



**Endokrinologische  
Therapien**

**Gesprächsführung bei  
Adipositas im Kindes-  
und Jugendalter**

**Barbara Dieris  
Thomas Reinehr**

**Herausgeber:  
P. M. Holterhus**

**Mit freundlicher Unterstützung von FERRING Arzneimittel GmbH.  
Auf die Inhalte und Gestaltung dieses Buches hat die FERRING Arzneimittel GmbH keinen Einfluss und trägt dafür keine Verantwortung.**

## **Impressum**

Herausgeber: Prof. Dr. P. M. Holterhus

Copyright: Herausgeber, alle Rechte vorbehalten

Gesamtherstellung: biomedpark Medien GmbH  
Schneidmühlstr. 21, 69115 Heidelberg  
Tel. 06221/13 747 0  
[www.biomedpark.de](http://www.biomedpark.de)

ISBN-Nr.: 978-3-9816544-2-4

1. Auflage, Heidelberg 2014

**Endokrinologische Therapien**

**Gesprächsführung bei  
Adipositas im Kindes-  
und Jugendalter**

**Barbara Dieris  
Thomas Reinehr**

**Herausgeber:  
P. M. Holterhus**

**WICHTIGER HINWEIS:**

Herausgeber und Autoren dieses Werkes haben große Sorgfalt darauf verwendet, dass die in diesem Werk gemachten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Die Erkenntnisse in der Medizin unterliegen jedoch laufendem Wandel durch Forschung und klinische Erfahrungen. Autoren, Herausgeber und Verlag bitten daher um Verständnis dafür, dass sie keine Haftung für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben übernehmen können. Ferner ersetzen die Informationen dieses Werkes nicht die individuelle Beurteilung und Entscheidung des Arztes.

## Vorwort zum neunten Band der Reihe „Endokrinologische Therapien“

Der vorliegende Band befasst sich mit einem Aspekt der „Endokrinologischen Therapien“, der zunächst fernab vom gewöhnlichen kinderendokrinologischen Praxisalltag zu sein scheint. Klassischerweise befassen wir uns in der Endokrinologie mit der möglichst genauen Erfassung hormoneller Regelkreise auf Basis multipler klinischer und biochemischer Parameter, deren verminderte oder vermehrte Aktivität durch Einsatz spezifischer Hormonpräparate oftmals gut behandelt werden kann. Auch bei der Adipositas finden sich multiple derangierte biochemische und endokrine Systeme, z.B. eine Hyperandrogenämie, LH-Dominanz, erhöhte Leberwerte, Hyperurikämie, Insulinresistenz oder gar Diabetes mellitus Typ II. Gleichwohl gibt es bei der Adipositas trotz aller Fortschritte in den biochemischen und genomweiten Erklärungsmodellen bisher keine Hormontherapie, die gleichermaßen „einfach“ eine Normalisierung herbeiführen könnte, wie dies z.B. bei der konnatalen Hypothyreose der Fall wäre. Auch gut gemeinte Ratschläge zur Gewichtsabnahme oder Bewegungssteigerung allein führen meistens nicht zum Ziel. Vielmehr hat sich in Adipositasschulungsprogrammen gezeigt, dass die systematische Anwendung von Grundregeln der Gesprächsführung ein entscheidender Faktor langfristig besserer Verläufe ist. Hier schließt sich der Kreis zur „klassischen“ Endokrinologie. Wir wissen heute mehr und mehr, dass Therapieadhärenz auch bei anderen chronischen Krankheiten von entscheidender Bedeutung für gutes Outcome ist und dass die Kommunikation des Arztes mit den Patienten und ihren Familien ein besonders wichtiges Element ist.

Für den vorliegenden Band der „Endokrinologischen Therapien“ haben wir erstmals ein Team von zwei Au-

toren gewinnen können. Prof. Dr. med. Thomas Reinehr ist im Bereich der pädiatrischen Endokrinologie und weit darüber hinaus ein international führender Wissenschaftler und Arzt auf dem Gebiet der Adipositas. Er ist seit 1996 an der Vestischen Kinderklinik der Universität Witten-Herdecke tätig, seit 2003 als Chefarzt der Adipositasklinik, seit 2010 als Chefarzt der Klinik für Pädiatrische Endokrinologie, Diabetes und Ernährungsmedizin. Dr. phil. Barbara Dieris arbeitet seit Oktober 2013 als Diplompsychologin in der Klinik von Prof. Reinehr. Ihr Schwerpunkt sind die Adipositas- und Diabetesambulanz und insbesondere das vielfach ausgezeichnete Obeldicksprogramm. Dr. Dieris promovierte über das Thema „Sprechen und Schweigen. Familiäre Aushandlungsstrategien des ‚Sich-Kümmerns‘ um alte Familienmitglieder“. Sie ist systemische Therapeutin und lässt Aspekte aus der Systemischen Therapie vielfach in das vorliegende Büchlein einfließen.

Nach einer bewusst knapp gehaltenen Einführung in Grundüberlegungen der Gesprächsführung bei Adipositaspatienten und ihren Familien glänzt das Buch besonders durch seine didaktisch prägnanten Praxisbeispiele, in denen „bessere“ und „schlechtere“ Varianten bestimmter Gesprächssituationen lehrreich einander gegenübergestellt werden. Dem Leser wird sehr schnell klar, dass er hier nicht ein Büchlein vor sich liegen hat, welches ausschließlich in der Adipositastherapie seine Berechtigung findet. Der Band bietet zugleich eine Vielzahl wertvoller Praxistipps für die Gesprächsführung bei Kindern und Jugendlichen mit anderen endokrinen Erkrankungen und ihren Familien. Das Buch wird abgerundet durch klare Abbildungen und ein relevantes, kurzes Literaturverzeichnis.

Paul Martin Holterhus

## Vorwort

Der pädiatrische Endokrinologe ist es gewohnt, Diagnosen anhand von Laboruntersuchungen und genetischen Befunden zu stellen, die aufgrund typischer Anamnesen und Untersuchungsbefunde veranlasst werden, und darauf aufbauend Therapieempfehlungen zu geben. Dabei setzt er in der Regel voraus, dass die Empfehlungen von der Familie umgesetzt werden. In letzter Zeit wird jedoch zunehmend klar, dass die Therapieadhärenz auch bei endokrinologischen Erkrankungen (z.B. Wachstumshormontherapie im Jugendalter oder Schilddrüsenhormontherapie bei Jugendlichen mit konnataler Hypothyreose) eine Herausforderung darstellt.

Die Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter kann als grundsätzliches Beispiel dafür dienen, welche Möglichkeiten es gibt, diese Herausforderungen anzugehen. Typischerweise liegen die therapeutischen Ratschläge (weniger kalorienreich essen, mehr bewegen) auf der Hand und sind den Familien auch bewusst. Jedoch scheitert es im Alltag häufig an der Umsetzung. Die ärztliche Kunst ist es, die Patienten zu längerfristigen Verhaltensänderungen zu motivieren und an ein Therapiezentrum zu binden, da die Erfolgsaussichten mit langfristiger Adhärenz an ein Therapiezentrum deutlich ansteigen.

Das folgende Büchlein möchte einige Tipps zur Gesprächsführung bei der Behandlung der Adipositas geben. Diese Tipps können auch bei anderen endokrinologischen oder diabetologischen Erkrankungen zur Stärkung der Therapieadhärenz hilfreich sein. Viele der vorgestellten Erkenntnisse beruhen auf der praktischen Erfahrung im Rahmen unseres mehrfach prämierten Adipositasbildungsprogramms „Obeldicks“.

Im ersten Kapitel werden Fakten der Therapieadhärenz in der Adipositas therapie im Kindes- und Jugendalter dargestellt. Im zweiten Kapitel werden dann Hinweise gegeben, wodurch Gespräche zwischen Arzt und Familie sich schwierig gestalten können. Das dritte Kapitel demonstriert Methoden der Gesprächsführung. Im vierten Kapitel werden beispielhaft gute und weniger gute Gesprächssequenzen gegenübergestellt, um dann im letzten Kapitel einige zusammenfassende Gesprächstipps zu formulieren.

Zu betonen ist, dass Gesprächsführung immer auch etwas Individuelles ist. Daher können die folgenden Hinweise nur Anregungen sein und sind keinesfalls der einzig mögliche Weg zu einem guten Arzt-Patient-Verhältnis. Wer tiefer in die Materie einsteigen möchte, kann dies auch praktisch im Rahmen der von uns ein- bis zweimal jährlich angebotenen Adipositastrainer-Seminare tun, in denen Gesprächsführung unter anderem auch in Rollenspielen geübt wird.

Wir wünschen Ihnen, dass durch die Lektüre dieses Büchleins die eine oder andere Anregung entsteht, die sich in Ihrem Berufsalltag umsetzen lässt. Wir möchten dazu einladen, die Gesprächssituation bewusst und aktiv mitzugestalten und individuell auszuprobieren, welche der beschriebenen Strategien sich als für Sie hilfreich herausstellen.

Dr. Barbara Dieris  
Prof. Dr. Thomas Reinehr



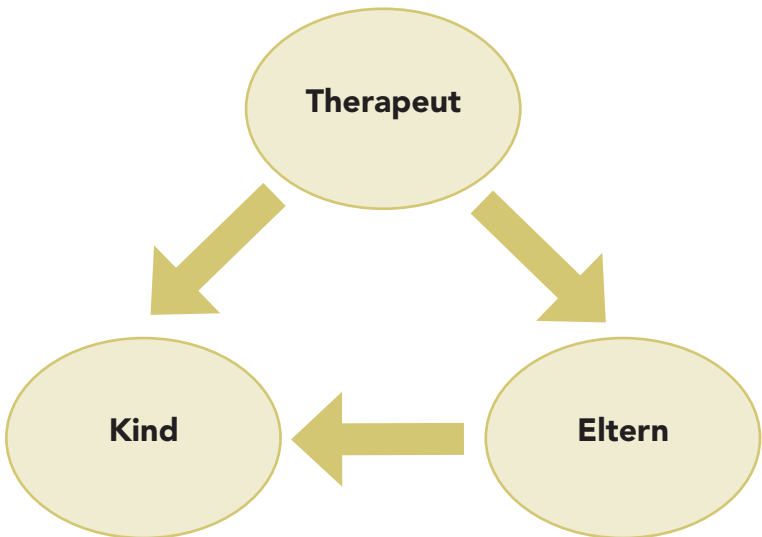
# Inhaltsverzeichnis

1.	<b>Einleitung</b> .....	8
2.	<b>Wodurch kann das Gespräch schwierig werden?</b> .....	10
3.	<b>Theoretischer Hintergrund der Gesprächsführung</b> .....	11
3.1	Gesprächsführung: eine Frage der Haltung.....	12
3.2	Gesprächstechniken zur Förderung von Veränderungsmotivation.....	14
3.3	Festlegung von Therapiezielen.....	20
4.	<b>Kommentierte Gesprächsbeispiele</b> .....	24
5.	<b>Gesprächsregeln</b> .....	31
6.	<b>Literatur</b> .....	32

# 1. Einleitung

Die Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter stellt eine große Herausforderung dar. Nur die Minderzahl der adipösen Kinder und Jugendlichen spricht auf ein strukturiertes Schulungsprogramm an (1). Auf der anderen Seite gelingt es einigen Schulungszentren, deutlich bessere Schulungsergebnisse zu erzielen (1, 2). Positiv prädiktive Faktoren für eine Gewichtsabnahme sind jüngeres Alter und geringeres Ausmaß des Übergewichts (3). Auf der anderen Seite hängt der Behandlungserfolg nicht nur von den Patienten und ihrer Motivation ab, sondern auch von der Therapieadhärenz (4). Je größer diese ist, desto besser sind die Erfolgsaussichten. Daher ist es in der Adipositas-therapie essentiell, ein gutes Arzt-Patient-Eltern-Verhältnis aufzubauen. Dieses Verhältnis sollte eher nicht so sein, dass Eltern und Kind vom Arzt „abhängig“ sind (arztzentriertes Gespräch, siehe Abbildung 1), sondern

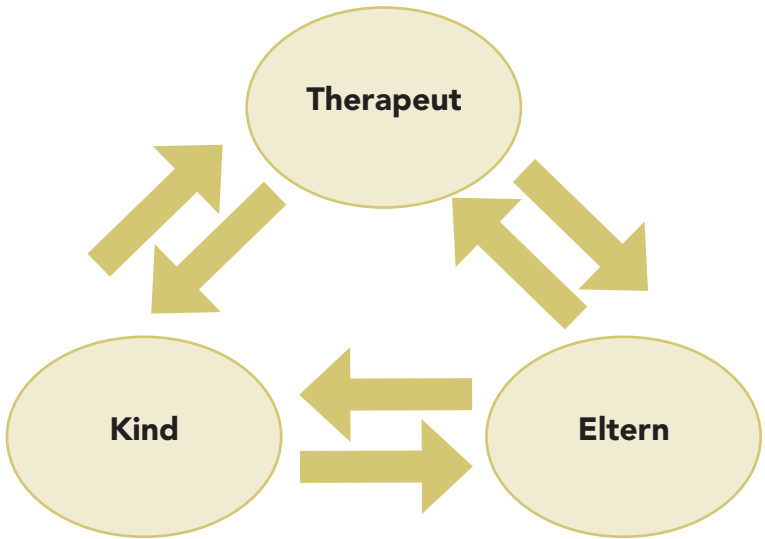
## Die Arzt-Patienten-Beziehung



**Abbildung 1:**

Arztzentriertes Gespräch: Arzt (und Eltern) sagen, was das Kind zu machen hat

# Die Arzt-Patienten-Beziehung



## Abbildung 2:

Klientenzentriertes Gespräch: Eltern und Kind folgen nicht nur den Anweisungen des Arztes, sondern treten gleichberechtigt untereinander in Kommunikation

die Gespräche sollten zwischen *gleichberechtigten Partnern* stattfinden (klientenzentriertes Gespräch, siehe Abbildung 2). In diesem Zusammenhang spielt die Gesprächsführung eine ganz erhebliche Rolle, auch wenn diese in der medizinischen Ausbildung leider kaum geschult wird. Hinweise, dass ein Gespräch „gut“ war, erhält man z.B., wenn der Patient wiederkommt, über das eigene Gefühl oder über entsprechende direkte und indirekte Rückmeldungen. Wenn der Therapeut frustriert und erschöpft ist, spricht dies dafür, dass die Gesprächsführung sich offenbar nicht einfach gestaltet.

## 2. Wodurch kann das Gespräch schwierig werden?

Manchmal lässt sich anhand mehr oder weniger überspitzter Negativbeispiele besonders prägnant veranschaulichen und herleiten, was zu beachten, bedenkenswert und wichtig sein könnte. Durch Erkenntnisse, wie man Gespräche besser nicht führen sollte bzw. wie man es sich und den Patienten/Familien eher schwermachen kann, wird deutlich, worauf es besonders anzukommen scheint.

Potenzial für schwierige Gesprächsverläufe entsteht zum Beispiel, wenn ein Therapeut

- den Patienten/die Familie eigentlich schnell wieder loswerden will.
- nicht zuhört, was gesagt wird.
- die Patienten/Familien nicht anschaut, wenn diese ihm etwas sagen.
- genervt ist.

Schwierigkeiten kann es machen, wenn

- die Patienten und Familien als inkompetent und als sowieso nicht in der Lage, etwas zu verändern, angesehen werden.
- ausschließlich Defizite betrachtet werden.
- feste Zuschreibungen erfolgen, die keinen Spielraum für Veränderungsmöglichkeiten lassen.
- Vorwürfe, direkte und indirekte Schuldzuweisungen oder Verurteilungen gegenüber den Patienten und Familien ausgesprochen werden.
- Familien mit unzähligen Ratschlägen und Handlungsanweisungen überschüttet werden.
- den Familien Negatives unterstellt wird.

Generell ist festzuhalten, dass es kein starres, allgemeingültiges Patientrezept für eine erfolgreiche Gesprächsführung gibt. Bei Gesprächen handelt es sich um komplexe Kommunikationsprozesse, die von verschiedensten Faktoren beeinflusst werden. Dabei kommt es unter anderem darauf an, welche (Kommunikations-) „Typen“ mir gegenüber sitzen, welcher (Kommunikations-) „Typ“ ich selber bin, was das Gesprächsthema für die Beteiligten bedeutet, welche Ziele wie von wem verfolgt werden und welche situativen und kontextuellen Gegebenheiten Einfluss ausüben.

Im Folgenden werden verschiedene Gesprächstechniken vorgestellt und erläutert. Diese sollen Ideen und Ansatzmöglichkeiten aufzeigen, über die behandelnde Therapeuten Gesprächsverläufe mit beeinflussen können.

### 3. Theoretischer Hintergrund der Gesprächsführung

Die im Folgenden beschriebenen Ansätze der Gesprächsführung orientieren sich u.a. zum großen Teil an der motivierenden Gesprächsführung (5) (siehe Abbildung 3).

#### Motivierende Gesprächsführung

##### Ziele

Förderung von  
Veränderungs-  
motivation

Festlegung von Zielen  
und konkretem Plan  
der Veränderung

#### 4 Prinzipien der Intervention

Empathie

Entwicklung  
von  
Diskrepanzen

sanfter  
Umgang mit  
Widerstand

Stärkung der  
Änderungs-  
zuversicht

#### Methoden

offene  
Fragen

aktives  
Zuhören

Kompe-  
tenzen  
bestärken

Förderung  
veränderungs-  
orientierter  
Aussagen

kompetent  
mit  
Widerstand  
umgehen

Stärken der  
Änderungs-  
zuversicht

Zusammen-  
fassungen

**Abbildung 3:**

Methoden, Prinzipien und Ziele der motivierenden Gesprächsführung (5)

### 3.1 Gesprächsführung: eine Frage der Haltung

Sprache kann in unserem medizinischen Kontext ein machtvolleres, nicht zu unterschätzendes Handwerkszeug sein. Was ich sage oder nicht sage, wie ich etwas sage, welche Fragen ich wann wie stelle, spiegelt und vermittelt den Gesprächspartnern immer auch, wie ich etwas verstehe, einordne und bewerte. Sprache kann hilfreiche und weniger hilfreiche Problembeschreibungen – je nachdem – manifestieren oder aufweichen.

Zum einen lassen sich bestimmte *Techniken* der Gesprächsführung nutzen, auf die wir im Verlauf genauer eingehen (z.B.: Welche Formulierungen bieten sich für Fragen an? Wie zeige ich einem Gegenüber, dass ich ihm zuhöre? Etc.). Noch grundlegender für die wahrgenommene „Stimmigkeit“ eines Gesprächs und sicherlich auch für einen besseren Nutzen bzw. eine sinnvolle Auswahl der Gesprächstechniken ist zum anderen jedoch die *Haltung*, mit der ich in ein Gespräch gehe, z.B.: Was sind meine Ziele im Gespräch? Wie/als was sehe ich meine Gesprächspartner? Was möchte ich mit dem Gespräch erreichen (z. B. für mich, für den Patienten, für die Krankenkasse)? Wie verstehe ich meine Rolle als behandelnder Therapeut?

Zunächst folgen hier einige Überlegungen zur Haltung des Therapeuten. Wenn uns Kinder und Jugendliche mit Adipositas gegenüberübersitzen, kommen uns möglicherweise schnell gute Ideen, was diese Menschen bzw. ihre Eltern machen könnten und sollten, um Gewicht zu verlieren. Entsprechende Ratschläge sind in aller Regel gut gemeint. Allerdings stellen sie schnell eine Kommunikationssituation auf „ungleicher Augenhöhe“ her. Da sagt jemand etwas „von oben herab“, jemand, der es natürlich besser weiß und kann. Häufig ist den Patienten durchaus klar, dass etwas auch konkret verändert werden muss – das ist aber leichter gesagt als getan. Und so können schnelle Ratschläge zu Frustration, Überforderung oder Versagensgefühlen führen. Dies sind keine guten Voraussetzungen, um die Energie, Motivation und Entschlossenheit aufzubringen, die notwendig sind, um seinen Lebensstil hinsichtlich Ess- und Bewegungsverhalten umzukrempeln. Veränderungen bedeuten immer ein gewisses Maß an Instabilität und Verunsicherung. Um diesen gegenüberzutreten und sie aushalten zu können,

braucht es möglichst viel *Selbstvertrauen* und *Motivation*. Der Patient bzw. die Familie muss an sich und seine/ihre (möglicherweise verschütteten, gerade wenig zugänglichen) Ressourcen und Stärken glauben, daran, dass es einem selber möglich ist, das Ziel zu erreichen, etwas zu verändern.

Es gibt möglicherweise auch gute Gründe für (Problem-)Verhalten (in unserem Kontext: viel/ungesund zu essen, sich wenig zu bewegen). Für die Haltung gegenüber den Patienten scheint es hilfreich, das (Problem-)Verhalten als einen Lösungsversuch zu sehen und – für den Moment – zu akzeptieren, als das, was den Patienten und Familien bisher in den jeweiligen Lebenskontexten möglich war. Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass Patienten und Familien da sind, weil sie selber zumindest in Teilen ein Problem wahrnehmen und eine diesbezügliche *Veränderung wünschen* – bei der Unterstützung benötigt wird. Dabei trägt nicht der Therapeut, sondern das Patientensystem die Hauptverantwortung für die Veränderung. Dieses muss die Veränderung im eigenen Alltag, tagtäglich, schaffen, das kann ihm niemand abnehmen. Und diese Aufgabe wird die Familie nur in ihrem eigenen Tempo und ggf. in ihrer eigenen möglich und sinnvoll erscheinenden Abfolge erfüllen können. Letztlich kann nur der Patient/das Familiensystem für sich wissen und entscheiden, was wann der erste bzw. nächste Schritt ist. Dabei wäre dann der Therapeut in der Rolle eines *Begleiters*, dem es im Idealfall gelingt, (neue) Handlungsspielräume mit zu eröffnen. Diese sollen es idealerweise den Patienten leichter machen, das Neue zu wagen und durchzuhalten und alte, ungewünschte Verhaltensweisen zu verabschieden.

Wie lässt sich die Rolle des Begleiters konkreter ausfüllen? Wenn man jemanden oder etwas, d.h. einen Prozess, begleitet, geht es immer auch um ein Ziel, um ein „Wohin?“. Zentrale Ziele im Rahmen der *Gesprächsführung* bei Adipositas sind:

- a) die Förderung von Veränderungsmotivation,
- b) die Unterstützung bei der Festlegung konkreter (Teil-)Ziele.

Im Folgenden werden einige Gesprächsansätze bzw. -techniken vorgestellt, die sich aus der gerade umrissenen Gesprächsgrundhaltung ableiten lassen und die sich an den beiden genannten Zielsetzungen,

„Förderung von Veränderungsmotivation“ und „Unterstützung bei der Festlegung konkreter (Teil-)Ziele“, orientieren. Sicherlich ist es im Einzelfall immer sinnvoll und notwendig, sich über die impliziten und expliziten Ziele bzw. über den Startpunkt des Begleitprozesses zu vergewissern. Es ist davon auszugehen, dass wir Patienten begegnen, die allein oder in Begleitung schon unterschiedlich weit gekommen sind. Entsprechend kann dann möglicherweise der Schwerpunkt der Gesprächsführung z. B. eher auf das erste (a) oder eher auf das zweitgenannte (b) Ziel gelegt werden.

### 3.2 Gesprächstechniken zur Förderung von Veränderungsmotivation

#### *Empathie zeigen*

*Empathisches Verhalten* bedeutet, die Gefühle, Sichtweisen, die Lebenssituation meines Gegenübers wahrzunehmen und auf diese verständnisvoll zu reagieren. Um mein Gegenüber tatsächlich wahrzunehmen und ihm oder ihr mein diesbezügliches Bemühen zu zeigen – und im Extremfall nicht mein prototypisches Allgemeinverständnis von „den Adipösen“ zu projizieren – ist es wichtig, *gut und aktiv zuzuhören*. Dabei sollte auch das wahrgenommen werden, was unter Umständen nicht oder „zwischen den Zeilen“ gesagt wird. *Offene Fragen*, die zeigen, dass man über einen bestimmten Patienten noch nicht alles schon vorher wissen kann, schaffen Raum für die individuellen Fein- und Besonderheiten. Sie erweitern für die Patienten und für die Behandler den Rahmen und den Blick. Auf diese Weise können Aktivität und Bewegung (im doppelten Wortsinn) angestoßen werden. Das Individuum, um das es ganz konkret geht, mit seiner eigenen Persönlichkeit, seiner eigenen Geschichte, seinen eigenen Lebensumständen, steht ganz im Zentrum der Aufmerksamkeit und sollte dies spüren. Wie bereits erwähnt, ist die Akzeptanz des Ist-Zustands durch den Behandler eine sehr wichtige Voraussetzung, um in einen Veränderungsprozess zu kommen. Es sollte deshalb nicht an Wertschätzung, Anerkennung und explizit ausgedrücktem *Lob* gespart werden (z. B. wie stark und/oder geduldig jemand mit schwierigen Bedingungen umgeht).



## *Schwerpunkt auf Positivem*

Es kann befreiend sein – wenn vielleicht für alle Seiten zunächst auch etwas ungewohnt –, sich gemeinsam mit den Patienten und Familien auf die Suche nach den Handlungen und Situationen zu machen, die klappten, die gut laufen, bei denen es Ausnahmen vom „Problemverhalten“ gibt. Es ist weitaus motivierender zu sehen, dass schon etwas klappt, und sei es noch so selten, noch so „klein“, als sich am Negativen festzubeißen. Ansonsten kann man in eine so genannte „Problemtrance“ (6) geraten, bei der die Probleme unüberwindlich erscheinen, erst recht, wenn eigentlich schon „alles“ so oft versucht wurde und „nichts“ bisher geklappt hat. Wenn etwas – zumindest manchmal – klappt, zeigt es, dass ein Teil des gewünschten Verhaltens nicht nur möglich ist, sondern eigentlich bereits durch die Familie beherrscht wird. Im nächsten Schritt kann dann geschaut werden, wie, wann und wo sich das ausweiten lässt bzw. welche Voraussetzungen gegeben sein müssen, dass es noch häufiger „klappt“. Nützlich kann es auch sein, auf allgemeine Stärken und Ressourcen jenseits des eigentlichen Problem- bzw. Lösungsverhaltens zu achten und diese mit zu nutzen (z.B. Hobbys, Familie, Freunde ...).

## *Reframing*

Wie etwas – auch ein Problemverhalten – wahrgenommen wird, hängt vom Kontext oder, anders ausgedrückt, von den so genannten „Rahmungen“ ab. Bei der Technik des Reframings werden für das Klientensystem ungewohnte, neue, alternative Rahmungen (Frames) zur Verfügung gestellt. Auch scheinbare Nachteile eines Verhaltens können unter Umständen Vorteile oder positive Aspekte aufweisen. Für Eltern kann es zum Beispiel einen Unterschied ausmachen, ob sie glauben, dass ihre Kinder aus Trotz bzw. weil sie nicht auf ihre Eltern hören wollen viel und/oder ungesund essen, oder ob sich ihnen plötzlich eine andere Sichtweise eröffnet. Dies könnte beispielsweise sein, dass das Essen für das Kind eine Umgehensstrategie (und damit auch eine Fähigkeit) darstellt, mit unangenehmen Gefühlen klarzukommen (wie Schulstress, Trauer, Wut ...). Es geht darum, produktive Unterschiede zu bisherigen Wahrnehmungsweisen zu generieren und dadurch Möglichkeiten zu eröffnen, dass tatsächlich alles auch anders sein und werden kann (7).

## *Zirkuläre Fragen*

Fragenstellen dient nicht nur dem Informationsgewinn des Fragestellers, sondern generiert unter Umständen auch beim Befragten Informationen. In jeder Frage stecken Implikationen. Fragen lassen sich auch als Interventionen nutzen. „Zirkuläre“ Fragen berücksichtigen bestimmte Verhaltensweisen und Symptome (z. B. Übergewicht) als etwas, das eine Rolle in Beziehungen und in Kommunikationsmustern zwischen z. B. Familienmitgliedern spielt. Häufig wird das Thema Essen/Übergewicht als etwas den Familienalltag, den Umgang der Familienmitglieder untereinander Belastendes und Stressendes beschrieben. Themen wie Ernährung, Gewicht und Bewegung werden zu Konfliktherden. Zirkuläre Fragen dienen dazu, die Mitglieder eines Kommunikationssystems (z. B. Familie) untereinander in eine – neue – Form von Austausch zu bringen, neue Informationen übereinander zu bekommen, die im Idealfall wiederum dazu beitragen, Veränderungsmotivation zu stärken. Beispiele für zirkuläre Fragen könnten sein: Was, denkst du, bedeutet es für deine Eltern, dass du hier heute mit hingekommen bist? Was bedeutet es für deinen Vater, wenn deine Mutter erleichtert ist, dass du dich entschlossen hast, abnehmen zu wollen? Für wen, denkst du, ist das Übergewicht kein Problem? Wen belastet es am meisten? Mal angenommen, das Übergewicht wäre über Nacht plötzlich verschwunden, was würde sich dann für wen in deinem Alltag wie verändern? Es geht also um „Vernetzungen“, um Muster und um Prozesse, an denen verschiedene Personen, verschiedene Systeme, verschiedene Kontexte beteiligt sind, nicht um festgefahrene, unabänderliche „Dinge“. Zirkuläre Fragen ermöglichen den (Familien-) Systemen und Patienten auch das Einnehmen einer Metaposition auf sich, ihren Kontext, ihr Problem, ggf. auch ihre Lösungswege (5).

## *Skalierungsfragen*

Es ist schwierig, so etwas wie „Motivation“ in Worte zu fassen und darüber im Gespräch direkt in einen Austausch zu kommen. Hierbei erscheint es – wiederum sowohl für Patienten und Familien als auch für den Therapeuten – hilfreich, auf Skalierungen zurückzugreifen. Diese lassen sich in der Regel intuitiv einschätzen, auch Grundschul Kinder kommen mit dieser Art von Fragen häufig gut zurecht. Meistens bietet dabei der Therapeut eine Skala von 0 oder 1 (sehr geringe Ausprägung) bis 10 (sehr starke Ausprägung) an (siehe Abbildung 4), alternativ lässt sich auch nach Prozentangaben fragen (bei Jugendlichen und Erwachsenen).

## Dringlichkeitsskala

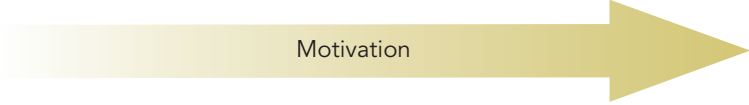
# „Wie wichtig ist es dir, etwas an X zu ändern?“

gar nicht wichtig

sehr wichtig

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

Motivation



### Abbildung 4:

Beispiel für eine Skalierungsfrage

Es lassen sich verschiedene relevante Aspekte skalieren, z. B. die *Zuversichtlichkeit*, dass die gewünschte Veränderung geschafft werden kann, die *Dringlichkeit*, wie stark die Veränderung gewünscht wird, oder im Verlauf auch, wie stark sich der Patient bzw. die Familie bereits den angestrebten *Zielen* genähert hat. Dabei können solche Skalierungsfragen auch helfen, Motivation weiter aufzubauen bzw. zu erhalten. Der Glaube daran, sich verändern zu können, stellt einen wichtigen Motivator dar.

Skalierungsfragen lassen sich als Selbsteinschätzungsfragen oder als zirkuläre Fragen einsetzen. Zirkuläre Skalierungsfragen könnten z. B. lauten: Wer ist wie zuversichtlich? Was vermutest du, welchen Wert würde deine Mutter nennen? Wer ist am zuversichtlichsten, wer am wenigsten zuversichtlich, dass sich etwas verändert? Wer kann alles etwas zur Veränderung beitragen? Wer am meisten? Auf einer Skala: wie viel du, wie viel deine Mutter, dein Vater, deine Schwester, dein Opa...? Das Ziel bei Skalierungsfragen besteht nicht darin, grundsätzlich möglichst hohe Zahlen genannt zu bekommen, sondern v. a. realistische, differenzierte Werte zu hören, so wie sie eben für den Moment dem

„Schätzer“ stimmig scheinen. Mit den genannten Zahlen lässt sich dann weiter arbeiten und fragen, z. B.: Was wäre nötig, dass der Wert höher/ tiefer würde? In welchen Situationen könnte es sein, dass ein höherer/ niedriger Wert genannt würde?

### *Ambivalenzen/Diskrepanzen zulassen*

Auch eigentlich gewünschte Verhaltensänderungen haben in der Regel neben möglichen Vorteilen und Gewinnen nicht zu vernachlässigende Nachteile und Kosten. Das gilt umgekehrt auch für die Beibehaltung des (Problem-)Verhaltens, auch hier gibt es neben den Nachteilen Vorteile. Meist scheint und ist es jedoch leichter, lieber das Gewohnte (erst mal noch) beizubehalten. Wir haben es, wie in vielen anderen menschlichen Lebens- und Entscheidungsbereichen auch, mit *Ambivalenzen* zu tun (7, 8). In aller Regel gibt es hinsichtlich der Motivationslage ein „Sowohl-als-auch“ bzw. „Einerseits-Andererseits“ bei Kindern, Jugendlichen und Eltern. Für den Erfolg, für eine ernsthafte, tragfähige Entscheidung, etwas zu verändern, kann es hilfreich sein, diese Ambivalenzen nicht auszublenden, sondern zuzulassen, zu würdigen, ggf. auch aktiv mit in die Gespräche zu holen. Das gilt für alle „Richtungen“ des Für und Wider. So könnte man etwa bei einem demonstrativ nicht motivierten Jugendlichen, nachdem man seine Nicht-Motivation verständnisvoll gewürdigt hat, vorsichtig auch nach klitzekleinen Motivationsfunken fragen – immer unter der Prämisse, dass diese neben den Hemmnissen, dem Nicht-Wollen/-Können stehen dürfen und die Nicht-Motivation dadurch gar nicht in Frage gestellt werden muss. Unter Umständen provoziert das dezidierte Eingehen auf Nicht-Veränderung bzw. den Aufwand der Veränderung sogar plötzlich doch das Eintreten für Veränderung. Umgekehrt lassen sich mögliche Frustrationen antizipieren oder vermeiden, indem auch bei größter Motivation mögliche Hemmnisse, Kosten und Nachteile angesprochen und erfragt werden.

Im Rahmen der motivierenden Gesprächsführung (s. o.) (5) werden Ambivalenzen, d. h. vor allem auch Diskrepanzen z. B. zwischen bestimmten Werten, Zielen und tatsächlichem Verhalten, genau in den Blick genommen. Es hat sich gezeigt, dass eine bewusstere Wahrnehmung solcher Diskrepanzen zu Veränderung motivieren kann. Bestimmte Arten des Fragenstellens sind dabei besonders geeignet, selbstmotivierende Äu-

Berungen bei Kindern, Jugendlichen und Eltern hervorzurufen. Hierbei ist wichtig, dass die Fragen offen gestellt werden (d.h. mit tatsächlicher, individueller Antwortoption, nicht als geschlossene oder suggestive Ja-/Nein-Fragen):

- Fragen zu Nachteilen des Status quo
- Fragen zu Vorteilen der Veränderung
- Fragen zur Veränderungsabsicht  
(siehe Abbildung 3, Dringlichkeitsskala)

### *Umgang mit „Widerstand“*

Das Thema Adipositas an sich ist in der Regel belastend und unangenehm für die Betroffenen. Die gerade beschriebene Thematisierung und Offenlegung von Diskrepanzen kann darüber hinaus zusätzlich von Kindern und Eltern als durchaus konfrontativ erlebt werden. Gewissermaßen geraten dadurch Unstimmigkeiten in der persönlichen Lebensgestaltung in den Blick – die sicherlich unvermeidlich und in der einen oder anderen Form bei jedem zu finden sind. Deren Fokussierung scheint jedoch in der Regel eher unangenehm. Dies macht – erneut – ein empathisches Vorgehen essentiell.

Wenn es Patienten zu „heiß“ wird, sie das Gefühl bekommen, schlecht dazustehen, angegriffen und nicht verstanden zu werden, kann es zu einer Umgehensstrategie kommen, die in manchen Kontexten als „Widerstand“ bezeichnet wird. Zum Beispiel fangen Kinder/Jugendliche oder Eltern an zu argumentieren, es werden Aussagen des Therapeuten bestritten oder abgewertet, der Therapeut wird unterbrochen, es werden Ausreden vorgebracht, „Ja-aber“-Antworten gegeben, Schuldzuweisungen vorgenommen oder man bemerkt, dass die Gesprächspartner abgelenkt und unkonzentriert wirken, Gesagtes ignorieren und man keine Antwort erhält.

Mögliche Umgehensstrategien können hier sein:

- Gehörtes reflektieren und z. B. Ambivalenzen empathisch widerspiegeln
- Den Gesprächsfokus verschieben (z. B. auf Dinge, die gut klappen, die kohärent sind)

- Herausstellen der persönlichen Wahlfreiheit: es geht nicht um Wünsche/Ziele des Therapeuten, sondern allein um die Wünsche/Ziele der Kinder und Familien
- Reframing (s. o.)
- Konform gehen, d. h., die Kinder/Eltern in ihrem Widerstand bestärken (und so ggf. eine Art Widerstand gegen den Widerstand provozieren)

### 3.3 Festlegung von Therapiezielen

Ziele sind von zentraler Bedeutung für Veränderungsprozesse. Um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, die Ziele tatsächlich auch zu erreichen bzw. um Frustrationen bei möglichen Rückfällen oder Stagnationen gering zu halten, lassen sich folgende Kriterien für Zielformulierungen benennen:

- Ziele sollten *konkret*, präzise und verhaltensbezogen sein. Die Umsetzung im Alltag wird erleichtert, wenn bereits klar ist, was genau jemand wann, wie, wo und mit wem machen möchte.
- Ziele sollten für das Individuum *bedeutsam* sein. Es geht um etwas, das wichtig ist, das sich für die jeweilige Person oder Familie zu erreichen lohnt.
- Ziele sollten *realistisch* sein. Die Chance, dass die gesetzten Ziele erfolgreich erreicht werden können, sollte so groß wie möglich sein. In der Regel lässt sich nicht alles in kürzester Zeit sofort und beständig erreichen. Sich so etwas vorzunehmen, würde zwangsläufig zu Frustration und Misserfolgserleben führen.
- Ziele sollten *kleinschrittig* sein, d. h., es werden Etappenziele formuliert, überprüft und gewürdigt. Der Veränderungsprozess kann nur Schritt für Schritt erfolgen.

Es geht also darum, die Patienten und ihre Familie dabei zu begleiten, die für sie zu den genannten Kriterien passenden Ziele herauszufinden: Was soll erreicht werden? Wozu soll es erreicht werden? Was sind Vor- und Nachteile auf dem Weg zum Ziel bzw. bei Erreichen des Ziels? Wie groß ist die Zuversicht, dass das Ziel erreicht werden kann? Wie lange wird es vermutlich brauchen, das Ziel zu erreichen? Was könnte der

erste Schritt in Richtung Ziel sein, was der zweite etc.? Selbstverständlich lassen sich bei der Festlegung der Therapieziele die oben genannten Gesprächstechniken nutzen. Primär sollte die Familie und nicht der Therapeut Ziele und Therapievorschläge einbringen.

Die *Überprüfung der Ziele* sollte im Prinzip ebenfalls v. a. durch die Familien erfolgen und für diese relevant und bedeutsam sein. Dabei ist es natürlich insbesondere zum Start bzw. wenn es „steinig und schwierig“ wird, für viele hilfreich und unterstützend bzw. ein zusätzlicher Anreiz, auch eine gewisse externe Kontrolle und „Verbindlichkeit“ zu erleben, nach dem Motto „es ist gerade stressig und viel, aber nächste Woche ist der nächste Arzttermin, da wollen wir etwas vorweisen können“. Längerfristig wird sich jedoch die Veränderung nur durchsetzen, wenn die Familie eine eigene Verantwortlichkeit und Motivation entwickelt – die entsprechend durch den Therapeuten unterstützt und begleitet wird. Je nachdem kann es hilfreich sein, dass die Patienten/Familien *Verträge* zur Zielvereinbarung und -erreicherung miteinander oder auch mit dem Therapeuten unterzeichnen, die sich in den Ausformulierungen ebenfalls an o.g. Kriterien orientieren sollten.

Manche Teilziele sind für den Einzelnen/eine individuelle Familie leichter umsetzbar, manche schwieriger. Es gibt für Eltern sehr viele Möglichkeiten, ein Kind zu belohnen, z.B. auch schon darüber, das Kind zu loben oder zu umarmen. Gerade das Loben kann, wenn es ernst gemeint und konkret formuliert wird, nicht oft genug erfolgen. Dies ist ein ganz wichtiger Aspekt, sich und v.a. das Kind zum Weitermachen zu motivieren. Zunächst sehr unangenehme, schwierige Verhaltensänderungen lassen sich auch über *Belohnungssysteme* gewissermaßen trainieren und angewöhnen. Hier gibt es verschiedene Varianten, letztlich ergibt es immer Sinn, zu schauen, was im Einzelfall passt und sinnvoll ist: z.B. gemeinsam mit den Eltern einen Verstärkerplan ausschließlich für ein Vorschul- oder Schulkind aufzustellen oder sogar ein Belohnungssystem für die gesamte Familie, bei dem alle entsprechend Punkte sammeln und einlösen können. Wichtig ist, dass die Eltern die Belohnung gemeinsam mit dem Kind aussuchen, so dass diese tatsächlich einen guten Anreiz darstellt. Die Belohnung sollte nicht auf anderen Wegen für das Kind leicht erreichbar sein. Selbstverständlich sollten adipöse Kinder nicht gezielt mit Lebensmitteln belohnt werden. Abbildung 5 zeigt ein Beispiel für einen Belohnungsplan.

## Belohnungsplan für: Laura

Woche vom: 21.07. bis: 27.07.

Sammle lachende Smileys ☺!

	Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5	Tag 6	Tag 7
Übung 1: nur 1 Portion Mittagessen	☺		☺				
Übung 2: gründlich kauen (Mittagessen)	☺	☺					

Belohnung für 5 Smileys: gemeinsame Zeit (1h): Laura bestimmt, was gespielt wird

Belohnung für 10 Smileys: neuer Haarschmuck

Belohnung für 15 Smileys: ein gemeinsamer Kinobesuch

Du kannst deine Smileys entweder sofort eintauschen, sobald du 5 Smileys erreicht hast, oder sammeln, bis du 10 oder 15 Smileys hast!

**Abbildung 5:** Beispiel für einen Belohnungsplan

Es ist in der Regel nicht anzunehmen, dass die formulierten und vereinbarten konkreten, bedeutsamen, realistischen und kleinschrittigen Ziele wie am Schnürchen umgesetzt und erreicht werden. Wenn es doch so kommen sollte – umso besser. Ansonsten schadet es nicht, bereits frühzeitig auch über möglicherweise auftretende Herausforderungen zu sprechen und insbesondere entsprechende *Problemlösestrategien* zu entwickeln, damit – unausweichliche – Herausforderungen im Veränderungsprozess möglichst nicht in eine frustrierte Kapitulation münden.



Es ließe sich etwa schauen, was bereits in der Vergangenheit geholfen hat, welches Problemlöse“handwerkszeug“ aus diesem oder aus anderen Kontexten allgemein zur Verfügung steht und was davon individuell als „tauglich“ bewertet wird. Hier könnte beispielsweise erarbeitet werden, dass es sehr sinnvoll scheint, sich regelmäßig zu wiegen, um evtl. problematische Entwicklungen rechtzeitig zu bemerken. Bereits als hilfreich erlebte Maßnahmen (z.B. langsamer essen, gründlich kauen, nur eine Portion pro Mahlzeit) sowie Unterstützungsangebote (Gespräch mit Eltern oder Therapeuten) lassen sich schriftlich festhalten. Wenn es im therapeutischen Begleitungsprozess zu „Krisen“, Schwierigkeiten, Motivationseinbrüchen kommt (z.B. bei weiterer oder erneuter Gewichtszunahme), können diese positiv „reframt“ werden: Krisen lassen sich als prophylaktische Trainingseinheiten für evtl. später auftretende „Rückfälle“ nutzen, die es erlauben, ein Handwerkszeug an Umgangs- und Problemlösekompetenzen zu entwickeln. Eine zusätzliche Methode der Rückfallprophylaxe besteht darin, die Kinder/Jugendlichen einen Brief an sich selber schreiben zu lassen, was sie sich sagen, raten und empfehlen würden, wenn sie wieder zunähmen.

## 4. Kommentierte Gesprächsbeispiele

Im Folgenden wird zu bestimmten Themen (z.B. therapeutische Haltung) zunächst ein eher negatives Beispiel dargestellt mit einer Erklärung, was eine solche Formulierung auslösen kann, gefolgt von einem Beispiel, wie die Formulierung besser ausfallen könnte. Hierbei werden bewusst sehr negative Formulierungen vorgestellt, um für das Thema zu sensibilisieren.

### a) *Therapeutische Haltung*

Die therapeutische Haltung sollte neutral sein, d.h., Schuldzuweisungen jeder Art sind in jedweden Formulierungen zu vermeiden.

#### Negatives Beispiel:

*„Durch Luft kann man nicht zunehmen, Übergewicht entsteht dann, wenn man sich für seine Ernährungsgewohnheiten zu wenig bewegt.“*

Diese Aussage ist wissenschaftlich richtig, beinhaltet aber den (latenten) Vorwurf, zu viel zu essen und sich zu wenig zu bewegen. Adipöse Kinder und deren Eltern sind sehr sensibel für dieses Thema, da sie sich alltäglich entsprechenden Vorwürfen ausgesetzt sehen. Aus Wahrnehmung der Kinder und Eltern unternehmen diese bereits alles für sie Mögliche, um weniger zu essen und sich mehr zu bewegen. Sie suchen Rat, da sie nicht wissen, was sie noch anders machen können. Eine andere Formulierung wäre:

*„Übergewicht 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.“*

Mit einer solchen Formulierung wird eine Therapie eher angenommen, da nicht mit dem Vorwurf gestartet wird, zu viel zu essen und sich zu wenig zu bewegen, sondern mit Verständnis, dass es die Familie sehr schwer hat. Diese Formulierung deckt sich häufig mit den Erfahrungen der Eltern, dass das schlanke Nachbarskind viel mehr isst als der eigene betroffene Nachwuchs.

Es sollte immer eine Motivation der adipösen Kinder und ihrer Eltern angenommen werden, da diese ansonsten gar nicht zu Ihnen gekommen wären.

Negatives Beispiel:

*„Haben Sie schon etwas gegen das Übergewicht Ihres Sohnes unternommen?“*

Diese Formulierung beinhaltet wieder den (latenten) Vorwurf, bisher nichts unternommen zu haben. Eine Alternative wäre folgende Formulierung:

*„Wie haben Sie gemerkt, dass Ihr Sohn etwas gegen das Übergewicht unternimmt? Wer in der Familie hat dies noch bemerkt?“*

Dies zeigt, dass Sie der Familie bereits Motivation sowie Kompetenz und Problemlösefertigkeiten unterstellen.

*b) Therapeutische Allianz, Begleiter statt RatSCHLAGgeber*

Die Rolle des Therapeuten in einem gleichberechtigten Gesprächsmodell (siehe Abbildung 2) liegt in der Begleitung und nicht in der Aufgabe, Ratschläge zu geben (dies ist ein arztzentriertes Gesprächsmodell, siehe Abbildung 1).

Negatives Beispiel:

*„Ich schlage vor, dass Sie den Fernsehkonsum Ihres Sohnes reduzieren.“*

Dieser Ratschlag ist gut gemeint, aber trotzdem ein „Schlag“ für die Familie. Diese Formulierung beinhaltet den (latenten) Vorwurf, dies bisher noch nicht gemacht zu haben. RatSCHLÄGE sind immer auch „Schläge“. Aus Ihrer eigenen Erfahrung haben Sie vielleicht auch schon gemerkt, dass jede direkte Handlungsanweisung Widerstand auslöst und man schnell viele Gründe findet, warum dies nicht umsetzbar ist. Alternative Formulierungen (mit gleichem Inhalt) wären z. B.:

*„Einige Studien haben gezeigt, dass Kinder bei Reduktion des Fernsehkonsums Gewicht verlieren können. Empfehlungen sprechen von maximal zwei Stunden Fernsehen pro Tag. Was denken Sie darüber?“*

oder noch besser:

*„Einige Familie erzählen, dass die Kinder weniger Hunger haben, wenn ein Frühstück eingenommen wird. Wie denken Sie darüber?“*

Durch diese Formulierungen werden Sie zum Begleiter der Familie. Gedanklich setzen Sie sich neben die Familie und überlegen gemeinsam,

ob dieser Vorschlag zur Familie passt. Die Eltern und Kinder fühlen sich hierdurch weniger unter Druck gesetzt und gehen nicht direkt in einen Ablehnungsmodus über.

### c) Fokus auf Stärken

In der Adipositas therapie neigen Therapeuten häufig dazu, Probleme (Schwächen) hervorzuheben und hier nach Änderungsmöglichkeiten zu suchen. Somit dreht sich schnell das Gespräch nur um Negatives – und dies ist für niemanden angenehm. Besser ist es, die Stärken herauszustellen und diese zu benutzen, um Herausforderungen zu überwinden.

#### Negatives Beispiel:

*Therapeut: „Frühstückst du?“*

*Kind: „Ja, gelegentlich.“*

*Therapeut: „Warum frühstückst du nicht jeden Tag?“*

Diese Formulierung fokussiert auf den Misserfolg und die Behandlung wird damit aus Sicht des Kindes schnell mit Negativem besetzt. Das Selbstbewusstsein der Kinder wird zudem herabgesetzt. Eine alternative Formulierung könnte lauten:

*„Wie viele Tage in der Woche frühstückst du? Was ist besonders an den Tagen, an denen du frühstückst?“*

Nun wird der Fokus auf die Stärken gelegt und überlegt, was unter Umständen an den Tagen besonders ist, an denen es gelingt zu frühstücken.

### d) Empathie ausdrücken

In Gesprächen Empathie auszudrücken ist manchmal eine Herausforderung, insbesondere, wenn man sich durch Jugendliche oder auch Eltern angegriffen fühlt. Häufig steht hinter einem „gefühlten“ Angriff der Patienten der Ruf nach Aufmerksamkeit. Ein Vater könnte etwa, nachdem der Therapeut etwas vorgestellt hat, äußern: *„Ich habe die neuesten Forschungsergebnisse dazu gelesen. Ich bin auf dem aktuellsten Stand.“*

#### Negatives Beispiel:

*„Ich bin der Fachmann. Sie können sich darauf verlassen, dass alle unsere Vorschläge Stand der Wissenschaft sind.“*

Hiermit geht der Therapeut auf Konfrontationskurs und stellt sein Wissen über das Wissen des Vaters. Dies ist häufig der Beginn eines konfliktreichen Gesprächs. Eine alternative Reaktion könnte so aussehen:

*„Ich merke, Sie haben sich intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt, das zeigt, wie motiviert Sie sind.“*

Der Therapeut zollt dem Vater Wertschätzung. Dadurch fühlt sich der Vater eher verstanden und Widerstände können sich auflösen.

Aussagen wie: *„Ich bin alleinerziehend. Es ist alles so schwierig, niemand unterstützt mich“* beinhalten unter Umständen neben der Klage auch einen Hilferuf nach Unterstützung sowie den Ruf nach Anerkennung. Wenn es dem Therapeuten gelingt, darauf zu reagieren und daran anzuknüpfen, wird die Beziehungsebene zwischen Therapeut und Elternteil gestärkt. Ein Beispiel einer empathischen Äußerung des Therapeuten könnte sein:

*„Ich merke, dass auf Ihnen eine große Verantwortung lastet und Sie ganz Unglaubliches leisten. Da wünschen Sie sich manchmal mehr Unterstützung ...“*

Aussagen von Jugendlichen, wie: *„Ich will meine Ruhe. Die sollen auch nicht einfach immer in mein Zimmer kommen!“*, können unter anderem zeigen, dass der Jugendliche sich mehr Autonomie wünscht. Eine empathische Formulierung des Therapeuten könnte sein:

*„Wenn ich dich recht verstehe, möchtest du weniger von den Erwachsenen kommandiert werden und stattdessen selber für dich Verantwortung übernehmen?“*

#### e) Reframing

Wenn es dem Therapeuten gelingt, nicht nur empathisch zu sein, sondern dem Gesagten auch noch eine – neue – Deutungsebene hinzuzufügen, eröffnet sich die Möglichkeit, dass die Familien neue Verhaltensstrategien entwickeln. Sagt die Mutter z.B.: *„Ich weiß nicht, wie ich meiner Tochter helfen soll. Ich muss den ganzen Tag schimpfen, ich bin wie ein Kassettenrecorder von morgens bis abends“*, wäre ein negatives Antwortbeispiel:

*„Ermahnungen führen zu nichts, besser ist es, das Positive zu sehen.“*

Hier wertet der Therapeut und gibt direkte Handlungsanweisungen, die leicht zu Widerstand führen können. Besser wäre z.B. die Formulierung:

*„Sie fragen sich, ob es hilfreich ist, Ihre Tochter immer wieder zu ermahnen?“*

Hier wiederholt der Therapeut das Gesagte mit anderen Worten, um zum einen Verständnis zu zeigen und zum anderen Ansatzmöglichkeiten für eine neuen Verstehenskontext zu erarbeiten.

#### *f) Zielfestlegung und Umgang mit Widerstand*

Um konkrete Handlungsperspektiven zu erarbeiten, ist es zunächst wichtig, herauszufinden, ob die Familie eigene Veränderungsmöglichkeiten sieht. Nach der offenen Frage durch den Therapeuten, wie es in der letzten Zeit gelaufen ist, kommen bei motivierten Familien häufig schon Vorschläge von Kind/Jugendlichen oder Eltern, was anders laufen könnte. Der Jugendliche könnte z. B. als Vorsatz nennen, dass er nun mit dem Fahrrad in die Schule fahren will. Eine eher ungünstige Formulierung des Therapeuten wäre:

*„Das ist eine super Idee. Beim nächsten Mal erzählst du mir, wie es gelaufen ist.“*

Schwierigkeiten bei der Durchführung werden hier nicht bedacht. Wenn das Ziel nicht erreicht wird, befürchtet das Kind unter Umständen, dass der Therapeut enttäuscht sein könnte und vermeidet es, wieder zu kommen, um sein „Versagen“ nicht publik machen zu müssen. Eine *dauerhafte* Verhaltensmodifikation ist sehr schwierig. Die Ziele sollten möglichst konkret sein. Ohne konkrete, überprüfbare Ziele, die auch realisierbar sind, ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass das erwünschte Verhalten nicht dauerhaft eintritt. Aus diesen Gründen erscheint es besser, Ziele bezüglich ihrer Realisierbarkeit zu hinterfragen und möglichst kleinschrittig festzusetzen. Auf den Vorschlag des Jugendlichen, jetzt mehr mit dem Fahrrad zur Schule zu fahren, könnte der Therapeut z. B. einwerfen:

*„Das ist eine super Idee, aber eventuell wird es auf Dauer sehr schwierig. Was machst du, wenn es regnet? Ich schätze es als sehr schwierig ein, dann mit dem Fahrrad zur Schule zu fahren.“*

Hierbei wird der Vorschlag aufgegriffen und negiert bzw. relativiert und dabei werden alle denkbaren Hinderungsgründe genannt. Dies steigert

häufig auch den Ehrgeiz der „Betroffenen“. Wichtig ist es, immer nur an einem Vorhaben zu arbeiten und dafür konkrete Handlungsvorschläge zu entwickeln. Diese können z. B. auch vertraglich in der Akte vereinbart und vom Jugendlichen unterschrieben werden, was ebenfalls den Ehrgeiz steigert. Wichtig ist natürlich, bei der nächsten Vorstellung unbedingt an das Vereinbarte zu denken und danach zu fragen.

Resigniert die Familie, kann eine andere Herangehensweise helfen. Auf die Aussage der Mutter: „*Wir haben wirklich alles probiert*“ in der folgenden Form zu antworten, erscheint eher ungünstig:

*„Haben Sie denn schon darüber nachgedacht, den Jungen in einem Sportverein anzumelden?“*

Abgesehen davon, dass adipöse Kinder in Sportvereinen häufig nur Misserfolge erleben, wird eine direktive Handlungsanweisung leicht zu Widerstand und Widerspruch führen. Alternativ könnte man erwidern:

*„Ja, da kann man wirklich nichts machen. Sie haben wirklich alles probiert.“*

In der Regel regt sich dann Widerstand bei den Eltern oder dem Kind, so dass wieder Handlungsspielraum entsteht und Vorschläge von der Familie selbst erarbeitet werden. Zur Not kann man auch nachfragen: „*Wer hat Einfluss auf das Gewicht von Hans?*“ oder die „Sinnfrage“ stellen: „*Was hast du davon, abzunehmen?*“ Wenn kein Vorteil beim Abnehmen gesehen wird, ist zurzeit offenbar nicht der richtige Zeitpunkt für eine Lebensstilmodifikation.

Wenn nach Motivation zur Gewichtsabnahme gesucht wird, sollte man für die Kinder und Jugendliche spürbare Vorteile suchen. Ein negatives Beispiel wäre damit etwa folgende Aussage:

*„Wenn du nicht bald Gewicht abnimmst, wirst du gesundheitliche Schäden davontragen.“*

Fast alle Folgeerkrankungen der Adipositas sind für die Jugendlichen nicht spürbar und erzeugen eher Angst (z. B. wurde beim Großvater aufgrund eines Diabetes eine Beinamputation durchgeführt und das Kind hat nun mehr Sorge, dass es auch die Beine verlieren wird, als dass es durch die Adipositas vom Diabetes bedroht ist). Besser ist es, als Vorteile einer Gewichtsabnahme auf die größere Auswahl bei moderner Kleidung, weniger Hänseleien oder verbesserte sportliche Belastbarkeit hinzuweisen.

Eine Herausforderung stellt es dar, mit Widerstand umzugehen. Zum Beispiel melden die Eheleute F. ihre übergewichtige Tochter für eine Adipositaschulung an. Sie wissen, dass sie bereits alles richtig machen. Die Mutter kocht jeden Tag biologisch und vegetarisch und kennt sich in der Ernährung gut aus. Das Kind macht regelmäßig Sport und ist auch sehr beliebt im Klassenverband und bei Freunden. Beide Eltern sind selbstständig und das Kind wird von den Großeltern mitbetreut. Der Vater hat in der Schulung regelmäßig den Anspruch, „etwas Neues zu erfahren“. Er argumentiert damit, dass das Programm die Krankenkasse auch schließlich mit viel Geld bezahlen würde. In der Schulung würde ihm rein gar nichts Neues nahegebracht. Die Informationen seien falsch und aktuelle Studien würden dies gerade bestätigen. Die Schulung entspräche so gar nicht seinen Vorstellungen.

Diese Familie zeigt ein deutliches Widerstandsverhalten, was eine Alarmsituation zur Qualität der Gesprächsführung darstellt. Ein eher negatives Beispiel wäre nun, gegen die Eltern zu argumentieren und dem Widerstand direkt zu begegnen, dass ja wohl alle Informationen richtig und korrekt seien:

*„Ich kann Ihnen versichern, dass wir absolut auf dem aktuellen Forschungsstand arbeiten.“*

Vielmehr könnte man versuchen, vermehrt auf die Beziehungsgestaltung zu achten:

*„Da scheinen wir wirklich miteinander in einem Dilemma zu stecken. Sie sind so unglaublich gut informiert, dass wir Ihnen gar nichts Neues mehr bieten können. Vor dem Hintergrund kann ich Ihre Unzufriedenheit gut nachvollziehen.“*

oder

*„Sie haben ja nun einen wirklich großen Erfahrungs- und Wissensschatz, dadurch, dass Sie sich so engagiert kümmern und informieren. Mich würde sehr interessieren, womit Sie bisher gute Erfahrungen in der Umsetzung gemacht haben.“*



## 5. Gesprächsregeln

Zum Abschluss einige aus unserer Sicht wichtige Gesprächsregeln:

- Jede Familie, die sich in der Sprechstunde vorstellt, ist motiviert.
- Fokus auf Stärken, nicht auf Schwächen richten.
- Keine RatSCHLÄGE erteilen.
- Wenn der Therapeut mehr arbeitet als die Familie, läuft etwas verkehrt.
- Immer nur ein Ziel, kleinschrittig arbeiten.
- Nicht gegen Widerstand argumentieren.
- „Widerstand“ als Hinweis auf Probleme in der Gesprächsführung ansehen.

**Tabelle 1:**

Tipps für die Gesprächsführung bei Kindern/Jugendlichen mit Adipositas

## 6. Literatur

1. Reinehr T, Widhalm K, l'Allemand D, Wiegand S, Wabitsch M, Holl RW. Two-year follow-up in 21,784 overweight children and adolescents with lifestyle intervention. *Obesity (Silver Spring)*. 2009;17:1196-99.
2. Reinehr T, Temmesfeld M, Kersting M, de Sousa G, Toschke AM. Four-year follow-up of children and adolescents participating in an obesity intervention program. *Int J Obes (Lond)*. 2007;31:1074-77.
3. Knop C, Singer V, Uysal Y, Schaefer A, Wolters B, Reinehr T. Extremely obese children respond better than extremely obese adolescents to lifestyle interventions. *Pediatr Obes*. 2013.
4. Denzer C, Reithofer E, Wabitsch M, Widhalm K. The outcome of childhood obesity management depends highly upon patient compliance. *Eur J Pediatr*. 2004;163:99-104.
5. Miller W, Rollnick S. *Motivierende Gesprächsführung*. Lambertus, Freiburg 2009.
6. Schmidt G. *Liebesaffären zwischen Problem und Lösung*. Carl Auer, Heidelberg 2010.
7. Schlippe A, Schweitzer J. *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. 9 ed. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2003.
8. Dietrich W, Lüscher K, Müller Ch. *Ambivalenz. Eine soziologische Annäherung*. In: Dies. *Ambivalenzen erkennen, aushalten, gestalten*. (17-62) Theologischer Verlag, Zürich 2009.









Dr. phil. Barbara Dieris  
Diplom-Psychologin

Prof. Dr. med. Thomas Reinehr  
Chefarzt der Abteilung für Pädiatrische Endokrinologie,  
Diabetologie und Ernährungsmedizin  
Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln  
Universität Witten/Herdecke  
Dr.-Friedrich-Steiner Str. 5  
45711 Datteln  
Tel.: +49 (0) 2363 / 97 52 29  
Fax: +49 (0) 2363 / 97 52 18  
E-Mail: [T.Reinehr@kinderklinik-datteln.de](mailto:T.Reinehr@kinderklinik-datteln.de)

An abstract graphic on the left side of the page, consisting of several overlapping, curved shapes in shades of teal and blue. The shapes are layered, with some appearing as thin lines and others as solid areas, creating a sense of depth and movement. The overall shape is roughly a large, curved 'C' or 'G' that tapers towards the bottom.

biomedpark Medien GmbH, Heidelberg • ISBN 978-3-98-16544-2-4