

**Buchrezension: Miriam Haagen / Heike Knerich: Trauernden Jugendlichen zuhören.**

1 (2022)

Als ich von Frau Haagen gefragt wurde, ob ich für die AIM-Webseite eine Buchbesprechung Ihres gemeinsam mit Frau Knerich verfassten Buchs erstellen könnte, habe ich etwas gezögert. Ich bin in den naturwissenschaftlichen Subdisziplinen der Medizin sozialisiert worden, die das Biologische im Fokus haben. Ich bin kein Psychotherapeut und habe keine speziellen Erfahrungen in der Traumatherapie oder Begleitung nach schwerwiegenden Verlusten. Ich bin mit endoskopischen und sonographischen Techniken groß geworden und habe so gut wie keine Kenntnisse zum ‚geisteswissenschaftlichen Mikroskop‘ (1:14) einer linguistischen Analyse eines Gesprächs-Transkripts. Nachdem ich das gemeinsam von Frau Prof. Elisabeth Gülich, erfahrene Linguistin mit Interesse für Gesprächsverläufe in der Medizin und AIM-Mitglied, und von Prof. Carl E. Scheidt, erfahrener und gestandener Psychosomatiker und Psychoanalytiker, verfasste Vorwort des Buches gelesen hatte, wurden meine Zweifel größer. Gülich und Scheidt bringen die Besonderheiten dieses Buches auf den Punkt: zum einen kommen die Jugendlichen selbst zu Wort, zum anderen werden ihre spontanen Äußerungen durch die Gesprächs-Transkripte quasi momentlos und auf Dauer gestellt, sodass in einer späteren Analyse unbeachtete Details des Gesprächs sichtbar gemacht werden können. ‚Die Autorinnen verbinden in sehr gelungener und überzeugender Weise zwei verschiedene disziplinäre Perspektiven: eine psychotherapeutische und eine gesprächsanalytische (1:7)‘. Gülich und Scheidt gehen auf die Vorteile dieses Verfahrens gegenüber Gedächtnisprotokollen bei Fallvignetten ein und betonen, dass das Thema Trauer bei Jugendlichen ‚ein wichtiges und lange vernachlässigtes klinisches Feld‘ (1:8) darstellt und ‚dass gerade in dieser Altersspanne durch die besonderen Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz, die in der sukzessiven Lösung von den Eltern, der Ausbildung einer sozialen Identität und der Integration der Geschlechtlichkeit bestehen, die Vulnerabilität ohnehin hoch ist. Zusätzlich ist die Bereitschaft und wohl auch die Fähigkeit, die mit der Verlusterfahrung verbundenen

schmerzlichen Emotionen auszudrücken und mit anderen zu teilen, in der Regel geringer ausgeprägt als im Erwachsenenalter (1:8). Und wenig später wird herausgestellt: ‚Über Einzelfälle hinaus haben die Analysen einen exemplarischen Charakter: Sie zeigen, was das Erzählen in solchen krisenhaften Situationen leisten kann (1:9).‘ Was kann ich einer solch wertschätzenden Beurteilung hinzufügen? Also – Schuster bleib bei deinen Leisten? Ja, oder sollte ich doch was dazu schreiben?

Nach Durchlesen des gesamten Buchs und mehrmaligem Überschlafen habe ich mich gefragt, was ich für Hausärztinnen, Internisten und Kolleginnen und Kollegen anderer Fachdisziplinen in der AIM aus einer allgemeineren Perspektive dazu schreiben kann. Nachfolgend ein paar Anmerkungen zu drei Punkten: 1. dem Umgang mit Jugendlichen im allgemeinen und mit Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen im speziellen, z.B. beim Übergang von der Kinderärztin zum Internisten, 2. zur eigenen Selbstreflexion, z.B. z.B. wie man selbst mit Tod, Traumata oder schweren Verlusten umgeht und 3. zu der Frage: Was ist das Pendant zur linguistischen Analyse von Gesprächs-Transkripten beim Hausarzt oder der Internistin?

### ***Der Umgang mit Jugendlichen***

Frau Haagen und Frau Knerich haben im einleitenden Kapitel ihres Buches die psychodynamischen Besonderheiten des Jugendalters, die Ambivalenzen zwischen Ablösung von den Eltern und eigenem Weg, die Probleme, wie sie mit den Veränderungen ihres Körpers umgehen u.a.m. gut dargestellt (1:16-21). Sie schreiben: ‚Der *Peergroup* kommt die Aufgabe eines Übergangraums zwischen Familie und Gesellschaft zu, die entwicklungsfördernde oder hemmende Wirkung haben kann (1:19).‘ Ich will diesen Aspekt deshalb hervorheben, weil er einerseits die Besonderheit der Jugendphase zum Ausdruck bringt, und andererseits eine Verständigung mit Welt der Erwachsenen erschwert – die Sprache und ihre speziellen Eigenarten im Jugendalter. Dies soll am Beispiel der *Deute-Blume* erfolgen. Metaphorisch ist dies eine noch wachsende Blume, deren Stiel recht zart ist (und noch keine Verholzungstendenzen wie bei herbstlichen Staudenblumen aufweist) und deren Blüte und Blütenblätter die Tendenz haben, ‚ins Kraut zu schießen‘. Die Abbildung zur *Deute-Blume* ist dem Buchkapitel von W. Frindte zur sozialen Konstruktion von Wirklichkeiten und zu sich selbst erfüllenden Strategien entnommen (2:103-129) und stellt unterschiedliche systemspezifische Ebenen der Wirklichkeitskonstruktion dar. Man muss bei Gesprächen mit Jugendlichen immer den Interaktionsraum sozialer Konstruktion, die *Peergruppe*, im Hinterkopf haben, man muss berücksichtigen, dass in dieser Altersgruppe die Mehrzahl sozialer Interaktionen sich in der Peergruppe und in den *social media* abspielen und dass die Bandbreite der individuellen Sinnräume individuell sehr verschieden sein kann. Z.B. höre ich der jugendlichen Patientin, die mit der selbstdiagnostizierten ‚Modekrankheit‘ Glutenunverträglichkeit in die Sprechstunde kommt, geduldig zu, was sie alles im Internet und in Betroffenenengruppen über die neue Krankheit gelesen hat, frage aber danach, wie sie das Verhältnis von Google-Treffer bei einer Recherche zu Glutenunverträglichkeit zu Treffern in PubMed, einer wissenschaftlichen Datenbank, einschätzen würde. In der Regel ist sie erstaunt, wenn ich ihr die (belegbare) Zahl von 500 : 1 berichte und ihr erkläre, dass ich zwar Bestseller wie die ‚Weizenwampe‘ und etliche Promi-Berichte, wie gut sie sich unter Gluten-freier Diät fühlen würden, kenne, mich

in Beratung und Betreuung von Patienten aber nur auf solide wissenschaftliche Daten konzentriere. Ich erläutere ihr dann im Detail, wie eine gesicherte Diagnosestellung erfolgt und welche anderen Krankheiten ausgeschlossen werden sollten, erkläre, wie ich in ihrer speziellen Situation vorgehen würde, und versichere, dass ich sie bei gesicherter Diagnose ausführlich zur Gluten-freien Ernährung beraten werde.

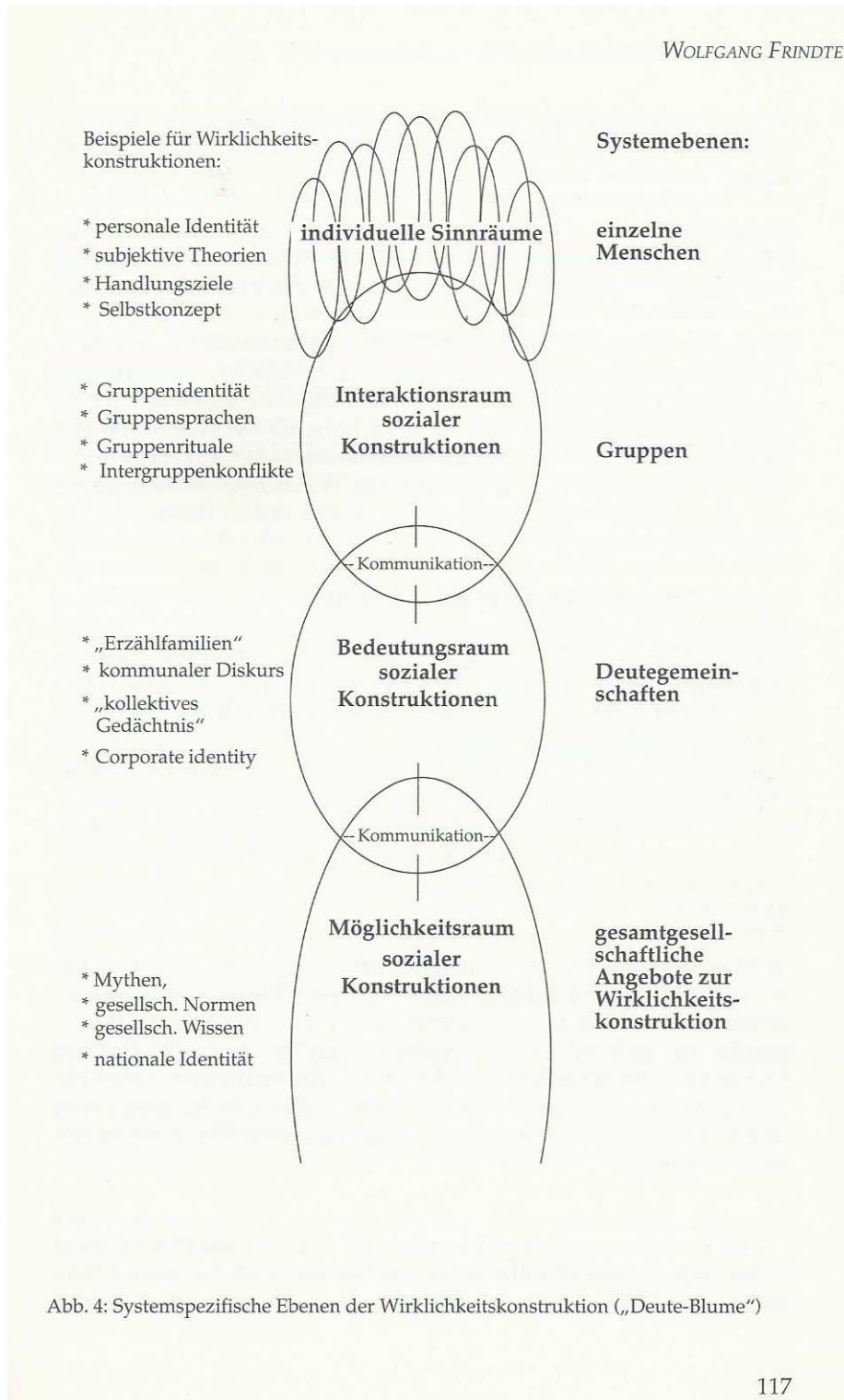


Abb. aus 2:103-129 (1995)

Haagen und Knerich geben Beispiele für Peergruppen-spezifische sprachliche Besonderheiten wie ‚genau‘ (1:88), ‚echt scheiße‘ (1:119), u.a.m., die häufig gebraucht werden oder die - z.B. bei ‚genau‘ – mitunter zum stereotypischen Ende eines jeden Satzes dazugehören.

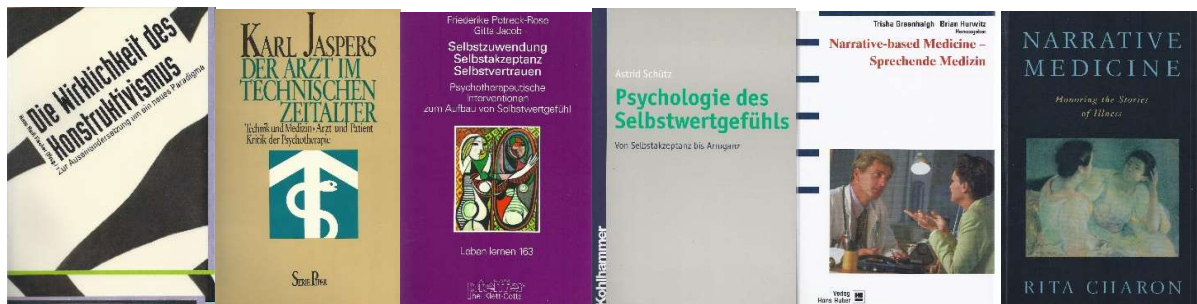
Will man einen Draht zu Jugendlichen aufbauen, muss man über solche Eigenheiten hinweghören können, um auf die individuellen Sinnräume und die individuellen Erfahrungen, die ja auch den vorgestellten 5 halbverwaisten Jugendlichen sehr unterschiedlich sind, zu fokussieren. Einer der Interviewten erwähnt die ‚Freunde und das ‚Sich-anders-Fühlen‘, wenn man so eine Erfahrung gemacht hat (1:79)‘. Er könne mit Gleichaltrigen nicht mehr so gut sprechen, ‚er habe jetzt eine Lebenserfahrung eher wie ein Vierzigjähriger. Er fühle sich als sei er in ein neues Leben getreten seit dem Tod des Vaters (1:79)‘. *Slangs* der Peergruppe hat er hinter sich, mit ihm ist *existenzielle Kommunikation* möglich. Jaspers hat ärztliches Handeln als abhängig von der Orientierung an verschiedene Sinnebenen interpretiert und Stufen therapeutischen Handelns beschrieben. Jede Stufe stößt an eine Grenze, an der die Wirkung versagt und an der daher der Sprung in eine neue Stufe notwendig wird. Jaspers unterscheidet 1. das technisch-kausale Handeln, das ‚Zusammenhänge des Lebensapparates wieder in Ordnung‘ bringt, 2. ein die Selbsthilfetendenz des Lebens wieder in Gang setzendes Handeln, das Jaspers der Tätigkeit des Gärtners vergleicht und 3. ein Behandeln, das den Menschen als ‚verständiges Wesen‘ ansieht und *existenzielle Kommunikation* beinhaltet (3).

Die im Buch von Frau Haagen und Frau Knerich anklingende Problematik unzureichender Versorgungsangebote für speziell auf Jugendliche ausgerichtete psychotherapeutische Praxen (1:78) besteht auch für fachärztliche Praxen wie z. B. rheumatologische oder gastroenterologische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Der Übergang vom Arzt für Kinder- und Jugendmedizin in eine Praxis für Erwachsene findet in unterschiedlichen *Settings* und Konstellationen statt. Ich habe eine 21-Jährige erlebt, die eine sehr lange Zeit benötigt hat, bis sie sich mit ihrer im Kindesalter festgestellten chronischen Erkrankung von ihrer vertrauten Kinderärztin lösen und in eine Facharztpraxis wechseln konnte. Ich weiß, wie schwierig es ist, einem 17-jährigen Patienten mit M. Crohn, zu erläutern, dass ein Weitermachen mit seinem Zigarettenrauchen mit einem 2-3-fach erhöhtem Risiko für Rezidive und operative Eingriffe einhergeht und dass ich einen Stopp des Rauchens nicht per Rezept verordnen kann, sondern nur leise auf seine (im Wachstumsstadium befindliche) Selbstverantwortung für sich und sein weiteres Leben mit der Krankheit hinweisen kann – im schmerzhaften Wissen, dass es leider mitunter eines 3. oder 4. Arztwechsels bedarf, bis der Patient autonom geworden ist und seine Verantwortung für sich selbst kapiert, akzeptiert und umgesetzt hat. Und dass ich in der Begleitung seiner wachsenden Selbstverantwortung hin und wieder und ohne erhobenen Zeigefinger auf diesen Punkt zurückkommen werde.

Jugendlichen verständlich zu machen, dass Emotionen nichts von außen über sie Hereinfallendes darstellen, sondern immer mit physiologischen Reaktionen ihres Körpers einhergehen, diesen leiblichen Aspekt von Emotionen Jugendlichen beim Übergang ins Erwachsenenalter zu vermitteln, stellt für mich eine wichtige ärztliche Aufgabe für Menschen in dieser Lebensphase dar. Nur mit einem ganzheitlich leiblichem Verständnis von Emotionen kann ich ihnen z.B. die einem Hyperventilationssyndrom zugrundeliegenden Mechanismen erläutern und Maßnahmen zur Vermeidung erklären oder sie für Symptome, die ein Rezidiv der Colitis ulcerosa andeuten können, sensibilisieren.

### **Die eigene Selbstreflektion**

Will man Jugendlichen in ihrer kritischen Lebensphase gerecht werden, ist ein Sich-Erinnern an Erlebnisse und Erfahrungen der eigenen Jugendzeit und die Jugendzeit der eigenen Kinder wichtig. Wie hat man selbst und wie haben die eigenen Kinder in dieser Phase Selbstvertrauen und Selbstakzeptanz erworben? Habe ich mich dem phasenweisen imperativen Drang der ‚Jungs‘ gestellt, den ‚Alten‘ im Tischtennismatch ‚nass zu machen‘? Habe ich mir die Zeit genommen, mit dem 14-jährigen Sohn über *Sophies Welt* zu diskutieren? Habe ich den erfolgreichen Versuch des 15-Jährigen, sich das Jonglieren mit 3 Bällen und das Einradfahren selbst beizubringen, ausreichend genug gewürdigt? Habe ich die 16-jährige Tochter ihren Schüleraustausch-Aufenthalt in Australien selber planen lassen? Habe ich im klinischen Alltag Zeit gefunden, mich zu Fragen des Aufbaus von Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen weiterzubilden (4,5)? Habe ich mich mit narrativer Medizin, mit Erzählen als Verarbeitungsleistung (1:44) beschäftigt (6,7)? Habe ich mich mit der Bedeutung von Metaphern beschäftigt (8,9)? Bin ich in der Lage, mit geeigneten Metaphern wie der von Frau Haagen und Frau Knerich zitierten Metapher von George Engel zu Wunden, Wundheilung und Wundheilungsstörungen (1:26) Brücken zum Verständnis zu bauen?



2:103-129 (1995)

3 (1986)

4 (2003)

5 (2000)

6 (2005)

7 (2006)

Will man mit Jaspers ‚den Umgang des Kranken mit der Krankheit gestalten‘ (3:14), ist es wichtig, sich selbst bewusst zu machen, wie man selber mit Krankheiten, Verlusten, Traumata u.a.m. umgeht. Wie unbefangen kann ich mit Patientinnen oder Patienten über Traumata, sexuelle Probleme oder den Tod sprechen? Lösen solche Gespräche bei mir ‚Gefühle von Hilflosigkeit, Ohnmacht und Verzweiflung aus‘ (1:35)? Gehe ich solchen Gesprächen, nach denen es dem Patienten besser und dem Doktor schlechter geht, aus dem Weg? Was für ein Arzt bin ich? Verstecke ich mich hinter dem Ultraschallgerät, will ich diagnostische Rätsel lösen (10)? Oder bin ich mit meinem dreihöckrigen Schemel einer Medizin zufrieden, die sich darauf konzentriert, mündige Patienten fachlich kompetent beraten zu können, die im Notfall schnell und im Interesse des Patienten handeln kann und die chronisch Kranke und Sterbende menschlich begleiten kann? Ist Medizin für mich nur hochstilisierte, angewandte Naturwissenschaft oder ist sie auch und vor allem eine lebensweltliche Praxis des Sich-Kümmerns und Helfens? Kann ich mit ‚authentischer Neugier für Ansichten und Phantasien‘ (1:33) zuhören?

### ***Was ist das Pendant zur linguistischen Analyse von Gesprächs-Transkripten beim Hausarzt oder der Internistin?***

Zum einen das, was ich in *Was ist, wie geht und wozu braucht es ‚achtsame Praxis‘? Zur unveränderten Aktualität von Epsteins ‚mindful practice‘ (1999)* [https://uexkuell-akademie.de/wp-content/uploads/2020/05/20201705Lei%C3%9F\\_mindful-practice\\_2020.pdf](https://uexkuell-akademie.de/wp-content/uploads/2020/05/20201705Lei%C3%9F_mindful-practice_2020.pdf) beschrieben habe: Voll konzentriert auf die gegenüberstehende Person zu sein, offen und unvoreingenommen zu sein, authentisch und nicht-wertend zuzuhören, mit freischwebender Aufmerksamkeit auf Mimik, Gestik, Sprachfluss und Intonation achtend und auf einer Metaebene gleichzeitig das eigene Bauchgefühl spürend.

Zum andern: Zuhören und nochmal zuhören; aktiv, achtsam und mit 4 Ohren zuhören, (mit Schulz von Thuns Sachohr, Selbstoffenbarungsohr, Beziehungsohr und Appellohr), das Unausgesprochene mithören, nicht unterbrechen, ausreden lassen, Pausen zulassen, allenfalls offene empathische Nachfragen stellen, die zu weiteren Ausführungen anregen sollen (12).

Achtsame Praxis beinhaltet die Kenntnis, dass Emotionen leibliche Reaktionen darstellen, dass Emotionen nichts sind, was sich im verborgenen *Inneren* der anderen oder der eigenen Person abspielt, sondern etwas, was mit physiologischen Reaktionen einhergeht und was an feinen Veränderungen der Mimik im Gesicht oder der Tonlage der Stimme einhergeht (11) und was man mit sensibilisierten und offenen Sinnen wahrnehmen kann, wenn man auf das *Hier und Jetzt* einer Situation fokussiert ist.

Zwar kein Pendant zur gemeinsamen linguistisch und psychotherapeutischen Analyse von Gesprächs-Transkripten, in der auf Feinheiten und Besonderheiten eines Gesprächs fokussiert wird und Techniken der Gestaltung von Gesprächsabläufen analysiert werden, aber doch eine reflektive Sensibilisierung für sprachliche, leibliche und szenische Gesprächsinteraktionen stellen für hausärztlich, internistisch oder fachärztlich tätige Kolleginnen und Kollegen Balintgruppen (13) oder Reflektierte Kasuistiken in der AIM dar. In der Teilnahme an solchen Gruppen seine Sinne zu schulen, hilft einem, auch mit ‚schwierigen‘ Patienten souverän umzugehen, Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit zu erhalten und einen *Burnout* zu verhindern.

### **Facit**

Frau Haagens und Frau Knerichs Buch *Trauernden Jugendlichen zuhören* ist nicht nur für Psychotherapeuten sehr lesenswert, sondern kann allen Ärztinnen und Ärzten empfohlen werden, die ihren Schwerpunkt bisher im Beraten und Behandeln von Patienten sahen und die Fortbildungs- und Nachreifungsbedarf im Begleiten in kritischen Lebensphasen suchen.



8 (1998)

9 (2015)

10 (1999)

11 (2004)

12 (2000)

13(11.Aufl.2010)