

# Adipositas und Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen

**Univ.Prof.Dr Elisabeth Ardelt-Gattinger** (FB Psychologie, Univ.Sbg.)

**Mag. Markus Meindl** (FB Psychologie, Univ.Sbg.)

**Univ. Prof. Dr. Susanne Ring-Dimitriou** (FB Sportwiss., Univ.Sbg.)

**Univ. Doz. Dr. Daniel Weghuber** (Abt. Pädiatrie, Priv.med. Univ.Sbg.)

Und...  
das Gefühl in meinem Bauch





- Dicke Kinder sind aufgrund ihres Körpergewichts häufig nicht nur Mobbing ausgesetzt
- sie werden in der Schule auch seltener gut benotet und kommen seltener ins Gymnasium als normalgewichtige
- Intelligenz, soziale Herkunft und der Bildungsstand der Eltern beeinflussen diesen Zusammenhang nicht.

Wesentlicher Grund sind Anfeindungen, die den **Selbstwert der Kinder bedrohen und ihren Glauben in die eigene Leistungsfähigkeit** hemmen.



+

Adipositas ist ebenso wie Diabetes oder  
Verletzungen mit Lähmungsfolgen eine  
Krankheit

Was ist der Unterschied???

FAULHEIT  
KRANKHEIT  
WILLENSSCHWÄCHE

KONTROLLE!!!!



Wissen, was es ist, senkt

- Schuldgefühle und Mobbingrisiko
- hebt das Selbstbewusstsein

Adipositas ist bedingt durch das Zusammenspielen komplexer interdisziplinärer Prozesse auf der Basis genetisch determinierter biologischer Gegebenheiten. Sie ist eine chronische Krankheit mit progredientem Verlauf und zahlreichen Begleiterkrankungen in einer **BEWEGUNGSARMEN ÜBERFLUSSGESELLSCHAFT**

(Daniels, S.R. (2006). The consequences of childhood overweight und obesity. *Future Child*, 1, 47-67)

# HORMONELLE EINFLÜSSE auf DENKSTRUKTUREN?

Im neuronalen System und zwar im mesocorticolimbischen Dopaminsystem Veränderungen nachgewiesen, die mit dem erlebten Craving und darauf folgenden Rückfällen Substanzabhängiger in Verbindung standen (Volkow et al., u.a. 2002, 2004, 2010)

Mangel an dem Neurotransmitter Dopamin, der auch an der Regulation der Nahrungsaufnahme beteiligt ist, wird mit einer Neigung zu Suchtverhalten in Zusammenhang gebracht (vgl. zusammenfassend Wondrak, 2005).

Diese Veränderungen - eine massive Reduktion der striatalen Dopamin-D2-Rezeptoren - wurden auch bei Adipösen, ebenso wie bei Menschen mit Abhängigkeit von psychotropen Substanzen gefunden: Je höher der BMI desto geringer die Dichte der Rezeptoren im Striatum (Wang et al., u.a 2004, Mangge et al. 2012).

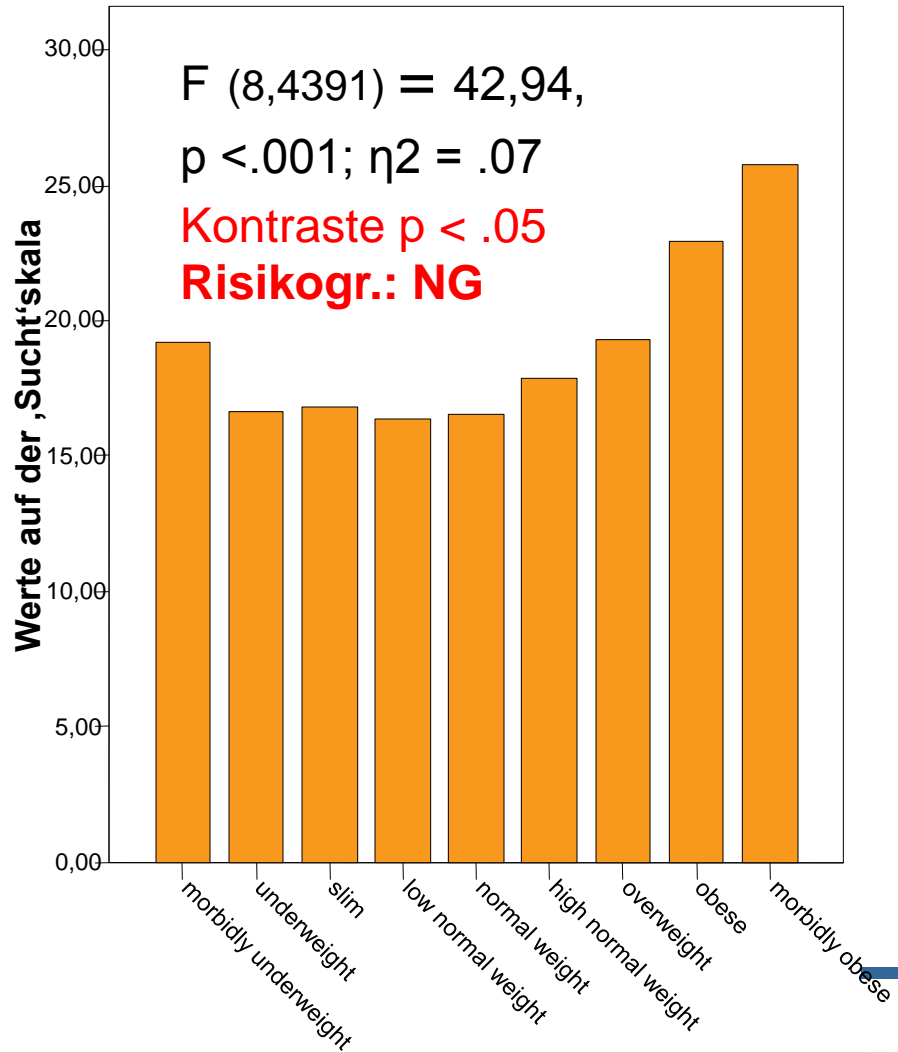
**„Kein Mensch kann sich vorstellen, wie stark mein Verlangen nach übermäßigem essen/naschen ist.....“**

**„Wenn ich nicht richtig viel gegessen / genascht habe, kann ich nicht einschlafen, mich nicht entspannen...“**

**„Ich esse immer mehr ...“**

**Craving** nach und **Abhängigkeit** von  
übermäßigem essen nicht „Substanz“ – gebunden,  
NICHT Sweet- und Carb-Craving





## Craving nach und Abhängigkeit von übermäßigem essen

(Ardelt-Gattinger et al. (2011). Die Rolle der Sucht bei Kindern /Jugendlichen. *Pädiatrische Praxis*, Heft 1.

## 8 Studien: Sucht bei Kindern/Jugendlichen

I	Adipositas-Gewichtsklassen unterscheiden sich signifikant von allen anderen
II, III	Ab- und Zunehmer von Adipositastherapieprogrammen unterscheiden sich signifikant und
IV	Craving erweist sich als stärkerer Prädiktor als die Ätiologiefaktoren, die im AD-EVA Testsystem (Ardelt-Gattinger & Meindl, 2010) gemessen werden
V	<b>Craving wird als starke subjektive Belastung erlebt</b>
VI	Differenzierung gegenüber der Binge Eating Disorder möglich
VII	Kinder und Jugendliche bzw. deren Eltern geben in der Beschreibung des Craving mind. drei Definitionskriterien der Abhängigkeit nach ICD 10 inhaltlich wieder
VIII	Korrelation mit physiol. Maßen (Speichel)

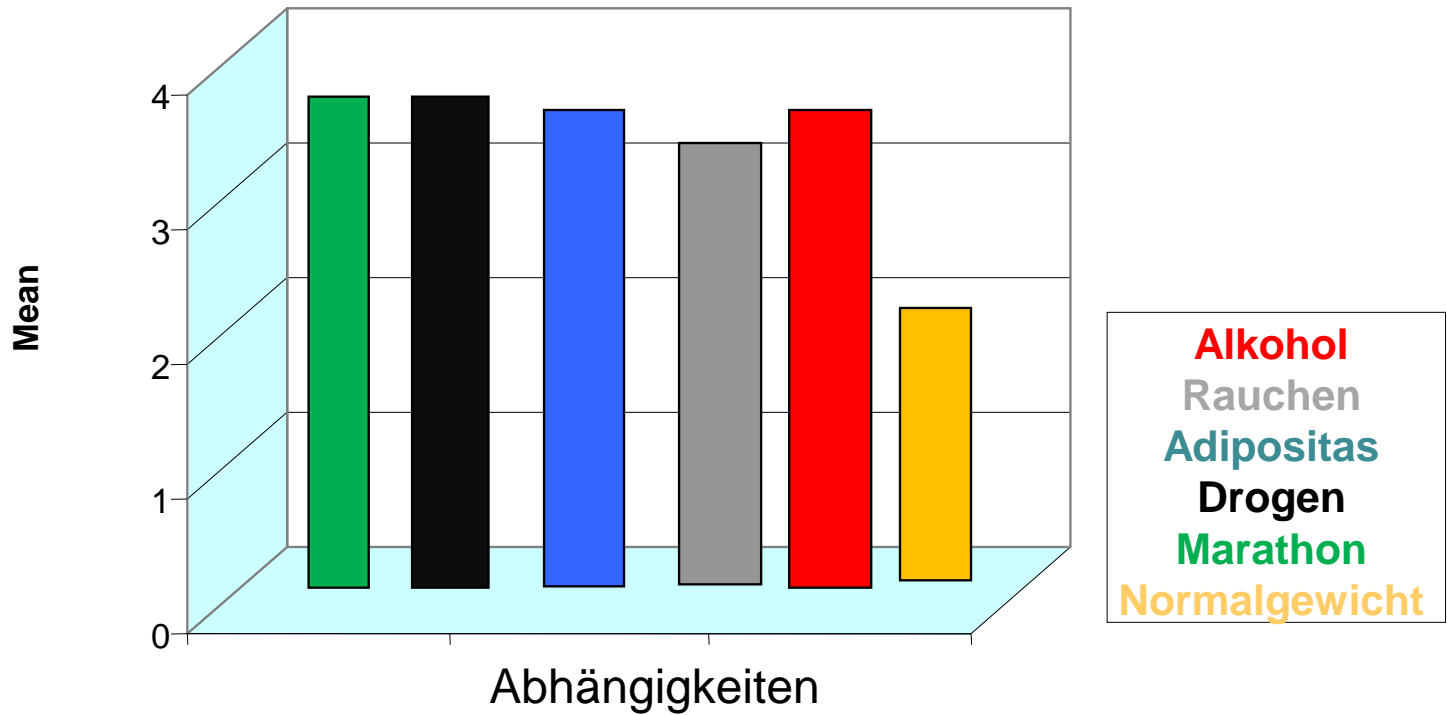
Ardelt-Gattinger et al. (2011). Die Rolle der Sucht bei Kindern /Jugendlichen.  
*Pädiatrische Praxis*, Heft 1

## 7 Studien: Sucht bei Erwachsenen

1. 95 % der Menschen mit BMI > 40 erfüllen mindestens drei der Abhängigkeitsdiagnose - Kriterien, zumeist : „Übermäßiges Essen trotz Wissen um gesundheitliche Gefährdung“, „wiederholte Versuche der Reduktion der Essensmenge“, „Toleranzsteigerung im Laufe der Zeit“.
2. Adipöse unterschieden sich in den genannten Suchtfaktoren NICHT signifikant von anderen substanz- und nicht substanzgebundenen Gruppen (Drogen, Marathon, Rauchen, Trinken...)
3. Sie unterschieden sich aber signifikant von den anderen BMI Gruppen.
4. Sucht ist ein starker Prädiktor bei Gewichtsab- und Zunahme

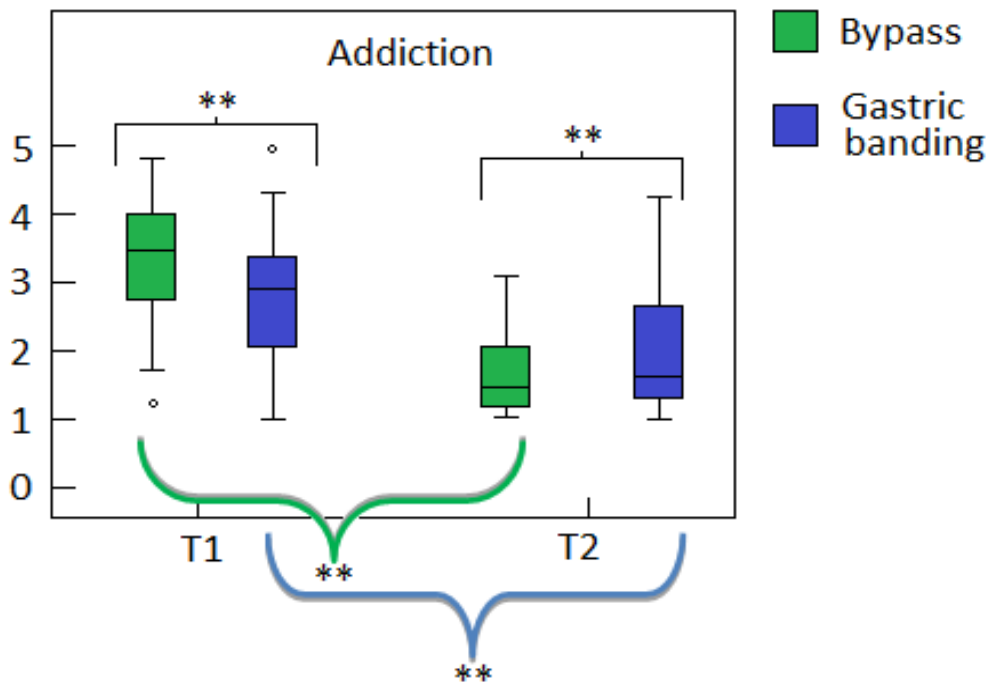
(Ardelt-Gattinger et al., 2000, 2003, 2006, 2010).

# Adipositas und andere Süchte



Ardelt-Gattinger et.al 2000 a, b, 2002, 2011

Umkehr der Suchtwerte – auch hormonell bedingt



Man kann vom Essen nicht trocken sein  
zudem:  
Überflussgesellschaft!  
Werbung!



## Schönheitsideal

Abnehmen um dem Ideal zu entsprechen!

Mobbing zu entkommen?

Ja, das ist der größte Wunsch!

Kann/will man anders essen?

Jein... weniger geht aus biologischen Gründen  
nicht

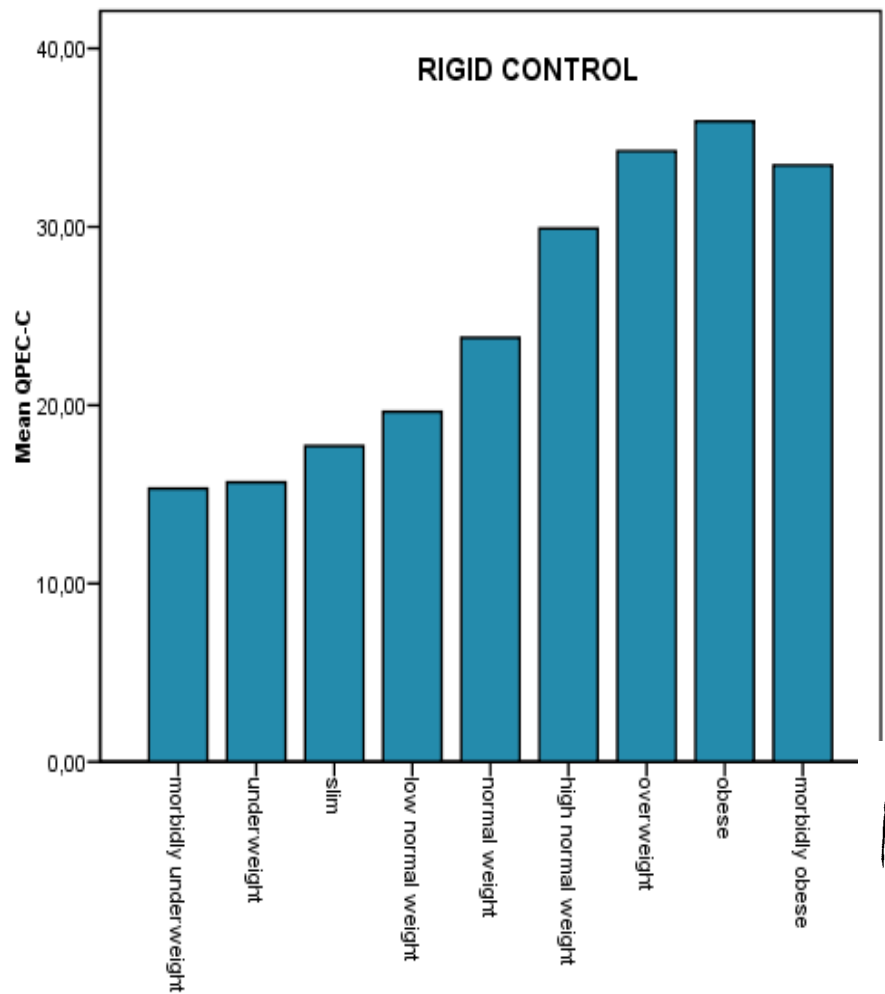
FAULHEIT  
KRANKHEIT  
WILLENSSCHWÄCHE

KONTROLLE!!!!

## Welches ist der sinnvollste Rat?

1. *Pass ein bisschen auf...*
2. *Iss einfach etwas weniger...*
3. *Man muss nicht alles haben...*
4. *Lass die Schokolade, denk nicht mal dran...*
5. *Häng nicht ewig rum!!!*
6. *Drei Mahlzeiten reichen..-*

## Je höher das Gewicht desto HÖHER die Kontrolle



$F(8,1886) = 92,48$   
 $p < .01; \eta^2 = .28$   
**Kontrast:  $p < .05$**



Kontrollieren = an „NICHT essen“ denken

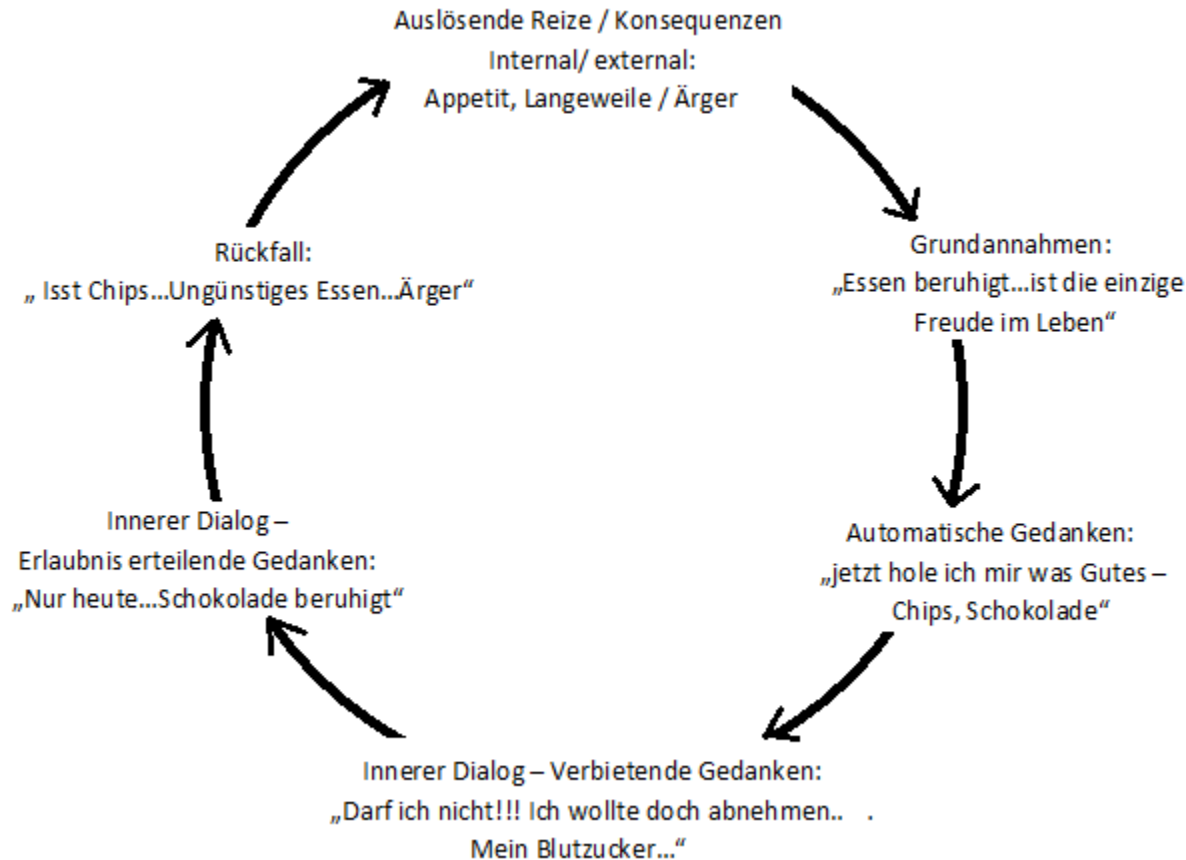
Man kann NICHT „nicht denken“ sondern nur  
**UNTERDRÜCKEN**

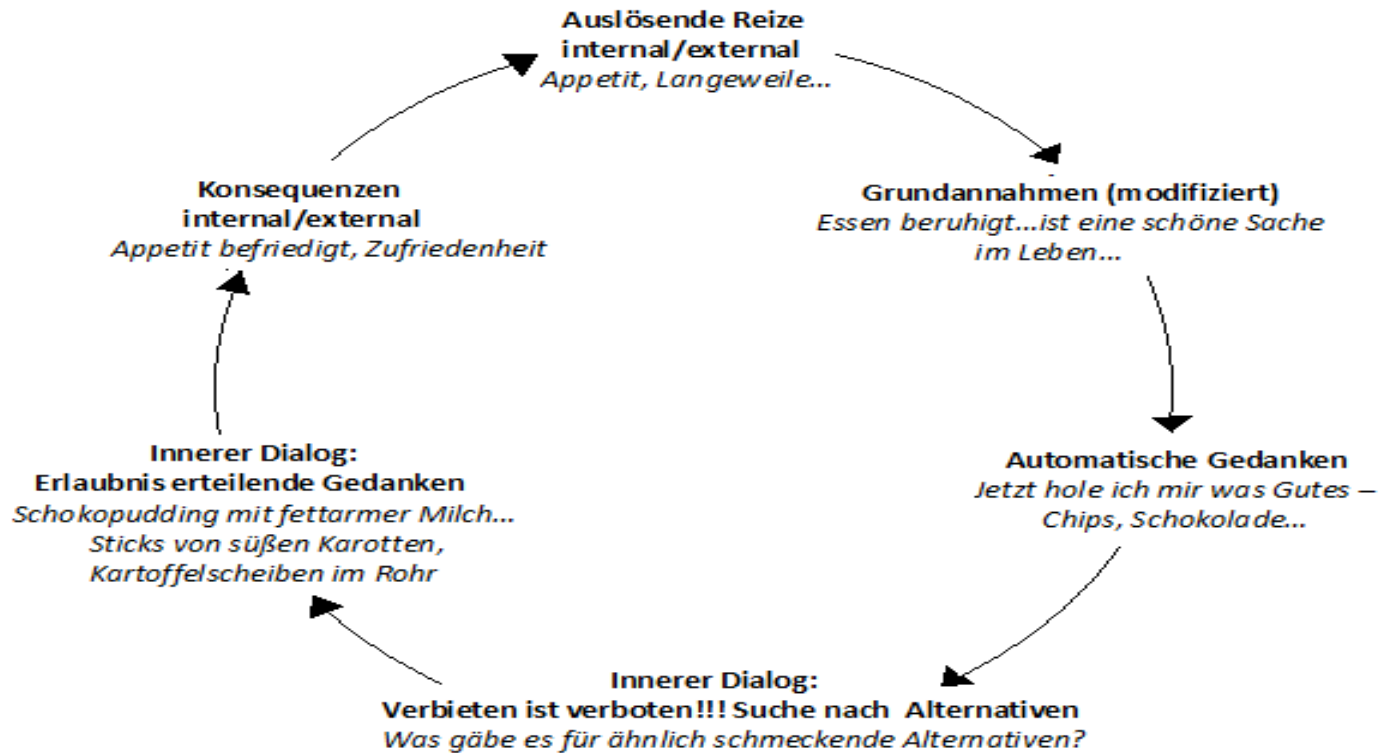
Gedankenunterdrückung (Operating & Monitoring) führt zu

- vermehrter Präsenz des Unterdrückten (Wegner, 1984; Meindl, 2006)
- erhöhter Speichelproduktion (Meindl, Weghuber, van Egmond-Fröhlich, Ardelt-Gattinger, 2010)
- Restrained Eaters, die unterdrücken, denken mehr an Schokolade und essen mehr davon (Eskil & Georgiou, 2010)



## SALUTOGENE DENKMUSTER und VERHALTENSWEISEN





## Salutogene Steuerung des Sucht – Essproblems

~~Pass ein bisschen an...  
Iss einfach(!) weniger...  
Man muss nicht alles haben...  
Lass die Schokolade, denk nicht mal dran...  
Häng nicht ewig rum!!!~~

*Was hat dir bei der Oma, in der Schule,  
bei der Freundin, bei Mac.....  
GESCHMECKT?*

Schritte....

Gewohnheiten, Automatismen

DAS NEUE

CHANCEN FÜR EINE DER  
GENETIK ENTSPRECHENDE FIGUR  
UND GESUNDHEIT

ERNÄHRUNG OK!!!  
KÖRPERBILD OK!!!  
SPASS AM SPORT!!!



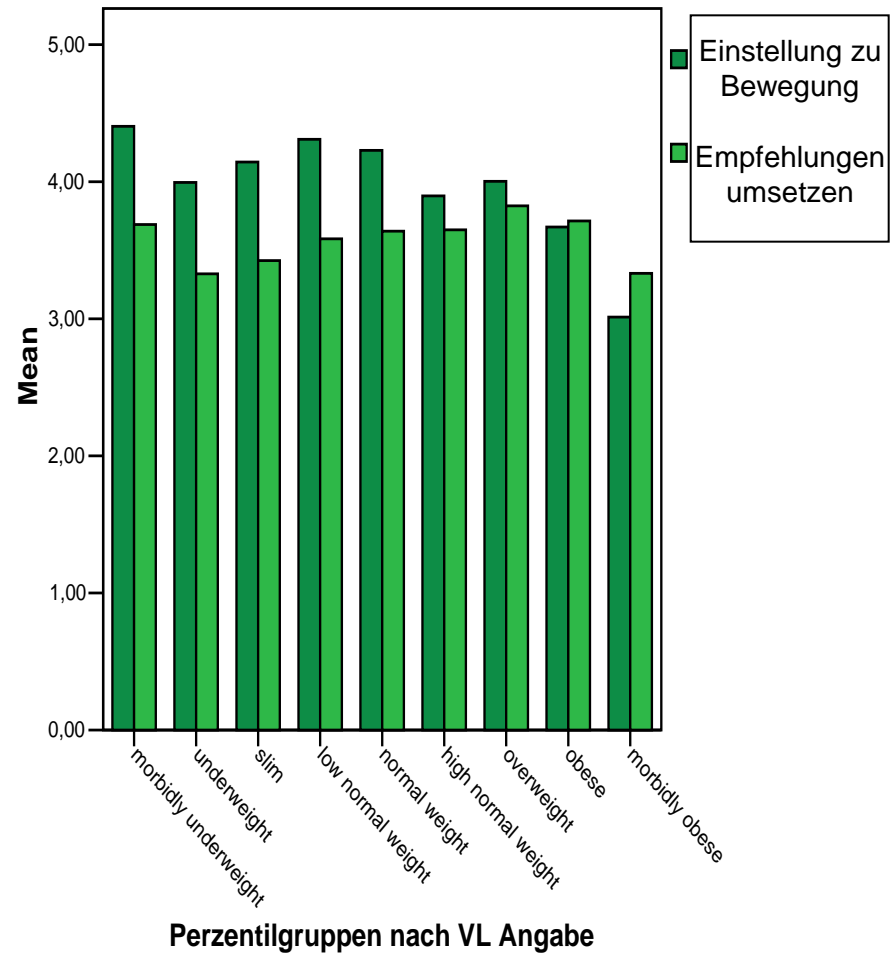
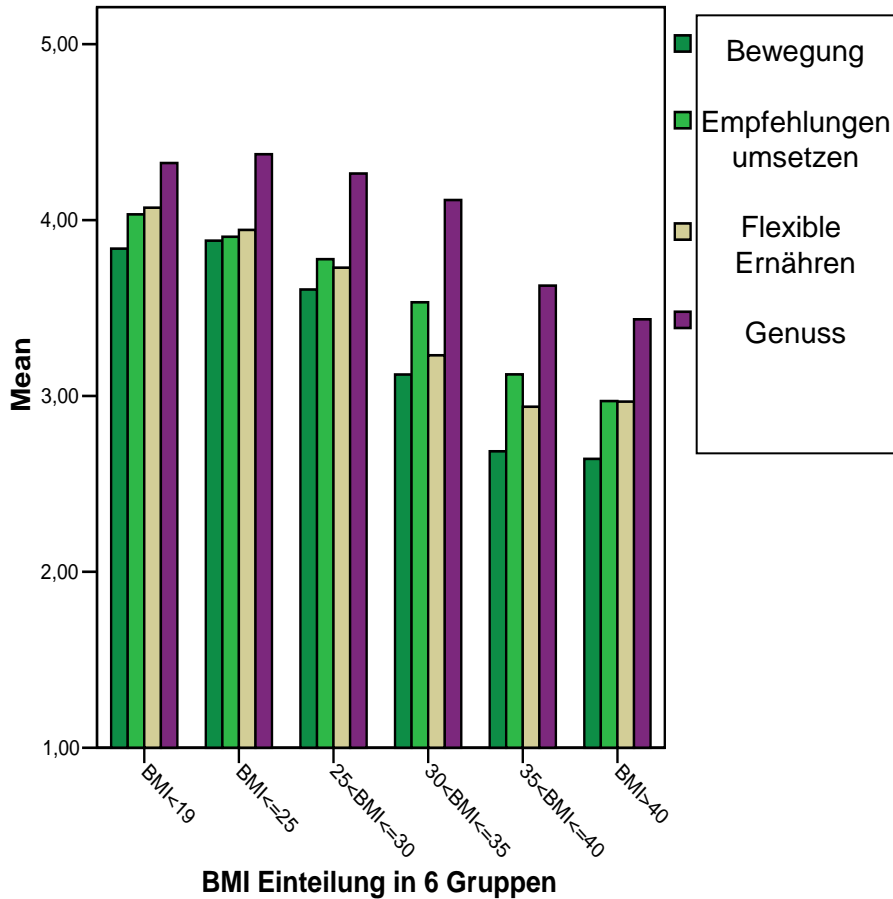
PRIVAT Vorbild sein!!!

-Sympathie

- Wahrgenommene Ähnlichkeit
  - Verstärkung (Erfolg)
- Verbündete gewinnen!

# Der Gesunde Adipöse

Health at any Size



## Günstige Ernährung Spass(!) am Sport

## Ernährungsabfragen u -protokolle?

„Was hast denn heut schon alles gekriegt bei der Oma? genascht??? ...Ehrlich???“

„sagen sie mir, wie viel sie wovon gegessen haben und ich sage ihnen, warum sie so fett sind“

(... die Sündenregister der Adipösen)  
führt zu etwa 270% ‚Underreporting‘

Gesetze der Stimmigkeit von Kognitionen (vgl. u.a.:Frey, 2002)  
Unser Gehirn braucht ORDNUNG!!!

## Dissonanztheorie:

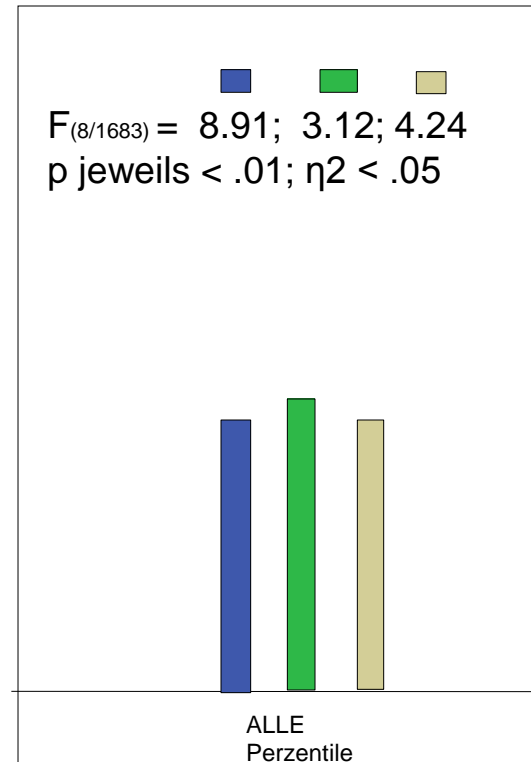
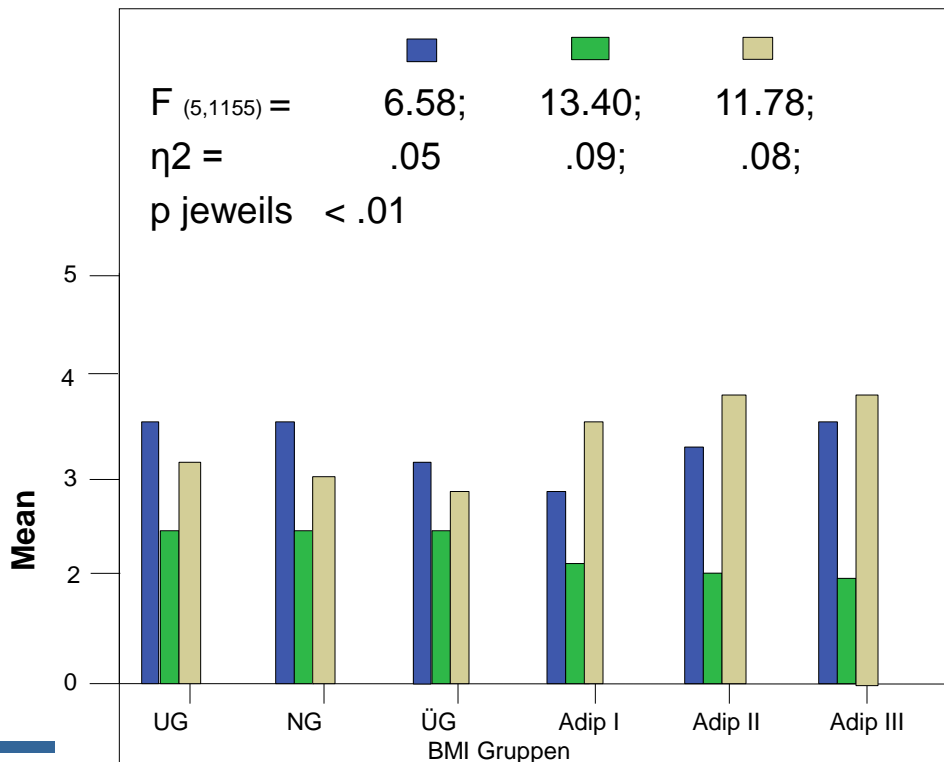
- Widersprüchliche Kognitionen führen zu Dissonanz
- Dissonanz ist besonders hoch, wenn Selbstwert betroffen!!! (Adipöse haben niedrigen Selbstwert)

Essensunterschätzung ist Selbstwert stützend

**Salutogen arbeiten**

**Lebenslang gegessen wird, was man  
GERNE isst**

■ Snacks ■ Gesundes ■ Deftiges



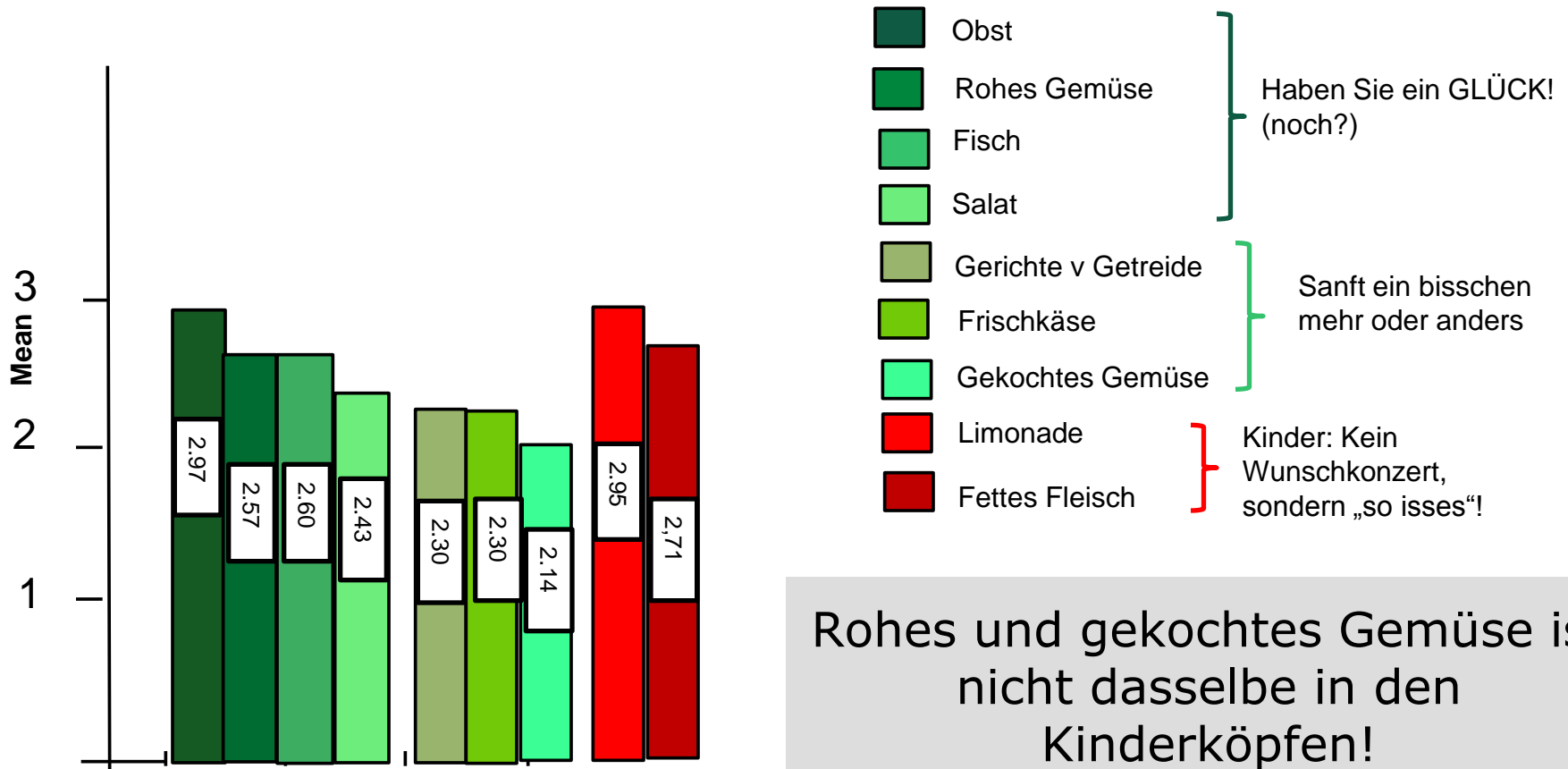


Meinungsumfragen zur Nahrungsaufnahme berichten häufig, dass Gemüse zu der unbeliebtesten Lebensmittelgruppe gehört (Mayer 2014 In: Der Gesunde Adipöse).

Wenn Säuglinge anfangs ein Gemüse nicht mögen, berichten die meisten Mütter zudem, dass sie es nur zwei- bis dreimal erneut anbieten, bevor sie aufgeben. Die Ablehnung von Gemüse lässt sich schon früh beobachten und bleibt während der gesamten Kindheit bestehen (Nicklaus et al. 2004; Ziegler et al., 2002 nach Mayer 2014)

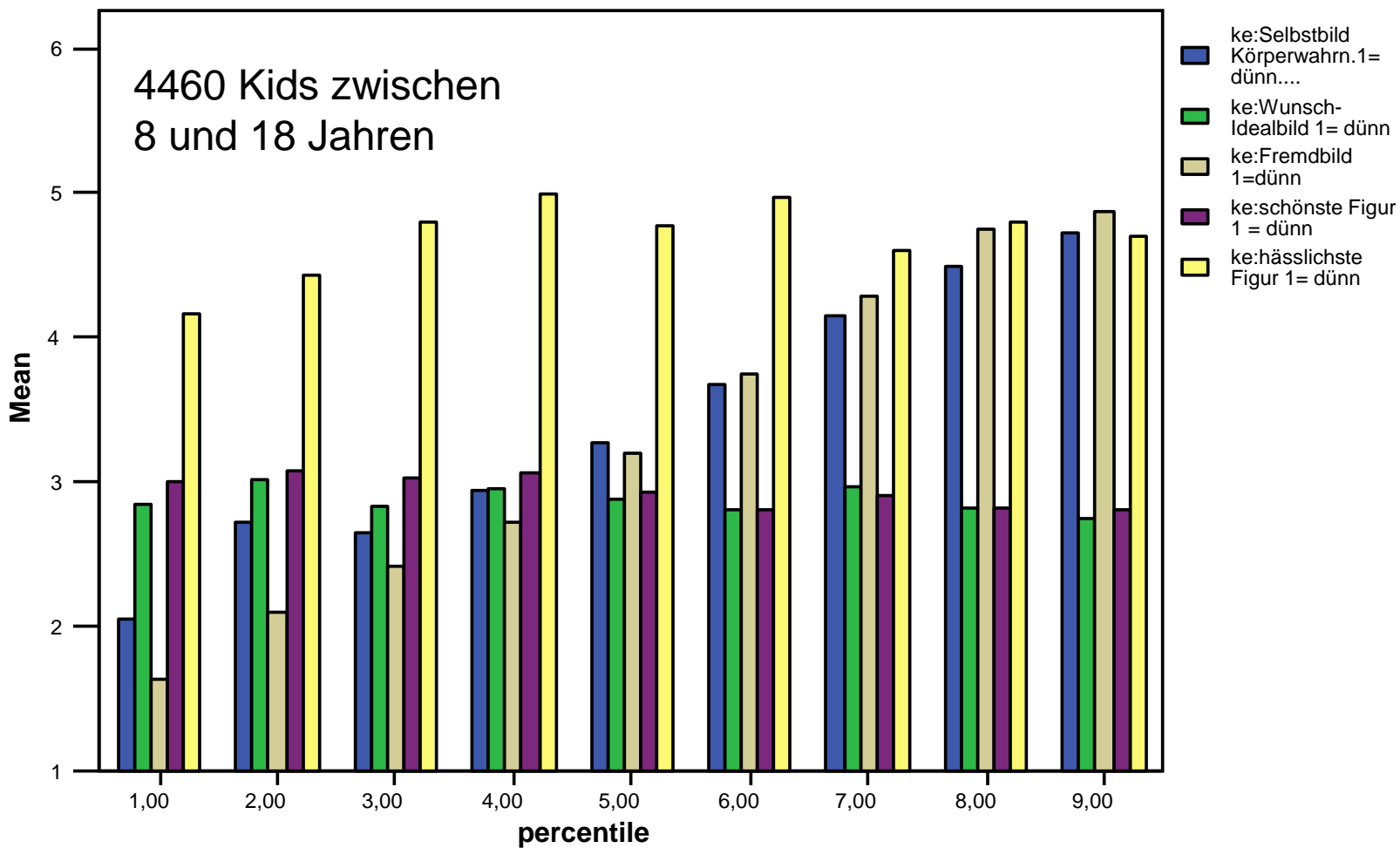
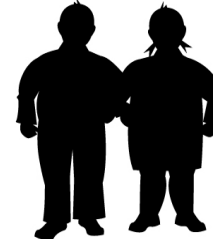


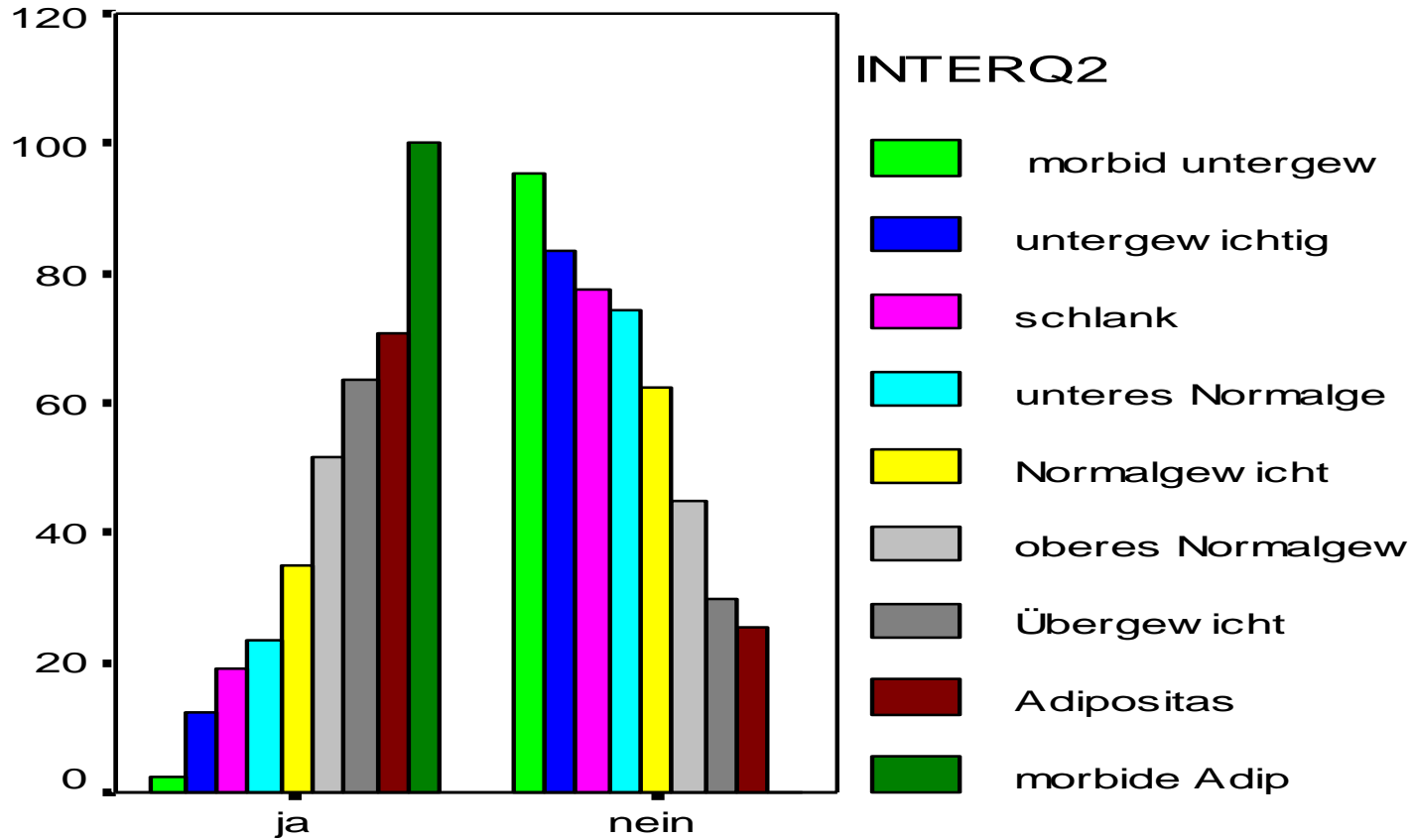
# Ernährungspräferenzen Kinder 4 – 6 (Beispiele)



Rohes und gekochtes Gemüse ist nicht dasselbe in den Kinderköpfen!

**Schönheitsideal  
Hohe Esskontrolle  
(Restraint eating)**





Gefühl zu dick zu sein

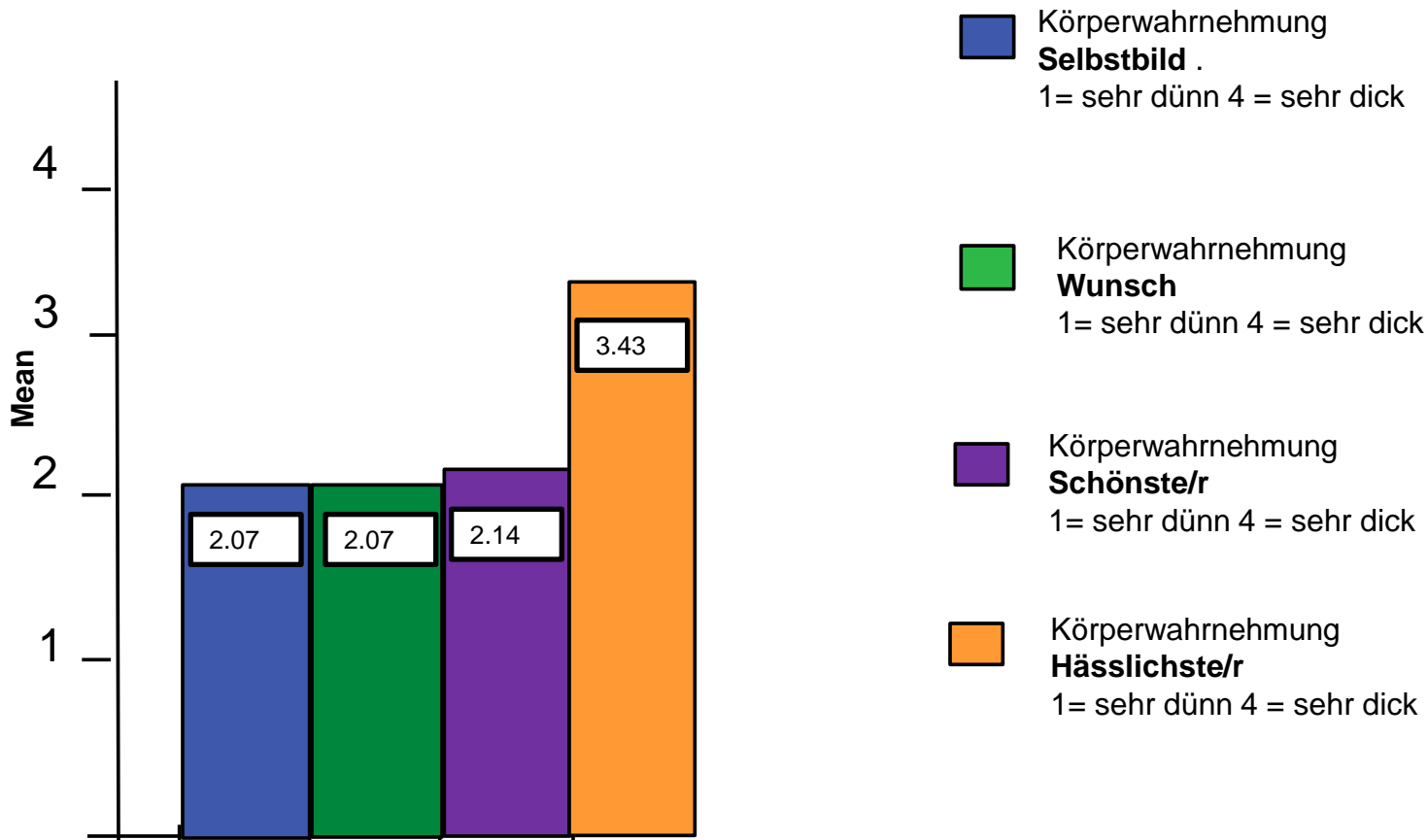
Die Schönste im ganzen Land ...  
ist die Dünnste

...und die Hässlichste **DIE FETTE**





## 4 – 6 Jährige



- Körperwahrnehmung **Selbstbild** .  
1= sehr dünn 4 = sehr dick
- Körperwahrnehmung **Wunsch**  
1= sehr dünn 4 = sehr dick
- Körperwahrnehmung **Schönste/r**  
1= sehr dünn 4 = sehr dick
- Körperwahrnehmung **Hässlichste/r**  
1= sehr dünn 4 = sehr dick



Die Schönste im ganzen Land bin ich (4,5  
oder 6 Jahre und mit Normalgewicht) und  
so möchte ich sein und bleiben...

...und die Hässlichste ist DIE FETTE

**FRÜHE Gesundheitsförderung  
Erhaltung des nach dem KIGA  
vorhandenen!!!**

## Vorklinische:

- **Binge Eating** Anfälle - *kleinere Mengen; Naschen(?)*
- **Bulimisches** Probierverhalten - *Erbrechen etc. selten oder ohne vorhergehenden Essanfall; Kompensationsverhalten durch Sport speziell bei Knaben*
- **PWS – Symptom** (preoccupied with weight and shape) bei Mädchen in Richtung dünn, bei Burschen in Richtung schlank-muskulös

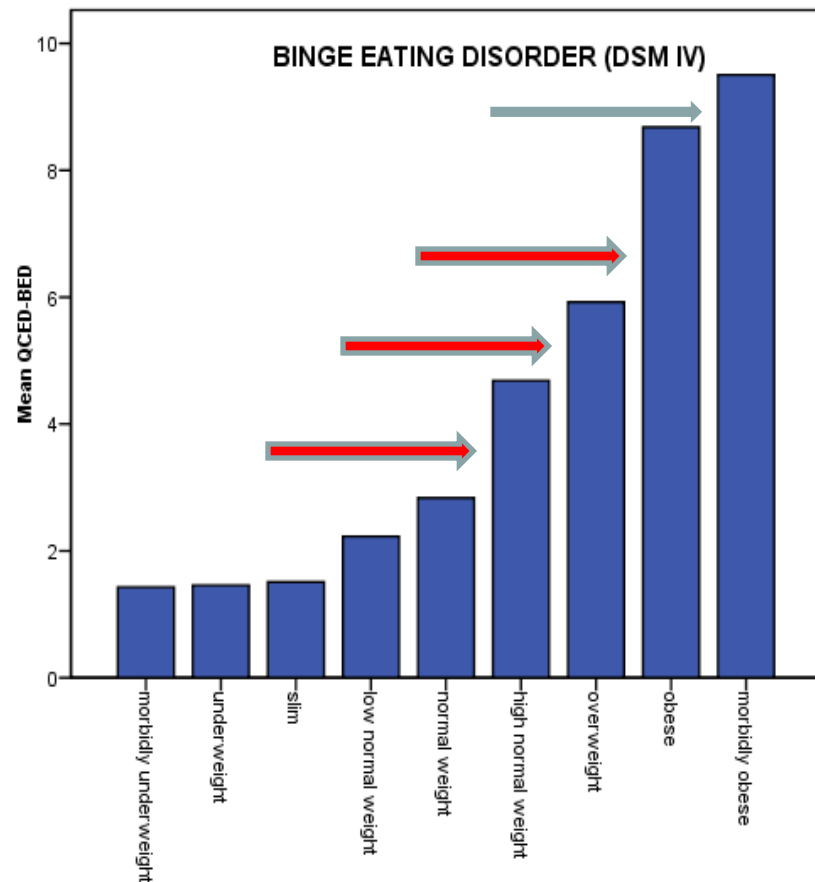
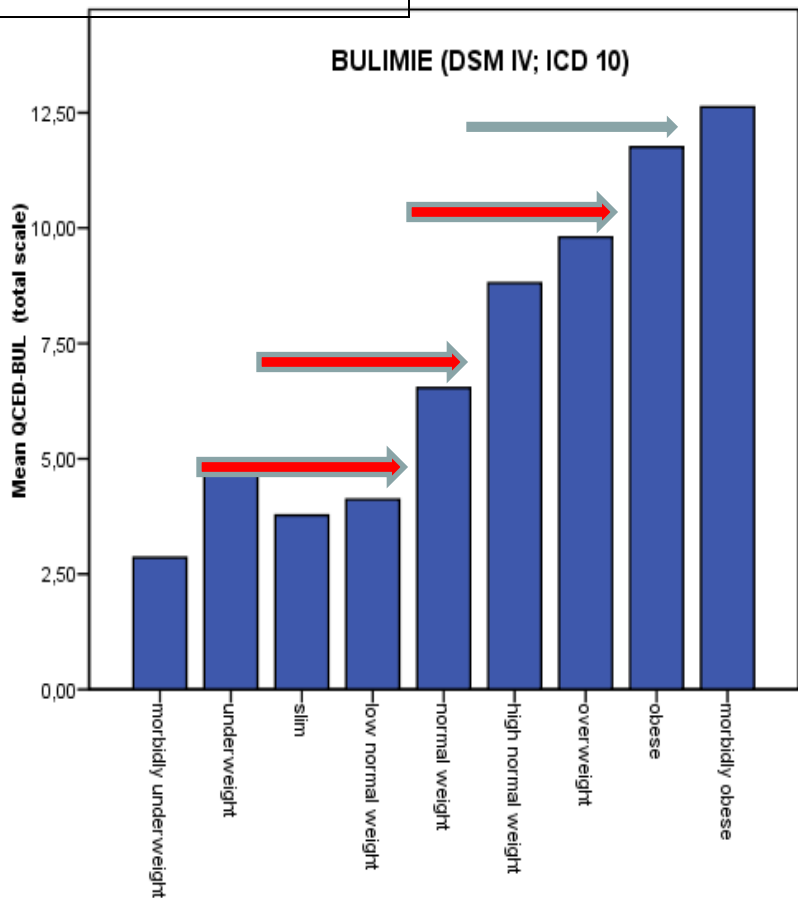
## Vollbilder: Bulimie und BED

Item	Faktorladungen		h <sup>2</sup>
	BIG EATING	BINGEN+KOMPENSATION	
1 ...verschlinge große Mengen	.80		.64
2 ...kann mich dabei nicht kontrollieren	.61		.45
3 ...esse dabei schneller als normal	.75		.58
4 ...esse obwohl körperlich nicht hungrig		.53	.37
5...fühle mich dabei schuldig		.75	.59
6 ...Gefühl der Verzweiflung		.77	.61
7 ...Essanfälle mindestens 2 Tage / Woche		.50	.39
8 ...achte beim „Fressen“ alleine zu sein		.66	.47
9 ...Erbrechen / Abführmittel		.43	.18

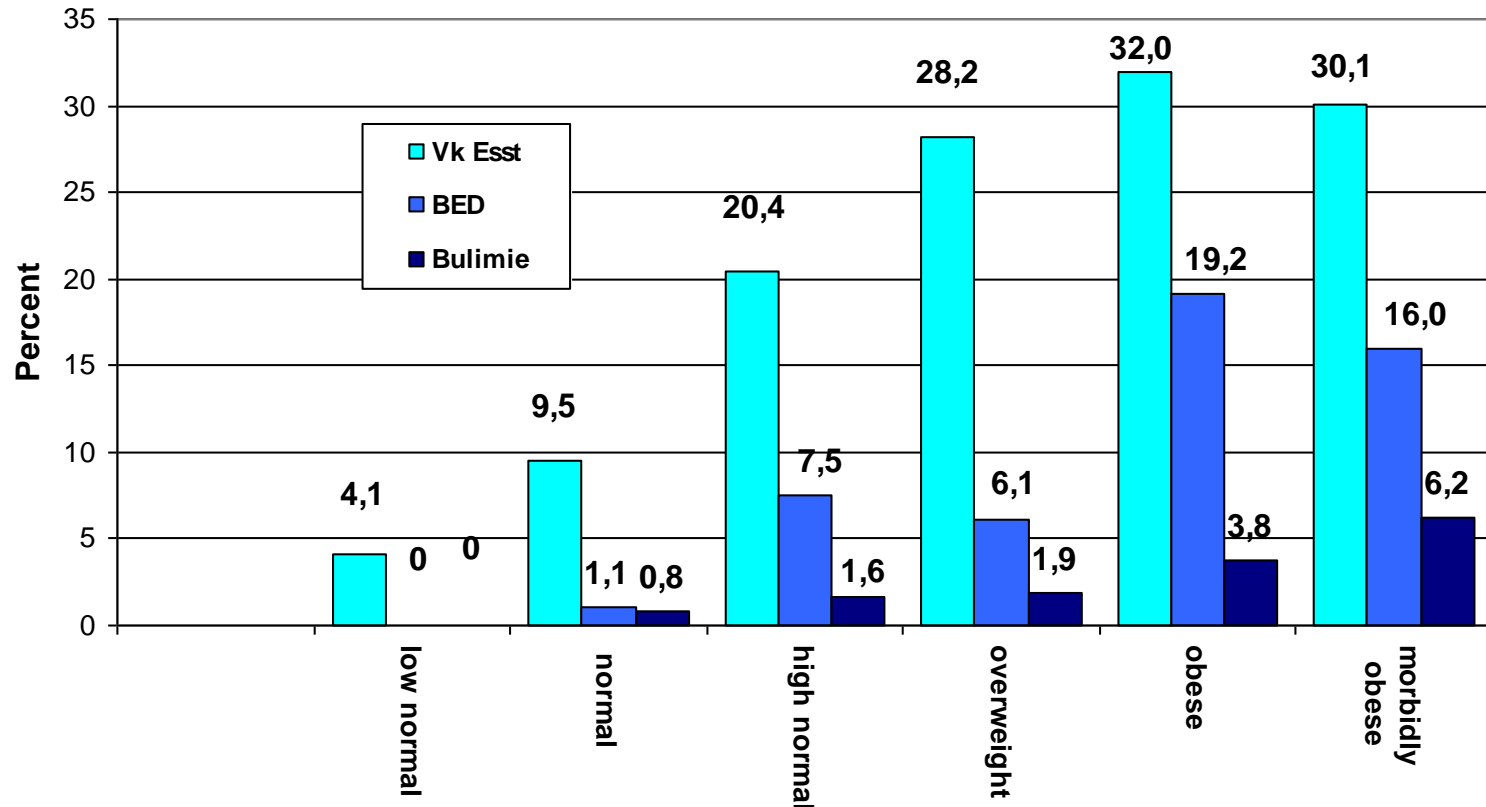
Dichotome Skala: ja / nein

F (8/1219) = 24.92,  
 p < .01;  $\eta^2 = .14$   
 Kontraste: p < .05

F (8/1227) = 27.85  
 p < .01;  $\eta^2 = .16$   
 Kontraste: p < .05



Prozentsatz von Kindern / Jugendlichen zwischen 8 - 18 mit Vorklinischen Essstörungen, Binge Eating Disorder und Bulimie



## **Erwachsene**

**ca. 7% BulimikerInnen**

**ca 30% Binge Eater** (u.a. de Zwaan et al., 2006)

**ca**

**Kinder / Jugendliche** (Ardelt-Gattinger & Meindl, 2010)

**Ähnliche Zahlen, aber Vorformen und Klinische Vollbilder mit  
bislang unklaren Übergängen**

Für alle Interventionen gegen Adipositas  
(Prävention, Gesundheitsförderungen,  
Therapie) sind Wissen und  
Differentialdiagnosen bzgl. Essstörungen  
wichtig!!!



## **„Fundamental Paradox“** (Burgard 2000)

Essstörungenprävention proklamiert „self acceptance at any size“ und argumentiert gegen Esskontrolle, sowie im Fall der „Sport – Bulimie“, gegen ein Übermaß an Bewegung.....

Adipöse und übergewichtige Menschen werden zur Gewichtsreduktion durch die Hoffnung auf schlanker - werden motiviert, werden zu oft rigider (Diäten etc.) Esskontrolle erzogen und über ‚Bewegung die einzige Chance zum Halten des Gewichts‘ informiert....

## *... und Mobbingprävention WIE?*

- *Sozialpsych. Gesetzmäßigkeiten*
- *(es ist NORMAL, was abzulehnen, was anders ist – anderes stört und bereichert...)*
- *Fakten über Krankheit und Störung*
  - *Gesundheit für uns alle*
- *Altersgemäß: Fitness, reine Haut, schöne Haare, moderat muskulöser Körper*

- ad Pkt 1.: Wasser Trinken in der Schule / im Unterricht fördern - Zugang schaffen (Becher/Trinkflaschen, Trinkbrunnen, gemeinsames Trinken / Nachfüllen der Flaschen), Getränkeauswahl / -automaten optimieren
-

- 
- ad Pkt. 2: Projekt Trinkbrunnen des fke Dortmund (Publik. habe ich jetzt leider nicht bei der Hand, fke Link: [http://www.fke-do.de/index.php?module=news&index\[news\]\[action\]=details&index\[news\]\[data\]\[news\\_id\]=33&section=1](http://www.fke-do.de/index.php?module=news&index[news][action]=details&index[news][data][news_id]=33&section=1))
- Projekte von SIPCAN:  
Schlau Trinken <http://www.sipcan.at/schlau-trinken1.html>
- Getränkeliste <http://www.sipcan.at/sipcan--checklisten2.html>
- Getränkeautomaten-Check  
<http://www.sipcan.at/getraumlnkeautomaten--check1.html>

Unter welchen Umständen besteht ein Zusammenhang von Einstellung und Verhalten?

Welche Faktoren bestimmen das Ausmaß des Zusammenhangs?

Durch welche moderierenden Variablen beeinflussen Einstellungen Verhalten?

(Zanna&Fazio,1982)

- Meine Einstellung zum gesunder Ernährung
- Mein Verhalten gesunder Ernährung

Unter welchen Umständen besteht ein Zusammenhang von Einstellung und Verhalten?

Welche Faktoren bestimmen das Ausmaß des Zusammenhangs?

Durch welche moderierenden Variablen beeinflussen Einstellungen Verhalten?

(Zanna&Fazio,1982)

## Gesund sein - gesund leben???

- **Handlungsaspekt:** welches Verhalten (**Sport treiben**, **mit Liste einkaufen...**), wie allgemein – spezifisch (**immer** – **wöchentlich 3 x**), einzeln oder V-Sequenz...
- **Zielaspekt:** **Gesund sein**, **Abnehmen** oder **mehr Obst** oder **mehr Äpfel**,...
- **Kontextaspekt:** innerhalb welchen Systems, (**autoritäre Erziehung**, **internal**, **demokratisch...**) wie öffentlich-privat... (**ohne T-Shirt schwimmen gehen** - **erst mal mit anderen Dicken...**)
- **Zeitaspekt:** **einmal...** - **sofort**, **in zwei Jahren...**

(Ardelt-Gattinger et al 2014 In: Der gesunde Adipöse)



**Einstellung zu Gesundem negativ!**

*Heute mittags geh ich um 14 Uhr im Indigo  
Gemüsecurry essen!*

***Mag kein Obst!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!***

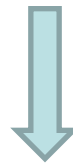
*Super der Obstsalat*

Enge Beziehung zwischen Einstellung und Verhalten ist nur dann möglich, wenn beide im Grad der Spezifikation übereinstimmen.

(Ardelt-Gattinger et al 2014 In: Der gesunde Adipöse)

Schaffung eines Mikrokosmos (Elternhaus,  
Schule...) innerhalb einer bewegungsarmen  
Überflussgesellschaft

Hebung des eigenen und des Selbstbewusstseins  
der bereits stigmatisierten oder durch  
Stigmatisierung bedrohten Kinder



Wissen und Skills

Für den Umgang mit übermäßigem Verlangen,  
überhöhtem Anteil an Fettzellen,  
neurohormonellen Gegebenheiten etc.

braucht man

- wenig Stress und psychische Belastungen
- ausreichende Mittel
- günstige Umwelten

# Kategorien der Betreuung

(geringf. verändert nach Wiegand et al., 2005)

	I BMI < 40; >.97%	II BMI < 40; >.97%	III BMI < 40; >.97%	IV BMI < 40; >.97%	V BMI>40; >.97
<b>Zielplanung</b>	realistisch	unrealistisch	unrealistisch	unrealistisch	Realistisch
<b>Leidensdruck</b>	Vorhanden angemessen	Hoch	Hoch od. niedrig	Hoch od. niedrig	Hoch, <b>KEINE BMI</b> sds Änderung nach > 2 Jahren
<b>Veränderungs- motivation</b>	Hoch	vorhanden	gering	resigniert	Resigniert durch <b>Fehlschläge</b>
<b>Famil. u./o. Psy- cho soz. Probleme</b>	Stabil / keine	Eher instabil / vorhanden	Eher instabil / schwierig	Sehr instabil / Sehr schwierig	Stabil /wenig
<b>Med. / psychol. Komorbidität</b>	Keine	Geringfügig	Mittel	Stark Psychisch krank	Gebessert oder in Behandlung
<b>Essstörungsko- morb. / Suchtessen</b>	Vorklinisches Bingen / Normwerte	Klinische BED / Hoch	Klinische BED u/o Bulimie Sehr hoch	Klinische BED u/o Bulimie / Sehr hoch	Keine Bulimie BED gebessert / Sehr hoch
<b>Therapieform</b>	Gruppenth. (amb.; station. Vorbereitung abh. v. BMI)	Einzeltherapie, Motivationsarbeit	Sozialarbeit, Psychotherapie Überwachung Kinderarzt mit „Interdisz. Flying Teams“	Sozialarbeit Psychiatrie Langzeittherapie „Interdisz. Flying Teams“ f. Eltern	Chirurgische Intervention prüfen

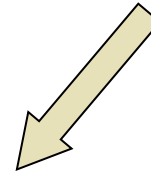
**Auftretenswahrscheinlichkeit steigt**

Durch Fragebogen (Warschburger) klären,  
wo man an der Umgebung etwas ändern  
muss

Intrinsische



Extrinsische



Motivation

Intrinsische (selbst – determiniert / kontrolliert) Motivation führt im Vergleich mit extrinsischer (von anderen determiniert / kontrolliert) zu tieferer Informationsverarbeitung, höherer Leistung und höherem Wohlbefinden.

Intrinsische (selbstdeterminierte) Motivation führt dazu, dass

- nicht nur singuläre Verhaltensweisen, sondern ‚Bündel‘ **übernommen werden**
- Verhalten überdauernd beibehalten wird,
- auch bei Problemen in der Umsetzung nicht aufgegeben sondern auch gegen andere verteidigt wird

*Beispiel:*

- *Stufen statt Lift, weniger Auto fahren, weniger TV...*

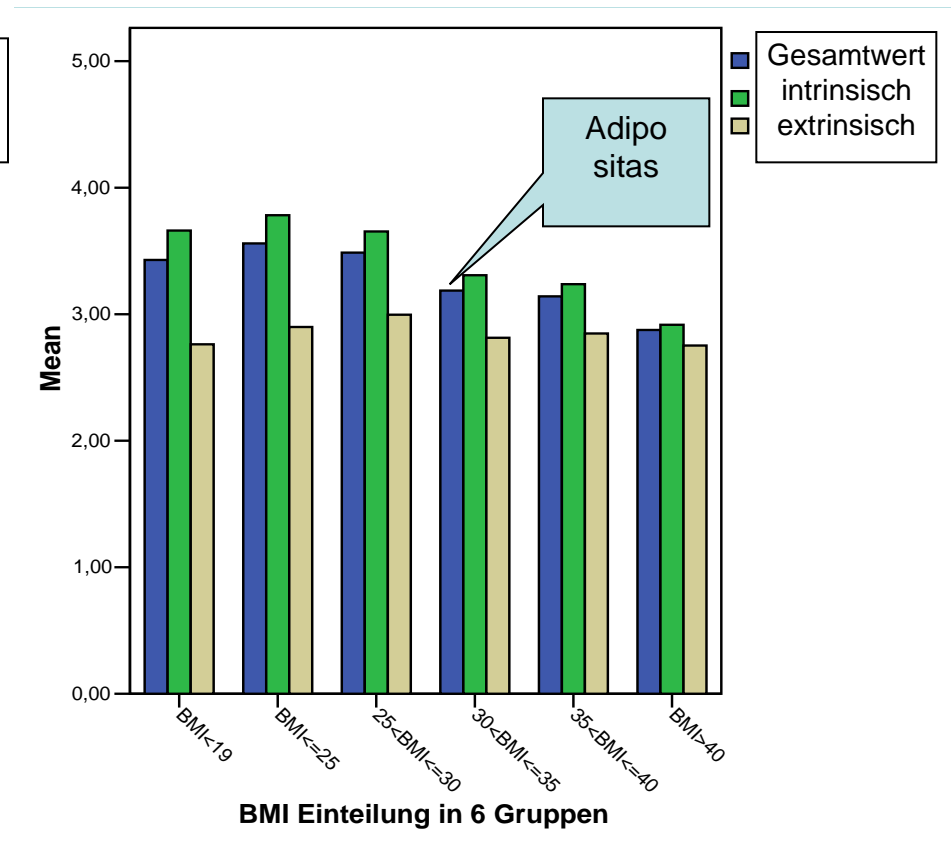
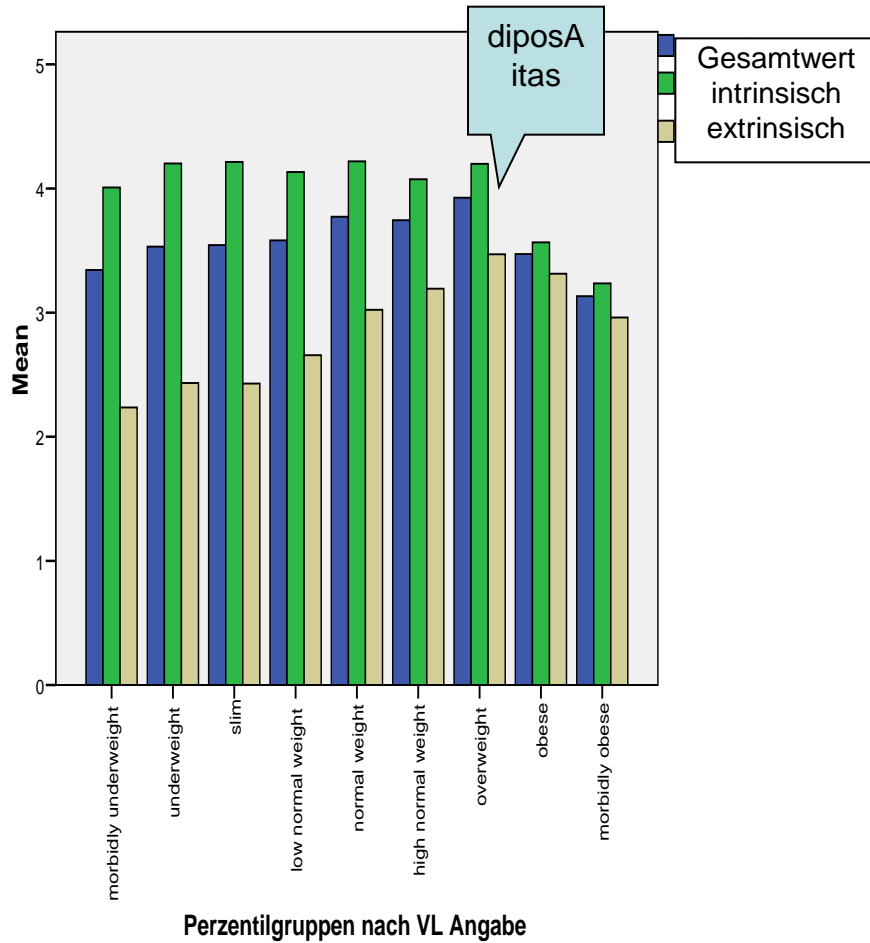


## Extrinsisch:

- schön und schlank zu werden (hilft begrenzt und hält nicht an)

## Intrinsisch:

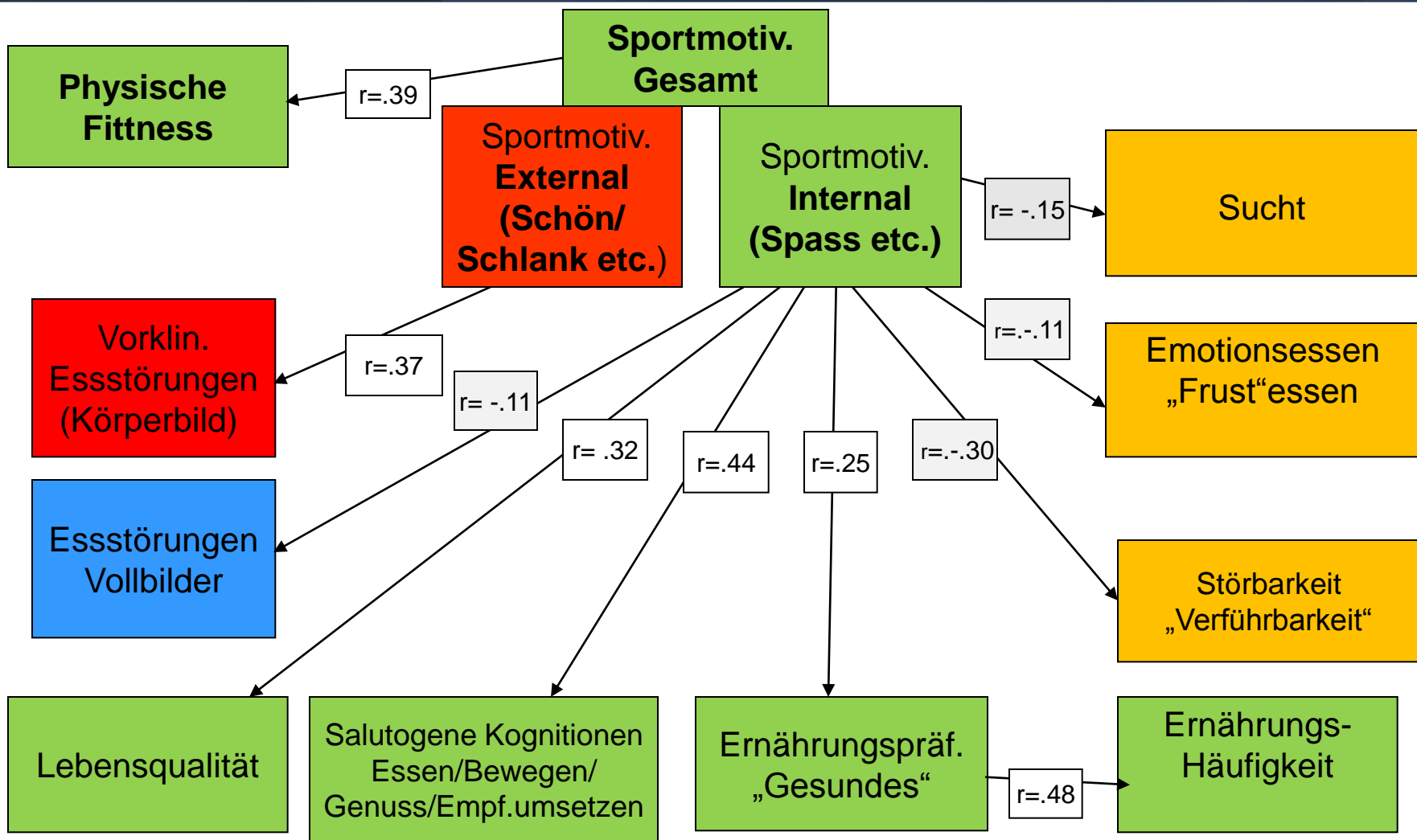
- aus Spass,
- um in der Natur,
- mit Freunden zu sein,
- was zu leisten etc.



Metaanalysen und Überblicksarbeiten zur Wirksamkeit extrinsisch motivierender multimodaler Programme (inklusive Bewegungsinterventionen):

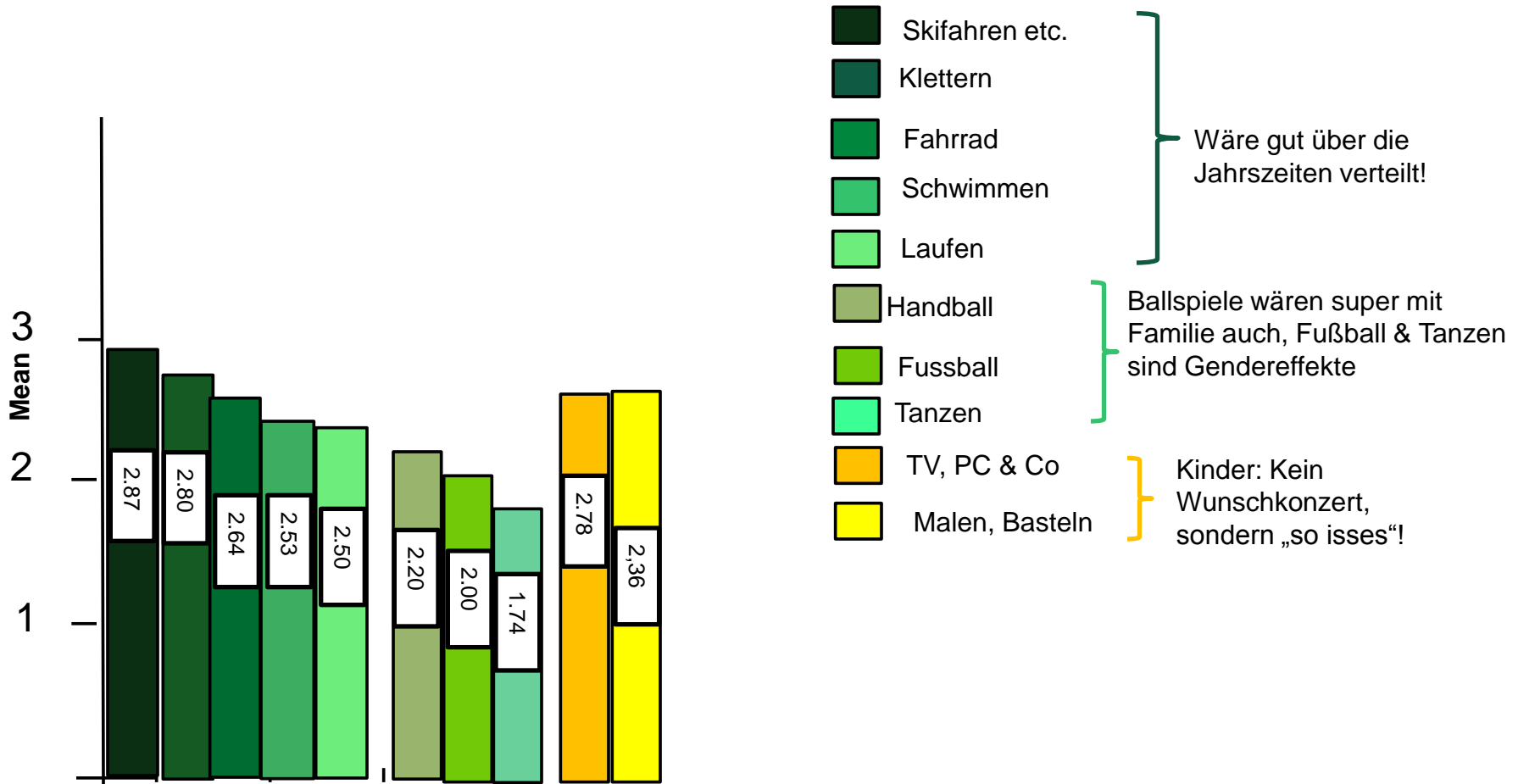
Die Effekte hinsichtlich der Gewichtserhaltung bzw. der Gewichtsreduktion sind insbesondere bei Kindern marginal (Stice, Shaw & Marti, 2006)

# Zusammenhänge FBM mit starken Prädiktoren (Kids und Erwachsene)



# INTRINSISCHE MOTIVATION

# Tätigkeitsvorlieben (intrinsisch) Kinder 4 – 6



Gestaltung von Bewegungsintervention z.B. die Intensität, Dauer, Belastungsgestaltung, Häufigkeit und Schwierigkeit sowie die Professionalität der Übungsleiter entscheiden über ‚Dabeibleiben‘ oder Programm ‚Abbrechen‘ (Sallis, 2001; Wagner, 2000 nach Ring-Dimtriou 2014 In: Der gesunde Adipöse).

Die dabei gemachten Erfahrungen, z.B. „das Spielen mit den Freunden, Familie etc. war toll“ oder „oh weh – mit denen komm ich nicht mit“, entscheiden über die daraus resultierende Konsequenz ‚sich wiederholt zu bewegen‘.

Erst Kondition aufbauen (Fitness!!!) dann fordern!

Es muss Spass machen, d.h.vor allem nicht überfordern!!!

- Aufsuchen einer bewegungsfreundlichen Umwelt („walkability“, unstrukturierte Bewegungsräume),
- Reduktion körperlich inaktiver Beschäftigung in Schule und Freizeit
- Herabsetzung des motorisierten Transports und Förderung von Transportaktivitäten wie Radfahren und Gehen
- Zugänge zu Bewegungsprogrammen (z. B. Sportvereinen, Fitnessstudios).
- Präventionsprogramme zur Förderung gesundheitswirksamer körperlicher Aktivität bedeutet ein Bewegungsausmaß von 1h täglich für Kinder/Jugendliche und mindestens 150 min pro Woche mit moderater bis anstrengender Intensität für gesunde Erwachsene entspricht (Strong et al. 2005; Titze et al. 2010 nach Ring-Dimtriou 2014 In: Der gesunde Adipöse



## Beeinflusst Gesundheit und Gewicht

- Kinder bis 6 Jahre nicht mehr als 20 Minuten
- Kinder ab 6 Jahre nicht mehr als eine Stunde

Sitzen, liegen, TV, PC Spiele, aber auch ‚erwünschte‘ Tätigkeiten wie Hausaufgaben, Zeichnen, Malen, Spielen ...

(Ring-Dimtriou 2014 In: Der gesunde Adipöse)

Jugendliche geben als wichtigstes Motiv für das Sporttreiben ‚das Erreichen einer hohen körperlichen Fitness‘ an, während ‚Gesundheit‘ nicht als Motiv, sondern als Voraussetzung für körperliche Aktivität beschrieben wurde.

Das bedeutet, dass Präventionskampagnen für Kinder/Jugendliche aber oft auch die Motivation durch die Familie, Lehrer etc. die Bewegung und Sport als Maßnahme zur Verbesserung der Gesundheit einsetzen, nicht die subjektiven Vorstellungen dieser Altersgruppe abbilden (Baur & Burmann, 2006).

Gesundheitswirksamen Fitness für alle Altersgruppen:

Entwicklung eines gesundheitswirksamen Niveaus

- der *motorischen Fertigkeiten*,  
d.h. der lokomotorischen (z.B. Laufen), objektbezogenen (z.B. Ball prellen) und posturalen Kontrolle (z.B. Balancieren),
- der *motorischen Fähigkeiten*  
wie Koordination, Kraft, Schnelligkeit und Ausdauer, sowie
- der *kardiorespiratorischen Fitness* (maximale Sauerstoffaufnahme).

(Korsten-Reck et al., 2005; Strong et al., 2005; Titze et al, 2010 nach Ring-Dimtriou 2014 In: Der gesunde Adipöse )

*Belastungsgestaltung:*

Bewegungsprogramm macht Spass (intrinsisch motivierend)

- die Belastungsintensität dem individuellen Belastungsniveau entsprechend variiert wird (40 – 85 % der  $VO_{2peak}$ ),
- die Belastungsdauer intermittierend ( 1 bis 10min Einheiten) vor kontinuierlich (ab 10 min und länger) gewählt wird,
- die Belastungshäufigkeit den individuellen Alltagsmöglichkeiten angepasst wird (z. B. täglich mehrmals kleine Bewegungshäppchen vs. 2-3mal pro Woche längere Einheiten), und
- die wöchentliche Belastungsdosis (Intensität x Dauer x Häufigkeit) physiologisch wirksam an den Trainingszustand angepasst wird.
- In Bezug auf die Herzkreislauf- und Stoffwechselwirksamkeit von Bewegungsprogrammen wird zur Prävention von Übergewicht und Adipositas ein Bewegungsausmaß für zuvor inaktive / untrainierte Personen von einer Stunde täglich für Kinder/Jugendliche sowie 150 min wöchentlich für Erwachsene und ältere Personen empfohlen

(Ring-Dimtriou et al., 2014.In: Der Gesunde Adipöse)

## Intrinsisch motiviert wenn Bewegungsangebote

- In die Lebenswelt der Zielgruppe passt (z.B.: Trendsportarten aufgreifen wie Zumba oder Wakeboarden, traditionelle Bewegungsformen aufgreifen wie z.B. Kulturtänze wie Capoeira u.a.m.),
- das motorischen Niveau, d.h. den zu bewältigenden Schwierigkeitsgrad berücksichtigen
- in den Alltag integriert werden können (z.B. Transportaktivitäten, koordinative Aktivitäten im Haus und Garten, Übungen vor dem PC, TV ...).

(Ring-Dimtriou et al., 2014.In: Der Gesunde Adipöse)

## Prozess der kognitiven Prozesse und daraus abgeleiteter Aktionen

- Absichtsbildung (Kontemplation)
- Bewegungsintention
- Formulieren realistischer Ziele
- Entwickeln von Planungsstrategien
- Einschreiben in einen Sportverein, Eintragen in Terminkalender
- Handlung
- Aufrechterhaltung
- Rückfall- und Krisenintervention

(Vgl.: Transtheoretisches Modell von Prochaska & DiClemente, (1983) sowie Marcus und Forsyth (2003) nach Ring-Dimtriou 2014 In: Der gesunde Adipöse)

# Kategorien der Betreuung

(geringf. verändert nach Wiegand et al., 2005)

	I BMI < 40; >.97%	II BMI < 40; >.97%	III BMI < 40; >.97%	IV BMI < 40; >.97%	V BMI>40; >.97
<b>Zielplanung</b>	realistisch	unrealistisch	unrealistisch	unrealistisch	Realistisch
<b>Leidensdruck</b>	Vorhanden angemessen	Hoch	Hoch od. niedrig	Hoch od. niedrig	Hoch, <b>KEINE BMI</b> sds Änderung nach > 2 Jahren
<b>Veränderungs- motivation</b>	Hoch	vorhanden	gering	resigniert	Resigniert durch <b>Fehlschläge</b>
<b>Famil. u./o. Psy- cho soz. Probleme</b>	Stabil / keine	Eher instabil / vorhanden	Eher instabil / schwierig	Sehr instabil / Sehr schwierig	Stabil /wenig
<b>Med. / psychol. Komorbidität</b>	Keine	Geringfügig	Mittel	Stark Psychisch krank	Gebessert oder in Behandlung
<b>Essstörungsko- morb. / Suchtessen</b>	Vorklinisches Bingen / Normwerte	Klinische BED / Hoch	Klinische BED u/o Bulimie Sehr hoch	Klinische BED u/o Bulimie / Sehr hoch	Keine Bulimie BED gebessert / Sehr hoch
<b>Therapieform</b>	Gruppenth. (amb.; station. Vorbereitung abh. v. BMI)	Einzeltherapie, Motivationsarbeit	Sozialarbeit, Psychotherapie Überwachung Kinderarzt mit „Interdisz. Flying Teams“	Sozialarbeit Psychiatrie Langzeittherapie „Interdisz. Flying Teams“ f. Eltern	Chirurgische Intervention prüfen

**Auftretenswahrscheinlichkeit steigt**

# PATCH

## PARENTAL Agency Targeting Children's Health

Golan, M., Weizman, A. Apter, A. & Fainaru, M. (1998).

Parents as the exclusive agents of change in the treatment of childhood obesity. *Am J Clin Nutr*, 67, 1130-1135;

Golan, M. (2008). *The Patch Program*. O.O.: Mexana Press



Pantomime

Partner 1 will etwas durchsetzen

Partner 2 demonstriert

- MACHT
- STÄRKE

Information über und Skills für

- Adipositas, Ernährung, Essen, Bewegung
- Klaren und bestimmten („authoritative“) Ernährungsstil:  
Vorratshaltung - Zugänglichkeit - Zubereitung - Orte, an denen gegessen wird (Menge bestimmen die Kinder)
- Warme, empathische, erklärende, salutogene, verstärkende, flexible Grundhaltung

**ANDERS KOCHEN, NICHT übers NICHTESSEN sprechen!!!**

## *Wissen / Fähigkeiten / Fertigkeiten*

- Fettreduzierte gesunde Mischkost (er)kennen und essen
- Wissen um / Freude an / Akzeptanz von regelmäßiger Bewegung
- Copingstrategien für unangenehme Emotionen
- Selbstbewusstsein
- Problem- und Konfliktlösefähigkeit / -fertigkeit
- Verhaltensänderung bei Kindern / Jugendlichen

## *Änderung von Kognitionen / Verhalten*

(Michels & Borg-Laufs 2001)

## „Nutrition / Health Skills“

- PURCHASE HEALTHY FOODS, READ FOOD LABELS
- PROVIDE COMPANIONSHIP AT MEAL TIMES
- PREPARE HEALTHY BALANCED FOODS AND MEALS
- EAT SLOWLY
- SELECT APPROPRIATE SERVING SIZES
- EXERCISE REGULARLY
- LIMIT TV

## „Enhance Parenting Skills“

- PERCEIVE THE PROBLEM ALS FAMILIAL
- TAKE RESPONSIBILITY FOR CHANGE
- BECOME LEADERS OF THE HOUSEHOLD
- IMPROVE BASIC GENERAL SKILLS LIKE SETTING LIMITS, RESPONDING TO CHILD'S NEEDS
- IMPROVE COMMUNICATION
- PROVIDE POSITIVE REINFORCEMENTS
- PROMOTE PROBLEM SOLVING SKILLS
- INCREASE PARENTAL SELF CONFIDENCE

„Environmental Change“  Mikrokosmos

- REGULAR MEAL AND SNACK TIME
- INDIVIDUAL PORTIONS
- PROVIDE A VARIETY OF HEALTHY FOODS
- LIMIT EXPOSURE TO UNHEALTHY FOODS
- REDUCE STIMULUS FOR OVEREATING
- PROVIDE ALTERNATIVE LEISURE TIME ACTIVITIES
- CREATE OPPORTUNITY FOR PHYSICAL ACTIVITY
- LIMIT SEDENTARY ACTIVITY

- Einführung / Joining (1) – Adipositas als ‚gute‘ Botschaft und Krankheit in einer obesogenen Umwelt (1) – Körperbild (1) – Selbstbewusstsein (2) - Mikrokosmos für Ernährung / Bewegung (8)
- Motivation (2) – Erlernen und Verlernen von Verhaltensmustern bzgl. Essen und Bewegung mit Hilfe klarer Grenzen UND Empathie (6) - Widerstände gegen Änderung (2) - Vorfall / Rückfall (2)
- Glückliche Trainer / Eltern sind gute TrainerInnen / Eltern

Lerntheorien  
Modelllernen  
Operantes und Klassisches Konditionieren  
Kognitive Verhaltenstherapie  
Problemlösen  
Selbstinstruktion



*Ziele:*

Kenntnisse der Basics der Lerntheorien

Kenntnis von Schulen - übergreifenden Interventionen zur Verhaltensänderung

*Themen:*

Plan- und Verhaltensanalysen

Anwendung Lerntheorien (klassisch, operant konditionieren)

Techniken der Änderung der Kognitionen und des Verhaltens bzgl. Essen und Bewegung

Kognitives Training des Cravings nach und Abhängigkeit von übermäßigem Essen nach dem Suchtmodell

Stadium	Merkmale	TrainerIn Input
Vorbereitung	Änderungspläne, Lernmotivation vorhanden	Pläne z. Lebensstiländ., Ziele, SKILLS, Selbstvertrauen
Aktion	Erfolge erreicht, Glaube an Änderung vorhanden	SKILLS Verstärken! Emotionale Unterstützung, Vor- / Rückfall
Halten d. Erfolgs	Neues Verhalten im Alltag Integriert, Glaube an Dauer	Umgebung einbeziehen, Rückfallsprävention
Abschied???	> 1 Jahr gehalten, vermeidet Rückfälle	Verstärken, Plan für Rückfälle, Nachbetreuung?

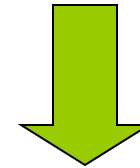
- Wahrgenommene Ähnlichkeit mit Modell
- Affektive Wärme
- Realistische Durchführungsmöglichkeit
- Erwartete Verstärkung bzw. Verstärkung des Modells und des nachgeahmten Verhaltens
- „meisternde Modelle“ für motorische Fertigkeiten
- „bewältigende M.“ für emotionale Probleme  
(Alby & Schmidt-Bucher 2001)
- Nahrungsmittel - Übernahme von Eltern und älteren Kindern, weniger von Peers (Benton, 2004; Adair, 2005)



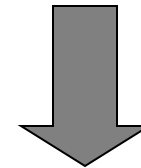
**REIZ**



**REAKTION**



Generalisierung: Essen =  
www.Geborgenheit, Glück, Trost



Verallgemeinerung dysfunktionaler  
Gedanken bezüglich Konsum

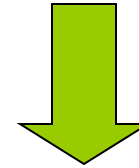
# Klassisches Konditionieren Ungünstige Elternbeziehung?



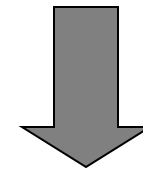
**REIZ**



**REAKTION**



Generalisierung: Essen = [www.Ablehnung](#)  
Aber ev. das einzig Positive der Beziehung



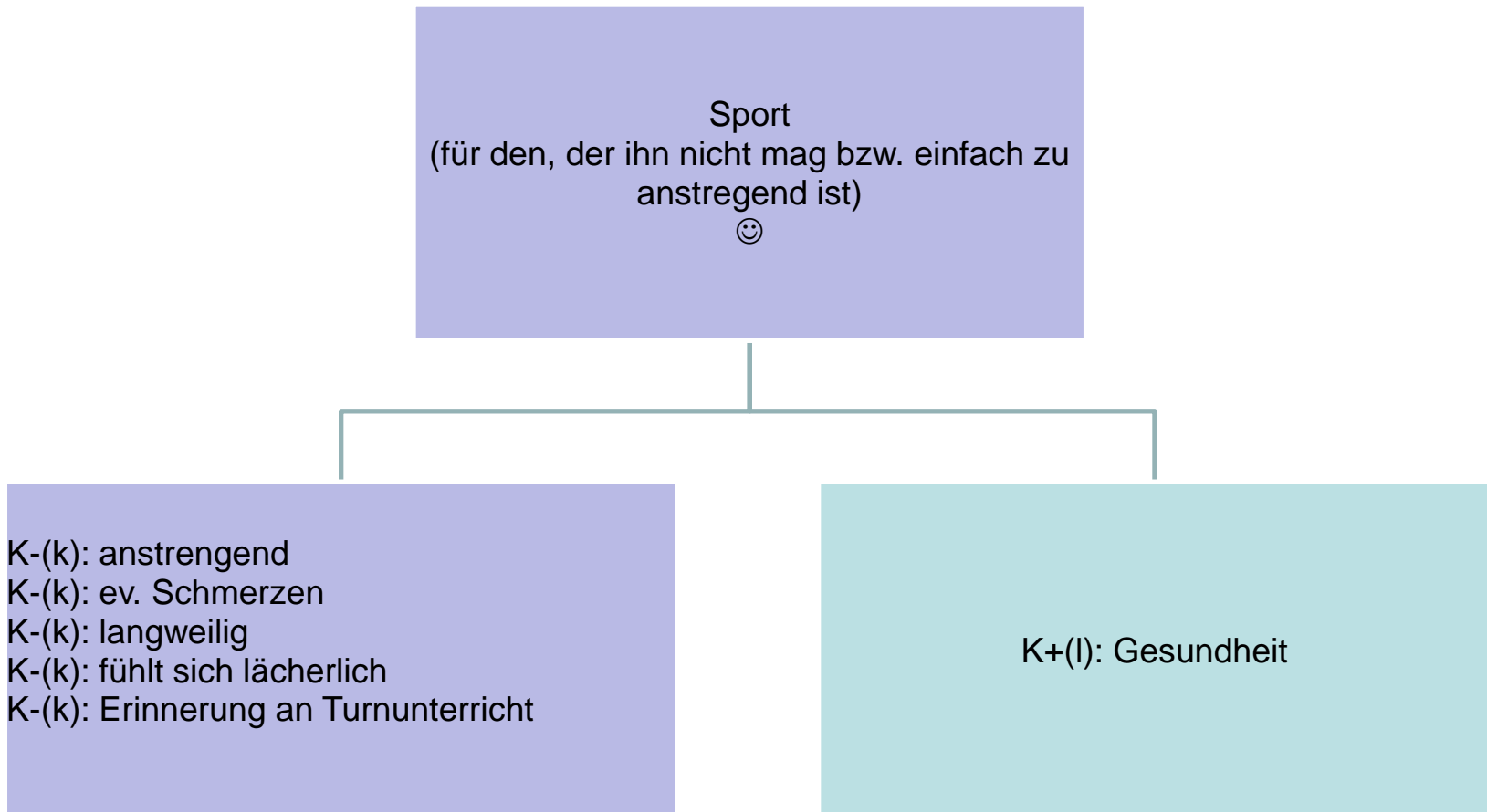
Verallgemeinerung dysfunktionaler  
Gedanken bezüglich Konsum

Unmittelbar folgende Verstärkung ist wirksamer als verzögerte!!!

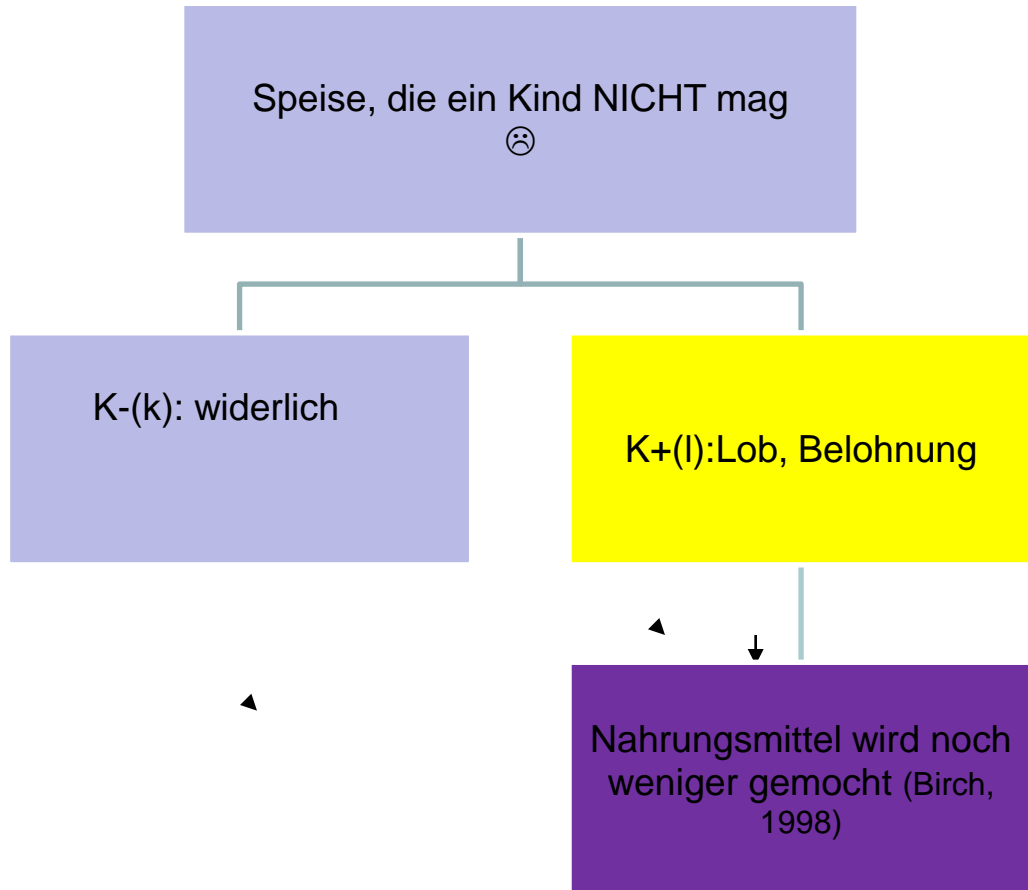
<b>K+</b> Lob, Aufmerksamkeit, Blick etc. folgt der Reaktion	<del><b>K-</b></del> Strafe, Unaufmerksamkeit, Kritik bleibt aus	Verhalten wird häufiger; bei intermittierender Verstärkung wird es habituell
<b>K-</b> Strafe, Kritik, Unaufmerksamkeit etc. folgt der Reaktion	<del><b>K+</b></del> Lob, Aufmerksamkeit Blick etc. bleibt aus	Verhalten wird seltener; bei hoher Konsequenz wird es gelöscht

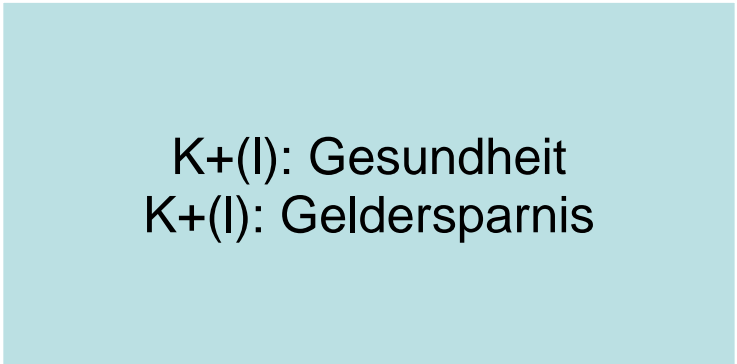
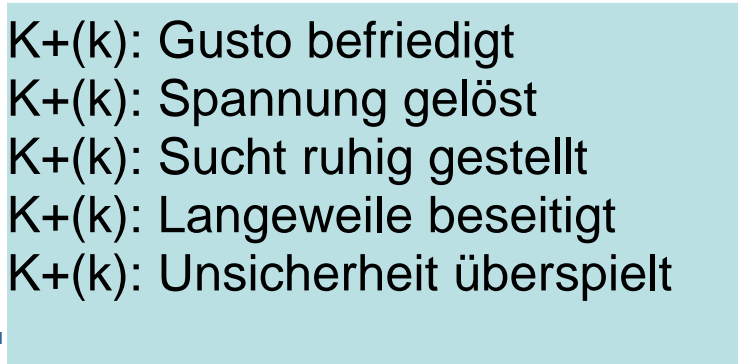
Unmittelbar folgende Verstärkung ist wirksamer als verzögerte!!!

K+	<del>K-</del>	Verhalten wird häufiger; bei intermittierender Verstärkung wird es habituell
K-	<del>K+</del>	Verhalten wird seltener; bei hoher Konsequenz wird es gelöscht









## Verhaltensänderung durch Selbstverstärkung

Situation	Eigene Stimmung	Anwesend	Handlung	Gedanken	Gefühle