jem
journal für ernährungsmedizin

Gesundheitskommunikation und -beratung

Journal für Ernährungsmedizin 2011; 13 (3), 12-16

Homepage:

www.aerzteverlagshaus.at

Online-Datenbank mit Autoren- und Stichwortsuche

MIT NACHRICHTEN DER

AKE
ARBEITSGEMEINSCHAFT KLINISCHE ERNÄHRUNG

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

Beratung bei lebensstil-
DER KÖN
ZUM KL

Die Kunst professioneller BeraterInnen und TherapeutInnen besteht darin, Denkstrukturen und Verhaltensweisen zu ändern, ohne die Abwehr und die inneren Widerstände der KlientInnen zu mobilisieren und damit genau das Gegenteil des gewünschten Effekts zu erzielen. Eine zentrale Rolle dabei spielt, Botschaften nicht problemorientiert (pathogen), sondern lösungsorientiert (salutogen) zu formulieren. Das ist ungewohnt, aber möglich – und wird, wie die Erfahrung zeigt, von allen Beteiligten als Erleichterung erlebt. Weiters gilt es, einen Weg über die Grenzen der Erfahrungswelten bzw. sozialen Repräsentationen hinweg zu finden.

Elisabeth Ardelt-Gattinger[2,5,*], Christina Steindl[5], Sabine Dämon[2,3], Mirjam Neubauer[2,5], Susanne Ring-Dimitriou[2,6], Daniel Weghuber[1,2]

Adipositas und andere Lebensstilerkrankungen haben 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 [1]. Adipositas ist durch das Zusammenspiel komplexer Prozesse auf Basis genetisch determinierter Gegebenheiten bedingt. Sie ist eine chronische Krankheit mit progredientem Verlauf und zahlreichen Begleiterkrankungen [2]. Adipöse leiden in einem wesentlich höheren Ausmaß als Normalgewichtige zusätzlich an psychisch bedingten Essstörungen (Binge Eating Disorder etwa 30%, Bulimie etwa 7% der morbid adipösen Erwachsenen) [3]. Auch adipöse Kinder und Jugendliche zeigen stark erhöhte Werte bei vorklinischen Essstörungen des „Preocc upied with Weight and Shape" [4], weisen aber auch sehr früh klinische Vollbilder auf [5].

Für Diabetiker liegen keine so einheitlichen Zahlen vor. Eine Untersuchung an 400 Frauen fand bei etwa der Hälfte ein zumindest „gestörtes Essverhalten". Bandemer-Greulich (2010) verweist in diesem Kontext auch auf das „diabetesspezifische Purging durch Unterdosierung oder Weglassen des Insulins zur Gewichtsreduktion". Das Zusammentreffen von Diabetes und Essstörungen, „insbesondere die durch Insulin begünstigten Essanfälle und Manipulation des Zuckerhaushalts" bedürfe intensiver Beratung, da es nach Meinung der Experten die Krankheits- und Sterberaten unter DiabetikerInnen erhöht [6].

Zudem zeigen neuere Forschungen, dass adipöse Erwachsene und auch adipöse Kinder im Verlangen nach übermäßigem Essen nicht von anderen Suchterkrankten unterscheiden [7]. Adipositas ist eine Sucht nach übermäßigem Essen, von der man in einer bewegungsarmen Überflussgesellschaft nicht „trocken" sein kann. Systematische Untersuchungen von DiabetikerInnen stehen noch aus, die Bedeutung von Insulin für Craving spricht aber dafür [8].

BESCHEIDENE THERAPIEERFOLGE

Adipositas und Diabetes sind durch ein Mehr an Bewegung und eine Verringerung bzw. Selektion der Energieaufnahme zu behandeln. Das Ziel scheint einfach, der Weg in einer bewegungsarmen Überflussgesellschaft ist komplex und dornig. Die Lebensqualität adipöser Menschen jeden Alters ist schlechter als bei Normalgewichtigen [9]. Speziell bei Kindern verschlechtert sie sich weiter durch Forderungen nach mehr – unbeliebtem – Salat, Obst, Gemüse und weniger Schokolade, PC und Fernsehen.

All das erklärt, warum sich die Hoffnungen auf langfristige Gewichtsabnahme durch konservative Maßnahmen international als eingeschränkt bis trügerisch erwiesen [10]. Die Bariatrische Chirurgie kann morbid adipösen PatientInnen mit bereits manifesten Komorbiditäten helfen, das Gewicht zu senken und ihre Gesundheit zu erhalten oder zu verbessern, sollte aber nur nach ausführlicher Diagnostik und strenger Indikationsstellung eingesetzt werden [11, 12].

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,

© Foto: Fotolia | Faber Visum

assoziierten Erkrankungen

IGSWEG IENTEN

SERIE GESUNDHEITS-KOMMUNIKATION TEIL 1

wurde das neue Paradigma "Health at any Size"gewählt [1]. Es besagt, dass bei gesunder Ernährung und guter körperlicher Fitness eine Besserung des Gesundheitszustandes trotz fehlender Gewichtsreduktion erreicht werden kann [13], ja, dass Adipöse unter den genannten Bedingungen sogar gesünder sein können als Normalgewichtige mit einem ungesunden Lebensstil [14].

SALUTOGEN STATT PATHOGEN

All dies ist im Bewusstsein der Öffentlichkeit kaum verankert [15] und sollte allen Betroffenen, deren Kontaktpersonen sowie den in die Behandlung eingebundenen Professionen vermittelt werden. Eltern müssen bei den Schwierigkeiten besser unterstützt werden, den Kindern in der Umstellungsphase der Ernährung und Bewegung jenen Mikrokosmos zu bieten, der sie vor der bewegungsarmen Überflussgesellschaft abschirmt. Für jene besonders betroffenen, materiell und sozial benachteiligten Gruppen, denen Adipöse bevorzugt angehören [16], kommen das Zeitproblem und die gar nicht aufzubringenden Kosten gesunder Ernährung hinzu.

Umso größer ist die Bedeutung der Beratung. Die Kunst der professionellen BeraterInnen und TherapeutInnen besteht darin, Denkstrukturen und Verhaltensweisen zu ändern, ohne die Abwehr und die inneren Widerstände der KlientInnen zu mobilisieren und dadurch genau das Gegenteil des gewünschten Effekts zu erzielen. Insbesondere die Aufklärung und Beratung der Eltern stellt keine einfache Aufgabe dar, die noch schwieriger wird, wenn die Botschaften in pathogener (problemorientierter) Form formuliert werden – überspitzt formuliert zum Beispiel so: „Ihr Kind hat eine schwere chronische Krankheit mit progredientem Verlauf. Nach allen bisherigen Erfahrungen kann Ihr Kind die Menge der Nahrung vermutlich nicht einschränken. Sie müssen deshalb den Lebensstil radikal ändern, und zwar in Richtung einer günstigeren Ernährung und ausreichend Bewegung. Kontrollieren Sie das Essen Ihres Kindes stärker und motivieren Sie es besser zu Bewegung! Aber auch wenn Sie sich sehr bemühen, wird ihr Kind vermutlich nur wenig abnehmen. Sie müssen Ihr Kind deshalb gegen den herrschenden Trend des dünnen Schönheitsideals überzeugen, schon das Halten des Gewichts als Erfolg zu betrachten. Sie müssen Ihrem Kind helfen, selbstbewusst mit den üblichen Stigmatisierungen und den Nachteilen in Schule und Beruf umzugehen. ABER: Wenn Ihnen all dies gelingt, sinkt das Risiko von Begleit- und Folgeerkrankungen."

Umformulierungen in salutogene (Ziel- und Lösungs-orientierte) Botschaften sind ungewohnt, aber möglich, und werden letztlich von allen als Erleichterung erlebt.

MEIN BILD DER WELT – DEIN BILD DER WELT: SOZIALE REPRÄSENTATIONEN

Da sich an den Inhalten nicht viel ändern lässt, muss das „WIE-sage-ich-es-WEM" im Vordergrund stehen. Begründungen und Anregungen dafür geben sozialpsychologische Theorien, die durch hunderte Studien über Information und Kommunikation in Wirtschaft, Werbung und Politik über die Empirie hinaus sehr gut abgesichert sind. Seit man nicht nur weiß, sondern auch qua Gehirnforschung differenziert belegen kann, dass vor jedem Handeln ein „Befehl" des Gehirns steht, stehen kognitive Theorien heute im Vordergrund sozialpsychologischer Forschung. Das Denken steuert das Handeln. Damit lässt sich auch der Lebensstil nur dann verändern, wenn sich das Denken verändert. Wir gehen im Allgemeinen davon aus, dass unser Gegenüber die Begriffe, die wir verwenden, ähnlich „abgebildet" hat wie wir, d.h., sie auch so versteht wie wir. Aufgrund der Forschungen von Moscovici (17) wissen wir, dass durch die Zugehörigkeit einer Person zu einer bestimmten Gruppe „Realitäten kollektiv konstruiert werden", d.h. den Mitgliedern eines sozialen Systems sind bestimmte Ideen und Vorstellungen sowie ein bestimmtes Wissen gemeinsam und stellen die Basis individuellen und gesellschaftlichen Handelns dar. Moscovici [17] spricht daher von sozialen Repräsentationen der objektiven Gegebenheiten der Umwelt. Ein Beispiel wäre die Formel „Sport = Mord", ein altes Bild des nach der Siegesbotschaft nicht gefeierten, sondern tot umgefallenen Marathonläufers, der ja vermutlich nicht nur heldenhaft überanstrengt, sondern auch dehydriert war. Aber interessanterweise hat niemand das Bild „Sport = ausreichend trinken" gespeichert.

Solche sozialen Repräsentationen entsprechen den Mythen traditioneller Ge-

sellschaften, die als Märchen und Sagen oder Werke von Religionsstiftern (z.B. Ablehnung von Schweinefleisch als Träger vieler Infektionen in heißen Ländern) entstanden sind und tradiert wurden. Sie basieren auf Konventionen und Symbolen und werden modifiziert durch den Alltagsdialog, öffentliche Diskurse (Wirtshaustisch, Spielplatz etc.), im „Gerede der Leute", aber auch durch die Medien, deren Inhalte bisweilen dann wieder vereinfacht und modifiziert werden. Da soziale Repräsentationen die Gegebenheiten der Umwelt nicht nur in Kategorien einordnen, sondern Menschen auch vorschreiben, was und wie sie denken sollen [17], bestimmen die Bilder und Erklärungsmodelle einer sozialen Gruppe zu Alltagsphänomenen (z.B.: „Von Ananas nimmt man ab"), inwieweit etwa Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme [18], aber vermutlich auch Beratungen und Therapien, Erfolg haben. Man könnte die sozialen Repräsentationen auch als „common sense" bezeichnen, der aber – und dies wird oft falsch eingeschätzt – nicht über alle gesellschaftlichen Gruppen hinweg gleich ist, sondern als kulturell geteiltes Wissen auftritt [19].

Soziale Repräsentationen entspringen dem menschlichen Orientierungsbedürfnis und der Suche nach „Vertrautem und Bekanntem im Dschungel der gesellschaftlich-sozialen Erfahrungswelt" [20]. Ohne diese Kategorisierungen wäre unser Gehirn bei vieldeutigen Informationen so wie der nach diesem Vorbild konstruierte Computer überfordert und würde „abstürzen". Daher wird Unbekanntes und Neues durch die Einordnung in bereits bestehende Modelle „entschärft". Nahrung ist in fast allen Kulturen etwas quasi „Heiliges", auf alle Fälle etwas, das man nicht leichtfertig verderben lässt oder vernichtet. Dies mag dazu beitragen, dass man Reste auch in Wohlstandsgesellschaften entgegen einem massiven Völlegefühl aufisst. Essen besitzt gemäß einer Untersuchung an 2000 erwachsenen Franzosen und 500 Definitionen aus Wörterbüchern sechs Kernbedeutungen, nämlich „libido, prendre, nourriture, repas, remplir, vivre" (Libidio, Eingabe, Nahrung/Ernährung/Essen, Mahlzeit, auffüllen/befüllen/nachfüllen, leben) [21]. Es ist nachvollziehbar, dass die in der gleichen Studie nachgewiesene Verhaltenswirksamkeit der sozialen Repräsentation von Essen je nach Bedeutung sehr unterschiedliches Essverhalten nach sich zieht.

SCHOKOLADE & KINDERGLÜCK

Eine eigene Untersuchung zeigte, dass ein Kernthema bei Gewichtsabnahme, nämlich Schokolade, bei einem hohen Prozentsatz von 150 erwachsenen(!) Befragten aller Gewichtsklassen mit festlichen Anlässen wie Ostern, Weihnachten, Geburtstag, also mit „Kinderglück", aber auch mit schmerzhaften Erlebnissen der Kindheit im Sinne von „Kindertrost" assoziiert ist. Die Gewichtsgruppen unterschieden sich nicht, wohl aber die Geschlechter in der Kategorie von Assoziationen, Männer zählen Schokolade zwar zu angenehmen Speisen, assoziieren dazu aber eher etwas Saures oder Deftiges.

Kinder, die aus sozial und materiell benachteiligtem Milieu kamen, zeichneten („Malt bitte ein Bild zu einem Wort, das ich euch jetzt sagen werden…") Schokolade größer als Kinder begüterter Eltern. Bei Letzteren kamen auch eher „komplexere" Bilder wie Pralinenschachteln, Schokoladetorten etc. vor, bei den „armen" Kindern eher die klassischen Schokoladeosterhasen, Nikolos etc. [22]. Wir rufen also bei der Beratung unserer KlientInnen in Bezug auf Schokolade etwa im Prinzip nicht den „Ordner im Gehirn" zu „Speisen mit hohem Fettgehalt", sondern jenen zu „Schöne Kindheitserlebnisse" auf. Dies erklärt die Erfolglosigkeit, uns selbst und unsere KlientInnen vom heftigen abendlichen oder emotional bedingten Bedürfnis nach Schokolade mit dem in den Anfängen der Ernährungsberatung üblichen „Essen's einen Apfel" zu heilen. Das Wissen um die mit bestimmten Nahrungsmitteln verbundenen Assoziationen erleichtert Vorsicht, Verstehen und letztlich auch die nicht immer einfache Suche nach gesunden, günstigen und kreativen Alternativen (ev. mit Schokoladegeschmack).

Die sozialen Repräsentationen von Nahrungsmitteln sind uns meist nicht bewusst, selten aber so verdrängt, dass man sie nicht „aufrufen" könnte. In der praktischen Umsetzung haben sich in leichter Entspannung vorgenommene Assoziationen zu besonders beliebten oder heftig abgelehnten Speisen bewährt. Phantasiereisen in die „Speisekammer", das „Esszimmer" oder die „Küche der Kindheit", wie sie etwa in der Gestalttherapie angewendet werden, gewähren KlientIn und BeraterIn ebenfalls oft überraschende Einsichten und lassen sie somit ihre Vorlieben für bestimmte Nahrungsmittel besser verstehen. Bei Kindern empfiehlt sich die Darstellung der Repräsentationen in Form von Bildern, was sowohl kindgerechter ist als auch dem Charakter dieser „Abbildungen" der Wirklichkeit gut entspricht.

MEIN BILD DER WELT – DEIN BILD DER WELT: ALLTAGSTHEORIEN

Eine weitere kognitive Struktur stellen die sog. „Alltags- oder Laientheorien" dar. Sie sind „Gefüge komplexer gesetzesartiger Zusammenhangsannahmen zur Erklärung eines Sachverhalts" und steuern unser Verhalten [24]. Diese teilweise äußerst hartnäckigen und ganze Populationen von Pflanzen und Tieren ausrottenden Alltagstheorien entstehen ebenfalls im Alltagsdialog und speisen sich aus vielerlei Quellen wie Religion, Tradition, Bildungseinrichtungen, Medien etc. [25]. Ein Beispiel wären die angeblich Potenz steigernde Wirkung von Nas-Hörnern, wobei die Erklärung sich unschwer aus der Form ableiten lässt.

Kategorie	Kinderglück Tröstung	Kinderglück Höhepunkte / Feste	Lichtblick einer traurigen Kindheit	Keine Vorliebe
BEISPIEL: **Schokolade**	„Bekommen, wie ich gefallen bin und geblutet habe…" „…,wie mir mein Bruder eine herunter gehaut hat…"	„Schokoladenosterhase…" „Schokoweihnachtsmann…" „Mein Schoko - Geburtstagskuchen mit 10 Kerzen…"	„Vater hat uns sehr oft geschlagen, aber er hat uns immer die Schokolade gegeben, die er als Briefträger bekommen hat…"	„Sehe nur Speckbrot: … schon als Kind lieber saure Sachen…" „Kuchen… aber eher mit Zitronenguss…"
% (m/w)	13% (7/6)	64% (30/34)	10% (5/5)	13% (11/2)

Tab. 1: Beispiele des „ersten Bildes vor dem inneren Auge" zur Assoziation mit „Schokolade"

Alltagstheorien, wie Ernährung wirkt und welche Bedeutung Bewegung für den Körper hat, werden wiederum in den jeweiligen Bezugsgruppen mit ihrem unterschiedlichen Zugang zu Bildung, Zeit und Geld für Nahrungserwerb und Zubereitung modifiziert und von den jeweils – meist auch schichtspezifisch – konsumierten Medien beeinflusst. Somit ist der Umgang mit Gesundheit und Krankheit nicht nur objektiv, sondern auch durch unterschiedliche Denkstrukturen, „abhängig vom politischen und kulturellen Hintergrund" bedingt [26].

Tabelle 2 zeigt den prinzipiellen Unterschied zwischen den wissenschaftlichen Theorien der ExpertInnen und jenen vieler KlientInnen. Es ist leicht vorstellbar, dass die angeführten Beispiele von Gedanken im Kopf von ExpertIn / BeraterIn und KlientIn die Kommunikation erschweren. Was dabei geschieht, kann man sich etwa so vorstellten, als ob man am PC ein File mit dem falschen Programm öffnet und „¿ À Á Â Ã Ä FðVùýèmvM ÿÿÿÿÿÿÿÿÿÿÿÿÿÿÿÿ" vor sich sieht. Es muss betont werden, dass auch wir ExpertInnen in jenen Bereichen, in denen wir nicht geschult sind oder uns profundes und aktuelles Wissen angeeignet haben, Alltagstheorien bilden. Dies dient wie beschrieben dem zutiefst menschlichen Bedürfnis nach Überblick und Orientierung.

Ein möglicher Zugang zu den Laientheorien im Kopf unseres Gegenübers liegt darin, zu Beginn einer Beratung die Vorstellungen, die KlientInnen etwa über Wirkungen von Nahrungsbestandteilen oder von einer Krankheit haben, mit Hilfe von Kärtchen darstellen zu lassen. Man kann dies durch Fragen einleiten, z.B. „Welche Einflüsse, meinen Sie, wirken auf Ihren

Wissenschaftliche Theorien	Alltagstheorien
Akzeptanz von bzw. Suche nach Vielschichtigkeit und Zweifel Multifaktorielle Krankheitsmodelle, Zu-sammenhänge folgen Wahrscheinlichkeiten: „Adipositas hat sehr viele verschiedene Ursachen!"	**Vermeidung des Zweifels** „Ich bin übergewichtig, weil ich sehr schwere Knochen habe, das hat mein Arzt auch schon gesagt."
Konsistenz Widerspruchsfreiheit: „In Ihrer Familie müsste aber dann jemand Diabetes gehabt haben…"	**Inkonsistenz** Enthält oft widersprüchliche Aussagen, z.B.: „Zuckerkrankheit ist immer vererbt, …" – *10 Minuten später:* „Nein bei uns in der Familie hat niemand Zucker gehabt!"
Deduktiv, generell Wissenschaft leitet Hypothesen ab und sucht nach Daten, die sie widerlegen bzw. bestätigen: „Studien zeigen, dass richtige Ernährung und ausreichende Bewegung die Krankheit verbessern…"	**Induktiv, spezifisch** Alltagtheorie schließt vom Einzelfall auf Allgemeines: „Oma, hat immer über die Stränge geschlagen ... viele Torten und so ... ja (lacht) und die ist uralt geworden ... das kann nicht so schlimm sein, wie es oft dargestellt wird".
Kovariation Vielschichtigkeit, Multikausalität: „Aber es gibt ja viele Ursachen, dass es Ihnen schlecht geht, ev. die falsche Kleidung…"	**Korrelation** „Immer, wenn ich wandern gehe, geht's mir nachher schlecht, das Bewegen, das kann nicht gut sein…"

Tab. 2: Unterschiede zwischen wissenschaftlichen und Alltagstheorien [27].

derzeitigen Zustand ein?“ Die Faktoren können auf Karten geschrieben werden und so auf einem Blatt verteilt und mit Pfeilen versehen, wie sich der/die KlientIn die Zusammenhänge vorstellt. In eine solche Darstellung, die sich bisweilen, wenn sie unrichtig ist, selbst ad absurdum führt, sollte man vorsichtig eingreifen, kann Elemente und Pfeile hinzufügen und sie so gemeinsam im Beratungsprozess modifizieren. Insgesamt haben die zu Beratenden das Gefühl, an ihren eigenen Modellen gearbeitet zu haben und nicht allzu stark von außen beeinflusst worden zu sein. Diese Vorgehensweisen erleichtern im Allgemeinen uns und unserem Gegenüber die Arbeit. Sie fördern eine tragfähige Beziehung und führen im Unterschied zur alten „compliance“ = „Be-Folgen von Maßnahmen“, die eine Autorität empfiehlt, zum „informed consent“ oder noch besser zum sog. „informed decision making“. Auf der Grundlage geteilter Information im Sinne des „Was kann und will ich als KlientIn auf der Basis der Informationen, die ich mir von ExpertInnen geholt habe und die sich in meine vorhandene Struktur einfügen lassen, erreichen und wogegen entscheide ich mich nach Abwägung des mir vermittelten Nutzens und Schadens“.

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

* Korrespondenz: Univ.-Prof. Dr. Elisabeth Ardelt-Gattinger, Universität Salzburg, Fachbereich Psychologie, Hellbrunnerstrasse 34, 5020 Salzburg, elisabeth.ardelt@sbg.ac.at, Telefon +43 664 1806599

ZUSAMMENFASSUNG

Prävention und Behandlung lebensstilbedingter Erkrankungen wie Adipositas, Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen können nur dann erfolgreich sein, wenn Maßnahmen auf allen Ebenen und für alle Ebenen der Gesellschaft gesetzt werden. Beratung, Therapie und Prävention/Gesundheitsförderung müssen interdisziplinär, individuell abgestimmt und unter Berücksichtigung sämtlicher assoziierter Einflussgrößen durchgeführt werden. Das Interesse bei PatientInnen ist aber zumeist nicht auf Verbesserung bzw. Erhaltung der Gesundheit, sondern auf rasche und langfristige Gewichtsabnahme, auf schöne schlanke/muskulöse Körper, ewige Jugend etc. gerichtet. Die Werbung unterstützt diese Träume und gaukelt ihre Verwirklichung vor. Sie sendet bestimmten Gruppen von Rezipienten genau angepasste Botschaften, arbeitet mit einfachen emotional stark besetzten Bildern und Botschaften und oft wissenschaftlich nicht überprüften Inhalten. Als BeraterInnen stoßen wir somit meist auf Vorstellungen, die wir nur enttäuschen können.

Das einzige Gegenmittel stellen optimale Informations- und Kommunikationsstrategien dar. Die Sozialpsychologie kann auf Grund hoher empirischer Evidenz, die sie aus hunderten 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.

LITERATUR

1. Olshansky SJ. A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st century. N Engl J Med 2005; 352: 1138-45.
2. Daniels SR. The consequences of childhood overweight und obesity. Future Child 2006; 1: 47-67.
3. De Zwaan M et al. Alexithymia, Obesity and Binge Eating Disorder. Int J Eat Disord 1995; 17: 135-140.
4. Bulik CM et al. An empirical study of the classification of Eating Disorders. Am J Psychiatry 2000; 157: 886-895.
5. Thun-Hohenstein L et al. Die Häufigkeit von Essstörungen und Vorläufersymptomen in einer ländlichen Kohorte junger Adoleszenter. Neuropsychiatrie 2006; 19: 22-25.
6. Ulrike Bandemer-Greulich et al. Problematisches Ernährungs- und Purgingverhalten von Patientinnen mit Diabetes mellitus. Aktuelle Ernährungsmed 2006; 31: 243-248.
7. Ardelt-Gattinger E, Meindl M (Hrsg). Ad-Eva: Adipositasdiagnostik und Evaluation – Ein Interdisziplinäres Testsystem. Huber, Bern 2009.
8. Wallner-Liebmann S, Mangge H et al. Insulin and Hippocampus Activation in Response to Images of High-Caloric Food in Normal Weight and Obese Adolescents. Obes 2010; 18: 1552-1557.
9. Pinhas-Hamiel O et al. Health-related quality of life among children and adolescents: association with obesity. Int J Obes 2006; 30: 267-272.
10. Ebbeling CB et al. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. Lancet 2002; 360: 473-482.
11. Fried M et al. Interdisciplinary European Guidelines for Surgery for Severe (Morbid) Obesity. Obes Surg 2007; 17: 260-270.
12. Ardelt-Gattinger E, Mangge H, Meindl M, Ring-Dimitriou S, Weghuber D, Miller K. Abstract IFSO Hamburg, 2011.
13. McGovern L et al. Clinical review: treatment of pediatric obesity: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. J Clin Endocrinol Metab 2008; 93: 4600-4605.
14. Blüher M. The distinction of metabolically ‘healthy’ from ‘unhealthy’ obese individuals. Curr Opin Lipidol. 2010 Feb; 21: 38-43.
15. Baur LA. Childhood obesity: practically invisible. Int J Obes 2005; 29: 351-352.
16. Lamez A et al. Social class, parental education, and obesity prevalence in a study of six-year-old children in Germany. Int J Obes 2005; 29: 373-380.
17. Moscovici S. Social representations. Explorations in social psychology. Polity Press, Cambridge, 2000.
18. Howarth C, Foster J, Dorrer N. Exploring the Potential of the Theory of Social Representations in Community-Based Health Research—and Vice Versa? J Health Psychol 2004; 9: 229-243.
19. Graumann CF. Der Kognitivismus in der Sozialpsychologie – die Kehrseite der „Wende“. Psychologische Rundschau 1988, 39, 83-90.
20. Kirchler E. Arbeitslosigkeit. Hogrefe, Göttingen, 1993.
21. Lahlou S. Penser Manger. Les représentations sociales de l‘alimentation. PhD thesis. Ecole des hautes études en sciences socials, 1975.
22. Ardelt-Gattinger E. Soziale Repräsentationen von Nahrungsmitteln. Vortrag geh. auf der Tagung „Primärprävention“ der Schweizer Diabetesgesellschaft, Luzern, 2004.
23. Setzwein M. Ernährung Körper Geschlecht. Vlg f Sozialswissenschaften, Wiesbaden, 2004.
24. Jacob R, Eirmbter W, Hanh A. Laienvorstellungen von Krankheit und Gesundheit. Ztschr f Gesundheitspsychologie 1999; 7: 105-119.
25. Büchner A, Brake A (Hrsg.). Bildungsort Familie. Transmission von Bildung und Kultur im Alltag von Mehrgenerationenfamilien. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2006.
26. Flick A. Qualitative Inquiries into Social Representations of Health. J Health Psychol 2000; 5: 315-324.
27. Bergold JB, Flick U (Hrsg.). Ein-Sichten : Zugänge zur Sicht des Subjekts mittels qualitativer Forschung. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen, 1987.