreten“, bei dem von uns allen unbemerkt eine zugrunde liegende „deskriptive Norm“ angenommen wird – nämlich dass es üblich sei, den Rasen zu betreten^[7]. Generalisiert man diese Ergebnisse, so liegt die Vermutung nahe, dass die Erfolglosigkeit vieler ‚drohender‘ Drogen-, Alkohol- und Essstörungeninformationen der ersten Präventionsgeneration mit ihren Verboten und Warnungen durch Cialdinis Erkenntnisse erklärbar ist. Die die Normierung umgehenden Formulierungen wie „nur Wenige fahren auf extrem dünne Mädchen ab“ oder „nur Wenige finden Bewegungsevents blöde“ sind nach diesen Ergebnissen besser; auch gar keine warnenden Informationen müssten günstiger sein.

2.3 EINSTELLUNGSÄNDERUNGSTHEORIEN – WIE REAGIERT DER MENSCH AUF NEUE UND WIDERSPRÜCHLICHE INFORMATION?

Die Grundlage allen Vorgehens bietet eine der ältesten und am besten evaluierten Theorien, nämlich jene der „Kognitiven Dissonanz“^[14]. Ihre Grundaussage ist die, dass der Mensch – wohl um einer Überflutung durch Information und Zusammenbrüchen seines kognitiven ‚Systems‘ vorzubeugen – Mechanismen entwickelt hat, ein Gleichgewicht des kognitiven Systems herzustellen und widersprüchliche Informationen abzuwehren. Die Nicht-Übereinstimmung der eigenen Einstellungen und des eigenen Wissens mit der Information durch Andere führt zu einem unangenehmen Zustand, einem Unbehagen, d.h. zur so genannten Dissonanz.

Das klassische, allgemein bekannte Beispiel ist das des Rauchers, der um die Gefährlichkeit des Rauchens weiß. Er kann diese aber meist im Alltag verdrängen. Wird aber durch Kampagnen oder persönliche gut aufbereitete Information von für ihn glaubwürdigen Quellen diese Verdrängung erschwert oder gar aufgehoben (= ‚erfolgreiche‘ Kampagne), wird er

alles versuchen, sich dem unangenehmen Gefühl der Dissonanz, das durch diese neue Information entsteht, zu entziehen. Dies geschieht meist durch Hinzufügen neuer konsonanter Kognitionen, wie etwa „Filter filtert“, „Opa starb gesund, trotz rauchen“, „Genuss, entspannt – Entspannung verhindert Herzinfarkt“.

Die Analogie zur Verarbeitung von Informationen über die Gefährlichkeit übermäßigen Essens und ungenügender Bewegung ist gegeben. Die häufigste Bewältigung der Dissonanz adipöser Menschen geschieht oft durch erhebliche Verleugnung der aufgenommenen Essensmenge^[26]. Veranlasst man die PatientInnen zur Führung von pathogenen (was habe ich alles gegessen, was ich nicht sollte) Essprotokollen mit dem Ziel diese Verleugnung aufzuheben, erhöht man die Dissonanz, was zur Verschlechterung der Befindlichkeit führt, aber langfristig nicht zur Einschränkung der Essensmenge. Eine Alternative stellt auch hier salutogenes Vorgehen dar, in Form von Aufzeichnungen, was von erwünschter von ErnährungsexpertInnen empfohlener, in Kochkursen erprobter etc. Nahrung aufgenommen wurde.

Das Problem, das für unsere PatientInnen durch unsere mit ihren Einstellungen und ihrem Vorwissen nicht kompatible Information entsteht, wird in einer weiteren Theorie in seiner ganzen Schärfe auf den Punkt gebracht. Die Reaktanztheorie^[4] mit ebenfalls hoher empirischer Evidenz, verweist darauf, dass widersprüchliche Information, insbesondere wenn sie eigene sehr basale Verhaltensweisen betrifft, häufig auch als Freiheitseinschränkung empfunden wird, gegen die man sich innerlich zur Wehr setzt, was zu einer noch weitergehenden Verfestigung der eigenen Einstellung führt. Ohne Zweifel sind Essen und Ruhen (= nicht Sport betreiben) als menschheitserhaltende Verhaltensweisen sehr basal und umfassend. Die Veränderung bedroht daher die ‚Freiheit‘ stark, wie im übrigen jede Lebensstiländerung massiv in Lebens- und Tagespläne eingreift. Zusammenfassend kann man sagen, dass die Weitergabe von Informationen, die den Lebensstil betreffen, so wissenschaftlich gesichert sie sein mögen, sehr häufig in paradoxen Prozessen der Verfestigung der ursprünglichen Einstellung der PatientInnen münden. Man sollte daher Information sehr vorsichtig, in kleinen Dosen und stark am individuellen Gegenüber orientiert weitergeben.

Lösungsansätze für dieses schwierige Vorgehen liegen in neueren Arbeiten, dem „Elaboration Likelihood Modell“ und Arbeiten zur „Counterattitudinal Advocacy“.

Das Elaboration Likelihood Modell reduziert die Wirksamkeit vieler Determinanten der Kommunikation auf wenige, zentrale, vermittelnde Variablen^[4]. Es werden zwei grundsätzliche Typen unterschieden, denen man jeweils gerecht werden soll. Adressaten, die durch hohe Motivation, Fähigkeit oder Möglichkeit „tiefe“ Informationsverarbeitung mit „hoher Sorgfalt“ betreiben, konzentriert zuhören, überdenken und Argumente genau prüfen und solche, die eher den peripheren Weg gehen. Letzteren fehlen Motivation, Fähigkeit oder Möglichkeit zur intensiven Auseinandersetzung. Bei ihnen sollte Lernen durch einfache Verknüpfungen affektiver Zustände mit dem Inhalt der Botschaft oder einfache Schlussfolgerungen über Richtigkeit im Vordergrund stehen. Ihnen sollte man mit entsprechend einfachen bildhaften Darstellungen entgegenkommen. Einstellungsänderung wird hier durch „entscheide mich für etwas, weil ich mich damit gut fühle“ bewirkt. Wichtig ist hier

ein sympathischer Kommunikator, eine beeindruckende lange Rede eher nicht angemessen.

Letzteres widerspricht dem intellektuellen Anspruch auf Differenziertheit und bedarf einer gewissen – der Sache aber dienlichen – Selbstverleugnung. Selbstverständlich aber auch der Bewusstheit unserer Verantwortung gegenüber benachteiligten Bevölkerungsgruppen, die keine Chance hatten, differenzierte Betrachtungsweisen zu erlernen und zu pflegen. Empirische Evidenz für dieses Zwei-Wege-Modell der Kommunikation liegt u.a. in der Analyse von Werbematerial vor. Es konnte nachgewiesen werden, dass jene Anzeigen den größten positiven Effekt hatten, die in der oben angegebenen Weise Zielgruppen-spezifisch gestaltet waren.

Ein Vorgehen, das Reaktanz umgeht, ist die Anwendung der Technik der „Counterattitudinal Advocacy“^[27]. Sie stellte sich in Metaanalysen zu Präventionsprojekten gegen Essstörungen als einzig erfolgreich dar. Hier werden vor allem für Kinder und Jugendliche Rahmenbedingungen geschaffen, in denen Argumente gegen die eigene Einstellung formuliert werden, die anschließend und zusätzlich extern verteidigt werden müssen. Das Vorgehen umgeht das Gefühl des Menschen von außen ‚bedroht‘ zu werden, er konfrontiert sich quasi selbst – durch die Wiederholung seiner Argumente – mit seinen Widersprüchen. Die Anwendung in Kampagnen auf der Mesoebene, in Schulen etwa, ist erprobt und gut evaluiert^[27].

2.4 THEORIEN ÜBER DEN ZUSAMMENHANG VON EINSTELLUNG UND VERHALTEN – GIBT ES EINEN ZUSAMMENHANG?

Im Falle von Essen und Bewegung geht die Einstellung eines Teils jener von Lebensstil-Erkrankungen Betroffener ja bisweilen durchaus bereits in erwünschte Richtungen. Ihr Problem liegt in der Umsetzung in erwünschtes Verhalten. Die alten Arbeiten gingen von geringen Zusammenhängen zwischen Einstellung und Verhalten aus^[3]. Neuere Arbeiten stellten differenzierende Fragen und zwar „unter welchen Umständen besteht ein Zusammenhang von Einstellung und Verhalten?“, „welche Faktoren bestimmen das Ausmaß des Zusammenhangs?“ und „durch welche moderierenden Variablen beeinflussen Einstellungen Verhalten?“.

Die Antwort ist kurz gesagt folgende: Eine enge Beziehung zwischen Einstellung und Verhalten ist nur dann möglich, wenn beide im Grad der Spezifikation in folgenden Aspekten übereinstimmen^[4]:

- Handlungsaspekt: Welches Verhalten will man ändern (Essen, körperliche Aktivität,...), wie allgemein oder spezifisch
- Ziaspekt: Welches Ziel will man erreichen (Abnehmen, Muskelaufbau, körperliche Fitness,...)
- Kontextaspekt: Innerhalb welchen Systems kann/soll die Änderung beginnen, geübt und stabilisiert werden (Familie, Freunde, wie öffentlich-privat,...)
- Zeitaspekt: Wann soll begonnen werden (sofort, in zwei Jahren,...)

Für Beratung, Prävention und Gesundheitsförderung bedeutet dies, gemeinsam Konkretisierungen zu erarbeiten. Auhagen & Bierhoff^[4] weisen auf Grund ihrer Studien dabei ausdrücklich darauf hin, dass ein Prädiktor für Verhaltensänderung zu dem Konsistenz im Affektiv-Kognitiven sei. Neues Denken

muss auch neue positive Gefühle beinhalten, direkte Erfahrungen mit dem Einstellungsobjekt müssten vorausgehen. Übersetzt für unsere Arbeit spricht dies für emotional ansprechende Möglichkeiten mit gesunder Nahrung und ausreichender Bewegung in Kontakt zu kommen. Auf der Meso- wie der Makroebene wären dies Bewegungs- und Essevents die Freude bereiten.

2.5 GRUPPENDYNAMISCHE ERGEBNISSE – DIE BEDEUTUNG UND RISIKO VON WIR-GEFÜHL UND GRUPPENNORMEN

Die oben abschließend genannten Events bergen auch den gruppendynamischen Effekt der gemeinsam erlebten Freude mit der Chance der Änderung von Vorurteilen und Verhaltensnormen in sich.

Hunderte Versuche haben gezeigt, dass selbst objektive Gegebenheiten (z.B. klar sichtbare Größenunterschiede) unter dem vermeintlichen oder tatsächlichen Gruppendruck der Mehrheit unrichtig eingeschätzt wurden und diese Einschätzungen sich lange, in Versuchswiederholungen bis zu 5 Jahren, halten. Die für das vorliegende Thema inhaltlich relevantesten sind etwa jene zur Normierung von Fressattacken weiblicher Collegestudenten, die sich in Besorgnis erregendem Maße aufschaukelten^[3]. Sie zeigen, dass durch gruppendynamische Prozesse auch sehr viel Schaden entstehen kann.

Betrachtet man wiederum unsere bisherigen Forschungsergebnisse an ca. 4000 Kindern und 6000 Erwachsenen, dann sieht man, dass das vorherrschende anorektische Schönheitsideal Adipositas wie Essstörungen mitbedingt (in Vorbereitung). Hier gilt es herrschende Gruppennormierungen durch neue zu ersetzen. Erwachsene Frauen, insbesondere aber auch Kinder und Jugendliche, mit ihrem einhellig dünnen Schönheitsideal und der Ablehnung all dessen was darüber ist, ihren bereits ab dem oberen Normalgewicht signifikant ansteigenden vorklinischen Essstörungen sowie mit der Vorliebe für Diäten sprechen für ein breites „Social Norms Marketing“ auf der Mesoebene (Schulen, Vereine, Müttergruppen, Schwangerschaftskurse etc.) und der Makroebene (Kommunen) anstatt der alleinigen Behandlung von Risikogruppen. Dies würde auch der Stigmatisierung adipöser Menschen vorbeugen.

Alle bisher genannten Maßnahmen müssen für die Adressaten und ihre unterschiedlichen Randbedingungen passen. Dafür bietet sich der aus der Medienforschung bekannte Begriff der „usability“ an.

2.6 USABILITY UND EINSATZ NEUER MEDIEN

Für Essen wie für (Nicht-)Bewegung = Ruhen gilt, dass sie – menschlichkeitserhaltend – hoch automatisiert ablaufen und Umlernen, sprich Umprogrammieren im Gehirn, prinzipiell schwierig ist^[19]. Maßnahmen werden kurzzeitig durchgehalten, der alte „Schlendrian“ stellt sich bei geringfügigen Veränderungen im Ablauf sehr schnell wieder ein. Dies gilt insbesondere für aufwändige im Prinzip kaum in den Alltag integrierbare Tätigkeiten.

Einmal liegt dies daran, dass Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen häufig von sportlichen Menschen, die nicht nur an gesunde Ernährung glauben, sondern sie auch essen, entwickelt werden und diese nicht an die Praktikabilität (Usability) der Programme denken. Auch an die bisweilen ge-

rade zu Beginn hohen Ansprüche von motivierten Teilnehmern ist zu denken. D.h., dass man im psychologischen Kontext nicht nur an die möglichst individuelle Anpassung der Maßnahmen an den Menschen, sondern auch umgekehrt der Feineinstellung des Menschen für die Maßnahmen, etwa die Senkung eines zu hohen, nicht durchhaltbaren Anspruchsniveaus, eine Kompromissbildung zwischen optimal und für sich zufriedenstellend denken muss. Letzteres verhindert auch die demotivierende Verringerung der Selbstachtung bzw. des Selbstwerts^[4], wenn zu hoch gesteckte Ziele nicht erreicht wurden.

Zum anderen fehlt meist aus Kostengründen eine lange und enge Begleitung. Beides kann durch die Anwendung der Gesetze der Medienforschung wie auch durch Einsatz von neuen Medien verbessert werden. Gerade Kinder und Jugendliche können durch die Selbstverständlichkeit des Umgangs mit Medien dadurch optimal unterstützt werden^[10]. Konkrete Web-basierte Programme zur Optimierung der Nahrungsaufnahme Adoleszenter liegen vor, müssen aber nach Aussage der AutorInnen der HELENA Studiengruppe^[20] noch verfeinert werden. Ähnlich vielversprechend ist eine Computer-medierte Intervention, die die Erhöhung des Obst- und Gemüseanteils wirtschaftlich benachteiligter afro-amerikanischer Jugendlicher zum Ziel hatte: Die Kurzzeiterfolge der Interventionsgruppen lagen signifikant höher^[11].

3. AUSBLICK

Die Anwendung wissenschaftlich gut fundierter Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sind nötig. Sie dürfen aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass es auf der Makroebene Prozesse gibt, die politischer und ökonomischer Überlegung bedürfen. Bewegung ist nur dann dauerhaft in den Alltag integrierbar, wenn sie nötig ist um ein Ziel zu erreichen oder intrinsisch motiviert ist, d.h. Spaß macht^[24]. Auch das bedeutet, dass solche Angebote präventiv in altersgemäß ansprechenden öffentlichen und privaten Räumen zugänglich gemacht werden sollten. Angebote von Nahrungsmitteln, Speisen in Gasthäusern, Schulbuffets etc. müssen im Preis-Gesundheitsverhältnis stimmen und den Transfer von der Familie nach draußen möglich machen.

Das Gespräch mit den PatientInnen bzw. deren Eltern bedeutet am Hintergrund der oben dargestellten sozialpsychologischen Theorien, dass man die PatientInnen dort abholt, wo sie stehen, dass man an vorhandenen günstigen Verhaltensweisen und an ihren eventuell schon vorhandenen Einstellungen (Obst oder Bewegung ist gesund) andockt, um dann Schritt für Schritt weiteres Terrain zu erobern und sie langsam und schrittweise mit unangenehmen Botschaften konfrontiert.

Akzeptanz, Verständnis, ‚containing‘ fällt oft schwer, weil diese ‚fetten‘ Kinder und ihre oft hilflosen, überforderten, von der Umwelt kritisierten und dadurch trotzigen Eltern in der Gegenübertragung anstrengend sind. Hinter den eigenen sich immer wieder aufdrängenden Gedanken „sie müssten halt einfach nur ein bisschen weniger essen und ein bisschen mehr tun ...“ verschwindet oft die Bewusstheit des Dramas dieser verspotteten Kinder und ihrer Eltern, die überzufällig oft benachteiligten Bevölkerungsgruppen angehören. Umso mehr gilt es, alle Ebenen der Gesellschaft zu fordern, um die Last des Übergewichts weder alleine auf den Schultern der Eltern, noch ihrer behandelnden ÄrztInnen, PsychologInnen, Ernährungs- und BewegungsexpertInnen abzuladen.

LITERATUR

1. Antonovsky A. Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Berlin: DGVt 1997
2. Ardel-Gattinger E & Meindl M (Hrsg). Ad-Eva: Adipositasdiagnostik und Evaluation – Ein Interdisziplinäres Testsystem. Huber, Bern 2009
3. Aronson E et al.. Sozialpsychologie. 4., aktual. Aufl. München [u.a.] : Pearson Studium 2004
4. Auhagen E & Bierhoff HW (Hrsg). (2003). Angewandte Sozialpsychologie. 1. Aufl. Weinheim, Basel, Berlin: Beltz 2003
5. Baur LA. Childhood obesity: practically invisible. International Journal of Obesity 2005; 29:351-352
6. Bulik CM et al.. An empirical study of the classification of Eating Disorders. American Journal of Psychiatr 2000; 157:886-895
7. Cialdini RB & Goldstein NJ. Social influence: compliance and conformity. Annu Rev Psychol 2004; 55:591-621
8. Daniels SR. The consequences of childhood overweight und obesity. Future Child 2006; 1:47-67
9. De Zwaan M et al.. Alexithymia, Obesity and Binge Eating Disorder. International Journal of Eating Disorders 1995; 17: 135-140
10. Deforche B et al.. Post-treatment phone contact: a weight maintenance strategy in obese youngsters. International Journal of Obesity 2005; 29:543-546
11. Di Noia J et al.. Computer-mediated intervention tailored on transtheoretical model stages and processes of change increases fruit and vegetable consumption among urban African-American adolescents. American J Health Promotion 2008; 22:336-41
12. Döring A et al.. Ernährungsverhalten und Übergewicht: Untersuchungen in den MONICA/KORA-Studien. Gesundheitswesen 2005; 67 (Sonderheft 1):551-556
13. Ebbeling CB et al.. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. Lancet 2002; 360:473-482
14. Festinger L. Conflict, decision, and dissonance. Stanford University Press, Stanford 1967
15. Fried M et al.. Interdisciplinary European Guidelines for Surgery for Severe (Morbid) Obesity. Obesity Surgery 2007; 17:260-270
16. Goossens L et al.. Loss of control over eating in obese youngsters. Behaviour Research and Therapy 2006; 45:1-9
17. Greenberg J et al.. Terror Management Theory. Journal of personality and social psychology 1990; 58: 308-318
18. Lamez A et al.. Social class, parental education, and obesity prevalence in a study of six-year-old children in Germany. International Journal of Obesity 2005; 29:373-380
19. Levitsky D. The non-regulation of food intake in humans. J of Physiology & Behavior 2005; 86:623-632
20. Maes L et al.. A feasibility study of using a diet optimization approach in a web-based computer-tailoring intervention for adolescents. International Journal of Obesity 2008; 32: S76-81
21. McGovern L et al.. Clinical review: treatment of pediatric obesity: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. J Clinical Endocrinology Metab 2008; 93:4600-4605
22. Miller W & Jacob A. The Health at any Size Paradigm for Obesity Treatment: the scientific evidence. The international Association for the Study of Obesity. Obesity Reviews 2001; 2:37-45
23. Olshansky SJ. A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st century. N Engl J Med 2005; 352:1138-45
24. Pedersen D. Intrinsic-extrinsic factors in sport motivation. Perceptual and Motor Skills 2002; 95:459-476
25. Pinhas-Hamiel O et al.. Health-related quality of life among children and adolescents: association with obesity. International Journal of Obesity 2006; 30:267-272
26. Singh R et al.. Comparison of self-reported, measured, metabolizable energy intake with total energy expenditure in overweight teens. Am J Clin Nutr 2009; 89:1744-50
27. Stice E & Shaw H. Eating disorder prevention programs: A meta analytic review. Psychological Bulletin 2004; 130: 206-227
28. Stice, E., Shaw, H., Black Becker, C., & Rohde, P. (2008a). Dissonance-based Interventions for the Prevention of Eating Disorders: Using Persuasion Principles to Promote Health. Prevention Science, 9, 114-128.
29. Stice, E., Marti, N., Spoor, S., Presnell, K., & Shaw, H. (2008b). Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: Long-term effects from a randomized efficacy trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76, 329-340.
30. Stice, E & Presnell, K. (2007) The Body Project: Promoting body acceptance and preventing eating disorders. New York: Oxford University Press
31. Thun-Hohenstein L et al.. Die Häufigkeit von Essstörungen und Vorläufersymptomen in einer ländlichen Kohorte junger Adoleszenter. Neuropsychiatrie 2006; 19: 22-2532. Wegner DM. Ironic Processes of Mental Control. Psychological Review 1994; 101: 34-52