

Adoleszenz, Frühling des Lebens

Hauptreferat an der 5. Fortbildungstagung des KHM, 30.–31. Oktober 2003, Luzern

Ein Bericht von Mechtild Heinrich

Gegengelesen von Dr. Marianne Caflisch

Adoleszenz und Frühling haben etwas mit Aufbruch zu tun. Der Aufbruch bzw. die Änderungen der Persönlichkeit in der Adoleszenz bringen Verunsicherungen mit sich. Unsicherheit besteht häufig auch bei Erwachsenen darüber, wie sie mit Jugendlichen angemessen umgehen sollen. Davor sind auch Ärzte nicht gefeit.

Kritische Stimmen monieren immer wieder den heute fast allgegenwärtigen «Jugendwahn». Sobald man aber die schöne Welt der Werbung und ihre Bilder von Jugendlichkeit verlässt, sind Jugendliche eine erstaunlich unbekanntere Bevölkerungsgruppe. So besteht im Umgang mit ihnen oft erhebliche Unsicherheit. Unter dem Vorsitz von Dr. Pierre Klausner, FMH für Kinder- und Jugendmedizin, Genève, gab Dr. Marianne Caflisch, Spezialärztin an der Kinderklinik in Genève, Anregungen für die Betreuung von Jugendlichen in der Praxis.

Entwicklung und Adoleszenz

Die Adoleszenz beginnt mit der Pubertät. Seit dem Jahr 1960 haben die Mädchen ihre Menarche durchschnittlich im Alter von 12 Jahren. Als beendet gilt die Adoleszenz, wenn ein vollständiger oder zumindest weitreichender Grad an Autonomie erreicht ist, was üblicherweise mit finanzieller Selbstständigkeit gleichgesetzt wird. Vor allem lange Ausbildungsphasen schieben diesen Zeitpunkt immer weiter hinaus. Die Jugend ist eine Lebensphase mit eigener Qualität und speziellen Anforderungen (Tab. 1). Da traditionelle Rollenbilder und Wertorientierungen heute weitgehend entfallen, bestehen grosse Chancen, eine eigene Identität zu entwickeln. Zugleich sind damit aber die Anforderungen an den einzelnen Jugendlichen erheblich gestiegen.



Tabelle 1. Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz.

Entwickeln einer stabilen und realistischen Identität
Erreichen emotionaler Unabhängigkeit von den Eltern und anderen Erwachsenen
Entwickeln einer sozialen Rolle sowie einer weiblichen/männlichen Geschlechterrolle
Entwickeln von Werten, die als Leitfaden für das Verhalten dienen

Jugendliche beim Arzt

Gehen Jugendliche überhaupt zum Arzt? Einer Schweizer Umfrage zufolge gehen sie öfter als angenommen. Immerhin 75–78%¹ gaben an, im letzten Jahr mindestens einmal beim Arzt gewesen zu sein. Bei einem jugendlichen Patienten fragt sich der Arzt oft erst einmal, ob er ihn mit «Du» oder «Sie» anreden soll. Das hängt vom Alter des Arztes ab, meinte Marianne Caflisch. Ältere Ärzte können den Jugendlichen einfacher duzen; damit übernehmen sie eine Vaterrolle, die meist gut akzeptiert wird. Jüngere Ärzte verwenden besser das «Sie», um sich klar von der Rolle eines «Kameraden» zu distanzieren. Wenn ein Jugendlicher zum Arzt kommt, sollte er immer körperlich untersucht werden, auch wenn der Arzt davon ausgeht, nichts Auffälliges zu finden. Dann dient die Untersuchung dazu, die Arztrolle zu definieren.

Unsicherheit besteht auch immer wieder bei der Frage, ob die Eltern bei der Konsultation zugegen sein sollen. Um die Vertraulichkeit zwischen Arzt und Patient zu gewährleisten, gleichzeitig aber Loyalitätskonflikte in der Familie zu vermeiden, schlägt Caflisch einen Kompromiss vor. Die Konsultation beginnt mit einem gemeinsamen Gespräch, bei dem der/die Jugendliche zusammen mit den Eltern die Probleme auflistet. Anschliessend werden die Eltern gebeten, ins Wartezimmer zu gehen und dort das individuelle Gespräch mit dem Jugendlichen und die Untersuchung abzuwarten. So bietet dieser Moment auch Gelegenheit, heikle Themen anzusprechen. Wenn der Jugendliche einverstanden ist, können die Eltern an einem abschliessenden Gespräch teilnehmen. Dem sind die Jugendlichen oft viel weniger abgeneigt, als man denkt.

¹ Alle Zahlen sind der neuen SMASH 2002 (Swiss Multicentric Adolescent Study on Health 2002) entnommen.

Häufig sind die Jugendlichen verunsichert. Während dieser Untersuchung sind sie oftmals zum ersten Mal allein mit einem Erwachsenen, der nicht zu den nächsten Angehörigen zählt. Gern möchte der Jugendliche vom Arzt bestätigt bekommen, dass er «völlig normal» ist. Der Wunsch, so zu sein wie die anderen Gleichaltrigen, ist meist stark ausgeprägt.

Worüber klagen Jugendliche?

Vielfach wird angenommen, dass Themen wie Drogen, Alkohol und Sex einen hohen Stellenwert haben, wenn sich Jugendliche bei professionellen Helfern einfinden. Zumindest für den Arztbesuch gilt das nicht. Zu den häufigsten in der Praxis geklagten Beschwerden gehören

- Müdigkeit
- Schlafstörungen
- Kopfschmerzen
- Bauchschmerzen
- dermatologische Probleme
- Atembeschwerden
- Beinschmerzen
- Gewichtsprobleme
- Sehstörungen

Sämtliche Punkte werden von Mädchen häufiger angegeben als von Jungen, wobei Müdigkeit bei beiden Geschlechtern (Mädchen 54%, Jungen 45%) die Liste anführt. Schlafstörungen (Mädchen 24%, Jungen 14%) können biologisch begründet sein, da sich der Schlafrhythmus in der Adoleszenz ändert und die Schlafdauer von durchschnittlich neun auf sieben Stunden pro Nacht sinkt. Dennoch sollten Schlafstörungen ernst genommen werden, da sie zu Unfällen, Schulversagen und Verhaltensauffälligkeiten führen können. Nicht selten werden Schlafstörungen auch von Schulstress, Fernseh- und Computerkonsum, sonstigen Freizeitaktivitäten, Diäten, Nikotinabusus oder Familienproblemen verursacht.

Selten genannt: depressive Stimmung

Müdigkeit und Schlafstörungen können auch auf eine depressive Problematik hinweisen. Etwa 40% der Jugendlichen befinden sich zumindest zeitweise in einer depressiven Stimmung, aber die wenigsten sprechen darüber. Die Liste der möglichen Indikatoren reicht von funktionellen Beschwerden bis zu Schulabsenzen (Tab. 2). Gerade Schulabsenzen sollten den Arzt hellhörig machen, denn sie sind ein sehr feines Zeichen, dass etwas nicht stimmt. Das hat meist weniger mit den schulischen Leistungen zu tun, sondern eher damit, dass ein Jugendlicher von

der Peer-Group ausgeschlossen wird. Depressive Stimmungen oder Depressionen können im Sinne einer «Selbstbehandlung» auch zu Drogenkonsum führen. Unter Drogeneinfluss fühlen sich die Jugendlichen weniger traurig, und die Probleme scheinen ihnen leichter erträglich.

Tabelle 2. Hinweise auf eine depressive Problematik.

Funktionelle Beschwerden
Müdigkeit und Schlafstörungen
Essverhaltensstörungen
Weinkrämpfe und aggressive Momente
Ängste und Panikattacken
Psychomotorische Verlangsamung oder Hyperaktivität
Zurückgezogenheit
Interessenverlust und Konzentrationsschwierigkeiten
Schuldgefühle und Suizidgedanken
Schulabsenzen

Risikoverhalten

Erwachsene betrachten Drogenkonsum kaum als «Selbstmedikation», sondern vielmehr als Risikoverhalten, das sich auch anders präsentieren kann, zum Beispiel als riskantes Verhalten im Verkehr und Sport, Suizidalität, Selbstverletzungen oder Gewalt gegen andere, Delinquenz, Ausreissen oder Schulabsenzen. So manches Mal, wenn es gerade noch einmal gut gegangen ist (oder eventuell auch nicht), fragen sich die Eltern: «Warum macht er/sie das? Er/sie hat doch alles.» Dem kann man ganz pauschal entgegen, dass Risiko zur Jugend gehört.

Risikoverhalten hilft den Jugendlichen, eigene Grenzen und eine eigene Identität zu finden. Überstandene Gefahren steigern das Selbstwertgefühl und die Stellung im sozialen Kontext. Wenn es darum geht, Neues kennenzulernen, zum Beispiel gelegentlich mit Freunden einen Rausch «auszuprobieren», wäre der Begriff *Experimentierverhalten* wohl passender. Risikoverhalten im eigentlichen Sinn zeichnet sich dadurch aus, dass es zunehmend häufiger und auch allein ausgeübt wird und bereits in frühen Jahren beginnt.

Überangepasste Jugendliche ohne Übertretungstendenzen sind jedoch auch nicht wünschenswert, schloss Caflisch, denn Jugendliche ohne Risiko bilden ebenfalls ein Risiko.

Eine nützliche «Eselleiter»:

HEEADSS: Home – Education – Eating – Activities – Drugs – Sexuality – Security