

Zum Umgang mit dem jugendlichen Patienten und seinen Eltern in der kinderärztlichen Praxis¹

Jürgen Grieser, Urs Eiholzer, Zürich

Der Jugendliche: Veränderung auf allen Ebenen

Der jugendliche Patient² ist ein Mensch im Übergang vom Kindes- zum Erwachsenenalter; sein Leben ist geprägt durch Veränderung auf allen Ebenen: Körperlich, seelisch und in seinen Beziehungen zur Umwelt bleibt nichts wie es war. Zu den zentralen Entwicklungsaufgaben des Jugendalters gehören:

1. die Integration der körperlichen Veränderungen in das Bild vom eigenen Selbst,
2. die Neuorganisation der Beziehungen zu den Eltern und zu den Gleichaltrigen,
3. die Übernahme der männlichen oder weiblichen Geschlechtsrolle,
4. die Auseinandersetzung mit den schulischen Anforderungen und die Berufswahl.

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 gesündeste 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 «aufdringlich veränderten Körper» (King, 2002, S. 172). 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.

Der Jugendliche orientiert sich zunehmend mehr an den Normen in der Gruppe der Gleichaltrigen und weniger an den Normen seiner Familie; die Peergruppe gibt auch Normen für Krankheits- und Gesundheitsverhalten vor. Sich anders als die Peers zu erleben oder zu verhalten ist schwierig und erfordert ein hohes Mass an Unabhängigkeit und Selbstbewusstsein; das sieht man beim Gruppendruck in Richtung Waschbrettbauch und anorektisches Essverhalten. Dementsprechend schwierig ist es deshalb, medizinisch notwendige Behandlungsmassnahmen auch in der Peergruppe durchzuhalten, z. B. in Lagersituationen. Die Gleichaltrigen können 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 (vgl. Hagen und Noeker, 1999).

Schwierigkeiten im Zugang zum Jugendlichen

Vor dem Hintergrund der Entwicklungsaufgabe, sich vermehrt von den Eltern unabhängig zu machen und gerade auch in körperlichen Angelegenheiten autonom zu werden, kann der Besuch beim Arzt den Jugendlichen in eine zweideutige Situation bringen. In der Regel 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.

Da zumeist die Mütter für die körperliche Versorgung der Kinder zuständig sind, wird durch die Krankheit des Jugendlichen die Mutter-Kind-Beziehung verstärkt, während die Beziehung zum Vater oft im Hintergrund bleibt. Auch dies steht im Widerspruch zur Ablösungsbewegung. Dem Arzt fällt dann die Aufgabe zu, durch sein Behandlungssetting und seine Haltung kompensatorisch dazu Angebote zu machen, die die reiferen Anteile des Jugendlichen und der Jugendlichen-Eltern-Beziehung ansprechen und unterstützen.

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 Abgrenzungen 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 geheim gehalten werden. Bestimmte ärztliche Untersuchungen erlebt der Jugendliche als noch peinlicher, wenn sie in Anwesenheit der Eltern oder einer anderen Drittperson vorgenommen werden.

Weil sich Jugendliche und Eltern in verschiedenen Welten mit verschiedenen Bedürfnissen 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 selber? 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.

Kann sich der Arzt in den Jugendlichen und in seine Eltern einigermaßen 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. Un-

1 Stark gekürzte Fassung eines Beitrags zum «Handbuch der Jugendmedizin», hrsg. von B. Stier und M. Weissenrieder, Springer-Verlag, im Druck.

2 Um die Lesbarkeit nicht zu erschweren, benutzen wir für «die Jugendliche» und «den Jugendlichen», «die Ärztin» und «den Arzt» meist nur die männliche Form.

günstig 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 (1997, S. 112) so charakterisiert: «Überidentifikation mit dem Kind, Infantilisierungsneigung und latente Vorwurfshaltung gegenüber den Eltern, die Schwierigkeit, einmal gefasste, emotional bestimmte Einstellungen – beispielsweise zur Familiensituation – genauer zu hinterfragen bzw. zu relativieren». Auch ist darauf hinzuweisen, dass Ablösung von den Eltern nicht die Allerweltslösung für Adoleszentenprobleme ist, oft werden Jugendliche auch vorschnell in die Welt hinausgedrängt oder von ihren Eltern auf andere Art überfordert und emotional im Stich gelassen.

Vom Kinderarzt- zum Jugendmedizinersetting

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 beim Arzt 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 wer-

den 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.

Den Übergang vom Kinderarzt- zum Jugendmedizinersetting leitet der Arzt damit ein, dass er die künftige Trennung der Sprechstunde in einen ersten Teil, bei welchem der Jugendliche und der Arzt alleine sind, und einen weiteren Teil, zu welchem die begleitende Mutter und der Vater einbezogen werden, im Voraus ankündigt und mit dem Patienten und seinen Eltern diskutiert: «Du bist nun bereits so alt, dass es vielleicht Sinn macht, dass wir uns beim nächsten Mal für die Untersuchung zuerst alleine sehen und erst nachher die Untersuchungsbefunde gemeinsam 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 diesem Moment 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 unwirsch, wenn man ihnen dann 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.

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.

Wenn dem Kinderarzt daran liegt, dass Jugendliche weiter in seine Sprechstunde kommen, dann empfiehlt es sich, den Tages- oder Wochenablauf der Praxis so zu strukturieren, dass es Zeiten mit einem Schwerpunkt für Säuglinge, für ältere Kinder und für Jugendliche gibt. Jugendliche fühlen sich im Wartezimmer des Kinderarztes neben Müttern mit Säuglingen und Kleinkindern oft deplaziert. Es ist für den Arzt auch einfacher, wenn er sich nicht nach jedem Patienten auf eine andere Art der Beziehung einstellen muss.

Mit dem Jugendlichen im Sprechzimmer

Der Jugendliche sitzt meist 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, seinem Vater bzw. seinen Eltern.

Es ist unbedingt notwendig, 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 gezielt das Gespräch dort beginnen, wo es beim letzten Mal aufgehört hat. Dieses Vorgehen vermittelt Geborgenheit; «mein Arzt interessiert sich für mich». Auch für den Arzt wird das Gespräch dadurch befriedigender.

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. Als Einstieg bieten sich die üblichen Fragen nach Schule, Hobbys, Sport und Kollegen an. Der Arzt muss wissen, wie es beispielsweise in der Schule und in der Gruppe der Gleichaltrigen geht. Wenn man die gleichen Fragen nachher dem begleitenden Elternteil stellt, kommen Konflikte, unterschiedliche Wahrnehmungen und der Realitätsbezug des Jugendlichen recht schnell zur Darstellung. Zu wissen, woher der

Jugendliche Bestätigung und Anerkennung bezieht und welche Umstände seine Selbstwertzweifel schüren und zu seinem Gefühl beitragen, welcher Norm auch immer nicht zu genügen, ist zentral für das Verständnis der Situation des Jugendlichen.

Bei vielen jugendlichen Patienten zeigt sich, dass sie nicht krank sind, sondern unter dem Gefühl leiden, 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. Manchmal kommen auch hartnäckige Selbstwertprobleme zur Sprache, die zum Teil mit der Diskrepanz zwischen gesellschaftlich vermitteltem Körper-Ideal und dem Bild, das der Jugendliche von sich selber hat, zu tun haben.

Nach einer kurzen Klärung des Auftrags mit dem Jugendlichen – «Was möchtest du von mir?» «Was fehlt dir?» – beginnt der Untersuchungsgang, auf den aus Platzgründen an dieser Stelle im Einzelnen nicht weiter eingegangen werden kann. Wichtig ist, über Inhalt und Zweck jedes einzelnen Schrittes kurz zu orientieren. Während oder auch nach der Untersuchung ergeben sich oft Fragen um die 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 sodass 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 die Anatomie und Funktion der Geschlechtsorgane oft aus Pornobildern und -filmen. 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.

Während der Untersuchung kann man im Gespräch zu wichtigen Informationen und Ein-

drücken kommen. Solange die Eltern nicht mit dabei sind, wird das Gespräch über Beruf und Freizeit von den Jugendlichen als Interesse an ihrer Person und nicht als bedrohliches Eindringen in ihre Intimsphäre erlebt. Die Antworten ergeben Einblicke in Leistungsprobleme, die Integration in die Peergruppe und den täglichen Stress des Jugendlichen. Ein lockeres Gespräch über die Ziele (Berufsziele usw.) bietet Aufschlüsse über die Reife im Umgang mit der äusseren Realität. Wie konkret sind die beruflichen Vorstellungen schon? Wie weit ist die Lehrstellensuche gediehen? Wie realitätsgerecht sind seine Wünsche und Ziele?

Ein wichtiger Teil der gesamten Untersuchung ist die Wahrnehmung des ganz persönlichen Eindrucks, den der Jugendliche beim Arzt hinterlässt (Wie wirkt der Jugendliche auf mich? Wie könnten ihn seine Eltern erleben? Wie könnte er auf Gleichaltrige wirken? Ist er ein Leadertyp? Einer der geplatzt 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 vergessen hatten, gelegentlich handelt es sich dabei sogar um die wichtigste Frage, wie z. B. bei Mädchen, ob sie die Pille haben können.

Das Gespräch mit dem Jugendlichen und seinen Eltern

Wenn der Jugendliche nicht alleine in die Praxis gekommen ist, dann werden im Anschluss an die Untersuchung und das Gespräch mit dem Jugendlichen die Eltern ins Sprechzimmer gebeten. Es ist immer wieder beeindruckend, mitzuerleben, wie ältere Kinder und jüngere Jugendliche im Gespräch unter vier Augen schon auf einer Erwachsenenenebene kommunizieren können, um dann aber 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 an den Arzt 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 grösste Sorgfalt walten zu lassen. Wenn man die Mitteilungen der Jugendlichen zusammenfasst, muss man Acht geben, 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 erfahren, wie es dem Kind geht, ist oft ein zentraler Wunsch der Eltern an die Konsultation beim 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 zu Tage 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 Gesprächssituationen 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 auch widersprüchliche Meinungen zu vertreten. Manchmal kann man auch erleben, wie die Eltern die Anregung des Arztes aufnehmen und in den nächsten Konsultationen mehr darauf hintendieren können, dass der Jugendliche alleine zum Arzt geht.

Der Jugendliche braucht ein abgegrenztes Gegenüber mit einer eigenen Identität, damit wird der Andere als Anderer interessant. Das Ziel der Arzt-Patienten-Beziehung kann nicht sein, sich zum Freund des Jugendlichen zu machen. Eine einseitige Identifikation mit dem Jugendlichen oder mit den Eltern rächt sich immer. Erliegt man der Versuchung, sich mit dem Jugendlichen gegen seine Eltern zu verbünden, so wird sich der Jugendliche vielleicht plötzlich wieder mit seinen Eltern solidarisieren und der Arzt hat sich mit seinem unprofessionellen Engagement ins Abseits manövriert.

Schluss

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 dafür sorgen kann, dass der Jugendliche mehr Verantwortung für sich selber übernimmt. Dabei muss der Arzt vorangehen 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.

Ein solcher Umgang des Arztes mit dem jugendlichen Patienten und seinen Eltern in der jugendmedizinischen Praxis ist die Grundlage dafür, dass er von beiden Seiten, dem Jugendlichen wie seinen Eltern, als Begleiter in den medizinischen Belangen der Pubertäts- und Adoleszentenentwicklung optimal in Anspruch genommen und wirksam werden kann.

Referenzen

- Berger, Margarete (1997): Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Kinderärzten. *Kinderanalyse* 2/97, S. 103-123.
- Eiholzer, Urs (1991) Über die Notwendigkeit einer speziellen Jugendmedizin. *Schweizerische Ärztezeitung* Nr. 72, S. 95-100.
- Hagen, Cornelia von; Noeker, Meinolf (1999): Entwicklungsergebnis bei chronischer somatischer Erkrankung im Kindes- und Jugendalter: Psychische Störung versus Kompetenzzugewinn. In: Oerter, Rolf; Hagen, Cornelia von; Röper, Gisela; Noam, Gil (Hrsg.): *Klinische Entwicklungspsychologie*. Weinheim (Psychologie Verlags Union).
- King, Vera (2002): *Die Entstehung des Neuen in der Adoleszenz*. Opladen (Leske + Budrich).

Korrespondenzadresse:

PD Dr. med. U. Eiholzer
Stiftung Wachstum Pubertät Adoleszenz
Möhrlistrasse 69
8006 Zürich
urs.eiholzer@childgrowth.org