

Serie:
Jugendmedizin

Kommunikation mit Jugendlichen

Viele Kinder- und Jugendärzte fühlen sich unsicher im Umgang mit Jugendlichen. Sie kennen sich oft zu wenig mit effektiven Gesprächstechniken aus, haben Schwierigkeiten bei der Einschätzung der jugendlichen Entwicklung und glauben zu wenig über psychosomatische Zusammenhänge und die „Seelenlage“ bei Jugendlichen zu wissen. Im Folgenden sollen ein paar Tipps zur Kommunikation gegeben werden, die natürlich ein Ausprobieren im Rahmen eines Seminars nicht ersetzen können (Infos zum EuTEACH-Training in Jugendmedizin unter www.dakj.de oder zur jährlichen Summer School in englischer Sprache unter www.euteach.com).

Jugendliche zu betreuen erfordert ein besonderes **Setting** in Praxis, Klinik oder Gesundheitsamt. Sie kommen oft allein, wollen am Empfang ihrem Alter entsprechend begrüßt werden, haben bisweilen eine eigene Warteecke mit speziellen Zeitschriften und Materialien. Die vor Jahren noch propagierten eigenen Jugendsprechstunden sind vielerorts aufgegeben worden, weil Jugendliche natürlich auch dann kommen wollen, wenn sie das Bedürfnis danach oder Zeit dazu haben. **Elternbegleitung** kann zur Einführung der Untersuchung sinnvoll sein, bei ausführlichen Untersuchungen besonders bei älteren Jugendlichen sollten diese allein mit dem Arzt im Sprechzimmer sein.

Wichtig ist vor und während einer sorgfältigen und respektvollen körperlichen Untersuchung von Heranwachsenden das „**Miteinander-warm-werden**“ („Joining“) zum Beispiel über eine anerkennende Bemerkung zum „outfit“ des Jugendlichen. Weitere Voraussetzungen sind:

- **Vertraulichkeit:** die ärztliche Schweigepflicht darf nur bei „Gefahr für Leib und Leben“ gebrochen werden, z. B. bei Suizidalität, sie ist besonders wichtig bei „Risikoverhalten“ und chronischen Krankheiten (wenn notwendig im Gesprächsverlauf daran erinnern);
- die **Akzeptanz der Person** des Jugendlichen;

- ein „warmer“, „wertschätzender“ und „anteilmehrender“ (**empathischer**) **Kommunikationsstil**
- **aktives**, das heißt das Verstandene widerspiegelndes **Zuhören** und **offene Fragen** (sogenannte **W-Fragen**) wie: „Was sind für dich die wichtigsten Gründe, deine Asthma-Medikamente regelmäßig einzunehmen?“ oder „Wie hast du es geschafft, mit diesen Schwierigkeiten fertig zu werden?“
- **Vermieden** werden sollten **Bewertungen** (der „erhobene Zeigefinger“), **Vorwürfe**, **Dramatisierungen**, aber auch **Bagatellisierungen**, vor allem auch **Angebote von fertigen Lösungen**.
- Empfehlenswert ist auch der **Verzicht auf Anbieterjargon** zugunsten eines authentischen normalen Verhaltens.

Bei der **körperlichen Untersuchung** Jugendlicher müssen die deutlich mehr als bei Kindern vorhandenen **Schamgefühle respektiert** werden. Es sollte immer erklärt werden, was untersucht wird. Man sollte den Jugendlichen bitten, sich nur soweit nötig zu entkleiden. Bei der Beurteilung der Tanner-Stadien sollte eventuell jemand vom Praxisteam anwesend sein. Wichtig ist es Schritt für Schritt zu erklären, was untersucht wird, die Befunde gleich zu kommentieren und dabei die Normalität zu betonen.

Mädchen sollten, wenn möglich, in der Selbstuntersuchung der Brust unterwiesen werden, gynäkologische Untersuchungen aber allenfalls von jugendgynäkologisch geschulten Ärztinnen oder Ärzten vorgenommen werden. **Jungen** sollten zur Selbst-Untersuchung von Penis und Hoden angeleitet werden, auf jeden Fall gilt es, den Patienten zuerst selber tasten lassen, und ihn dann, wenn notwendig, bei Unklarheiten um Erlaubnis zum Tasten fragen. Wo notwendig sollte auch über Hygienemaßnahmen gesprochen werden. Wenn gar keine Untersuchung möglich ist, wird man Tanner-Bilder zeigen und nach dem wahrscheinlich beim Patienten vorliegenden Stadium fragen.

Mehr als bei jüngeren Kindern gilt es bei der Begegnung mit einem Jugendlichen, sich um seine **Sicht der Welt einschließlich seiner Probleme und Ressourcen** zu kümmern. Der Arzt sollte also seine zunehmende **Autonomie** anerkennen, ihn bei der Übernahme von mehr **Selbstverantwortung** unterstützen, aber auch den Eltern helfen, sich in ihren **sich verändernden Rollen** zurecht zu finden. Wichtig ist das Erkennen von **Problemen** im gesamten **Lebenskontext**, um dann **gemeinsam** Ausschau zu halten nach eigenen Lösungsmöglichkeiten oder nach Personen, die Unterstützung gewähren könnten. Auf diese eher **patientenzentrierte Weise** (Tab. 1) kann bei chronischen Krankheiten



Dr. Wolf-Rüdiger Horn

Expertenorientiert (→ „Compliance“)	Patientenorientiert (→ „Adherence“)
Arzt definiert und bestimmt die Behandlung Patient befolgt Anweisungen	Arzt berät sich mit dem Patienten Patient ist aktiv an der Erarbeitung von Behandlungsschritten beteiligt
Fremdverantwortung für die Krankheit, geringer Informationsaustausch	Selbstverantwortung für Krankheitsverlauf, umfassender Informationsaustausch, auch mit anderen Therapeuten

[modifiziert nach Hurrelmann K, „Gesundheitssoziologie“ (2002)]

Tab. 1: Arzt-Patient-Kommunikation

die **Adhärenz** gestärkt und die Wirksamkeit der Therapie erhöht werden. Dieses die **Eigenverantwortung** und die **Autonomieentwicklung** fördernde Vorgehen unterscheidet sich deutlich von der in den Kinderjahren üblichen eher arzt- oder **expertenzentrierten Weise**, die zu einer eher fremdbestimmten **Compliance** führt.

Einen Beitrag zum Kennenlernen des Lebenskontextes kann die **psychosoziale Anamnese** nach Goldenring & Rosen (2004) leisten, sie wird in Tab. 2 in einer orientierenden Kurzfassung vorgestellt und kann in dem Artikel Goldenring J, Rosen D (2004) „Getting into adolescent heads: An essential update“. Contemporary Pediatrics 21: 64-90, unter www.aap.org/pubserv/PSVpreview/pages/Files/HEADSS.pdf

heruntergeladen und nachgelesen werden. Das Akronym **HEEADSSS** schreibt keine normierte Reihenfolge der Befragung vor, diese kann vielmehr je nach Notwendigkeit variiert und die Fragen auch auf mehrere Begegnungen verteilt werden. Natürlich kann man schon während der körperlichen Untersuchung beim Überprüfen des Bewegungsapparates und dem Abhören der Lunge nach sportlichen Aktivitäten oder dem Rauchen fragen. Ganz allmählich kann sich daraus ein **Dialog über Freizeit, Ernährung, Sexualität etc.** entwickeln. Träume und Wünsche („Stell dir vor, eine Fee kommt in der Nacht zu dir und sagt dir, dass du ihr drei Wünsche sagen kannst?“) sowie eventuell heikle Themen sollten eher am Schluss behandelt werden, auch die „Familien-

note“: „Stell dir die ganze Familie XY vor – deine Eltern, deine kleine Schwester, deinen großen Bruder, stell dich dazu wie auf einem Familienfoto und gib allen **zusammen** eine Note zwischen 1 und 6, so aus dem Bauch raus.“ Dann z. B. bei „2 bis 3“: „Was müsste passieren, damit daraus eine glatte 2 würde, was noch, damit daraus eine 1 minus würde?“ Vor allem aber die in der Tabelle als letzte angebotene Frage nach möglichem sexuellen Missbrauch.

Bei Jugendlichen mit chronischen Krankheiten kann es infolge massiver Umbruchprozesse zu Überlastungen und damit oft zu Schwierigkeiten kommen, sich zu entscheiden. Ebenso können Jugendliche in Schwierigkeiten kommen, wenn sie für ihre Gesundheit **riskante Verhaltensweisen** praktizieren, obwohl sie an Erkrankungen wie Asthma oder Diabetes leiden. So weisen verschiedene Untersuchungen darauf hin, dass chronisch kranke Jugendliche mit größerer Wahrscheinlichkeit tägliche Raucher und aktuelle Cannabis-Konsumenten sind und häufiger gewalttätige oder antisoziale Handlungen begehen als gesunde Jugendliche. Dann kann eine Unterstützung besonders wichtig sein, sie sollte aber stets **autonomiefördernd** und **patientenzentriert** sein und **Selbstwirksamkeitserfahrungen** ermöglichen.

Ein mittlerweile immer häufiger eingesetztes Verfahren dazu ist die **Motivierende Gesprächsführung**, eine ursprünglich aus der Suchttherapie stammende, aber mehr und mehr auch in der Pädiatrie Eingang findende Gesprächstechnik. Die Prinzipien der Motivierenden Gesprächsführung wie **empathischer Gesprächsstil**, das **Herausarbeiten von Widersprüchen zwischen Zielen und Verhalten**, die **flexible Reaktion auf Widerstand** und die **Unterstützung von Selbstwirksamkeit** eignen sich auch sehr gut zur Kombination mit anderen Verfahren, die Eingang insbesondere in die Schulung und Behandlung chronisch kranker Jugendlicher gefunden haben.

Einritisches Endokrinologenteam berichtet zum Beispiel über

Bereich (englisch)	Bereich (deutsch)	Beispielfragen
Home	Zuhause	Wie kommst du mit deinen Geschwistern/ Eltern aus?
Education and employment	Schule und Beruf	Was sind deine Lieblingsfächer? Welches findest du unmöglich?
Eating habits	Essgewohnheiten	Was isst du am liebsten? Was überhaupt nicht gern?
Activities and peers	Freizeit	Was machst du am liebsten nach der Schule? Was machst du an Sportarten?
Drugs	Psychoaktive Substanzen	Gib es in deiner Klasse/Clique Leute, die rauchen? Und du?
Sexuality	Sexualität	Warst du schon einmal verliebt? Wann?
Suicide and depression	Depressivität, Suizidalität	Wann hattest du zuletzt mal daran gedacht, dass du am liebsten gar nicht mehr leben würdest?
Safety	Sicherheit/Gewalt	Ist es schon irgendwann einmal vorgekommen, dass irgendjemand dich so auf eine Weise berührt oder behandelt hat, dass es dir gar nicht wohl war?

[nach Goldenring & Rosen (2004) und Rutishauser C., „Umgang mit Jugendlichen in der ärztlichen Praxis“ Pädiat Prax 65,279-287 (2004)]

Tab. 2: Psychosoziale Anamnese nach dem HEEADSSS-Schema

eine Gruppenintervention bei diabetischen Jugendlichen, in der Elemente aus motivierender Gesprächsführung mit Ideen aus der **lösungsorientierten Kurztherapie** und aus der **kognitiv-behavioralen Therapie** kombiniert wurden. Bei den so behandelten Jugendlichen mit schlecht eingestelltem Diabetes Typ 1 war der HbA1c-Wert in den behandelten Fällen nach 4–6 Monaten signifikant niedriger als bei den nicht behandelten Kontrollen. Selbstverständlich können diese Techniken auch in Einzelsituationen angewandt werden (Literatur und Infos beim Verfasser).

Als Beispiel für solche modernen kommunikativen Techniken sei zum Schluss die häufig insbesondere beim Umgang mit substanzkonsumierenden jungen Menschen verwendete **„Entscheidungswaage“** (siehe Tab. 3) genannt, mit deren Hilfe ambivalente Einstellungen ähnlich einer Kosten-Nutzen-Rechnung verdeutlicht und schließlich Veränderungsprozesse angestoßen werden können. Anders als vom me-

Was spricht für das Fortsetzen des bisherigen Verhaltens	Was spricht für eine Veränderung des bisherigen Verhaltens?
Vorteile des Status quo (Rauchen): <i>Zigaretten helfen zu entspannen, gutes Gefühl in der Clique zu rauchen</i>	Nachteile des Status quo (Rauchen): <i>Puste wird knapp, Eltern maulen, gebe zu viel Geld aus</i>
Nachteile einer Veränderung: <i>Was soll ich meinen Freunden sagen? Keinen Genuss mehr, was mit den Händen tun?</i>	Vorteile einer Veränderung: <i>Bekomme mehr Luft, komme mit Eltern besser klar, weniger finanzielle Probleme</i>
Bitte, beziehe in deine Überlegungen ein: die Konsequenzen für dich selbst, die Konsequenzen für Andere. Wie fühle ich mich selbst dabei? Wie fühlen sich Andere dabei im Umgang mit mir?	

Tab. 3: Entscheidungswaage (Kosten-Nutzen-Rechnung)

dizinischen Denken her gewohnt, wird hierbei nicht mit den Folgen eines Tuns begonnen, sondern mit den Motiven des Jugendlichen, also dem Nutzen eines von uns oft nur als risikobehaftet gesehene Handelns! Es geht also erst einmal darum, die **Sichtweise des Jugendlichen** zu erkunden, bevor möglichst er selbst dann auch über Nachteile und

schließlich über Veränderungsmöglichkeiten nachdenken kann.

Dr. Wolf-Rüdiger Horn
Vorsitzender der Kommission Jugendmedizin der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V.
Igelbachstr. 7
76593 Gernsbach
wolf-r.horn@t-online.de

Red.: ge

Schlafforscher: Frühes Aufstehen ist gegen Natur von Jugendlichen

Überraschend hat sich eine Mehrheit der Schüler des Berliner John-Lennon-Gymnasiums gegen einen späteren Start in den Schulalltag entschieden – nach Ansicht von Schlafforschern eine verpasste Chance.

Würde der Unterricht nur eine Stunde später beginnen, könnte es in den Schulen erheblich aufmerksamer und konzentrierter zugehen, so der Schlafforscher Professor Jürgen Zulley, Leiter des Schlafmedizinischen Zentrums der Universität Regensburg und Präsident der Deutschen Akademie für Gesundheit und Schlaf gegenüber der Nachrichtenagentur dpa. Verantwortlich dafür sei der Biorhythmus, der sich ungefähr mit dem zwölften Lebensjahr verändere. „Studien aus den USA,

Finnland und Israel haben gezeigt, dass der biologische Rhythmus sich in diesem Alter nach hinten verschiebt. Die Jugendlichen werden zu Abendtypen, die später ins Bett gehen und dafür länger schlafen. In der Wissenschaft werden diese Typen auch Eulen genannt“, erklärte der Wissenschaftler. „Jugendliche handeln also gegen ihren natürlichen Biorhythmus, wenn sie zu früh aufstehen.“

Mit sozialen Verpflichtungen am Abend habe dies nichts zu tun, betonte Zulley. „Auch wenn das den Jugendlichen oft angelastet wird.“ Im Gegenteil. Die Studien hätten gezeigt, dass die Jugendlichen trotz einer Stunde mehr an Schlaf nicht später als zuvor ins Bett gingen. Bei einem späteren Schulbeginn müssten

aber einige Dinge beachtet werden. „Ein späterer Schulbeginn soll nicht bedeuten, dass der Unterricht einfach verlängert wird“, sagte Zulley. „Wichtig ist eine Mittagspause und anschließender Nachmittagsunterricht, wie es in Ländern wie Frankreich seit Jahren üblich ist.“

Kinder und Jugendliche hätten am Nachmittag ein zweites Leistungshoch. Das könnte sogar noch gesteigert werden, wenn die Schulen ihren Schülern Ruhepausen ermöglichen. „Jugendliche sind etwas müder als jüngere und ältere Menschen, besonders zur Mittagszeit. Das hängt wahrscheinlich mit der Pubertät zusammen“, erklärte Zulley. „Ein kurzer Mittagsschlaf zwischen 10 und 30 Minuten erhöht da die Leistungsfähigkeit erheblich.“

dpa/ReH