

Erfolgreiche Ernährungsberatung zeichnet sich durch das Erlernen und langfristige Beibehalten einer gesundheitsfördernden Ernährungsweise aus. Klienten müssen hierbei ihr Essverhalten, die Lebensmittelauswahl, die Zubereitung und oft darüber hinaus noch andere Bereiche des Lebens (z. B. Bewegungsverhalten in Beruf und Freizeit) verändern. Eine dauerhafte Verbesserung zu erreichen ist eine anspruchsvolle Herausforderung, bei der verschiedene Theorien und Modelle aus der Psychologie helfen können, den Klienten bei seinem Vorhaben zu unterstützen. Einerseits ist es wichtig, Barrieren und Hemmnisse zu erkennen und zu vermeiden, andererseits steht die individuelle Förderung der Ressourcen des Klienten im Mittelpunkt.

Verhaltensmodifikation in der Ernährungsberatung

Ausgewählte Theorien und Modelle aus der Psychologie



Dipl.-Psych.
 Julia Kugler
 Bürenstr.24
 48167 Münster
 E-Mail: julia.kugler@kugler-coaching.de

Verhalten ist gelernt

Die psychologischen Lerntheorien geben hilfreiche Erklärungsansätze, wie Verhaltensmuster entstehen und vor allem, wie sie sich verfestigen [1]. Mit den gleichen Strategien kann man aber auch gezielt Verhaltensänderungen bewirken. Menschen, auch ältere Menschen, sind durchaus in der Lage, neues Verhalten zu lernen.

- Die Psychologie versteht unter Lernen jede lang andauernde Verhaltensänderung, die durch Erfahrung erworben wird.
- Verhalten meint hierbei beobachtbare Veränderungen des Körpers, kognitive und psychophysiologische Prozesse.
- Verhaltensmodifikation versteht sich als ein Prozess des Lernens.

Das „CREDO“ der Verhaltenstherapie

Der Kernsatz der Verhaltenstherapie drückt die direkte Anwendung der Lerngesetze deutlich aus: *„Menschliches Verhalten ist in wesentlichen Aspekten gelernt, kann also auch ver-, um- oder neu gelernt werden!“* [1, S. 88]

¹ Im Experiment wurde der Speichelfluss des Hundes als Reaktion auf das Vorsetzen von Futter gemessen. Jedes Mal, wenn das Futter kam, erklang dabei gleichzeitig eine Glocke. Schließlich reichte der Klang der Glocke aus, um den Speichelfluss beim Hund anzuregen, auch wenn kein Futter vorgesetzt wurde. Diese gelernte Reaktion wurde klassische Konditionierung genannt – klassisch, weil es die erste psychologische Theorie zur Entstehung von Verhaltensweisen war.

Das menschliche Verhalten wird im weitesten Sinne als beobachtbare Äußerungen des Organismus sowie kognitiver (gedanklicher) und emotionaler Aspekte verstanden (◆ Tabelle 1).

Verschiedene Lernmodelle

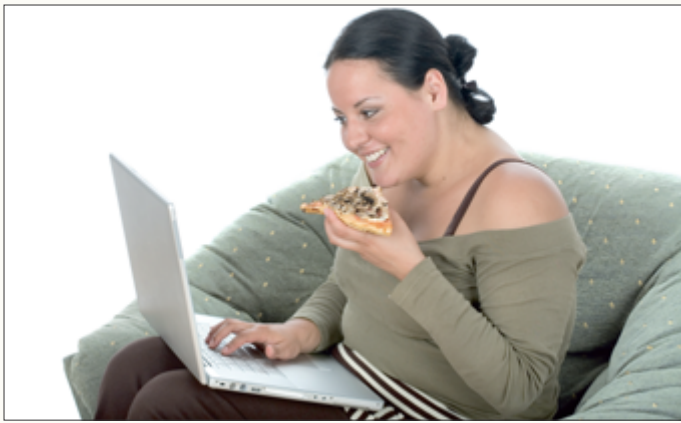
Klassisches Konditionieren

Mit Hilfe des klassischen Konditionierens [1] kann erklärt werden, wie Gefühle mit bestimmten Situationen in Verbindung gebracht werden. Die Theorie geht auf die berühmten Versuchsreihen von I. P. PAWLOW zurück, der das Prinzip des Konditionierens 1889 bei seinen Experimenten an Hunden entdeckte, als er Versuche zur Speichelsekretion durchführte.¹

Das klassische Konditionieren beruht auf dem gemeinsamen Wahrnehmen (Kopplung) eines „unbedingten“ und biologisch

Ausprägungsmöglichkeiten		
Körper	Kognitionen	Emotionen
<ul style="list-style-type: none"> ■ Bewegungen/ Handlungen ■ Organfunktionen: z. B. Herzschlag, Atmung ■ Sekretion: z. B. Schweißausbruch, Verdauungssäfte ■ u. a. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gedanken ■ Erkenntnisse ■ Erinnerungen ■ u. a. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ärger ■ Freude ■ Angst ■ Scham ■ u. a.

Tab. 1: Verhalten als Reaktion auf Reize



In der Ernährungsberatung muss gewohntes Verhalten analysiert und neu gelernt werden

bedeutsamen Reizes (Futter) mit einem „neutralen“ Reiz (Glocke). Nach wiederholtem Auftreten kann der neutrale zum „bedingten“ (konditionierten) Reiz werden und die gleiche Reaktion auslösen wie zuvor der unbedingte Reiz. (z. B. Speichelfluss, ◆Abbildung 1).

Die Theorie des klassischen Konditionierens kann zum Teil erklären, wie Abneigungen und Unwohlsein mit Auslösern in Verbindung gebracht werden, die für Außenstehende auf den ersten Blick nicht nachvollziehbar sind. Beispielsweise reicht die bloße Erwähnung eines Gerichts, nach dessen Verzehr sich in der Vergangenheit einmal eine heftige Übelkeit (z. B. aufgrund einer Magen-Darm-Grippe) eingestellt hat, aus, um ein flaes Gefühl im Magen zu erzeugen (siehe Fallbeispiel). Aber auch positive Gefühle von Trost, Geborgenheit und Wärme können konditioniert werden. Dies ist bei der Verbindung von Genussmitteln besonders relevant. So verbinden sich z. B. der Zimt- und Glühweingeruch mit den angenehmen Gefühlen, die man an Weihnachten erfahren hat.

Fallbeispiel:

Der amerikanische Psychologe Martin E. P. SELIGMAN beschreibt seine Erfahrungen folgendermaßen [2]: „... Sauce Béarnaise war lange Zeit meine Lieblingssauce. Jetzt finde ich sie ekelhaft. Dazu kam es vor mehreren Jahren... Nachdem ich Filet Mignon mit Sauce Béarnaise gegessen hatte, wurde ich ernsthaft krank und musste mich während der folgenden Nacht dauernd übergeben. Als man mir das nächste

Mal Sauce Béarnaise vorsetzte, war mir der Geschmack unerträglich. Seinerzeit konnte ich mir diese Veränderung nicht recht erklären, obwohl sie einem klassischen Konditionierungsparadigma zu folgen schien: Konditionierter Reiz (Sauce) gepaart mit unkonditioniertem Reiz (Krankheit) und unkonditionierter Reaktion (Erbrechen) führt zu konditionierter Reaktion (Übelkeit erregender Geschmack). Obwohl ich erfuhr, dass die Ursache meiner Übelkeit eine Grippe war und meine Tischgenossen die Mahlzeit unbeschadet überstanden hatten..., konnte ich meiner Aversion nicht Herr werden.“

Die Werbung analysiert und nutzt diese Kopplung von Reizen und Gefühlen, um die Verbraucher damit auf geeignete Weise zu beeinflussen. Der TV-Werbespot einer im Handel erhältlichen Jogurtschokolade z. B. vermittelt durch seine Bilder und die

musikalische Untermalung den Eindruck von Attraktivität, Sportlichkeit und Wohlbefinden. Ziel dieses Spots ist es, dass allein der Name der Schokolade Gefühle und Bilder im Kopf von potenziellen Käuferinnen auslöst, die dazu führen, das Produkt mit gutem Gewissen zu kaufen.

Das Verständnis von Auslösereizen ist daher für die Arbeit in der Ernährungsberatung sehr wichtig. Dazu müssen folgende Fragen geklärt werden:

- Auf welche Auslösereize reagiert der Klient mit essen?
- Welche Gefühle verbindet der Klient mit Speisen in bestimmten Situationen?

Hierbei hilft die Analyse des Ernährungsprotokolls und die Besprechung konkreter Esssituationen.

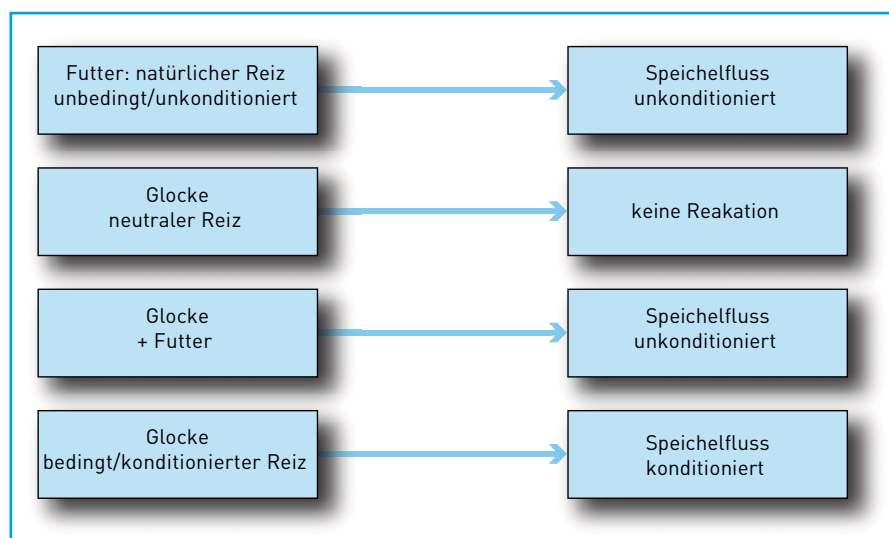


Abb. 1: Das Prinzip des klassischen Konditionierens nach Pawlow

Glossar:

Kontingenz =
Zusammen-
gehörigkeit
(von Ereignis-
sen), Überein-
stimmung

Fallbeispiel:

Eine Klientin gibt an, abends zu Hause eine ganze Tüte Chips gegessen zu haben.

In der Beratung können dazu folgende Fragen bearbeitet werden:

Beschreibung der Situation:

„Was war los?“ – „Wie ist es dazu gekommen?“

„Was ist vorher abgelaufen?“ – „Wer war beteiligt?“

Beschreibung und Interpretation der Gefühle:

„Wie haben Sie sich dabei und danach gefühlt?“

„Welche Gedanken hatten Sie?“

Bei näherer Betrachtung kommt bei dieser Klientin heraus, dass sie nach einem stressreichen Tag abends müde, abgespannt und voller ungeklärter negativer Emotionen war. Das Essen der Chips bringt für sie eine Entlastung und Ablenkung. Die Situation verbunden mit den Gefühlen wird zu einem Auslösereiz für bestimmtes Essverhalten.

In der Ernährungsberatung kann es sehr hilfreich sein, Handlungen, die automatisiert ablaufen, zu hinterfragen und bewusst werden zu lassen. Erst dann kann der Klient sein Verhalten modifizieren. Verhaltensweisen können z. B. durch Löschung (mehrmalige Präsentation des bedingten Reizes ohne den unbedingten Reiz) auch neu oder umgelernt werden.

Natürlich reicht dieses einfache Reiz-Reaktionsschema nicht aus, um komplexe Verhaltensmuster zu erklären – dafür werden weitere Lerntheorien benötigt.

Operantes Konditionieren

Beim zweiten Hauptbereich des Konditionierens, dem operanten Konditionieren, spricht man auch vom Lernen am Erfolg oder vom Lernen aus Konsequenzen [1]. Hierbei wird das Verhalten in Abhängigkeit der resultierenden Konsequenzen betrachtet. Jedem Verhalten folgen positive oder negative Situationen und Reaktionen, die für eine weitere Auftrittswahrscheinlichkeit eine wesentliche Rolle spielen. Diese Theorie aus dem

Jahr 1953 ist sehr stark mit den Begriffen Belohnung und Bestrafung verbunden und geht auf die Versuchsanordnungen von B. F. SKINNER und seiner „Skinner-Box“ zurück.

SKINNERS Forschungsinhalte waren die Vorhersagbarkeit und Kontrollierbarkeit von Verhalten. Durch die Analyse der Auslösereize, des beobachtbaren Verhaltens und der Verstärkung wollte er festlegen können, wie Verhalten erworben, beibehalten, geändert oder aufgegeben werden kann. Eine typische Versuchsanordnung zeigt der Tierversuch mit einer Ratte in einer „Skinner-Box“ (◆Abbildung 2): Eine Ratte sitzt in einem Käfig, an dessen Ende sich eine Taste befindet. Erst wird sich die Ratte im Käfig orientieren und dabei zufällig an den Hebel stoßen. Als Konsequenz fällt Futter in den Futterbehälter. Jedes weitere Berühren des Hebels führt zu einer Belohnung mit Futter. Später kann der Ratte nicht nur ein Berühren der Taste, sondern ein festes Herunterdrücken mit der Pfote antrainiert werden.

Die operante Konditionierung bedeutet, zu lernen, dass bestimmte Ereignisse miteinander in Beziehung stehen. Eine Bewertung der einer Handlung folgenden Konsequenz führt zur erhöhten oder erniedrigten Auftrittswahrscheinlichkeit der Handlung (◆Abbildung 3).

Die Konsequenzen muss das Individuum als kontingent (zusammengehörig) zum Verhalten ansehen. Die Kontingenz hängt sowohl von der zeitlichen und räumlichen Kopplung (hier zu 1.: derselbe Abend) ab als auch davon, ob ein Mensch die Ereignisse als zusammengehörig interpretiert (hier zu 1.: Das Lob beziehe ich wirklich auf meine Kochkunst und interpretiere es nicht als „höfliches Gerede“).

Bei den Verstärkern ist folgende Einteilung möglich:

- **Materielle Verstärker:** Geld, Gegenstände/Werbegeschenke, Süßigkeiten etc.
- **Soziale Verstärker:** Zeichen der Wertschätzung, Aufmerksamkeit, Lob etc.
- **Aktivitätsverstärker:** Musicalbesuch, Kino, Freizeitpark, Reisen, Sport etc.

Beim Aufbau neuer Verhaltensweisen hilft v. a. die Methode der positiven Verstärkung. Für die Wirksamkeit der Verstärkung ist es notwendig, zwei Faktoren zu beachten:

Faktor 1: Das Erkennen der Kontingenz von Verhalten und Verstärker (Bsp1. siehe oben: Das Lob für das gelungene Menü)

Faktor 2: Die subjektive Bewertung des Verstärkers von der Person (Bsp. „Das Lob von anderen Personen ist mir sehr wichtig.“)

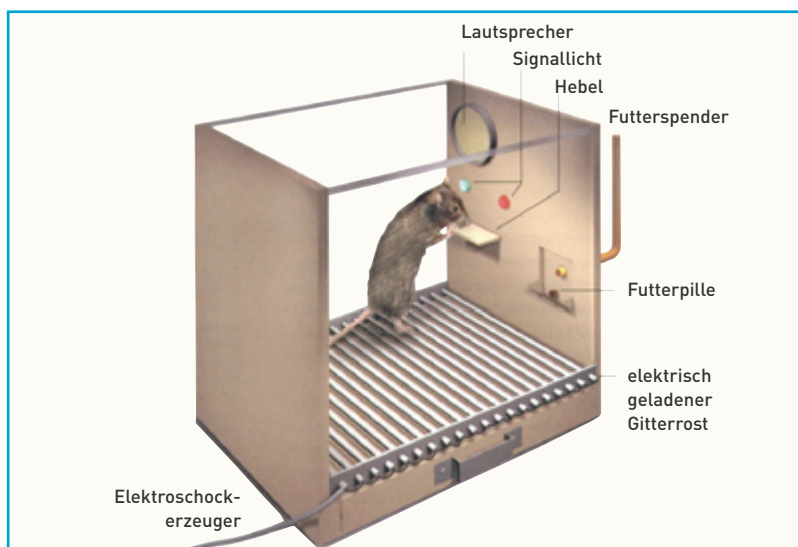


Abb. 2: Die „Skinner-Box“

	Situation	Konsequenz der Handlung	Ergebnis
1.	Neutral	Lob/Belohnung (positiver Verstärker)	Das Verhalten wird wiederholt.
2.	Unangenehm	Beendigung der negativen Situation (negativer Verstärker)	Das Verhalten wird wiederholt.
3.	Neutral	Strafe/Kritik (direkte Bestrafung)	Das Verhalten wird nicht wiederholt.
4.	Angenehm	Beendigung der angenehmen Situation (indirekte Bestrafung)	Das Verhalten wird nicht wiederholt.

zu 1.: Mit einem klassischen Menü habe ich bei einer wichtigen Einladung als Gastgeberin viel Erfolg und die Gäste loben mich noch am selben Abend. Dieses Menü werde ich noch einmal zubereiten.

zu 2.: Als adipöse 14-jährige simuliere ich starke Kopfschmerzen beim Schwimunterricht. Ich darf daraufhin das Becken verlassen und werde ab jetzt häufiger Kopfschmerzen bekommen.

zu 3.: Als 10-jähriges Kind backe ich alleine Kuchen und die Küche ist hinterher sehr unordentlich. Meine Mutter schimpft mich schrecklich aus – so schnell werde ich keinen Kuchen mehr backen.

zu 4.: In meiner Sportgruppe darf ich mir am Ende immer eine Übung wünschen. Weil ich in der Stunde gestört habe, wird mir dieses Privileg entzogen. In der nächsten Stunde werde ich nicht wieder stören.

Abb. 3: Operantes Konditionieren: Lernen von Konsequenzen

Zu bedenken ist, dass Verstärker individuell wirken. Was bei dem Einzelnen als positiv oder negativ empfunden wird, hängt von der Persönlichkeit und der individuellen Lerngeschichte ab. Für den Einen stellt eine Konsequenz eine positive Verstärkung dar, für den Anderen ist die gleiche Konsequenz eher eine Strafe und Last. Die folgenden Fallbeispiele zeigen, dass die gleiche Situation für den einzelnen Klienten eine völlig unterschiedliche Erfahrung sein kann.

Fallbeispiele:

Aufstufung von Blutzuckerwerten, Blutdruck etc.

■ Herr H. ist ein Zahlenmensch. Er liebt es Tabellen zu führen, Laborwerte sorgfältig einzutragen und die Veränderung zu beobachten. Voller Stolz zeigt er seine Protokolle. Bei ihm wirkt das Führen des Protokolls, genauso wie die Aufarbeitung im Gespräch, als positiver Verstärker.

■ Herr L. verspürt beim Aufschreiben ein lästiges Pflichtgefühl und er vergisst häufiger das Eintragen. Die ausführliche Besprechung der Werte in der Beratung empfindet er als ein ausdrückliches Hinweisen auf seine „schlampige“ Arbeitsweise, er fühlt sich vorgeführt und bestraft.

Applaus von der Gruppe bei erfolgreicher Gewichtsabnahme

■ Frau S. liebt es im Mittelpunkt zu stehen und redet sehr gern über sich selbst. Wie viele dabei zuhören ist ihr nicht wichtig. Sie genießt den Applaus und fühlt sich positiv verstärkt.

■ Frau M. mag es überhaupt nicht im Fokus der Aufmerksamkeit zu stehen. Als alle Gruppenteilnehmer sie anschauen und applaudieren, möchte sie am liebsten in ein Mausloch verschwinden. Frau M. überlegt, ob sie das nächste Mal wiederkommen soll.

Mit Hilfe der positiven Verstärkung kann die Ernährungsberatungsfachkraft bei der Verhaltensmodifikation viel erreichen, wenn sie die Darbietung individuell auf den Klienten abstimmt und die Häufigkeit beachtet (◆ Abbildung 4). Bei einem Kontingenzmanagement kann sie systematisch positive Stimuli darbieten bzw. aversive Stimuli entfernen. Hierdurch zeigt sich noch einmal das Prinzip „Veränderung von Verhalten durch Veränderung von Konsequenzen“.

■ Bei der Ausformung von neuen Verhaltensweisen sollte kontinuierlich verstärkt werden.

Ist das Ziel die Stabilisierung von Verhaltensweisen, sollte auf intermittierende (mit Unterbrechungen) Verstärkung umgestellt werden [1].

■ Der/die ErnährungsberaterIn bietet Hilfe zum Finden und Entdecken der Vielzahl möglicher Verstärker an. Ob der Verstärker tatsächlich hilfreich und positiv wirkt, kann nur der Klient selbst entscheiden.

Wenn ein adipöser Klient aktiv sein Gewicht reduzieren möchte, hängt sein Engagement auch von seiner subjektiven Einstellung dazu ab, wie es zu dem Übergewicht gekommen ist, d. h. von seiner Art der Attribution.

Verstärker:

- Vorher-/Nachher-Bilder anfertigen.
- Ein „Demonstrationskleidungsstück“ aufheben: z. B. die Hose in Größe 52.
- Ergebnisse visualisieren: Gewichtsverlaufskurven, verlorenes Gewicht in Mineralwasserflaschen.
- Positive Gefühle/Erlebnisse dokumentieren: Tagebuch führen.
- Belohnungen vereinbaren: Was wäre eine schöne Belohnung für Sie? (z. B. Wellness, neue Sportkleidung)
- Positive Ergebnisse der Therapie/Beratung besonders verdeutlichen (besonders darauf hinweisen, vom Klienten schildern lassen).
- Laborwerte besprechen: Erfolge hervorheben.
- Lob durch die Gruppe ermöglichen.
- Zu Beginn der Stunde ein Blitzlicht: Was lief gut/erfolgreich? Was war eher schwierig?
- Bei Festen +/-0 Gewichtszunahme ist ein Erfolg: Erfolgskriterien relativieren.
- Neue Erfahrungen machen.
- Sinnesschulungen/Kostproben durchführen.
- Speisen selbst zubereiten.
- Rezeptvorschläge geben.

Abb. 4: Verstärker in der Ernährungsberatung (Bsp. Gewichtsreduktion)

Attribution

Unter Attribution versteht man die Zuschreibung von Gründen und Ursachen zu bestimmten Ereignissen. Diese Zuschreibungen müssen nicht der Realität entsprechen. Die Attributionstheorie spielt eine wichtige Rolle dafür, wie sich ein Mensch die Entstehung und Aufrechterhaltung einer gesundheitlichen Störung erklärt [3]. Gerade wenn es sich um persönlich bedeutsame Ereignisse handelt, stellen sich Menschen folgende Fragen:

- Warum ist dies so?
- Wer ist dafür verantwortlich?

Wie diese Fragen verarbeitet werden, hängt von dem Attributionsstil der Person ab. Hierbei unterscheidet man jeweils zwei Möglichkeiten der Lokalisation der Ursachenzuschreibung [4] (◆Tabelle 2):

Menschen mit einem *stabilen externen Attributionsstil* sehen die Gründe und Ursachen immer in äußeren Faktoren und wenig in ihrem eigenen Handeln. So kann ein adipöser Klient mit einem stabilen externen Attributionsstil die Ursache seines Übergewichts in den Personen sehen, die sein Essen zubereiten. Die eigene Verantwortung und Handlungsmöglichkeit wird (scheinbar) nicht wahrgenommen und entsprechend schwer ist es, diesen Klienten dauerhaft zu einer Verhaltensänderung zu bewegen.

interner Attributionsstil	Ursachen werden in der eigenen Person und der eigenen Handlungsweise gesehen. „Ich bin verantwortlich.“
externer Attributionsstil	Ursachen werden außerhalb der eigenen Person und Handlungsweise gewertet. „Die Umstände sind verantwortlich.“
stabiler Attributionsstil	Die Ursachen sind von Dauer. „Ich war schon immer so ...“
variabler Attributionsstil	Die Ursachen sind nur zurzeit aktuell. „Ich bin nur jetzt so ...“

Tab. 2: Attributionsstile

Beispiel: Ein Klient hat während des letzten Beratungsintervalls zwei Kilogramm zugenommen. Die Gewichtszunahme kann von ihm so begründet werden:

	Lokalisation	
Stabilität	intern	extern
stabil	„Ich schaffe es einfach nicht den Plan einzuhalten. Ich bin nun einmal so unbeherrscht.“	„Meine Frau kocht immer so fettreich und üppig, da kann ich nichts gegen machen.“
variabel	„Ich hatte in den letzten vierzehn Tagen so viel Stress, dass ich es nicht geschafft habe.“	„In der Firmenkantine hatten wir italienische Wochen, da musste ich mitmachen.“

Abb. 5: Vierfelderschema der Attribution

Bei einem *internen Attributionsstil* führen Menschen Ereignisse auf ihre eigene Handlungsweise zurück. Dies kann bei negativen Erlebnissen, wie z. B. der Misserfolg bei einer Prüfung, in einem übersteigerten Schuldgefühl und destruktiven Selbstvorwürfen enden, was die Beratung ebenfalls erschwert (◆Abbildung 5).

Bei der Attribution handelt es sich nicht um objektive Sachverhaltsbeschreibungen, sondern um die subjektive Vermutung des Klienten. Diese beeinflusst seine Akzeptanz und Mitarbeit in der Beratung. Da es den „richtigen“ Attributionsstil nicht gibt, sollte die Beratungsfachkraft die Verantwortung und Beteiligung des Klienten sorgfältig analysieren:

- Welche Erfahrungen hat der Klient gemacht?
- Welche Ursachenschemata hat er im Kopf?

Auf diese Weise können Einstellungen und Verhaltensweisen hinterfragt werden, d. h. es kann ermittelt werden, welche Gründe es für ein bestimmtes Verhalten geben könnte. Anschließend werden Lösungsalternativen entwickelt, was der Klient konkret tun kann bzw. was er sich zutraut.

Die Beratung sollte dazu beitragen, dass

- einerseits Klienten nach der Ursache ihrer Probleme forschen,
- andererseits Klienten ihre Störung nicht als unbeeinflussbar sehen [5].

Phasen der Beratung: Motivation und Volition

Eine erfolgreiche Verhaltensänderung ist nicht nur wie beschrieben von den Konsequenzen (Konditionierung) und Einstellungen (Attribution) abhängig, denn Menschen denken über ihr Verhalten und ihre Möglichkeiten nach. Die Motivation, die Einschätzung der eigenen Kompetenzen und das soziale Umfeld spielen dabei wichtige Rollen. Diese Einflussfaktoren finden sich im „Prozessmodell gesundheitlichen Handelns“ (Health Action Process Approach – HAPA, 1992) von Schwarzer [3], welches beschreibt, wie Gesundheitsverhalten veranlasst und aufrechterhalten wird (◆Abbildung 6). Für die Ernährungsberatung finden sich in diesem Modell viele Aspekte, mit denen man – gemeinsam mit dem Klient – Strategien und Hilfen für einen nachhaltigen Aufbau des gewünschten Gesundheitsverhaltens entwickeln kann.

In der Regel sind Menschen der Veränderung gegenüber abgeneigt. Je länger sich Gewohnheiten eingespielt haben, desto selbstverständlicher werden sie und desto größer ist der Widerstand, sie aufzugeben.

Der Motivationsforscher Heinz HECKHAUSEN [4] hat in seinem Modell der Handlungsphasen zwischen Motivation und Volition unterschieden, da es nicht ausreicht, dauerhafte Verhaltensänderungen nur mit einer Inten-

tionsbildung umzusetzen. Gute Vorsätze und die Absicht, etwas zu machen genügen nicht, um den gesamten Veränderungsprozess durchzuhalten. Er beschreibt motivationale Prozesse als die Zeitspanne bis zur Bildung einer Intention. Danach befindet sich das Individuum in der Volitionsphase, in der die Absicht in die Handlung umgesetzt wird und die willentliche Verhaltensteuerung stattfindet.

Motivationale Phase: Ein Wunsch und Vorhaben wird gebildet: „Ich sollte wirklich abnehmen.“

Volitionale Phase: Eine Absicht wird in die Handlung umgesetzt mit einem festen Willen: „Ja, ich will abnehmen.“

Forschungen haben gezeigt, dass bei Verhaltensänderungen eine Unterstützung bei der Absichtsbildung allein nicht ausreicht, sondern volitionale Variablen, wie Handlungskontrolle oder Planung, eine bedeutende Funktion haben. Auch das HAPA unterscheidet zwischen Motivation und Volition (◆Abbildung 6).

Der motivationale Prozess – Intentionsbildung

Damit sich eine Absicht entwickeln kann, wird ein Mensch zunächst sein eigenes (Gesundheits-)Risiko wahrnehmen; hierzu zählen Erlebnisse, die die eigene Verwundbarkeit aufzeigen. Dies können z. B. starke Schmerzen oder das Erspüren der Leistungsgrenze sein. Die Diagnose des Arztes und Untersuchungsergebnisse belegen die eigenen Empfindungen: „Ich bemerke das Risiko – ich bin infarktgefährdet.“ Danach wird sich die Person mit den positiven sowie negativen Konsequenzen seiner Handlungsmöglichkeiten beschäftigen (Was bringt mir das?). Sie wägt ab in Form einer „Wenn-dann-Formulierung“, z. B. (positive Konsequenz-erwartung) „Wenn ich mich fettarm ernähre, dann senke ich mein Infarktisiko“ oder (negative Konsequenz-erwartung) „Wenn ich mich fettarm ernähre, dann muss ich

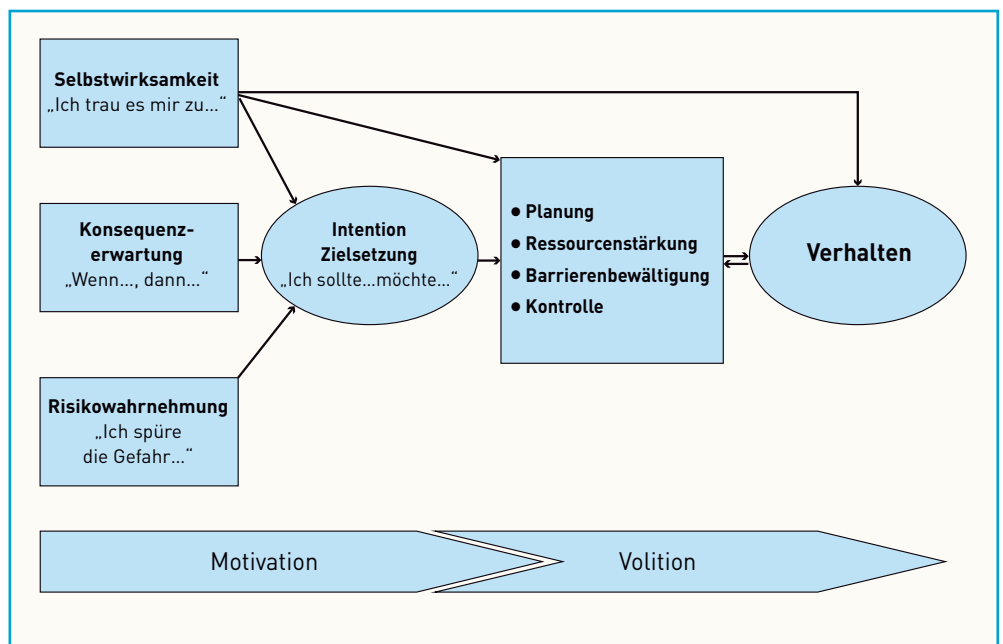


Abb. 6: Das Prozessmodell gesunden Handelns (Health Action Process Approach, HAPA), vereinfacht nach [5]

auf meine Lieblingspeisen verzichten.“ Welche individuelle Bewertung die Person jetzt vornimmt, hängt von ihrer Situation ab: Die Entscheidung fällt für die subjektiv günstigere Variante.

Aber auch wenn der Betreffende nun davon überzeugt ist, dass er etwas tun kann, heißt das noch lange nicht, dass er sich das auch zutraut. Zusätzlich wird er also seine Selbstwirksamkeit abfragen. Bsp.: „Ich bin mir sicher, mich fettarm zu ernähren, auch wenn ich auf Reisen bin.“

Personen, die eine hohe Selbstwirksamkeit [3] besitzen,

- setzen sich höhere Ziele,
- zeigen mehr Initiative,
- strengen sich mehr an und
- erholen sich schneller von Misserfolgen.

Die Selbstwirksamkeit kann durch folgende Einflussgrößen in der Beratung gefördert werden:

1. Erfolgreiche Ausführung einer Handlung: Erfolgreiche Veränderung der Ernährungsweise für eine gewisse Zeit.
2. Stellvertretende Erfahrung: Berichte von Personen, die es schon geschafft haben.

3. Symbolische Erfahrung:

Verbale Überzeugung durch andere: „Ich bin davon überzeugt, Sie schaffen es!“

4. Emotionale Erregung:

Schlechte Stimmungen bei der Durchführung der Verhaltensänderung vermeiden und ggf. durch z. B. Entspannungstechniken bearbeiten.

Die Selbstwirksamkeit ist nicht nur in der motivationalen Phase, sondern im gesamten Prozess von Bedeutung, auch über die Absichtsbildung hinaus. Am stärksten wird sie durch erfolgreiche Ausführung von neuen Verhaltensweisen gefördert. Jede vorteilhafte Erfahrung verfestigt den Glauben an die eigene Kompetenz und steigert damit die Zuversicht für die nächste Handlungsausführung – ein hilfreicher Kreislauf entsteht [3].

Hat sich in der motivationalen Phase eine Intention gebildet, werden Ziele formuliert. Damit diese Ziele auch umgesetzt werden und es nicht nur beim guten Vorsatz bleibt, bedarf es der konkreten Handlungsplanung und -kontrolle. Dies findet in der volitionalen Phase statt.

Glossar:

Selbstwirksamkeit = Einschätzung der eigenen Kompetenz einer Person, ein Verhalten auch in schwierigen Situationen ausführen zu können [5].

**Der volitionale Prozess:
Planung, Realisierung und
Aufrechterhaltung gesundheits-
bezogenen Handelns**

Zunächst einmal müssen die gewünschten Veränderungen und Handlungen im Einzelnen geplant und konkretisiert werden: was, wann, wo, wie. Zum Beispiel bei der direkten Planung der Umstellung auf eine fettarme Ernährung des Klienten: Information, Vorkommen der Fette, Festlegen der Fettmenge, Lebensmittel, Zubereitungsformen, Einkaufshilfen, Alternativen etc. Dazu werden Dokumentationsmöglichkeiten (z. B. Protokoll) für die Erfolgskontrolle erarbeitet. Im Anschluss findet die Umsetzung statt.

Konkrete Handlungen, wie ein Ziel erreicht werden kann, werden so aufgestellt. Hierbei ist auch die Überprüfbarkeit für den Klienten wichtig. Er kann selbst einen Soll-Ist-Vergleich anstellen, um auch noch einmal die Eigenverantwortlichkeit seines Handelns zu betonen. Schon in dieser Phase sollten die Ressourcen, aber auch die Barrieren, mit einbezogen werden (◆Tabelle 3). Zu den Ressourcen zählen die Kräfte, die der Klient zu seiner Unterstützung mobilisieren kann. Die frühzeitige Beschäftigung mit der Vermeidung von Barrieren kann manche Enttäuschung ersparen.

Insgesamt ist für die volitionale Phase wichtig, dass

- konstruktiv geplant wird,

Motivationsphase	Volitionsphase
■ Risikokommunikation: Vermittlung von angemessener Risikoeinschätzung	■ Zielstrukturierung
■ Ressourcenkommunikation: Vermittlung von Handlungsergebniserwartungen	■ Prioritäten setzen
	■ Informationen zur Handlungs- ausführung
	■ Selbstkontrolle

Die Stärkung der Selbstwirksamkeit ist im gesamten Prozess von Bedeutung.

Abb. 7: Beispiele für phasenbezogene Unterstützung des Klienten

- erreichbare Unterziele gesetzt werden,
- Ressourcen individuell aktiviert werden,
- Bewältigungsoptionen vorhanden sind,
- Rückfallprophylaxe betrieben wird [3].

Die konkrete Anwendung des „Prozessmodells gesundheitlichen Handelns“ in Beratung und Therapie ermöglicht eine phasenbezogene Unterstützung und Förderung des Klienten (◆Abbildung 7). Zum Beispiel kann die Risikokommunikation zur Verhaltensänderung motivieren, eine detaillierte Zielstrukturierung setzt hingegen voraus, dass sich der Klient bereits in der Volitionsphase befindet.

**Ziele setzen:
Die „SMARTER“-Ziele-Formel**

Wie schon im Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (HAPA) angeführt, ist die Arbeit mit konkreten

Zielen bei der Verhaltensmodifikation unerlässlich. Bei der Erarbeitung von Zielen hat sich das Schema „SMARTER“ Ziele nach SEIWERT [6] bewährt (◆Abbildung 8).

Fallbeispiel:

Ein Klient trinkt nur einen Becher Kaffee im Büro und zu Hause nur Cola- und Limogetränke (1 Liter). In der Beratung hat er zunächst den Wunsch „Ich will weniger Softdrinks trinken“ geäußert. Hieraus wurde in der Beratung eine konkrete Zielformulierung konzipiert:

- S** Ich möchte meinen Getränkekonsum mit kalorienarmen, gesunden Alternativen auf 1,5-2 Liter am Tag erhöhen.
- M** Ich werde Protokoll führen.
- A** Ich entdecke Getränkealternativen und probiere etwas Neues, z. B.
 - Teesorten,
 - verschiedene Mineralwässer,
 - Fruchtschorlen,
 - Erlaubnis von 1–2 Softdrinks (0,5 Literflaschen) pro Woche.
- R** Aufgrund der Alternativen ist das Ziel attraktiv und erreichbar. Es gibt kein vollkommenes Verbot.
- T** Bis zum nächsten Beratungstermin.
- E** Ich Sorge für leichte Umsetzungsmöglichkeiten, z. B.:
 - Wasserkocher im Büro,
 - Erinnerungshilfen,
 - leichte Verfügbarkeit etc.

Diese Zielformulierung sollte mit dem Ratsuchenden zusammen erarbeitet und schriftlich festgehalten werden. Das Schriftliche erhöht die Verbindlichkeit und ermöglicht eine genauere Erfolgskontrolle. Des Weiteren erleichtert es die Anpassung, wenn das Ziel umformuliert werden sollte.

Ressourcen	Barrieren
■ Empfinden von Erfolg: Symptomverminderung, Wohlbefinden	■ „innerer Schweinehund“
■ Belohnungsanreize: Sich etwas Gutes tun	■ Zeitmangel
■ soziale Unterstützung: Familie/Freunde, Selbsthilfegruppen	■ Ablenkung
■ Kenntnisse über Zusammenhänge	■ Versuchungen: Feiern/Urlaub
■ Erleben der Handlungsfähigkeit	■ Umsetzung im Beruf
■ Stimuluskontrolle, z. B. nicht hungrig einkaufen	■ Konflikte
■ Verhaltensalternativen/Wahlmöglichkeiten	■ Rückfälle / Misserfolg
■ Strategien für den Umgang mit Barrieren	■ Unwohlsein
■ ...	■ auftretende Schwierigkeiten
	■ ...

Tab. 3: Beispiele für Ressourcen und Barrieren

Spezifisch	Ziele sollten konkret, genau und eindeutig sein. Frageform: „Woran merken Sie, dass Sie Ihr Ziel erreicht haben?“
Messbar	Ziel- und Erreichungsgrad sollten überprüfbar sein. Frageform: „Wie kontrollieren/prüfen Sie dies?“
Aktionsorientiert	Ansatzpunkte für positive Veränderungen, statt Anweisungen, was nicht getan wird Frageform: „Was wollen Sie stattdessen? Was genau wollen Sie erreichen?“
Realistisch	Ziel nicht zu hoch ansetzen, es sollte erreichbar sein. Frageform: „Ist das Ziel für Sie realistisch?“
Terminierbar	Der zeitliche Endpunkt sollte festgelegt werden. Frageform: „Wann wollen Sie Ihr Ziel erreicht haben?“
Eigenständig erreichbar	Ziele, die nicht eigenständig erreichbar sind, verpflichten nicht, machen nicht persönlich verantwortlich. Frageform: „Was müssen Sie tun, um das Ziel zu erreichen? Können Sie dieses Ziel aus eigener Kraft erreichen?“

Abb. 8: „SMARTER“-Ziele-Formel

Rückfälle vermeiden: Das Rückfallmodell von MARLATT

Die Gesundheitsforschung versteht unter einem Rückfall die Rückkehr zum ungesunden Risikoverhalten. Das neue Gesundheitsverhalten – z. B. eine fettarme Ernährung, nicht zu rauchen oder sich viel zu bewegen – kann nicht beibehalten werden. Das hier dargestellte Modell von Alan G. MARLATT geht auf Untersuchungen mit Alkoholabhängigen von 1996 [in 3, 5] zurück. Bei der Prävention von Rückfällen geht es darum, wie Menschen, die langfristig ihr gewohntes Verhalten verändern wollen, mit Versuchungen und Entgleisungen umgehen (◆Abbildung 9).

Fallbeispiel:

Herr H. ist ein so genannter „Stresser“. Nach Konfliktgesprächen isst er immer ein bis zwei Tafeln Schokolade. Mit seiner Beraterin hat er die Verhaltensalternative, eine Minitafel dunkle Schokolade langsam zu essen, erarbeitet. Jetzt hat Herr H. eine Auseinandersetzung mit seinem Chef und er gerät in Versuchung, in seine alte Gewohnheit zurückzufallen. Wenn er es durchhält, nur eine Minitafel Schokolade zu essen, dann wird seine Selbstwirksamkeit erhöht, denn er hat es erfolgreich geschafft, sein neues Verhalten zu zeigen.

Bei einer nicht erfolgreichen Bewältigungsreaktion hat dieser Mann schon eine geringere Selbstwirksamkeit, denn er glaubt nicht, dass er es schaffen wird. Außerdem denkt er sich: „Wenn ich jetzt eine ganze Tafel esse, dann ärgere ich mich weniger und bin abgelenkt.“ Diese Gedanken führen zu einem Ausrutscher in das alte Verhalten. Oft führt dies zu dem Gefühl, die Kontrolle über das eigene Verhalten verloren zu haben. Aussagen wie: „Jetzt ist es

auch egal“ versuchen das Fehlverhalten zu rechtfertigen. Darüber hinaus lenkt die Schokolade in dem Augenblick wirklich ab und hat wieder eine tröstende Wirkung. Nach diesem Ausrutscher ist die Gefahr für einen weiteren Rückfall deutlich höher.

Nach diesem Modell ist Suchtverhalten eine erlernte, gewohnte Verhaltensweise, die allerdings durch Lernprozesse wieder verändert werden kann. Der Klient soll die Bedingungen für das Rückfallverhalten (Hochrisikosituationen) erkennen und verhindern können.

Hochrisikosituationen sind [5]:

- negative emotionale Zustände, z. B. Angst, Aufregung, Ärger, Depressivität, Frustration und Langleweiligkeit
- negative soziale Situationen, Konflikte in der Familie
- sozialer Druck, z. B. wenn alle Freunde rauchen
- positive emotionale Zustände, Begegnung mit suchtbezogenen Stimuli (z. B. ein all-inklusive Urlaub bei Übergewicht), Austesten der eigenen Willensstärke

In der Beratung und Therapie bietet die Arbeit mit dem Rückfallprozessmodell für den Berater/Therapeuten direkte Ansatzpunkte:

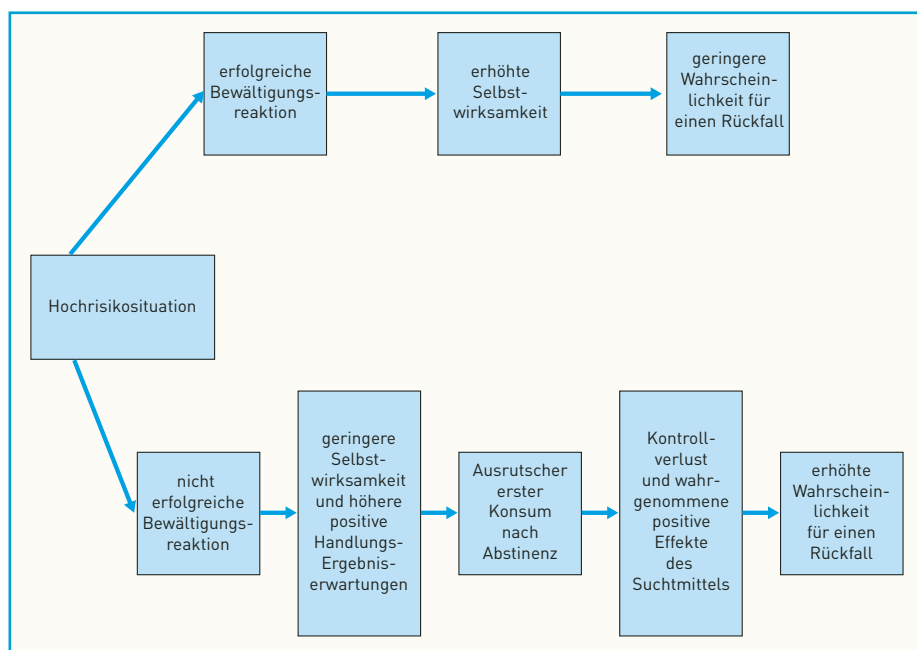


Abb. 9: Modell des Rückfallprozesses nach Marlatt (RP-Modell, nach [5])

- Erkennen der individuellen Hochrisikofaktoren
- Erarbeitung von Bewältigungsstrategien
- Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung
- Informationen über die Suchtsubstanz (Entzauberung von Mythen, wie z. B. Rauchen entspannt)
- Einsicht, dass Ausrutscher passieren und normale Fehler in einem Lernprozess sind (bieten die Möglichkeit, aus diesen Fehlern für die Zukunft zu lernen)
- Lernen, dass ein Ausrutscher kein völliges Versagen bedeutet

Fazit: Ansatzpunkte für eine erfolgreiche Verhaltensänderung

Die Verhaltensmodifikation kann durch die vorgestellten Theorien und Modelle der Psychologie unterstützt und bereichert werden (◆Abbildung 10).

So erklären die Lerntheorien, wie Verhaltensmuster entstehen, aber auch veränderbar sind. Die Erkenntnis des lebenslangen Lernens bietet eine Vielzahl an Handlungsmöglichkeiten.

Die Auseinandersetzung mit der Ursachenzuschreibung (Attribution) und

deren kritische Diskussion ermöglicht ein Hinterfragen von scheinbar feststehenden Urteilen. Damit kann die Handlungsfähigkeit von Klienten vergrößert werden.

In der Ernährungsberatung gibt es auch Raum, persönliche Ressourcen und Barrieren zu ermitteln. Menschen denken oft in gewohnten Bahnen und Mustern, wenn es um Unterstützungsalternativen geht. Dagegen können die Barrieren entweder dramatisiert oder – im anderen Extrem – ignoriert werden. Eine kreative Ressourcenarbeit plus eine realistische Beschäftigung mit den eventuellen Barrieren beugen Enttäuschungen vor und können bei der Bewältigung von Misserfolgen helfen. Auf diese Weise können die Erwartungen in einen angemessenen Rahmen gebracht werden und den Klienten hilft es, sich der Kräfte bewusst zu werden, die sie für eine andauernde Verhaltensumstellung zur Verfügung haben.

Außerdem ist die spezielle Zielausformulierung ein bedeutsamer Aspekt: Wenn jemand nicht weiß, wo er konkret hin möchte, dann wird er auch nie irgendwo ankommen. Viele Klienten haben schwammige, unklare Ziele – oft formuliert als „mehr oder weniger von

etwas“ – oder sie wissen, was sie gar nicht wollen. Die konkrete Zielformulierung (SMARTER Ziele) gibt die Veränderungsrichtung und den Weg vor.

Nicht außer Acht zu lassen ist das Konzept der Selbstwirksamkeit des Klienten, denn nur, wenn er sich selbst zutraut, die Veränderungen auch umzusetzen, wird er auch erfolgreich sein. Hierfür gibt es besondere Hilfsmittel, die Selbstwirksamkeit zu stärken.

Verhalten lässt sich langfristig aber nur ändern, wenn der Klient die Änderung wirklich will. Die Ernährungsberatung kann Hilfen zur Selbsthilfe geben: Sie informiert, strukturiert, aktiviert Ressourcen und kann unterstützen, auftretende Barrieren zu überwinden. Das Verhalten ändern und beibehalten muss der Klient selbst.

Literatur

1. Reinecker H: *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. DGTV-Verlag, Tübingen (1999)
2. Davison GC, Neale JM. *Klinische Psychologie*. 3. Auflage, Psychologie Verlags Union, München (1988) S.170–171
3. Schwarzer R. *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. 3. Auflage. Hogrefe, Göttingen (2004)
4. Heckhausen H: *Motivation und Handeln*. 2. Auflage. Springer, Berlin (1989)
5. Knoll N, Scholz U, Rieckmann N. *Einführung in die Gesundheitspsychologie*. Ernst Reinhardt Verlag, München (2005)
6. Seiwert L. *Wenn du es eilig hast, gehe langsam*. Campus Verlag, Frankfurt (2003)

Weiterführende Literatur

- Davison GC, Neale JM, Houtzinger M. *Klinische Psychologie*. 7. vollständig überarbeitete Auflage. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim (2007)
- Knoblauch J. *www.ziele.de – Wie Sie Schritt für Schritt Ihre Ziele erreichen*. 2. Auflage. Gabal Verlag, Offenbach (2007)
- Fehrmann S. *Die Psyche isst mit*. Foitzick Verlag, München (2002)
- Logue AW. *Die Psychologie des Essens und Trinkens*. Spektrum Verlag, Heidelberg (1998)
- Pudiel V, Westenhöfer J. *Ernährungspsychologie. Eine Einführung*. 3. Auflage. Hogrefe-Verlag, Göttingen (2003)

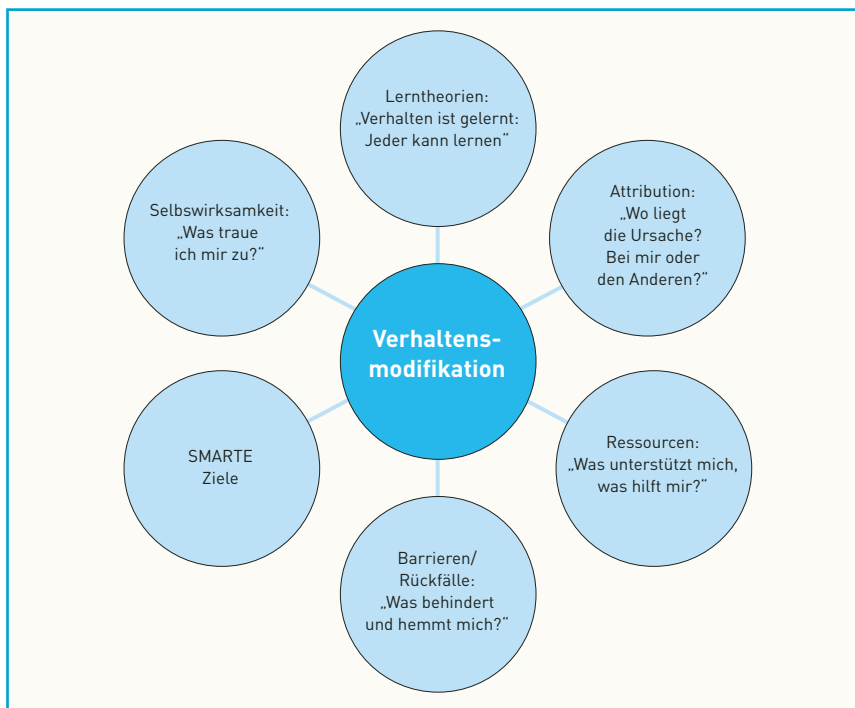


Abb. 10: Ansatzpunkte für erfolgreiche Verhaltensänderung