



Der Arzt¹ und sein jugendlicher Patient²

Jürgen Grieser, Urs Eiholzer

Institut Wachstum Pubertät Adoleszenz, Zürich

Der Arzt und sein jugendlicher Patient

Quintessenz

- In einer beziehungsorientierten Jugendmedizin begegnet der Arzt dem jugendlichen Patienten und seinen Symptomen im Wissen um die spezifischen Entwicklungsaufgaben des Jugendalters. Dazu gehört insbesondere die Beziehungs- und Ablösungsdynamik zwischen dem Jugendlichen, seinen Eltern und der Gruppe der Gleichaltrigen. Nur wenn der Arzt berücksichtigen kann, dass die Beziehungs- und Ablösungsdynamik auch in seinem Umgang mit dem Jugendlichen und dessen Eltern eine Rolle spielt, wird sich eine auch längerfristig tragfähige Beziehung zum Jugendlichen entwickeln.
- Auf dieser Grundlage erhält der Arzt dann die relevanten Informationen über den körperlichen, kognitiven, emotionalen und sozialen Status des Jugendlichen. Der Jugendliche und seine Eltern andererseits erhalten eine umfassende Rückmeldung des Arztes über die Symptomatik, die zur Konsultation geführt hat, mitsamt ihrer Einordnung im biopsychosozialen Ganzen der Lebenssituation des Jugendlichen.
- Erleben die Eltern und der Jugendliche den Arzt als kompetent und authentisch, dann gewähren sie ihm Einblick in die familiäre Bindungs- und Ablösungsdynamik und erlauben ihm, auch im Sinne eines psychosozialen Entwicklungshelfers tätig zu werden, falls dies nötig sein sollte. Auf diese Art kann insbesondere für Jugendliche mit chronischer Krankheit oder schwierigen psychosozialen Lebenssituationen die Konsultation beim Arzt zu einer entwicklungsfördernden Sprechstunde (Sprechstunde im wahren Sinn des Wortes) werden, was sich mittel- und langfristig positiv auf die Compliance des Patienten und auf den Verlauf der eventuell bestehenden oder auftauchenden Krankheiten auswirkt.

Le médecin et son patient adolescent

Quintessence

- *Dans le cadre d'une approche centrée sur la relation, le pédiatre aborde le patient adolescent et les symptômes qu'il présente en tenant pleinement compte des finalités de l'adolescence en tant qu'étape du développement de la personne, et tout particulièrement de la dynamique de relation et de détachement par rapport aux parents et aux pairs. Seul un praticien qui réussit à intégrer cette dynamique de relation et de détachement dans son propre rapport à l'adolescent et à ses parents pourra installer une relation durable et stable avec son jeune patient.*
- *Le choix de se situer dans cette relation mettra le médecin en situation de s'informer de l'état cognitif, émotionnel et social de l'adolescent et de renvoyer à l'adolescent et à ses parents un bilan détaillé, replacé dans son contexte biopsychosocial, des symptômes qui ont motivé la consultation.*
- *Si l'adolescent et ses parents perçoivent le pédiatre comme un professionnel compétent et impartial, ils pourront lui livrer des éléments de la dynamique relationnelle familiale qui lui permettront, en cas de besoin, d'intervenir au profit du développement psychosocial de l'adolescent. Cette approche permet, notamment pour des jeunes atteints de pathologies chroniques ou en situation de difficulté psychosociale, de mettre à profit le fait que la consultation peut être un lieu de parole propice au développement personnel. Elle peut contribuer à améliorer dans la durée la compliance du patient et l'évolution de pathologies déclarées ou adventices.*

Traduction Dr G.-A. Berger

The doctor and his young patient

Summary

- In relationship-oriented youth medicine the doctor brings to his encounter with the young patient and his symptoms a knowledge of the specific developmental challenges of adolescence. They include in particular the bonding and detachment dynamic between the adolescent, his parents and his peer group. Only if the doctor can have regard to the fact that the bonding and detachment dynamic plays a role in his own dealings with the adolescent and his parents will a stable and lasting relationship with the young person develop.
- On this basis the doctor will then receive relevant information on the young person's physical, cognitive, emotional and social status. The young person and the parents, on their side, receive comprehensive feedback from the doctor on the symptoms which prompted the consultation and their place in the biopsychosocial totality of the young person's life situation.
- If parents and young person experience the doctor as competent and authentic, they grant him insight into the family bonding and detachment dynamic and allow him to become active in the manner of a psychosocial development aid worker, should this be necessary. In this way the visit to the doctor can, in particular for young people with chronic diseases or in difficult psychosocial situations, become a developmentally stimulating interchange, and this in turn will, in the medium and long term, impact favourably on the patient's compliance and on the course of any existing or emergent illness.

Translation R. Turnill, MA


- 1 Um die Lesbarkeit nicht zu erschweren, benutzen wir für «die Jugendliche» und «den Jugendlichen», «die Ärztin» und «den Arzt» meist nur die männliche Form.
- 2 Wir widmen diese Arbeit Frau Dr. med. Gisela Leyting, die unsere Arbeit über Jahre begleitet und mitgeprägt hat.

* CME zu diesem Artikel finden Sie auf S. 644 oder im Internet unter www.smf-cme.ch

* Vous trouverez les questions à choix multiple concernant cet article à la page 645 ou sur internet sous www.smf-cme.ch

Der Jugendliche

Der Jugendliche ist ein Mensch im Übergang; sein Leben ist geprägt durch Veränderung auf allen Ebenen: körperlich, seelisch und in seinen Beziehungen zur Umwelt bleibt nichts, wie es war. Neben Geburt und Säuglingsalter ist die Adoleszenz der Lebensabschnitt, der am meisten Umbruch und Beschleunigung in die Entwicklung bringt.

Die zentralen Entwicklungsaufgaben des Jugendalters (Tab. 1 ) gehen mit Unsicherheiten, Fragen und Symptomen einher, die den Jugendlichen und seine Eltern auch in der ärztlichen Praxis beschäftigen:

1. Der Jugendliche ringt darum, die körperlichen Veränderungen in das Bild, das er von sich hat, zu integrieren: «Wie sehe ich aus?»; «Entspricht mein Körper meinen Vorstellungen?»; «Mein Körper macht, was er will!».
2. Er muss die Beziehungen zu seinen Eltern und zu den Gleichaltrigen neu organisieren: die Gleichaltrigen rücken ins Zentrum, die Eltern in den Hintergrund.
3. Er ist auf der Suche nach einer angemessenen männlichen oder weiblichen Geschlechtsrolle: «Ich habe mich noch nie verliebt!»; «Bin ich schwul?».
4. Die Schule wird für das spätere Erwachsenenleben relevant; die Berufswahl muss getroffen und eine Ausbildungsstelle muss gefunden werden.
5. Der Jugendliche entwickelt unklare körperliche Symptome, weil er die Gedanken und Gefühle, die sich dank seiner neuen intellektuellen Möglichkeiten explosionsartig beschleunigen und intensivieren, noch nicht besser verarbeiten kann.

Besonders der letzte Punkt ist für den Arzt, der sich vielleicht nicht mehr im Detail an sein eigenes Erleben in der Adoleszenz erinnern mag, von Relevanz: Die neue Komplexität der Wahrnehmungen und Gedanken des Adoleszenten führt zu einer «entwicklungsbedingten Hypersensibilität», «die die Fähigkeit des Jugendlichen, mit Gedanken und Gefühlen auf andere Weise als durch körperliche Symptome und körperliche Aktion zu Rande zu kommen, überfordern kann» [2]. Deshalb sind Jugendliche (ähnlich wie Säuglinge und Kleinkinder) auch für psychosomatische Störungen prädestiniert.

Fall 1

Nadja, eine 16jährige Gymnasiastin, wird wegen persistierender Übelkeit und einer unklaren Gewichtsabnahme von 3 kg in den letzten Monaten eingehend stationär gastroenterologisch und endokrinologisch abgeklärt. Die sehr gute Schülerin fühlt sich nach dem mehrtägigen Klinikaufenthalt nicht mehr in der Lage, dem Unterricht beizuwohnen, und wird von der Schule befreit. Daraufhin wird sie ohne plausible Diagnose in die ambulante endokrinologische Behandlung entlassen, wo sie sich wieder als zu schwach für den Schulbesuch deklariert. Bereits in der ersten Sitzung der nun veranlassten psychologischen Abklärung ergibt sich, dass Nadja seit langem unter einem bisher wenig beachteten Konflikt mit Klassenkolleginnen leidet. Da sie perfektionistische Ansprüche an sich selber stellt, kann sie sich nie erlauben, einen solchen Konflikt so schlimm zu finden, dass sie darunter bewusst leiden oder gar den Wunsch verspüren könnte, deshalb der Schule fernzubleiben. Sie kann sich aber auch nicht vom Konflikt abwenden, sondern macht sich viele Gedanken darüber, wie die Kollegin ist, wie Beziehungen überhaupt sind, wieso sich Menschen widersprüchlich verhalten usw. Die psychische Schwächung durch das bekannte chronische Beziehungsproblem in der Schule fand schliesslich als körperliche Schwäche einen Ausdruck, und die Hospitalisation aufgrund der ominösen Krankheit ermöglichte es ihr, der Schule und damit den Klassenkolleginnen fernzubleiben.

Die kurze psychotherapeutische Intervention führt dazu, dass Nadja den nun seit zwei Monaten unterbrochenen Schulbesuch wieder aufnimmt. Nun kommt es darauf an, bei ihr und ihrer Familie die Motivation für eine langfristige psychotherapeutische Arbeit zu schaffen, damit Nadja in Zukunft auf Konflikte anders als mit körperlichen Symptomen reagieren kann.

Die biologische, die psychologische und die soziale Ebene der Veränderungen im Jugendalter widerspiegeln sich in den drei Fragen, die den Jugendlichen in der Konsultation beim Arzt beschäftigen:

1. «Bin ich krank?» (der biologisch-medizinische Aspekt);
2. «Wie geht es mir?» (der psychologische Aspekt);
3. «Bin ich normal?» (der soziale und entwicklungsbezogene Aspekt).

Auch der gesundeste Jugendliche erlebt sich in der Beziehung zu seinem Körper zeitweise gestört, denn im Unterschied zum kindlichen Leib, mit dem er einfach identisch war, ist alles am Körper des Jugendlichen gross, sexuell aufgeladen und geschlechtsreif geworden. Der Jugendliche erlebt diesen ihm zunächst unvertrauten «adoleszenten Geschlechtskörper» als «auf-

Tabelle 1. Entwicklungsaufgaben des Jugendalters nach Havighurst (1953) [1].

1. Neue und reifere Beziehungen zu Altersgenossen beiderlei Geschlechts aufbauen
2. Übernahme der männlichen oder weiblichen Geschlechtsrolle
3. Akzeptieren der eigenen körperlichen Erscheinung und effektive Nutzung des Körpers
4. Emotionale Unabhängigkeit von den Eltern und von anderen Erwachsenen
5. Vorbereitung auf Ehe und Familienleben
6. Vorbereitung auf eine berufliche Karriere
7. Werte und ein ethisches System erlangen, das als Leitfaden für das Verhalten dient – Entwicklung einer Ideologie
8. Sozial verantwortliches Verhalten erstreben und erreichen

dringlich veränderten Körper» [3]. Er hat den unhinterfragten Leib der Kindheit verloren und muss sich nun diesen neuen Körper aneignen, der ihm neue Möglichkeiten, aber auch manche Peinlichkeit zu beschern droht. Deshalb tauchen auch immer wieder Zweifel auf, ob diese oder jene Veränderung Teil des normalen Entwicklungsprozesses oder Ausdruck einer krankhaften Veränderung ist.

Das Umfeld

Der Jugendliche orientiert sich zunehmend mehr an den Normen in der Gruppe der Gleichaltrigen und weniger an den Normen seiner Familie; die Peer-Gruppe stellt auch Normen für Krankheits- und Gesundheitsverhalten zur Verfügung. Sich anders als die Peers zu erleben oder zu verhalten, ist schwierig und erfordert ein hohes Mass an Unabhängigkeit und Selbstbewusstsein, das sieht man etwa beim Gruppendruck in Richtung Waschbrettbauch und anorektischem Essverhalten. Dementsprechend schwierig ist es deshalb, medizinisch notwendige Behandlungsmassnahmen auch in der Peer-Gruppe durchzuhalten, z.B. in Lagersituationen. Andererseits können die Gleichaltrigen aber auch, wenn sie über genügend Informationen verfügen, unterstützend wirken und dann mehr als die Eltern in der Lage sein, die Compliance des jugendlichen Patienten zu fördern [4].

Die soziale Integration des Jugendlichen in den verschiedenen Gruppen der Gleichaltrigen stellt einen protektiven Faktor ersten Ranges dar, deshalb lohnt es sich, das soziale Netz des Jugendlichen als Unterstützungssystem im Umgang mit der Krankheit in die Betrachtung und die Behandlung mit einzubeziehen. Der Einbezug des sozialen Netzes geschieht meist virtuell, indem der Arzt sich nach Freunden, Kollegen und den Gruppen Gleichaltriger erkundet, welche für den Jugendlichen wichtig sind und ihm nahestehen: «Was meinen Deine Kollegen dazu? Wissen die, warum Du immer in der Schule fehlst?» Bei chronisch kranken Jugendlichen ist zu bedenken, dass sie weniger oder weniger tragende Freundschaftsbeziehungen haben können als gesunde Jugendliche, was ihnen die Ablösung von den Eltern erschwert.

Jugendliche können unmotivierte Patienten sein, deshalb steht der Arzt vor der Aufgabe, die Compliance des Patienten durch einen der Krankheit und den Entwicklungsaufgaben des Jugendlichen gemässen Umgang mit dem ganzen Patientensystem zu sichern, d.h. mit dem Jugendlichen auf der einen, seinen Eltern und darüber hinaus mit möglichen weiteren Involvierten (Schule, Arbeitsstätte, Behörden) auf der anderen Seite. Auch hier geht es in der Regel weniger darum, mit den entsprechenden Institutionen direkt Kontakt aufzunehmen, sondern dieses Umfeld in

die Gespräche und in das Interesse des Arztes einzubeziehen. Zum einen wird dem Jugendlichen signalisiert, wie wichtig das Umfeld ist, und zum anderen ist es für den Arzt auch wichtig zu wissen, wie gut der Jugendliche in sein Umfeld eingebettet ist. Die Frage, ob ein Jugendlicher seine von ihm ausgesuchte Lehrstelle erhält oder nicht, oder ob er bald arbeitslos wird oder sich als Opfer von Missgunst und Intrigen fühlt, hat doch oft einen entscheidenden Einfluss auf einen allfälligen Krankheitsverlauf (denken wir z.B. an einen Diabetes) oder zumindest auf das Wohlbefinden des Patienten.

Die Bedeutung der Arzt-Patienten-Beziehung beim Diabetes

In einer umfassenden Längsschnittstudie zur Bewältigung des Diabetes mellitus bei Jugendlichen kamen Seiffge-Krenke et al. [1] zum Schluss, dass im Gegensatz zur allgemeinen arztmeidenden Tendenz bei gesunden Jugendlichen die chronisch kranken Diabetikerjugendlichen oft ungewöhnlich gute Beziehungen zu ihren Ärzten hatten und mit ihnen teilweise mehr Themen besprachen als mit Eltern und Freunden. Sie fragten die Ärzte nicht nur in bezug auf die Krankheit um Rat, sondern auch wegen Problemen mit den Eltern, Freunden, der Schule usw. Auf der Seite der Ärzte musste jedoch festgestellt werden, dass die Defizite der Jugendlichen im sozialen Bereich und in wichtigen Beziehungsfeldern von den meisten Ärzten nicht wahrgenommen wurden. 50% der Patienten wurden an Kliniken von Assistenzärzten auf Durchlaufpositionen betreut, was die Entwicklung einer tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehung verunmöglicht und zu Behandlungsabbrüchen führt. Als wichtigste Prädiktoren für eine schlechte Stoffwechseleinstellung fand man bei jugendlichen Diabetikern allerdings ein negatives Körperkonzept («zu kindliches Aussehen»), hohe Alltagsbelastungen und schlechte Stressbewältigungsfähigkeiten sowie eine fehlende soziale Unterstützung durch Freunde. Hingegen standen das krankheitsbezogene Wissen und die Einhaltung ärztlicher Massnahmen in keiner signifikanten Beziehung zu einer schlechten Stoffwechselkontrolle.

Diese Untersuchung zeigt also, dass die schlechten Stoffwechseleinstellungen dieser Patienten nicht über die eigentliche diabetologische Beratung und Betreuung zu verbessern sind, sondern ausschliesslich durch eine Verbesserung der psychosozialen Betreuung.

Die Eltern

Besteht eine Entwicklungsaufgabe des Jugendlichen darin, sich vermehrt von den Eltern abzulösen und besonders auch in körperlichen Angelegenheiten unabhängiger von den Eltern

zu werden, so kann ihn der Besuch beim Arzt in dieser Hinsicht in eine zweideutige Situation bringen. Meist haben die Eltern ihn angemeldet und mindestens ein Elternteil begleitet ihn zur Konsultation; in dieser Konstellation betritt der Jugendliche in der Rolle des abhängigen Kindes die Bühne der ärztlichen Konsultation.

Weil sich der Jugendliche und seine Eltern in verschiedenen Welten mit verschiedenen Bedürfnislagen und unterschiedlichen Wahrnehmungen befinden, ist zu klären, welcher der Beteiligten welches Anliegen an den Arzt hat. Decken sich die Sorgen und Vorstellungen der Eltern mit dem Auftrag des Jugendlichen? Da Konflikte zwischen Jugendlichen und ihren Eltern die Regel und nicht die Ausnahme sind, ist davon auszugehen, dass auch in bezug auf die Konsultation beim Arzt Konflikte bestehen oder entstehen können.

Da zumeist die Mütter für die körperliche Versorgung der Kinder zuständig sind, wird durch die Krankheit des Jugendlichen in der Regel die Mutter-Kind-Beziehung verstärkt, während die Beziehung zum Vater oft im Hintergrund bleibt. Ein Ziel sollte deshalb sein, den Vater in die Sprechstunde einzubeziehen. In der Regel kommt ja der Vater nicht mit, so dass auch hier der Einbezug des Vaters ein virtueller ist. Indem über den Vater gesprochen wird, holt ihn der Arzt gleichsam mit ins Sprechzimmer. Dabei geht es in der Regel meist um äussere Dinge wie Beruf, Arbeitsbelastung und Möglichkeiten, gemeinsam etwas zu erleben. Gelingt es dem Arzt, sich ein Bild vom Stand der adoleszenten Familienentwicklung zu machen, so hat er die Möglichkeit, die Bedeutung der Symptomatik vor dem Hintergrund der familiären Beziehungen und Beziehungsprobleme zu verstehen [5].

Der Arzt und die Ablösungsdynamik

Manchmal ist die Ablösungsbewegung des Jugendlichen blockiert, manchmal aber auch forciert. Einer gelingenden Ablösung muss eine gelungene Beziehung vorausgehen. Die Ablösung betrifft beide Seiten, den Jugendlichen und seine Eltern. Kann sich der Arzt in den Jugendlichen und in dessen Eltern einfühlen und gelingt es ihm dabei, einen gleichmässigen professionellen Abstand zum Jugendlichen wie zu seinen Eltern aufrechtzuerhalten, so wird ihm der Zugang zum Jugendlichen besser gelingen, als wenn er sich einer der beiden Seiten zu nahe fühlt und sich – bewusst oder unbewusst – mit dieser verbündet. Ungünstig ist es, wenn er sich aus einem verkürzten Verständnis der Autonomiebedürfnisse des Jugendlichen mit diesem identifiziert und sich gegen die Eltern stellt. In einer solchen Konstellation kommt dem Arzt das historisch gewachsene Identitätsgefühl des Pädiaters in die Quere, das Berger [6] so charakterisiert: «Über-

identifikation mit dem Kind, Infantilisierungstendenz und latente Vorwurfshaltung gegenüber den Eltern, die Schwierigkeit, einmal gefasste, emotional bestimmte Einstellungen – beispielsweise zur Familiensituation – genauer zu hinterfragen bzw. zu relativieren». Es ist noch einmal darauf hinzuweisen, dass die Neuorganisation der Beziehungen zu den Eltern zwar eine zentrale Entwicklungsaufgabe des Jugendalters ist, dass aber nicht in jedem Fall die einseitige Unterstützung der Ablösung des Jugendlichen die Allerweltslösung für Adoleszentenprobleme ist, denn oft bestehen wichtige Beziehungsdefizite, die der Ablösung im Wege stehen.

Jugendliche Patienten mit einer chronischen Krankheit und deren Eltern haben grössere Schwierigkeiten als andere Familien, den Prozess der Ablösung und Neuverhandlung der Beziehungen erfolgreich zu durchlaufen, weil der Patient wegen der mit der Krankheit verbundenen Sorgen, Pflege- oder Aufsichtsbedürftigkeit im Kinderstatus gegenüber den Eltern bleibt. Die Eltern haben Angst, dem nun jugendlichen Kind die Verantwortung zu übergeben, und der Jugendliche spielt ihnen gegenüber seine Macht aus, die er mit der Verbesserung oder Verschlechterung seiner Symptomatik auf das Befinden der Eltern hat. Hier kann dem Arzt die Rolle eines Entwicklungshelfers zukommen, der diese Ablösungsschwierigkeiten erkennen und ihm reifere Beziehungsangebote machen und damit die reiferen Anteile der Persönlichkeit des Patienten und der Jugendlichen-Eltern-Beziehung unterstützen kann. Er kann etwa dafür sorgen, dass der Jugendliche mehr Verantwortung für sich selber übernimmt. Dabei muss der Arzt vorgehen und selber den Jugendlichen in die Verantwortung nehmen, wobei er damit rechnen muss, dass sowohl der Jugendliche als auch die Eltern zunächst einmal Angst davor haben werden, die Zuständigkeiten und damit die Verantwortung neu zu verteilen. Der Arzt kann seinem Patienten Aufgaben direkt übertragen, welche er von seinem Alter her erledigen und tragen kann. Wenn man nicht direkt, sondern über die Eltern mit dem Jugendlichen kommuniziert, macht man ihn schwach und demonstriert ihm, dass man ihm keine Verantwortung übergeben kann.

Übermässig an die Eltern gebundene Kinder können über die Krankheit versuchen, im Arzt eine Person zu finden, die ihnen eine Unterstützung in ihrer schon schwierigen oder durch die Krankheit zusätzlich erschwerten Ablösungsbewegung bietet. Manchmal wird hinter der Krankheit des Jugendlichen der Wunsch spürbar, eine Person zu finden, die ihn nicht nur als Träger seines Körpersymptoms wahrnimmt, sondern in ihm auch seine Suche nach einer Beziehungserfahrung anerkennt. Gelegentlich genügt schon eine «einzige, zugleich bedachte und entscheidende väterliche Geste», um eine entwicklungs-

fördernde Weichenstellung in der Ablösungsbeziehung eines Kindes zu ermöglichen – mit den zitierten Worten fasst Albert Camus in seinem autobiographischen Roman [7] den entscheidenden Anstoss durch einen Lehrer zusammen, der ihm die Ablösung von der vaterlosen Welt seiner Herkunftsfamilie ermöglicht hatte [8].

Im Vergleich zu einer Alltagssituation bringt die Konsultation beim Arzt einen Verlust an physischer und psychischer Abgrenzung mit sich, was der Entwicklungstendenz des Jugendlichen, solche Abgrenzung gegenüber Erwachsenen zu errichten und aufrechtzuerhalten, entgegenläuft. Es wird über ihn gesprochen, mit ihm oder mit seinen Eltern; er fühlt sich psychisch blossgestellt und der unangenehmen Situation ausgesetzt, sich auch körperlich entblößen zu müssen. In diesem Alter wird Nacktheit zunehmend als peinlich erlebt und vermieden. Der Körper, um den es beim Arzt geht, ist zwar der Körper des Biologieunterrichts, aber er ist voller sexueller Bedeutungen, Empfindungen und Regungen, die vor Erwachsenen und Fremden geheimgehalten werden.

Die Sprechstunde beginnt im Wartezimmer

Bereits im Wartezimmer kann sich entscheiden, wie ergiebig die anschliessende Konsultation verläuft. Oft sitzt der Jugendliche nicht alleine im Wartezimmer, sondern wird von Vater, Mutter, manchmal auch von Geschwistern oder Freunden begleitet. Jetzt muss der Arzt entscheiden, ob und wie er Einfluss darauf nehmen will, wer nachher bei der Untersuchung und beim Gespräch bei ihm im Sprechzimmer sitzt – der Jugendliche alleine oder zusammen mit seiner Mutter oder allenfalls mit dem Vater. Jugendliche und junge Erwachsene verhalten sich sehr verschieden, je nachdem, ob sie alleine mit einem Erwachsenen sprechen oder ob die Eltern anwesend sind. Dazu kommt wie bereits erwähnt, dass bestimmte Untersuchungen, wenn sie in Anwesenheit der Eltern vorgenommen werden, den Jugendlichen peinlicher erscheinen, als wenn sie mit dem Arzt alleine sind.

Wenn man den Jugendlichen alleine im Sprechzimmer sehen möchte, erklärt man beispielsweise kurz, dass sich die Jugendlichen bei der Untersuchung ohne Eltern meist wohler fühlen und dass nachher genügend Zeit zur Verfügung stehe, um Befunde, weiteres Vorgehen und Fragen gemeinsam zu besprechen. Bei Patienten, die der Arzt schon länger jeweils gemeinsam mit den Eltern gesehen hatte, definiert er das dem jugendlichen Alter des Patienten entsprechende neue Setting, indem er etwa sagt: «Du bist nun bereits so alt, dass es vielleicht Sinn macht, dass wir uns beim nächsten Mal für die Untersuchung zuerst alleine sehen und daran anschliessend die

Untersuchungsbefunde zusammen mit Deinen Eltern besprechen». Der Arzt sieht dann, wie der Jugendliche und seine Eltern auf diese Ankündigung reagieren und kann seine Pläne entsprechend anpassen. In solchen Momenten findet ein intensiver Austausch zwischen dem Patienten und den Eltern statt – mit Blicken, Körperausdruck und kurzen Sätzen. Man erhält damit in kurzer Zeit einen wichtigen Einblick in die aktuelle Verfassung und die Entwicklungssituation der Familie. Selten einmal reagieren die Eltern ablehnend, wenn man ihnen vorschlägt, die Untersuchung im Wartezimmer abzuwarten. Auf jeden Fall sollte in diesem Stadium der Begegnung aber vermieden werden, dass sich jemand brüskiert oder überrumpelt fühlt.

Fall 2

An einem hektischen Nachmittag betreten wir unvorbereitet und ohne Konzept über den Umgang mit der Familie das Wartezimmer mit der vagen Idee, dort den 13jährigen Rolf anzutreffen. Wir sehen aber zuerst seine Mutter, die uns anstrahlt und uns spontan zurückstrahlen lässt, neben ihr fällt auch ihr Ehemann ins Strahlen ein. In einer spontanen Bewegung erheben sich alle, um mit uns ins Sprechzimmer zu kommen, schon halb auf dem Weg erst stellen wir die Frage, ob Rolf vielleicht zuerst alleine kommen möchte, aber die Frage kam eindeutig zu spät, die Entscheidung war schon gefallen. Im Sprechzimmer erst realisieren wir, dass Rolf schon 14 ist, nur wie 13 wirkt, und aus dem Gespräch ergibt sich, was wir schon unseren Notizen hätten entnehmen können, nämlich dass er eine strahlende Sportkarriere vor sich hat und nun mit der in der letzten Konsultation vorbesprochenen Behandlung mit Testosteron anfangen möchte. Unser Zögern erklären wir uns in diesem Moment mit unserer Uninformiertheit aufgrund der mangelhaften Vorbereitung der Konsultation; es wird durch das Strahlen der Familie hinweggewischt und die Testosteronbehandlung beginnt.

Erst in einer späteren Konsultation, in der wir richtig vorbereitet, Rolf selber ins Zentrum rücken, ihn, wie es korrekt ist, seinem chronologischen Alter und nicht seinem Aussehen gemäss behandeln und die strahlenden Eltern zunächst im Wartezimmer lassen, können wir wahrnehmen, dass mit dem Strahlen der Eltern auch die Sicherheit, die Rolf zu haben schien, wegfällt und er plötzlich deutlich zaghafter wirkt, als wir dies von anderen Patienten in seinem Alter gewohnt sind. Damit kommt nun ein anderer Grund für unser Zögern zum Vorschein, das wir gegenüber der dynamischen Art des Jungen in der vorhergehenden Konsultation im Rahmen seiner Familie empfunden hatten.

Auch wenn es für den Arzt in der Regel einfacher ist, mit den Eltern in Kontakt zu treten – von ihnen bekommt er schliesslich auch Anerkennung auf

der Erwachsenenenebene zurück –, so wird er doch mit diagnostisch relevanten Erkenntnissen belohnt, wenn er sich die Mühe macht, zunächst mit dem Jugendlichen alleine zu reden.

Ab welchem Alter man einem Jugendlichen oder einem älteren Kind eine Untersuchung und ein Gespräch ohne Anwesenheit des begleitenden Elternteils vorschlagen soll, hängt etwas von der Reife des Betroffenen sowie auch von der Reife der Beziehung zum Arzt ab. Bewährt hat es sich, ein solches Vorgehen etwa ab einem Alter von 13 Jahren vorzuschlagen.

Vom Kinderarzt zum Erwachsenenarzt

Wenn man den Jugendlichen seit dem Säuglingsalter kennt und regelmässig gesehen hat, fällt der mit dem Älterwerden des Kindes fällige Wechsel von der Arzt-Mutter(-Kind)-Beziehung hin zu einer Arzt-Jugendlicher(-Eltern)-Beziehung oft allen Beteiligten schwer. Verpasst man jedoch den richtigen Zeitpunkt für diesen Wechsel, so wird man den Jugendlichen als Patienten verlieren. Im Kindesalter entscheidet die Qualität der Beziehung zwischen dem Arzt und der Mutter darüber, ob der Patient wiederkommt. Im Jugendalter ist entscheidend, ob es dem Jugendlichen gefällt. Seine Mutter würde das alte, vertraute Arzt-Mutter(-Kind)-Setting hingegen viel länger akzeptieren, aber für die medizinische Betreuung im Jugendalter ist es entscheidend von Bedeutung, den Jugendlichen auch hier vom Objekt zum Subjekt werden zu lassen, zum Akteur also auch in der Frage der Arztwahl. Er sollte entscheiden können, ob er weiter zum Kinderarzt gehen will oder ob er zu einem Arzt für Erwachsene wechselt.

Es gibt gute Argumente, welche für eine weitere Betreuung durch den Kinderarzt sprechen. Ebenso valable Gründe sprechen für die Weiterbetreuung durch einen Hausarzt für Erwachsene. Für ersteres spricht die Tatsache, dass man sich schon lange kennt, dass die ganze Vorgeschichte bekannt ist und dass oft bereits eine Beziehung besteht und nicht zuerst eine neue geschaffen werden muss. Vor allem bei chronisch kranken Kindern ist ein forciertes Wechsel oft schwierig und gelingt häufig nicht. Solche Jugendliche verabschieden sich vom Kinderarzt, ohne aber bei einem Arzt für Erwachsene anzudocken. Für den Wechsel zu einem Hausarzt für Erwachsene spricht, dass damit oft auch der Wechsel von der Beziehung des Typs Arzt-Mutter(-Kind)-Beziehung zu einer Beziehung vom Typ Arzt-Jugendlicher(-Eltern) erleichtert wird. Positiv zu Buche schlagen kann bei einem Arztwechsel auch die Tatsache, dass ein neuer Arzt den Jugendlichen aus einer neuen Perspektive wahrnehmen und auch neue diagnostische und therapeutische Überlegungen anstellen kann.

Die Untersuchung

Bei Jugendlichen ist es besonders wichtig, sich auf die Sprechstunde kurz vorzubereiten und Notizen von früheren Konsultationen durchzulesen. Ein Jugendlicher erträgt es schlechter als ein Erwachsener, wenn er sich als Nummer behandelt fühlt. Wenn man in der Krankengeschichte Hobby, Schulsituation, Berufswünsche und aktuelle Ereignisse notiert und diese vor der nächsten Konsultation schnell durchliest, dann kann man im Gespräch dort anknüpfen, wo man beim letzten Mal aufgehört hatte. Dieses Vorgehen vermittelt Geborgenheit und das Gefühl: «mein Arzt interessiert sich für mich». Auch der Arzt erhält mehr Befriedigung dadurch, dass die Beziehung persönlicher und das Gespräch ergiebiger wird.

Nach einer kurzen Klärung des Auftrags mit dem Jugendlichen – «Was möchtest Du von mir?» «Was fehlt Dir?» – beginnt der Untersuchungsgang. Wichtig ist, über Inhalt und Zweck jedes einzelnen Schrittes kurz zu orientieren. Die meisten Jugendlichen sieht der Arzt nur bei akuten Krankheiten, weil diese sonst keine Notwendigkeit sehen, den Arzt aufzusuchen. Deshalb ist es wichtig, sich auch in solchen Situationen ein Bild über die biologische (Grösse, Gewicht, Pubertätsstand) und über die psychosoziale Situation zu machen.

Das Gespräch über die psychosoziale Situation des Jugendlichen gehört zu jeder Konsultation. Die psychosoziale Situation muss gezielt exploriert werden, weil diese von den Jugendlichen in der Regel nicht spontan angesprochen wird. Das lockere Gespräch über Beruf und Freizeit wird von den Jugendlichen als Interesse an ihrer Person und nicht als bedrohliches Eindringen in ihre Intimsphäre erlebt. Die Antworten ergeben Einblicke in Leistungsprobleme, in ihre Integration in die Peergruppe und den täglichen Stress des Jugendlichen. Der Arzt muss wissen, wie es beispielsweise in der Schule und in der Gruppe der Gleichaltrigen geht. Ein Fussballspieler hat eine grössere Wahrscheinlichkeit, gut integriert zu sein als ein anderer, welcher vor allem fernsieht und am Computer sitzt. Wie konkret sind die beruflichen Vorstellungen schon? Wie weit ist die Lehrstellensuche gediehen? Wie realitätsgerecht sind seine Wünsche und Ziele? Wenn man die gleichen Fragen nachher der begleitenden Mutter bzw. den Eltern stellt, treten unterschiedliche Wahrnehmungen zwischen dem Jugendlichen und seinen Eltern zutage, die manchmal relevante Aufschlüsse über den Realitätsbezug des Jugendlichen oder auch über die Weltfremdheit der Eltern gegenüber der Welt des Jugendlichen ergeben.

Normal oder krank?

Während oder nach der Untersuchung ergeben sich auch manchmal Fragen bezüglich der Normalität der Entwicklung: «Ist mein Penis nicht zu klein» oder «zu krumm» oder «die Vorhaut ist hier angewachsen» (Frenulum). Bei Mädchen drehen sich solche Fragen meist um die Brüste. Wird gefragt, ob die Brüste so bleiben, wie sie sind, so weist dies auf Unzufriedenheit mit der Grösse oder Form hin. Viele junge Männer haben merkwürdige Vorstellungen von einem normalen männlichen Genital, so dass man ihnen, falls man Genitale und Hoden untersucht, auch ohne entsprechende Fragen die Normalität der Befunde erklären sollte. Jugendliche haben wenig Vergleichsmöglichkeiten und beziehen ihre Bildung über Anatomie und Funktion der Geschlechtsteile oft aus Pornobildern und -filmen. Solche Fragen sind ein Kompliment an den Arzt; sie werden nur gestellt, wenn der Arzt es verstanden hat, Vertrauen zu schaffen.

Verzerrte Vorstellungen darüber, was normal oder wünschenswert ist und was nicht, bestehen auch bezüglich anderer Organe. So kursieren falsche Vorstellungen über eine normale Muskelentwicklung und darüber, wie sehr man diese durch Training und Medikamente beeinflussen kann. Ähnliches gilt für die Körperbehaarung bei weiblichen und männlichen Jugendlichen. Man ist oft genug erstaunt darüber, welche Fragen sich in der Untersuchungssituation ergeben – ungefähr die gleichen, die als Leserfragen in der Zeitschrift «Bravo» gestellt werden, wobei man davon ausgehen muss, dass die Jugendlichen die bizarren und belastendsten Vorstellungen von sich aus gar nicht zur Sprache bringen können. Viele jugendliche Patienten, die in die Sprechstunde kommen, sind nicht krank, sondern leiden unter dem Gefühl, nicht der Norm zu entsprechen – sie erleben sich als zu gross, zu klein, zu dick, zu dünn, gehemmt, usw. Hier genügt es schon oft, sie vor dem Hintergrund der altersgerechten Norm zu untersuchen und sie aufzuklären. Bei einem kleingewachsenen jungen Mann mit verzögerter Pubertät beispielsweise wirkt sich eine Erklärung des Wachstumsmusters unmittelbar positiv auf das Wohlbefinden aus und hat deshalb einen sehr guten Kosten-Nutzen-Effekt.

Fall 3

Wir treffen Jan im Wartezimmer. Er wird von seiner Mutter begleitet. Spontan schätzt man ihn etwa auf 12 Jahre. Zum Glück wissen wir, dass er bereits 15jährig ist. Dieses Wissen hilft uns, von Anfang an auf einer altersgemässen Ebene zu kommunizieren. Jan spielt Eishockey in einer Mannschaft mit 14- und 15jährigen. Er erzählt, dass er immer der Kleinste gewesen sei. Zuerst habe er sich daran gewöhnt, er sei dafür etwas flinker gewesen. Aber nun seien die anderen auf einmal alle in die Höhe geschossen und er könne

seit neuestem deshalb nicht mehr in der Topmannschaft mitspielen, weil ihm einfach die Muskelmasse fehle. Sein Ziel sei, Eishockey-Profispieler zu werden – und jetzt könne er nicht mehr so richtig daran glauben. Das weitere Gespräch ergibt dann, dass ihn nun auch sein um ein Jahr jüngerer Bruder überwachsen habe. Dieser spiele ebenfalls Eishockey, in einer jüngeren Mannschaft, und sei dort in letzter Zeit erfolgreicher als vorher geworden. Jan machte sich nicht nur Sorgen, was seine kurzfristigen Möglichkeiten anbelangte, sondern auch über seine längerfristigen Aussichten. Seine Sorgen brachte er zum Ausdruck, als er sagte, er habe gehört, dass man mit einer Erwachsenengrösse unter 170 cm praktisch keine Chance habe, Profispieler zu werden. Die Mutter war mit 170 cm relativ gross; die Grösse des Vaters lag mit 175 cm im Durchschnitt. Die Mutter hatte ihre Menarche sehr spät mit 15 Jahren gehabt. Es war also wahrscheinlich, dass Jan die Tendenz, sich spät zu entwickeln, von seiner Mutter geerbt hatte. Die Berechnung der Wachstumsprognose ergab eine voraussichtliche Endgrösse von 179 cm. Jan war hoch erfreut und seine Augen begannen zu leuchten, als wir ihm diese Wachstumsprognose eröffneten. Er tanzte fast im Sprechzimmer vor Freude. Er meinte, dass er es so in den nächsten beiden Jahren auch aushalten könnte, weiterhin einer der Kleinsten zu sein, nachdem er nun wisse, dass er länger als die Gleichaltrigen wachsen und viele von ihnen in punkto Grösse noch überholen werde. Die Aufklärung über das Wachstumsmuster war bei ihm also bereits eine effiziente beratende Intervention; dieses Wissen hatte ihn beruhigt.

Ein ganz wichtiger Teil der gesamten Untersuchung ist die Beurteilung des persönlichen Eindrucks (Wie wirkt der Jugendliche auf mich? Wie könnten ihn seine Eltern erleben? Wie könnte er auf Gleichaltrige wirken? Ist er ein Leadertyp? Einer, der geplagt wird? Ein Besserwisser?). Vor Ende der Untersuchung wird dann noch gefragt: «Hast Du sonst noch irgendwo Schmerzen oder habe ich etwas nicht angesehen, von dem Du nicht sicher bist, ob es normal ist?» «Gibt es noch etwas, was Du ansprechen möchtest, bevor wir nun Deine Eltern ins Zimmer holen?» Manchmal kommt den Patienten dann noch etwas in den Sinn, das sie vorher zu sagen oder zu fragen vergessen hatten, gelegentlich handelt es sich dabei sogar um die wichtigste Frage, wie z.B. bei Mädchen, ob sie die Pille haben können.

Der Arzt als authentisches und abgegrenztes Gegenüber

Manchmal kommen auch hartnäckige Selbstwertprobleme zur Sprache, die zum Teil mit der Diskrepanz zwischen gesellschaftlich vermittel-

tem Körperideal und dem Bild, das der Jugendliche von sich selber hat, zu tun haben. Das ist den Jugendlichen in der Regel bewusst, hier gibt es ihnen wenig Neues zu vermitteln. Worauf der Jugendliche aber schaut und reagiert, ist z.B. der Umgang des Arztes mit seinem eigenen Körper; d.h., der Arzt ist mit seiner Person immer auch eine mögliche Identifikationsfigur und kann als solche benutzt oder abgelehnt werden. Auch in diesem Punkt ist das Verhalten des Arztes im Hier und Jetzt wichtig. Wenn er mit seinem jugendlichen Patienten auf der gleichen Ebene, also wie unter Erwachsenen, kommuniziert und ihn damit ernst nimmt, hilft er ihm, sein Selbstwertgefühl zu entwickeln. Dabei geht es nicht vorwiegend um die Frage, ob man jetzt Du oder Sie sagt, sondern darum, ob man aufmerksam und aktiv zuhört und teilnimmt, Notizen macht und am Schluss Fragen stellt, damit der Jugendliche auch wahrnehmen kann, dass seine Einschätzung der Situation für den Arzt wichtig ist. Der Jugendliche braucht ein abgegrenztes Gegenüber mit einer eigenen Identität, damit wird der Andere als anderer interessant. Er muss für den Jugendlichen als eigene Persönlichkeit spürbar werden, er muss echt und authentisch und darf keine sprechende Puppe sein. Das Ziel der Arzt-Patienten-Beziehung kann nicht sein, sich zum Freund des Jugendlichen zu machen. Eine einseitige Identifikation mit dem Jugendlichen oder mit der Elternrolle gegen den anderen Teil rächt sich immer. Erliegt man der Versuchung zu glauben, den Jugendlichen vor seinen Eltern schützen zu müssen, dann wird sich der Jugendliche über kurz oder lang mit den Eltern solidarisieren und der Arzt hat sich mit seinem unprofessionellen Engagement ins Abseits manövriert. In der ganzen menschlichen Entwicklung und deshalb auch in der beschleunigten Entwicklung in der Adoleszenz stellt die Ablösung das dialektische Gegenstück zur Bindung an die wichtigen Bezugspersonen dar. Bevor eine Ablösung möglich wird, muss eine Beziehung entstanden sein. Das gilt in ähnlicher Weise auch für die ärztliche Praxis, in der jedoch in den letzten Jahren Entwicklungstendenzen zu konstatieren sind, die sich auf die Beziehungsaufnahme zwischen Arzt und Patient erschwerend auswirken. So wird vor allem in der amerikanischen Literatur immer wieder darauf hingewiesen, dass bei einer Untersuchung eine dritte Person anwesend sein soll, zum Schutz des Patienten vor sexuellen Übergriffen durch den Arzt. (Dabei ist offensichtlich, dass diese dritte Person nicht in erster Linie im Dienste des Anliegens des jugendlichen Patienten auftritt, sondern vor allem dem Schutz des untersuchenden Arztes dient.) Nicht reflektiert wird jedoch, dass die Anwesenheit einer dritten Person, die nur deshalb ins Zimmer gerufen wird, um eine Zeugenfunktion auszuüben, im Zimmer den Austausch zwischen dem Arzt und seinem Patienten stört, die Kommunikation

beeinträchtigt und die Peinlichkeit der Untersuchung verstärkt. Sich vor zwei Erwachsenen entblößen zu müssen, macht diesen Vorgang für Jugendliche noch schwieriger.

Wir möchten deshalb eher dafür plädieren, die Intimität des Jugendlichen zu achten und den Stand der Pubertätsentwicklung nur cursorisch durch die Unterwäsche zu beurteilen und das Genitale nur bei einer absoluten Notwendigkeit zu inspizieren. Nur in den seltensten Fällen ist die Kenntnis des genauen Tannerstadiums notwendig. Als Mass für die Aktivität der Gonadenachse reicht vor der Menarche in den allermeisten Fällen die Beurteilung des Standes der Brustentwicklung und diese kann meist durch die Unterwäsche hindurch erfolgen. Auch das Abschätzen der Pubesbehaarung, für die Beurteilung der Pubertätsentwicklung sowieso zweitrangig, kann meist durch die Unterwäsche hindurch vorgenommen werden oder im Zweifel auch erfragt werden. Falls diese Informationen nicht ausreichen, braucht es meist sowieso ein Knochenalter und eine Ultraschalluntersuchung zur Beurteilung von Form und Grösse des Uterus. Prinzipiell haben natürlich die Knaben den gleichen Anspruch auf Schutz ihrer Intimsphäre, obwohl das manchmal vergessen geht. Die Entwicklung der Brust ist aber durch die Unterwäsche hindurch klarer erkennbar als die Zunahme des Hodenvolumens. Deshalb ist es häufiger notwendig als bei Mädchen, in die Intimsphäre einzudringen und das Hodenvolumen mit dem Orchidometer zu messen. Dies sollte aber erst dann geschehen, wenn man dem Knaben erklärt hat, weshalb diese Untersuchung notwendig ist und wenn er in diese eingewilligt hat.

Ebenso störend für die Entwicklung der Beziehung zum jugendlichen Patienten kann die Verwendung von Fragebogen sein, die der Jugendliche im Wartezimmer ausfüllen soll, oder das Abfragen von Screenings zur psychosozialen Situation. Dadurch fühlen sich die meisten Jugendlichen zum Objekt eines Interviews gemacht, zum Lieferanten von Daten, die der Arzt für seine Zwecke möchte, während der Jugendliche innerlich auf Distanz bleibt oder geht und dann die Fragen sowieso nur rudimentär und oberflächlich beantwortet. Der Arzt erhält so weder die relevanten Informationen noch die Beziehungsgrundlage für eine längerfristige erfolgreiche Zusammenarbeit.

Das Gespräch mit dem Jugendlichen und seinen Eltern

Wenn der Jugendliche nicht alleine in die Sprechstunde gekommen ist, dann werden im Anschluss an die Untersuchung und das Gespräch mit dem Jugendlichen die Eltern ins Sprechzimmer gebeten. Es ist immer wieder be-

eindruckend, mitzuerleben, wie schon ältere Kinder und jüngere Jugendliche im Gespräch unter vier Augen auf einer Erwachsenenenebene kommunizieren und sofort in die Kinderrolle zurückfallen, wenn die Eltern ins Zimmer kommen. Der Arzt fasst den Auftrag und die Befunde zusammen und stellt dazu seine Überlegungen an. Dabei beobachtet er die Reaktionen der Anwesenden. Man merkt dann schnell, ob die Eltern Dinge anders sehen, ob beispielsweise ihr Auftrag anders lautet als der ihres Sohnes oder ihrer Tochter. Zwischen den Problembeschreibungen des Jugendlichen selber und denen der Eltern ergeben sich in der Regel Widersprüche bis hin zu offener Uneinigkeit über den Zweck des Besuchs beim Arzt. Es geht nun darum, diese Differenzen zwischen den Schilderungen des Jugendlichen, die dieser oft nur im Einzelgespräch mit dem Arzt formulieren kann, und denjenigen der Eltern zum Thema werden zu lassen und als Drittes auch noch die Sicht des Arztes selber zur Verfügung zu stellen.

Dabei gilt es, im Umgang mit den Informationen und Anliegen des Jugendlichen selber grosse Sorgfalt walten zu lassen. Wenn man die Mitteilungen der Jugendlichen zusammenfasst, muss man achtgeben, dass man die Geheimhaltungspflicht, welche auch gegenüber den Eltern besteht, nicht verletzt. Der Arzt ist an das Vertrauen gebunden, das ihm der Jugendliche entgegengebracht hat, auch zwischen dem Jugendlichen und seinen Eltern steht die ärztliche Geheimhaltungspflicht als eine Grenze, die der Arzt zu respektieren hat. Indem er ausdrücklich auf diese Grenze verweist, macht er die Familie darauf aufmerksam, dass es Grenzen gibt und dass auch der Jugendliche ein Recht auf seinen Privatraum hat, wozu seine eigene Gedankenwelt gehört, und dass die Eltern darauf verzichten müssen, über den Arzt in die Geheimnisse des Jugendlichen eingeweiht zu werden, wenn ihr Kind dies nicht will. Mehr darüber zu erfahren, wie es dem Kind geht, ist oft ein zentrales Anliegen der Eltern an den Arzt. Ein Satz wie: «Ihr Sohn hat aber vorher, als er mit mir alleine sprach, die Situation so und so geschildert» bedroht diese Abgrenzungen und die Vertrauensbasis zwischen Patient und Arzt und sollte deshalb nicht ohne Rücksprache mit dem Jugendlichen gesagt werden. Im Zweifelsfall muss man sich vorher vom

jugendlichen Patienten bestätigen lassen, ob man dies oder jenes auch in Anwesenheit der Eltern ansprechen soll oder darf.

Es ist aber auch wichtig, dass die Widersprüche zutage treten können. Manche Jugendliche haben Schwierigkeiten, die Realität wahrzunehmen; dann gibt es inhaltliche Differenzen zwischen seinen Einschätzungen und denen der Eltern, die solche Dinge oft anders wahrnehmen, mitunter auch realitätsgerechter – aber auch nicht immer. Solche Differenzen gibt es beispielsweise dann, wenn ein Jugendlicher seine schulischen oder sozialen Schwierigkeiten verleugnet. Andererseits übertreiben überbesorgte oder übermotivierte Eltern die Schwierigkeiten ihrer Kinder und malen die schlimmsten Entwicklungen an die Wand.

Das gemeinsame Gespräch mit dem Jugendlichen und seinen Eltern beinhaltet neben vielen verbalen Aussagen auch viele implizite Informationen über die Familiendynamik. Der Arzt bemüht sich, gut zuzuhören und so viel wie möglich und so klar wie möglich zu erklären. Er kann gegen Ende des Gespräches noch einmal auf den Anfang zurückkommen, um dem Patienten und seinen Eltern zu zeigen, was die getrennte Untersuchungs- und Gesprächssituation gebracht hat. «Wir haben gesehen, dass es unterschiedliche Meinungen zwischen Dir und Ihnen als Eltern darüber gibt, ob die Akne dringend behandelt werden muss. Das haben wir nur deshalb herausgefunden, weil Du Deine Ansicht im Gespräch mit mir alleine deutlicher formulieren konntest, als Du das bisher Deinen Eltern gegenüber darstellen konntest. – Auch Sie als Eltern sind nun entlastet, weil Sie nicht mehr nur Vermutungen darüber anstellen müssen, ob Ihre Tochter unter der Akne wirklich so sehr leidet, wie Sie das dachten.» Diese Zusammenfassung des Arztes weist die Familie darauf hin, dass es in der heutigen Konsultation sinnvoll war, sich zu trennen, und dass es sich auch sonst lohnen kann, eigene Räume einzunehmen und manchmal auch widersprüchliche Meinungen zu vertreten. Manchmal kann man auch erleben, wie die Eltern die Anregung des Arztes aufnehmen und in den nächsten Konsultationen mehr daraufhin tendieren können, dass der Jugendliche alleine zum Arzt geht.

Literatur

- 1 Seiffge-Krenke I, Boeger A et al. Chronisch kranke Jugendliche und ihre Familien: Belastung, Bewältigung und psychosoziale Folgen. Stuttgart: Kohlhammer; 1996.
- 2 Fonagy P, Gergely G, Elliot L, Target M. Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta; 2004. p. 322.
- 3 King V. Die Entstehung des Neuen in der Adoleszenz. Opladen: Leske + Budrich; 2002. p. 172.
- 4 von Hagen C, Noeker M. Entwicklungsergebnis bei chronischer somatischer Erkrankung im Kindes- und Jugendalter: Psychische Störung versus Kompetenzgewinn. In: Oerter R,

- von Hagen C, Röper G, Noam G (Hrsg.). Klinische Entwicklungspsychologie. Weinheim: Psychologie Verlags Union; 1999.
- 5 Grieser J. Der phantasierte Vater. Zu Entstehung und Funktion des Vaterbildes beim Sohn. Tübingen: Edition diskord; 1998.
- 6 Berger M. Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Kinderärzten. *Kinderanalyse* 1997;5:103–23.
- 7 Camus A. Der erste Mensch. Reinbek: Rowolth; 1995.
- 8 Grieser J. Triangulierungsprozesse und die Funktion des Rahmens. *Kinderanalyse* 2004;12:85–103.
- 9 Eiholzer U. Über die Notwendigkeit einer speziellen Jugendmedizin. *Schweizerische Ärztezeitung* 1991;72:95–100.