

Adipositas und metabolisches Syndrom

praktische Übungen: Gesprächsführung mit adipösen Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern



Prof. T. Reinehr

Abteilung für Pädiatrische Endokrinologie, Diabetologie &
Ernährungsmedizin, Vestische Kinder- und Jugendklinik
Universität Witten- Herdecke

Fakten zur Adipositas therapie

- Therapieadhärenz beeinflusst Therapieerfolg
(Denzler C, et al. **The outcome of childhood obesity management depends highly upon patient compliance.** Eur J Pediatr. 2004;163:99-104)
- Therapieadhärenz ist unbefriedigend (>90% Therapieabbrecher (Reinehr T, et al. **Two-year follow-up in 21,784 overweight children and adolescents with lifestyle intervention.** Obesity (Silver Spring). 2009;17:1196-1199)
- **mögliche Ursachen:**
 - Patientencharakteristika
 - Schulungsinhalte nicht hilfreich
 - Umgang / Gesprächsführung mit Patienten

Woran erkennt man das ein
Gespräch gut war?

- Eigenes Gefühl
- Der Patient kommt wieder

therapeutische Haltung

- **Neutralität, keine Schuldzuweisung:**

- „durch Luft kann man nicht zunehmen, Adipositas entsteht dann, wenn man sich für seine Ernährungsgewohnheiten zu wenig bewegt“
 - > *latenter Vorwurf zu viel zu essen und sich zu wenig zu bewegen*
- „Adipositas ist wie eine „Allergie“ zu Kalorien. Durch den wesentlichen Anteil der Vererbung beim Gewicht ihres Kindes muss der Lebensstil viel perfekter als bei anderen Kindern sein“
 - > *Therapie eher angenommen, da nicht mit Vorwurf startet zu viel zu essen und sich zu wenig zu bewegen, sondern mit Verständnis, dass es die Familie sehr schwer hat*

therapeutische Haltung

- **Annahme einer Motivation:**

- „Haben Sie schon etwas gegen das Übergewicht ihres Sohnes unternommen?“
 - > *latenter Vorwurf bisher nichts unternommen zu haben*
- „Wie haben Sie gemerkt, dass ihr Sohn etwas gegen das Übergewicht unternimmt? Wer in der Familie hat dies noch bemerkt?“
 - > *zeigt, dass Motivation unterstellt wird*
- *ohne Motivation wären die Patienten nicht in Ihrer Praxis*

therapeutische Haltung

- **therapeutische Allianz, Begleiter statt RatSCHLAGgeber:**

- „Ich schlage vor, dass Sie den Medienkonsum ihres Sohnes reduzieren“
 - > *latenter Vorwurf, warum dies noch nicht gemacht wurde, zudem löst eine direkte Handlungsanweisung Widerstand aus*
- „Einige Familie erzählen, dass wenn ein Frühstück eingenommen wird, die Kinder weniger Hunger haben. Wie denken Sie darüber?“ oder „Einige Studien haben gezeigt, dass bei Reduktion des Medienkonsums, Kindern Übergewicht verlieren können. Empfehlungen sprechen von maximal 2 Stunden Medienkonsum pro Tag. Was denken Sie darüber?“

Methodik

- **Schwerpunkt auf dem was klappt (Positives), nicht auf dem was nicht klappt (Negatives):**
 - „Frühstückst Du? Warum frühstückst Du nicht jeden Tag?
-> *Fokussierung auf Misserfolg, Behandlung negativ besetzt*
 - „Wie viele Tage die Woche frühstückst Du? Was ist besonders an den Tagen an denen du frühstückst?“
-> *Fokus auf Stärken nicht auf Schwächen!*

Methodik

- **Empathischer Gesprächsstil**
 - wertschätzend
 - bei den Bedürfnissen abholend
 - (versteckte) Botschaften der Familie aufnehmend

Tipps zur Gewichtsreduktion

Wenn der Therapeut mehr arbeitet als
der Patient läuft etwas verkehrt !

keine gut gemeinten Ratschläge

Therapievorschläge primär
durch die Familie

„ der Motivierte“

- Nach Selbsteinschätzung wie es die letzte Zeit gelaufen ist kommen häufig schon Vorschläge von Kind/ Jugendliche oder Mutter was anders laufen könnte, z.B. der Junge nennt als Beispiel, dass er nun mit dem Fahrrad in die Schule fahren will
- Therapeut: „ Das ist eine gute Idee. Aber eventuell wird es Dauer schwierig. Was machst Du wenn es regnet? Ich schätze es als schwierig ein, im Regen mit dem Fahrrad zur Schule zu fahren“
- *Vorschlag aufgreifen und negieren, und dabei alle denkbaren Hinderungsgründe nennen, dies steigert den Ehrgeiz der „Betroffenen“ und erlaubt konkrete Handlungsvorschläge*
- *immer nur mit einem Vorschlag arbeiten*
- *Eventuell auch vertragliche Vereinbarung in Akte (beim nächsten Mal unbedingt danach fragen)*

Festlegung von Zielen und konkretem Änderungsplan

Ziele sind von zentraler Bedeutung für Veränderung

► Zielabklärung:

bedeutsam

realistisch

kleinschrittig

konkret, präzise und verhaltensbezogen sein



- Einsatz von Verhaltenstherapeutischen-Techniken, wie z.B. Selbstprotokollbögen
- „Stolpersteine“ bei der Umsetzung sollten berücksichtigt werden

Zuversichtlichkeitsskala

„Wie sehr glaubst Du daran, dass Du X verändern kannst?“

Gar nicht zuversichtlich

Sehr zuversichtlich

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



Glaube daran, sich verändern zu können, ist wichtiger Motivator

Entwicklung von Diskrepanzen

Wahrgenommene Diskrepanz zwischen Verhalten, Werten und Zielen
motiviert zur Veränderung

Strategien, um selbstmotivierende Äußerungen hervorzurufen:

Offene Fragen zu den Themen:

Nachteile des Status quo („Entscheidungswaage“)

Vorteile einer Veränderung („Entscheidungswaage“)

Veränderungsabsicht („Dringlichkeitsskala“)

Dringlichkeitsskala

„Wie wichtig ist es Dir, etwas an X zu ändern?“

Gar nicht wichtig

Sehr wichtig

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



Entwicklung von Diskrepanzen

Wahrgenommene Diskrepanz zwischen Verhalten, Werten und Zielen
motiviert zur Veränderung

Strategien, um selbstmotivierende Äußerungen hervorzurufen:

Offene Fragen zu den Themen:

Nachteile des Status quo („Entscheidungswaage“)

Vorteile einer Veränderung („Entscheidungswaage“)

Veränderungsabsicht („Dringlichkeitsskala“)

Diskrepanzen können konfrontativ sein,
Empathie ist hier besonders wichtig!

Die Vorwürfe

- Mutter: „Ich weiß nicht wie ich meiner Tochter helfen soll. Ich muss den ganzen Tag schimpfen, von morgens bis abends “
- Therapeut: „Ermahnungen führen zu nichts, besser ist es das Positive zu sehen“
- ?
- Therapeut: „Sie fragen sich, ob ihre Tochter immer wieder zu ermahnen hilfreich ist“
- *Wiederholung des Gesagten durch andere Worte um Verständnis zu zeigen und neue Deutungsmöglichkeit zu erarbeiten*

„der Unmotivierte“

- Jugendlicher: „Ich habe wirklich alles probiert.“
- Therapeut: „Ja da kann man wirklich nichts machen (+ Stellungnahme der Eltern/Jugendlichen wiederholen)“
- ?
- -> *in der Regel Widerstand durch Eltern / Jugendlichen, so dass Handlungsspielraum entsteht*
- zur Not Gretchenfrage: „Wer hat Einfluss auf das Gewicht von Hans?“ oder „Was hast Du davon abzunehmen?“

Widerstand als Alarmzeichen

„Widerstand seitens des Patienten ist ein Zeichen von Dissonanz in der therapeutischen Beziehung“ (Miller & Rollnick, 2005).



! Signal, die Vorgehensweise zu verändern

Beispiele für Widerstand:

Argumentieren (Bestreiten, Abwerten etc.)

Unterbrechen

Negieren (Schuldzuweisungen, Ausreden, „Ja, aber“- Strategie etc.)

Ignorieren (keine Antwort, Ablenken etc.)

Sanfter Umgang mit Widerstand



Wichtig: vermehrte Beziehungsgestaltung!
Nicht für die Veränderung argumentieren
Widerstand nicht direkt begegnen

Mögliche Strategien:

Reflektierende Aussagen (z.B. Widerspiegeln der Ambivalenz)

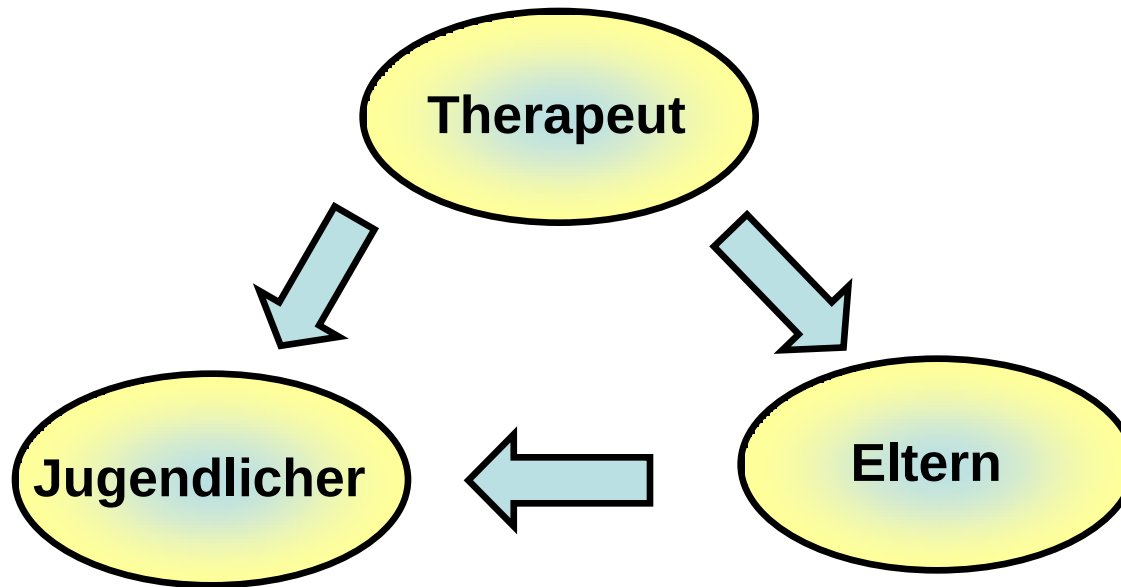
Verschieben des Fokus

Herausstellen der persönlichen Wahlfreiheit

Reframing (Wiederholung des Gesagten mit neuer Deutung)

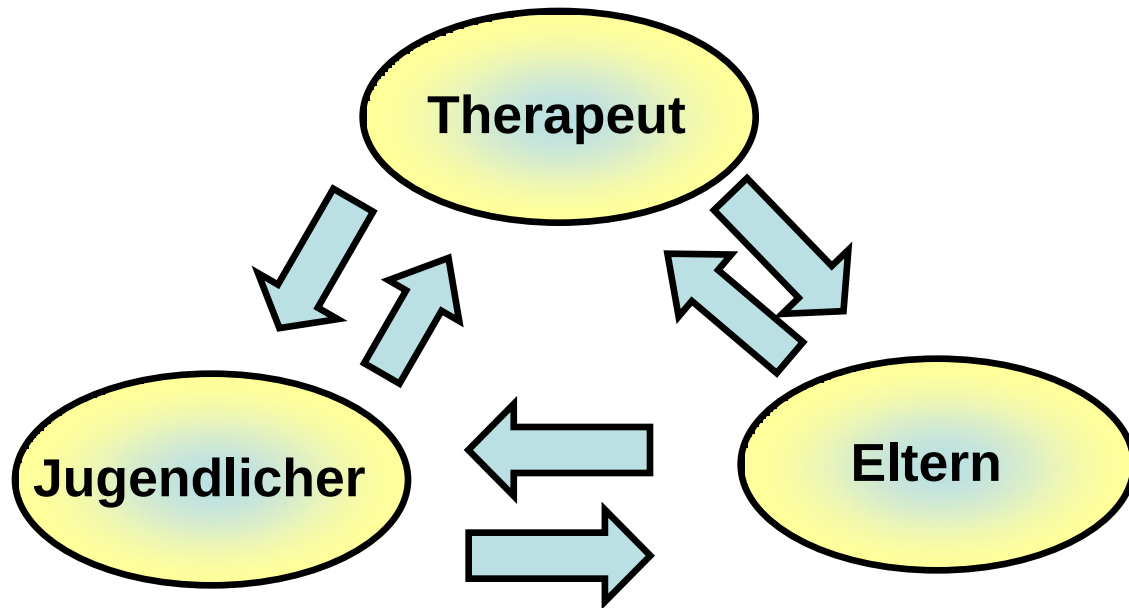
Konform gehen

Die Arzt Patienten Beziehung



Arztzentriert: Führt häufig nicht zum Ziel!

Die Arzt Patienten Beziehung



Klientenzentriert: Führt eher zum Ziel!

Motivierende Gesprächsführung

Ziele

Förderung von
Veränderungsmotivation

Festlegung von Zielen und
konkretem Plan der Veränderung

4 Prinzipien der Intervention

Empathie

Entwicklung von
Diskrepanzen

Sanfter Umgang mit
Widerstand

Stärkung der
Änderungszuversicht

Methoden

Offene
Fragen

Aktives
Zuhören

Kompe-
tenzen
bestärken

Förderung
veränderungs-
orientierter
Aussagen

Kompetent mit
Widerstand
umgehen

Stärken der
Änderungs-
zuversicht

Zusammen-
fassungen