

**Redaktion**

R. Kerbl, Leoben  
 A. Cavini, Klagenfurt

**A. Kamper**

Department für Psychosomatik für Säuglinge, Kinder und Jugendliche, Abteilung für  
 Kinder- und Jugendheilkunde, Klinikum Wels-Grieskirchen GmbH, Grieskirchen

# Psychische und psychosomatische Probleme im Jugendalter

## Grundlagen, Grundsätze und erste Schritte des Beziehungsaufbaus

**Der Lebensabschnitt der Jugend, als Zeitspanne des Übergangs von der Kindheit ins Erwachsenenalter, stellt eine besonders sensible, mitunter problem- und krisenreiche, aber auch chancenreiche Zeit der Veränderung dar. Damit verdient er die besondere Aufmerksamkeit und Achtsamkeit aller betreuenden Personen und Institutionen.**

Das Spektrum der Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter hat sich in den letzten Jahren erheblich verändert. Diese Veränderungen bilden sich in den Studienergebnissen des deutschen Kinder- und Jugendsurvey (KiGGS) ab und sind unter dem Terminus „neue Morbiditäten“ bekannt geworden, mit einer Verschiebung der Erkrankungen hin zu psychischen Störungsbildern [5, 6].

### » „Neue Morbiditäten“ beinhalten vermehrt psychische Störungsbilder

Des Weiteren fordern komplexe Krankheitsbilder, teilweise auf Basis chronischer Erkrankungen (wie bei angeborenen Stoffwechselerkrankungen, zystischer Fibrose, Zustand nach extremer Frühgeburtlichkeit) mit heutzutage deutlich steigender Lebenserwartung, umfangreiche Kenntnisse zum wechselseitigen Zusammenwirken körperlicher, psychischer

und sozialer Vorgänge. Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung hat gerade für die Versorgung psychisch und psychosomatisch erkrankter Kinder und Jugendlicher die Thematik des Spannungsfelds zwischen Spezialisierung und Ganzheitlichkeit nichts an Aktualität eingebüßt [7].

### Zielsetzung

Aus dem Blickwinkel einer auf psychosomatische Probleme und Erkrankungen spezialisierten Institution mit Ambulanz und Stationsbetrieb werden im vorliegenden Beitrag erste Schritte in der Betreuung Jugendlicher mit psychischen und psychosomatischen Problemen dargestellt. Damit geht der Gedanke einher, dass Anregungen für die Praxis von den Lesern aufgegriffen werden können.

### Epidemiologie

Die Ergebnisse der *BELLApplus-Studie* vom 01.08.2009 bis 31.12.2012, einem Modul des KiGGS, geben Auskunft zur Entwicklung des seelischen Wohlbefindens und Verhaltens für das Alter von 7 bis 17 Jahren. Den Ergebnissen zufolge sind bei 11,1% der Mädchen und bei 15,4% der Jungen psychische Auffälligkeiten feststellbar.

» **Bei jedem 10. Jugendlichen finden sich Anzeichen für Depressionen und Ängste.**

Bei knapp 4% der Kinder und Jugendlichen bestehen Zeichen einer Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, bei 10% Hinweise auf externalisierende Störungen. Geschlechtsunterschiede bilden sich dahingehend ab, dass Mädchen insbesondere von Ängsten und Essstörungen betroffen sind. Die Untersuchung zeigt für beide Geschlechter die Auswirkungen anhaltender psychischer Auffälligkeiten in Form einer signifikanten Verminderung der Lebensqualität und deutlicher psychosozialer Folgen, wie schulische Schwierigkeiten und Schulabbruch, geringere berufliche Chancen oder Arbeitslosigkeit. Hinsichtlich der Risikofaktoren fällt in der Studie der Zusammenhang zwischen elterlicher psychopathologischer Störung und Depression von Kindern und Jugendlichen besonders auf, während als Schutzfaktoren Selbstwirksamkeit, positives Familienklima und soziale Unterstützungen identifiziert werden konnten. Explizit festgehalten wird jedoch auch, dass die überwiegende Mehrheit der Befragten sich als psychisch unauffällig darstellt. Auch das Therapieanspruchnahmeverhalten Jugendlicher wurde in der *BELLApplus-Studie* untersucht. Von den betroffenen Jugendlichen gaben demnach nur 56,1% an, in Behandlung zu sein. Erster Ansprechpartner ist das nähere Umfeld (Freunde und Familie). Auch die Lehrkräfte in Schulen sowie Kinder- und Jugendfachärzte werden gegenüber sonstigen professionellen Ansprechpartnern deutlich bevorzugt [8].

Die Daten des KiGGS zur Prävalenz und zum Inanspruchnahmeverhalten bei Schmerzen von Kindern und Jugendlichen [9] zeigen, wie internationale Daten [10] auch, dass die Schmerzthematik „ein ernst zu nehmendes Problem darstellt“ ([9]). Die Dreimonatsprävalenz von Schmerzen betrug für die 11- bis 17-Jährigen demnach 77,6%. Mit steigendem Alter nahm die Schmerzprävalenz zu. Mädchen berichteten signifikant häufiger als Jungen über Schmerzen. Im Jugendalter dominieren Kopf- vor Bauch- und Rückenschmerzen. In deutschen und internationalen Studien ermittelte mittlere Prävalenzen psychischer Störungen im Jugendalter liegen im Bereich von 15 bis 18%. Eine beträchtliche Komorbiditätsrate von bis zu 45% und die Neigung zur Persistenz adoleszenter psychischer und psychosomatischer Erkrankungen bis ins Erwachsenenalter werden beschrieben [11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19].

## Definition und Klassifikation

Psychische Störungen und psychosomatische Erkrankungen Jugendlicher werden im deutschsprachigen Raum vorrangig in der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebenen Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, aktuell in der 10. Version (ICD-10), erfasst. Diese Klassifikation ist Teil eines multi-axialen Klassifikationsschemas mit 6 Achsen, die der weiteren Differenzierung und Ergänzung dienen (■ **Tab. 1;** [20]).

### ► **Kategoriale Klassifikation fördert Checklistenmentalität.**

Ohne die Vorteile einer einheitlichen, vergleichbaren Klassifikation infrage zu stellen, ist kritisch anzumerken, dass die Anwendung des Klassifikationsschemas im Berufsalltag zu kategorialem Denken und

rascher Diagnostik einlädt. Unterstützt wird dies durch die Tatsache der Abrechnungsrelevanz der in Achse I gestellten klinisch-psychiatrischen Hauptdiagnosen. Die Beurteilungen des zeitlichen Ablaufs und oftmals komplexer Zusammenhänge bleiben zurück. Die Überbewertung einzelner psychodiagnostischer Testergebnisse wird begünstigt.

Die häufigsten Diagnosen Jugendlicher an der Psychosomatikabteilung des Klinikums Wels-Grieskirchen betreffen:

- Belastungsreaktionen: akute, subjektiv überfordernd erlebte, posttraumatische Belastungsstörung,
- Somatisierungsstörungen,
- dissoziative Störungen,
- psychische Komorbidität bei primär somatisch chronischer Erkrankung,
- Essstörungen,
- Schlafstörungen,

# Hier steht eine Anzeige.

**Tab. 1** Sechs Achsen im ICD-10/MAS

Achse	Beschreibung
I	Klinisch-psychiatrisches Syndrom
II	Umschriebene Entwicklungsstörungen
III	Intelligenzniveau
IV	Erkrankungen, andere als psychiatrische
V	Assoziierte abnorme psychosoziale Umstände
VI	Globalbeurteilung des sozialen Funktionsniveaus

ICD-10 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Version, MAS Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters.

**Tab. 2** Psychosoziale Belastungen von Kindern und Jugendlichen gemäß ICD-10/MAS

Kategorie	Beschreibung
1	Abnorme intrafamiliäre Beziehungen
2	Psychische Störung/abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie
3	Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation
4	Abnorme Erziehungsbedingungen
5	Abnorme unmittelbare Umgebung
6	Akute belastende Lebensereignisse
7	Gesellschaftliche Belastungsfaktoren
8	Chronische zwischenmenschliche Belastungen im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit
9	Belastende Lebensereignisse/Situationen infolge von Verhaltensstörungen/Behinderungen des Kindes

ICD-10 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Version, MAS Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters.

- affektive Störungen: insbesondere Depressionen unterschiedlicher Schwere, auch bipolare Störungen,
- Angststörungen: generalisiert, Panikattacken, Phobien,
- Zwangsstörungen,
- Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung,
- Störungen des Sozialverhaltens.

Die erhobenen psychosozialen Belastungen werden auf der Achse V des ICD-10/MAS abgebildet. Sie beschreiben die assoziierten aktuellen abnormen psychosozialen Umstände und werden, wie in **Tab. 2** ersichtlich, kategorisiert.

### Ätiologie

Körperliche, psychische und soziale Einflussfaktoren wirken, dem biopsychosozialen Modell [21] folgend, im Sinne von Risiko- und Schutzfaktoren dynamisch zusammen. Entsprechend den individuellen Voraussetzungen (Temperamentsfaktoren, Adaptivität, Vulnerabilität, Handlungsbereitschaft u. a.) werden Belastungen bewältigt. Aktuelle biologische, psychische oder soziale Umstände

können als Trigger wirksam werden sowie zu Problemen und Störungen bzw. Erkrankungen führen. Die sicht- bzw. erlebbare Ausformung der Störung (Verhaltensweisen, Symptome) hängt vom aktuellen Stand der kognitiven, affektiven und die inneren Repräsentanzen betreffenden Entwicklung ab ([22]; **Abb. 1**). Anhand dieser modellhaften Überlegungen lassen sich die Bedingungen der Entstehung, der Aufrechterhaltung und des Verlaufs von Erkrankungen erklären. Ebenso können therapeutische Optionen erkannt werden.

### Das Profil familiärer Schutz- und Risikofaktoren ist für Kinder und Jugendliche von besonderer Wirksamkeit.

Die Stärkung der positiven Eltern-Kind-Interaktion „von Anfang an“ und ein entwicklungsangemessener Erziehungsstil sind von zentralem Stellenwert. Dies bedeutet im Einzelnen, dass Schutzfaktoren den Risikofaktoren eines negativen Familienklimas und eines inkompetenten Erziehungsverhaltens gegenüberstehen [23]. Zu den Schutzfaktoren zählen Einfühlungsvermögen, aktives Zuhören, effektive Kommunikation, Wertschätzung

sowie Vermittlung von Erfolgserlebnissen und Problemlösestrategien. Risikofaktoren umfassen mangelnde Harmonie, mangelnde emotionale Wärme, unzureichende gegenseitige Akzeptanz, inkonsistentes Erziehungsverhalten, Kindesmissbrauch und Vernachlässigung.

### Ätiopathogenetische Vorstellungen

Im Zentrum steht das Zusammenspiel von „psychosozialen Stress“ (psychosoziale Belastungen), relevanten Affektzuständen, subjektiven Krankheitskonzepten und Persönlichkeitszügen ([24]; **Abb. 2**).

### Kasuistik einer 16-jährigen Jugendlichen

Die Jugendliche hat einen Pflichtschulabschluss, aber keine Lehrstelle in Aussicht und bricht das Arbeitsmarktschulungsprogramm ab. An der Ambulanz des Psychosomatik-Departments erfolgt die Vorstellung primär wegen starker Körpergewichtszunahme, hohem Insulinbedarf bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus Typ 2 und ausgeprägter (morbider) Adipositas.

Im Erstgespräch werden v. a. polytope körperliche Beschwerden, rasche Ermüdbarkeit und Perspektivenverlust beschrieben; des Weiteren ist ein Nikotinabusus erhebbar. Das Mädchen wohnt in einer Familie mit niedrigem sozioökonomischem Status. Innerfamiliär bestehen mehrere Suchtformen und eine geringe bis fehlende Tagesstrukturierung.

Primär erleben die Therapeuten die Ambivalenz des Mädchens mit grundsätzlicher Bereitschaft zur Veränderung, gleichzeitig jedoch mit ablehnender Reaktion auf bisherige Hilfestellungen, mit negativen Bewertungen und fehlenden Ideen zur Verbesserung der Situation.

Die grundsätzliche Motivation zur Veränderung wurde aufgegriffen. Die Ausprägung der Risikofaktoren und die psychosomatische Komplexität insgesamt brachten die Idee eines Neustarts in stationärem Rahmen am Psychosomatik-Department ins Gespräch. Im „Clearing“-Gespräch (die Aufnahme vorbereitendes Gespräch) wurden mit dem Mädchen konkrete Inhalte und Ziele für die

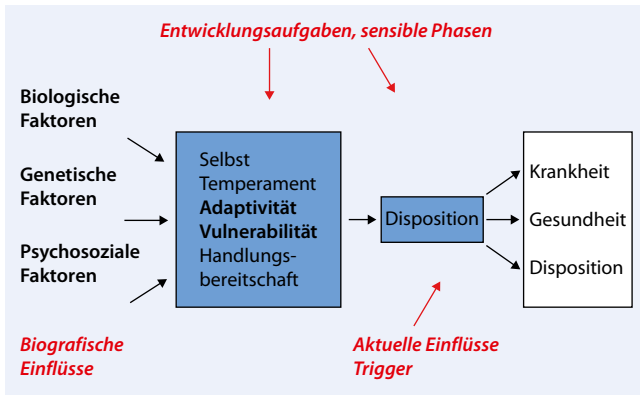


Abb. 1 ◀ Biopsychosoziales Modell

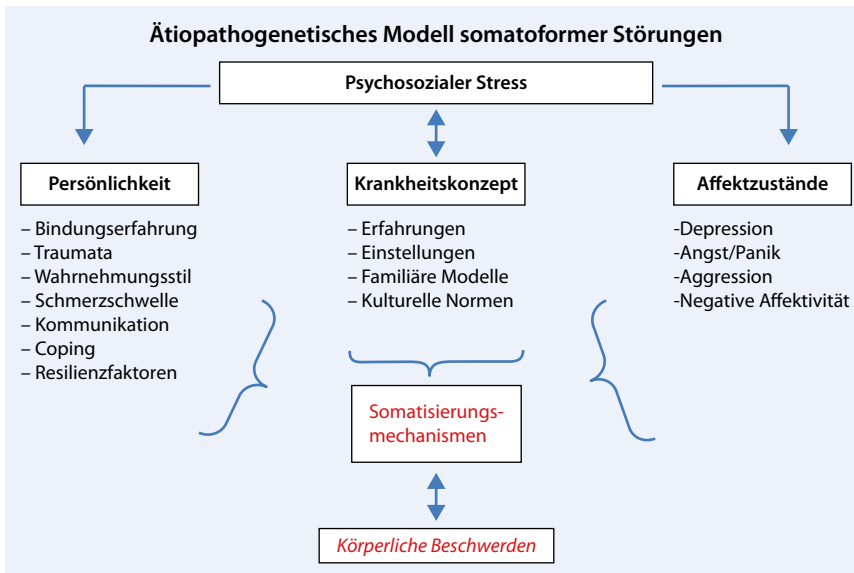


Abb. 2 ▲ Ätiopathogenetische Vorstellungen am Beispiel somatoformer Störungen von Jugendlichen

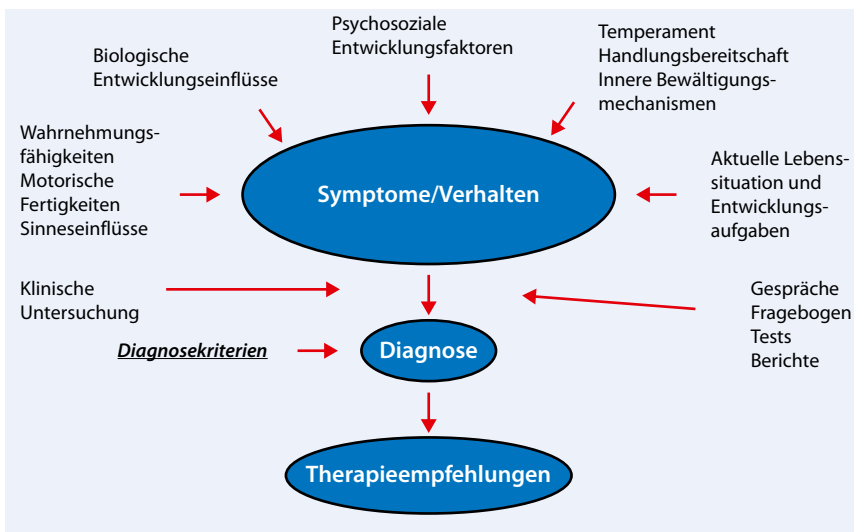


Abb. 3 ▲ Skizze zum Ablauf der Untersuchung

Zeit des Aufenthalts formuliert. Besprochen wurde auch, dass die Zeit des Aufenthalts zur Erstellung eines Handlungsplans für die Zeit nach dem Aufenthalt genutzt wird.

Typische Verhaltensweisen und Beschwerden im Jugendalter, die zur Inanspruchnahme einer Psychosomatikinstitution führen, sind in **Infobox 1** zusammengefasst.

## Grundlagenkenntnisse zur Beurteilung des Befindens Jugendlicher

Zur Beurteilung Jugendlicher mit psychischen und psychosomatischen Problemen im klinischen Alltag benötigt der Kinder- und Jugendfacharzt erweiterte Grundlagenkenntnisse der Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz sowie psychopathologische Kenntnisse.

### Entwicklungsaufgaben

Der Begriff „Entwicklungsaufgaben“ ist weit gefasst, berücksichtigt kulturelle Aspekte, individuelle Wünsche und Werte sowie körperliche Veränderungsprozesse, mit denen die Betroffenen zurechtkommen müssen. Grundsätzlich stehen 2 Entwicklungsaufgaben im Vordergrund: Individualisierung und Ausbildung der Identität.

### » Individualisierung und Ausbildung der Identität stehen im Vordergrund

Mit Individualisierung sind die Ablösung von den Eltern und der Aufbau einer Zukunftsperspektive gemeint. Identität bezieht sich auf die Entwicklung der sexuellen Orientierung, der Selbstständigkeit, der Selbstsicherheit und der Selbstkontrolle. Dreher [25] beschreibt die Entwicklungsaufgaben für das Jugendalter folgendermaßen:

- Es erfolgen ein Auf- und Umbau des Freundeskreises mit der Gestaltung neuer tieferer Beziehungen und das Erleben intimer Beziehungen.
- Typische geschlechtskonforme Verhaltensweisen werden entwickelt, das

**A. Kamper**  
**Psychische und psychosomatische Probleme im Jugendalter. Grundlagen, Grundsätze und erste Schritte des Beziehungsaufbaus**

**Zusammenfassung**

Der Beitrag beschreibt Grundlagen, Grundsätze und erste Schritte des Beziehungsaufbaus mit Jugendlichen mit psychischen und psychosomatischen Problemen aus der Perspektive einer auf psychosomatische Erkrankungen spezialisierten Institution. Die aufsuchenden Jugendlichen leiden häufig an somatoformen Beschwerden, unter Ängsten, körperlichem und psychischem Leistungsabfall, Appetit- und Schlafstörungen, Essstörungssymptomen, einschließlich Körpergewichtsverlust, und kommen mitunter unfreiwillig aufgrund ihrer „Verweigerungshaltung“, die schulische oder berufliche Verpflichtungen betrifft. Die Bedeutung des Zusammenwirkens von Risiko- und Schutzfaktoren wird im Praxisalltag rasch erkennbar. Zumeist stehen mehreren zusammenwirkenden Risikofaktoren nur wenige oder keine Schutzfaktoren gegenüber, oder es konnten vorhandene

Resilienzfaktoren umstände halber nicht aktiviert werden. Zu den Grundvoraussetzungen, um mit Jugendlichen ins Gespräch zu kommen, zählen eine passende Räumlichkeit, wertschätzender Umgang, Einfühlungsvermögen, ausreichend Zeit, um Vertrauen aufbauen zu können, und professioneller Umgang mit sensiblen Inhalten. Die kommunikative Kompetenz für die jugendfachärztliche Gesprächsführung mit problembehafteten Jugendlichen und deren Eltern gilt es, in Aus- und Weiterbildungen zu erwerben, in die Praxis einfließen zu lassen und professionell begleitet zu reflektieren (Balint-Gruppen, Supervision).

**Schlüsselwörter**

Biopsychosoziales Modell · Psychosomatische Medizin · Kommunikation · Sozialkompetenz · Mentale Gesundheit

- eigene Aussehen zunehmend akzeptiert.
- Die Ablösung vom Elternhaus und die Umsetzung eigener Vorstellungen von Partnerschaft gehören in diese Phase, ebenso die Entwicklung beruflicher Ideen und deren Umsetzung.
- In dieser Zeit werden eigene Wertvorstellungen formuliert und das eigene Handeln danach ausgerichtet.

**Adoleszenz und Narzissmus**

Um so manche Verhaltensweisen Jugendlicher nachvollziehen zu können, ist das Verständnis des gesteigerten Narzissmus mit verstärkter Besetzung des Selbst in der Adoleszenz erforderlich. Die Grenzziehung zwischen noch gesund oder schon krankhaft ist mitunter schwierig. Selbstüberschätzung, erhöhter Selbstwahrnehmung und Größenideen stehen eine herabgesetzte Realitätsprüfung, mangelnde Empathiefähigkeit und extreme Empfindlichkeit gegenüber. Stimmungsschwankungen und Schwarz-weiß-Denken gehören zu dieser Lebensphase [26].

**Psychopathologisches Verständnis**

Psychopathologie definiert sich als die Lehre von den Leiden und Dysfunktionalität anzeigenden Erlebnis- und Verhaltensweisen. Dysfunktionalität im psychopathologischen Sinn bedeutet, dass die Bewältigung von Aufgaben im gegebenen Lebenskontext nicht (bzw. nicht mehr) gelingt. Es kommt zum Versagen, Nichtmehr-Können, Sich-daneben-Benehmen. Menschen werden Opfer der eigenen Impulse, der eigenen Triebe und Affekte und gefährden sich sowie andere [27].

**Definition psychischer Auffälligkeiten**

Gemäß Remschmidt [28] ist psychische Auffälligkeit im Kindes- und Jugendalter „ein Zustand willkürlich gestörter Lebensfunktionen, der durch Beginn, Verlauf und ggf. auch Ende eine zeitliche Dimension aufweist und ein Kind oder einen Jugendlichen entscheidend daran hindert, an den alterstypischen Lebensvollzügen aktiv teilzunehmen und diese zu bewältigen.“

**Psychological and psychosomatic problems in adolescence. Basic principles, fundamentals and first steps in building relationships**

**Abstract**

This article describes the basic principles, fundamentals and initial steps in building relationships with adolescents with psychological and psychosomatic problems from the perspective of an institution specialized in psychosomatic diseases. Adolescents consulting this institution often suffer from somatoform disorders, anxiety, deterioration of physical and mental fitness, appetite and sleeping disorders, symptoms of eating disorders including loss of body weight and sometimes attend involuntarily due to a refusal to undertake school or occupational duties. The importance of the combined effects of risk and protective factors can be rapidly recognized in routine daily practice. In most cases several coercive risk factors are confronted by only few or even no protective factors or owing to circumstances existing resilience factors could not be activated. The fundamental pre-

requisites for initiating communication with this group of adolescents include a suitable ambience, attentive manner, warmth, empathy, enough time to be able to establish trust and a professional manner with a sensitive tenor. The communicative competence for conducting specialized medical consultations with adolescents and their parents necessitates the acquisition of principle communication skills and advanced skills using professional training and to implement these skills into the practice accompanied by professional reflection (Balint groups, supervision).

**Keywords**

Biopsychosocial model · Psychosomatic medicine · Communication · Social skills · Mental health

Auffälligkeiten, Erlebnis-, Verhaltensweisen, Erfahrungen oder Beschwerden, die Jugendliche schildern, werden in der Anamnese und auf dem psychopathologischen Statusblatt festgehalten.

**Psychopathologischer Status**

Dieser umfasst das äußere Erscheinungsbild, das situative Verhalten, das Bewusstsein, die Orientierung, die geschätzte Intelligenz, die Aufmerksamkeit, das Gedächtnis, den Antrieb sowie die Psycho-

**Tab. 3** Flaggensignale zur Einschätzung der Prognose

„Green flags“ (Günstige Prognose, Resilienz-faktoren sind vorhanden)	„Yellow flags“ (Schwere Verläufe kennzeichnend)	„Red flags“ (Warnsignale für schwerste Verläufe)
Biopsychosoziale Risikofaktoren fehlen	Polysymptomatik	Deutliche Zunahme der bestehenden (polytopen) Beschwerdesymptomatik
Schutzfaktoren sind vorhanden	Beschwerdepersistenz	Schwerste Ausprägung der Beschwerden mit Funktionseinschränkung/-verlust und Folgen
– Offenes, flexibles Temperament	Kaum Beschwerdefreiheit	Warnsignale/-symptome körperlich definierter Erkrankungen
– Gesunde Lebensführung	Dysfunktionale Gesundheits- und Krankheitswahrnehmung	Körperliche Folgeschäden
– Stabile emotionale Beziehungen	Dysfunktionale Bewältigungsstrategien	Ausgeprägte psychische Komorbidität
– Individuelle und familiäre Bewältigungsstrategien	Hohes Vermeidungsverhalten	Hinweise auf selbstschädigendes Verhalten
	Stark herabgesetzte Alltagsbewältigung	Suizidalität
	Wirksame, psychosoziale Risikofaktoren	Häufige Behandlerwechsel
	Übermäßige Gesundheitsängste	Wiederholte Therapieabbrüche
	Psychische Komorbidität	Hinweise auf ernstes iatrogen-schädigendes Verhalten
	Persönlichkeitsstörungsmerkmale	
	Schwierige Arzt-Patient-Beziehung	
	Vorhandene iatrogene Chronifizierungsfaktoren	

motorik (Gestik und Mimik), die Sprache und den sprachlichen Ausdruck, die Affekte und die Stimmungen, das formale Denken, das inhaltliche Denken (Ängste, Zwänge, Wahn), Wahrnehmungsstörungen, Ich-Störungen, Suizidalität und zirkadiane Besonderheiten.

### Gesprächsführung

Psychosomatische Medizin ist Beziehungsmedizin. Der Weg zum Beziehungsaufbau geht nur über die positive Gesprächsgestaltung. Demzufolge spielen Kenntnisse über Gesprächsführung, Kommunikation, Arzt-Patient-Beziehung und sog. irrationale Phänomene (unbewusste Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene) bedeutende Rollen. Wer sich hinter „der Mauer der falschen Sachlichkeit“ verbirgt, wird mit den Jugendlichen nicht in Beziehung treten können. Die kommunikative Kompetenz für die jugendfachärztliche Gesprächsführung mit problembehafteten Jugendlichen und deren Eltern gilt es, in Aus- und Weiterbildungen zu erwerben, in die Praxis einfließen zu lassen und, professionell begleitet, zu reflektieren (Balint-Gruppen, Supervision; [1, 2, 3, 4]).

### » Psychosomatische Medizin ist Beziehungsmedizin

Das *Erstgespräch* steht aus der Perspektive des Jugendlichen unter dem Motto: Kann ich überhaupt vertrauen? („Intimate sharing“, also sich hinter die Fas-

sade blicken lassen, die Auswahl an Enthüllungspartnern treffen.) Was ist das für einer? Wer bin ich für ihn? Ich gebe doch einem Fremden nichts preis, und schon gar nicht, wenn ich in Not/Sorge bin/Probleme habe.

Das Gespräch mit dem Jugendlichen steht vor dem Gespräch mit den erwachsenen Bezugspersonen (Eltern, Obsorge-träger).

Im Erstgespräch erfolgen die Einschätzung der Dringlichkeit/Aktualität des Problems und eine Beurteilung der Beeinträchtigungsschwere. Die Klärung, ob der Jugendliche selbst Hilfe wünscht oder er sich mit Widerwillen auf Wunsch der Eltern vorstellt, gelingt meist rasch, und wird jedenfalls konkret angesprochen. Dem Jugendlichen gegenüber wird betont, dass es um Hilfe für ihn geht. Das Verhalten des Jugendlichen sowie die Art und Weise, wie er Beschwerden und Probleme schildert, bestimmen die erste Einschätzung. Unter Berücksichtigung des folgenden Elterngesprächs wird das weitere Vorgehen besprochen. Das nächste gute Gespräch beginnt bereits am Ende des laufenden Gesprächs. Eine passende Abschlussbotschaft, eine Metapher oder ein Schlüsselwort sollen an den Jugendlichen gerichtet werden.

### Diagnostik

Diagnostische Maßnahmen fußen auf folgenden Prinzipien:

- offene Fragen stellen und zuhören,
- keine vorschnellen Annahmen konstruieren,

- Simultandiagnostik von Anfang an durchführen.

Grundlegende Voraussetzung ist die eigene Bereitschaft, sich mit Jugendlichen in ein Gespräch zu begeben, ihren Schilderungen zuzuhören und die mithilfe „offener Fragen“ zu unterstützen, ohne vorschnell Annahmen zu treffen.

### » Dem „Prinzip der Doppeläugigkeit“ entsprechend erfolgt die Untersuchung als klinische Simultandiagnostik.

Dies bedeutet, dass Fragen, Untersuchungen und Beobachtungen von Anfang an dem Verständnis für das wechselseitige Zusammenspiel von Körper und Psyche zugänglich sind. Dies wird authentisch von Anfang an repräsentiert. Eine Einnengung auf das monokausale, primär streng organmedizinische Ursache-Wirkung-Denken wird erst gar nicht aktiviert. Dies bedeutet die Aufgabe des „reflexartigen Anordnens“ von Labor- und apparativen Untersuchungen. In den Vordergrund rücken kommunikative Empathie, respektvoller Umgang und Aufmerksamkeit, Zugewandtheit zur gesamten Person und nicht nur zum diagnostischen Teil des Jugendlichen (wie „der Unterbauchschmerz in Ambulanz 2“, „der Psycho in Ambulanz 1“) und unterstützende Haltung.

Hier steht eine Anzeige.



Hier steht eine Anzeige.





## Infobox 1

## Typische Verhaltensweisen und Beschwerden im Jugendalter, die zur Inanspruchnahme einer Psychosomatikinstitution führen

- Monotope und polytope Schmerzen, vegetative Symptome, neurologische Symptome, Bewegungsstörungen und Störungen der Sinnesempfindungen
- Panikgefühle, Globusgefühl, Atemnot, Palpitationen
- Verdauungsstörungen
- Sekundäre Enuresis
- Appetitverlust, Übelkeit, Völlegefühl
- Schlafstörungen (Ein- und Durchschlafstörungen, Alpträume)
- Psychische und körperliche Erschöpfungszustände
- Ausgeprägte Änderungen des Essverhaltens, der Nahrungszusammensetzung
- Ungewöhnliche Körpergewichtsabnahme (auch mit Verleugnung)
- Unerklärliche Gewichtszunahme
- Compliance-Probleme bei chronischen Erkrankungen
- Aufmerksamkeits-/geistige Leistungsminderung bzw. Verlust, Vergesslichkeit
- Interessenverlust, Rückzugsverhalten/Isolation
- Verstärkter Medienkonsum, Tag-/Nachtumkehr
- Unruhezustände, Rastlosigkeit
- Körperliche und psychische Probleme bei geistiger Behinderung
- Zwangsgedanken und Handlungen
- Angststörungen
- Äußerungen zu Traurigkeit, Überflüssigkeit, Tod
- Unerklärliche Stimmungsänderungen, Verstummen

## Beispiel für einen Gesprächseinstieg

„Ich schlage dir vor, dass wir uns deine Beschwerden/Schmerzen/Veränderung/Stimmung/Furcht/Sorge usw. genauer im Gespräch ‚ansehen‘ und dann die körperliche Untersuchung anschließen. Passt dies so für dich?“

„Ja, also dann lass uns doch reden: Wann? ... Wie oft? .... Wie lange? .... Wann geht es besser? ...“ (Offene Fragen stellen.)

„Nein? Okay ... Was hält dich denn davon ab? .... Was benötigst du, damit wir darüber reden können?“

## Kasuistik

Ein 15-jähriger Junge berichtet im Erstgespräch, dass er seit dem letzten Herbst täglich diffuse Bauch- und Magenschmerzen in Verbindung mit Übelkeit verspürt. Sein Appetit ist gering. Er fühlt sich müde und zieht sich in „die eigenen 4 Wände“ zurück, nutzt vermehrt Medien. Der zeitlichen magere Junge wiegt aktuell 44 kg bei einer Körperlänge von 170 cm. Dies entspricht einem Body-Mass-Index (BMI) 15,3 kg/m<sup>2</sup> und somit einem Wert unter dem 3. Perzentil von 16 kg/m<sup>2</sup> (Verwendung der BMI-Perzentilenkurven nach Kromeyer-Hauschild et al. [31]).

Der Einstieg ins Gespräch:

Arzt (A): „Nun haben ja die bisherigen 4 Untersuchungen keine Erklärung für deine Schmerzen und deine Übelkeit gebracht.“

J: „Nichts hat sich verändert!“

A: „Kannst du dir vorstellen, dass deine Bauchschmerzen und diese Übelkeit mit ‚Stress‘ zu tun haben?“

J: „Naja, irgendwie nein und irgendwie könnt's schon sein ...“ [sehr zögerliche Antwort].

A: „Was meinst du mit ‚irgendwie schon‘?“

J: „Also die Schule stresst schon ordentlich, echt viel zum Lernen ...“

A: „Wie sieht das denn dann mit dem Essen aus?“

J: „Früher war es einfacher damit, jetzt vergess' ich mal glatt drauf, aber ich habe eh weniger Appetit.“

A: „Verstehe! Nur in der Pubertät brauchst du ja schon Energie, also Essen und Trinken.“

J: „Ich esse dann eben am Abend.“

A: „Aha!“ [Pause, Blickkontakt] „...“, du hast vorhin Stress in der Schule angesprochen, ich schlage dir vor, dass wir uns dies mal genauer ansehen.“

Nach diesem Einstieg geht das Gespräch mit offenen Fragen (was, wie, wann, wer) weiter.

## Vorgehen bei fehlender Gesprächsbereitschaft

Fehlende Freiwilligkeit sollte konkret angesprochen werden:

„Ich merke, du bist wohl nicht freiwillig hier ... [Pause, Blickkontakt suchen] ...“

wie machen wir das jetzt? ... Also, ich gehe mal davon aus, dass es da eine Schwierigkeit gibt, du vielleicht Hilfe benötigst“ [Pause, Blickkontakt, Geduld ...] Antwort, ob verbal oder nonverbal, abwarten.

## Organmedizinische Untersuchungen

Inhalt und Umfang „organmedizinischer“ Untersuchungen erfolgen je nach Allgemein- und Ernährungszustand, dem klinischen Status, dem psychopathologischen Status, der aktuellen Anamnese, differenzialdiagnostischen Überlegungen, und um Kenntnis bereits eingetretener Folgen zu bekommen. Grundsatz: „Jeder Patient hat das Recht auf zumindest eine gute medizinische Abklärung“ [29].

## » Recht des Patienten auf gute medizinische Abklärung beachten

Im Psychosomatik-Department sind folgende Laborbestimmungen üblich: Blutbild, Akute-Phase-Protein, Organfunktionsparameter, Elektrolyte, Schilddrüsenfunktions- und Harnparameter.

Fallbezogen werden folgende Untersuchungen angeschlossen: Elektroenzephalographie (EEG), bildgebende Untersuchungen, Elektrokardiogramm (EKG), Bestimmung des humanen Choriongonadotropins ( $\beta$ -hCG) im Harn bei Mädchen und toxikologische Parameter.

Eine Abklärung der Sinnesfunktionen (Augen, Hals, Nasen, Ohren), Ergotherapie und physikalische Medizin/Physiotherapie können bei Bedarf durchgeführt werden.

Sofern eine Psychopharmakamedikation erforderlich ist, werden im Vorfeld EKG- und entsprechende Laborausgangsbefunde erhoben (z. B. Prolaktinkonzentration vor Neuroleptikaeinsatz). Immer wieder ergeben sich Verdachtsmomente auf genetische oder Stoffwechselerkrankungen. Entsprechende Laboruntersuchungen werden im Einverständnis mit den Eltern und den Jugendlichen durchgeführt bzw. bei Bedarf eine spezialisierte Institution (Genetik, Stoffwechsel) einbezogen.

**Tipp für die Praxis.** In der Praxis hat sich die Verwendung einer stark schematisier-

ten Übersetzung des biopsychosozialen Modells in Form einer Anleitung zum geplanten Vorgehen bewährt (■ **Abb. 3**). Entweder wird eine vorbereitete Skizze verwendet, oder es ergibt sich im Gespräch die Möglichkeit zur Aufzeichnung. Für die Jugendlichen bringt die Darstellung des Ablaufs Klarheit, hilft ihnen, sich zu orientieren, und schafft somit Sicherheit.

Die aktuelle Anamnese steht im Vordergrund; nicht alles und jedes wird abgefragt. Ausnahmen vom Routinevorgehen liegen bei Verdacht auf einen internistischen Notfall oder eine suizidale Krise vor. Die Einschätzung der Vitalität und deren Sicherung stehen an erster Stelle. Suizidale Krisen verlangen das behutsame, aber dennoch bestimmte, fragende Ansprechen „heikler“ Themen mit gezielter Nachfrage und Exploration.

## Grundsätze zur Durchführung einer Behandlung in der Praxis

### Beziehungsaufbau

Mit dem Aufbau einer positiv gestalteten Beziehung werden Beruhigung und Deeskalation möglich; Krisen können abklingen. Der Aufbau der Beziehung führt zu Kenntnissen der Ressourcen, der Fertigkeiten und der Ansichten des Jugendlichen, auch seiner Familie und der alltäglichen Lebensumstände. Diese Kenntnisse werden in die Behandlungsüberlegungen einbezogen. In kleinen Schritten werden „dysfunktionale Muster“ einer Veränderung unterzogen. Anregungen, gemeinsam erarbeitete Alternativen, soziale und körperliche Aktivierung betreffen primär den Jugendlichen, beziehen aber dort, wo notwendig bzw. sinnvoll und möglich, die Familie ein.

### Behandlungsplanung

Eine klare Behandlungsplanung mit regelmäßigen Terminen (nicht nur Krisenfeuerwehr) schafft Vertrauen und Sicherheit. Die Behandlungsziele werden verständlich formuliert und ohne Zeitdruck besprochen. Die Ziele werden derart gewählt, dass die auf jeden Fall erreichbar sind und zum Erfolg führen (auf die Selbstwirksamkeit der Jugendlichen abzielen). Je nach Ver-

lauf der Behandlung finden unter Beachtung von Veränderungen und Komorbiditäten Anpassungen bzw. Ergänzungen der Behandlung statt. Auch kann die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit assoziierten Berufsgruppen (Kinder- und Jugendpsychiatrie, klinische Psychologie, Psychotherapie, Ergotherapie, Physiotherapie, Sozialarbeit, Schule, diverse Institutionen) notwendig werden.

## » Durch klare Behandlungsplanung Vertrauen und Sicherheit schaffen

Zur Einschätzung der Prognose können Ampel- bzw. Flaggsignale herangezogen werden; diese sind in ■ **Tab. 3** am Beispiel funktioneller/somatoformer Beschwerden dargestellt [30].

### Dokumentation

Die Dokumentation des Gesprächs umfasst wesentliche gewonnene Eindrücke, Aussagen und klinische Befunde im psychopathologischen Status. Fragen zur Suizidalität sind explizit anzuführen. Codewörter und Metaphern, ebenso getroffene Vereinbarungen und die Botschaft am Gesprächsende können notiert werden.

### Fazit für die Praxis

- Jugendliche bringen ihre „Probleme“ oft in Form auffälliger Verhaltensweisen, v. a. aber in Form körperlicher Symptome zum Ausdruck. Neben dahinter befindlichen vorübergehenden Sorgen, Stimmungsschwankungen und Belastungen entwickeln sich im Jugendalter psychische und psychosomatische Erkrankungen, die aufgrund ihrer Komorbidität und der Neigung zur Persistenz bis ins Erwachsenenalter dringend Behandlung benötigen.
- Das laut Studien bescheidene Inanspruchnahmeverhalten professioneller Ansprechpartner kann als Hinweis interpretiert werden, dass sich Jugendliche von den bestehenden Einrichtungen (Arztpraxen, Ambulanzen) nicht ausreichend angesprochen fühlen und kein Vertrauen fassen können.

- Wenn sie ärztliche Einrichtungen aufsuchen, entscheidet die kommunikative Kompetenz in der Beziehung mit Jugendlichen, die „Probleme“ haben, ob das Gespräch als hilfreich oder als belastend erlebt wird.
- Der Einbezug des biopsychosozialen Modells sowie der wirksamen Schutz- und Risikofaktoren hilft, die Situation der Jugendlichen zu verstehen.
- Psychosomatisches Denken und Handeln im Aufgabenbereich der „Mental-health“-Versorgung ist mehr denn je notwendige Voraussetzung für den behandelnden Kinder- und Jugendfacharzt geworden.

### Korrespondenzadresse



**Dr. A. Kamper**  
Department für Psychosomatik  
für Säuglinge, Kinder  
und Jugendliche,  
Abteilung für Kinder-  
und Jugendheilkunde, Klinikum  
Wels-Grieskirchen GmbH  
Wagnleithnerstr. 27,  
4710 Grieskirchen  
Österreich  
adrian.kamper@klinikum-wegr.at

### Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** A. Kamper gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Alle Patienten, die über Bildmaterial oder anderweitige Angaben innerhalb des Manuskripts zu identifizieren sind, haben hierzu ihre schriftliche Einwilligung gegeben. Im Fall von nichtmündigen Patienten liegt die Einwilligung eines Erziehungsberechtigten oder des gesetzlich bestellten Betreuers vor.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

## Literatur

1. Früstück C (2010) Die Beurteilung von Arztgesprächen beim Überbringen schlechter Nachrichten – eine Replikationsstudie. Dissertation. Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, LMU München
2. Schmidt Mast M, Kindlimann A, Langewitz W (2005) Recipients' perspective on breaking bad news: how you put it really makes a difference. *Patient Educ Couns* 58:244–251
3. Ishaque S, Saleem T, Khawaja FB, Qidwai W (2010) Breaking bad news: exploring patient's perspective and expectations. *J Pak Med Assoc* 60:407–411
4. Frank R (o J) Überbringen schlechter Nachrichten (Lehrfilm Arztgespräche). <https://itunes.apple.com/de/itunes-u/uberbringen-schlechter-nachrichten/id397096930?mt=10>. Zugriffen: 17. Mai 2015
5. Reinhardt D, Petermann F (2010) Neue Morbiditäten in der Pädiatrie. *Monatsschr Kinderheilkd* 158:14
6. Reinhardt D, Petermann F (2010) Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Monatsschr Kinderheilkd* 158:15–21
7. Kurz R (2001) Die Subjektivität der Ganzheitlichkeit. In: Frank R, Mangold B (Hrsg) *Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen*. Kohlhammer, Stuttgart, S 11–18
8. Ravens-Sieberer U, Klasen F (2014) Sachbericht des Abschlussberichtes der BELLAPlus-Befragung (Befragung seelisches Wohlbefinden und Verhalten). Prädiktoren, Verlauf und Folgen psychischer Auffälligkeiten bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de>
9. Ellert U, Neuhauser H, Roth-Isigkeit A (2007) Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Prävalenz und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 50:711–717
10. King S, Chambers CT, Huguet A et al (2011) The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: a systematic review. *Pain* 152(12):2729–2738
11. Ihle W, Esser G, Schmidt MH, Blanz B (2000) Prävalenz, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede psychischer Störungen vom Grundschul- bis ins frühe Erwachsenenalter. *Z Klin Psychol Psychother* 29:263–275
12. Ihle W, Esser G (2002) Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychol Rundsch* 53:159–169
13. Essau C, Conradt J, Petermann F (2000) Häufigkeit und Komorbidität somatoformer Störungen bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Z Klin Psychol Psychother* 29:97–108
14. Petermann F, Jascenova J, Koglin U et al (2012) Zur Lebenszeitprävalenz affektiver Störungen im Jugendalter. *Kindh Entwickl* 21:209–218
15. Fuchs M, Bösch A, Hausmann A, Steiner H (2013) The Child is Father of the Man. Review von relevanten Studien zur Epidemiologie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Z Kinder Jugendpsychiatr* 41:45–57
16. Philipp J, Zeiler M, Waldherr K et al (2014) The Mental Health in Austrian Teenagers (MHAT)-Study: preliminary results from a pilot study. *Neuropsychiatrie* 28:198–207
17. Kolip P, Bucksch J (2012) Gesundheitsriskantes Verhalten im Jugendalter. *Monatsschr Kinderheilkd* 160:657–661
18. Barkmann C, Schulte-Markwort M (2004) Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – ein systematischer Literaturüberblick. *Psychiatr Prax* 31:278–287
19. Barkmann C, Schulte-Markwort M (2007) Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter, Epidemiologie und Diagnostik. *Monatsschr Kinderheilkd* 155:906–914
20. Remschmidt H, Schmidt M, Poustka F (2009) Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO, 5. Aufl., 1. Nachdruck. Huber, Bern
21. Egger JW (2005) Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. *Psychol Med* 2:3–12
22. Resch F (1996) Der diagnostische Prozess. In: Resch F (Hrsg) *Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters*. Beltz, Weinheim, S 41–48
23. Petermann U, Petermann F (2013) Risiken in Familien. *Kindh Entwickl* 22(1):1–4
24. Kapfhammer HP (2005) Somatoforme und funktionelle Störungen in der klinischen Medizin. *Wien Med Wochenschr* 155(23–24):524–536
25. Dreher E (2008) Jugendalter. In: Oerter R, Montada L (Hrsg) *Entwicklungspsychologie*. Beltz, Weinheim, S 271–333
26. Streeck-Fischer A (2009) Adoleszenz und Narzissmus. In: Fegert J, Streeck-Fischer A, Freyberger HJ (Hrsg) *Adoleszenzpsychiatrie*. Schattauer, Stuttgart, S 154–164
27. Scharfetter C (2010) Vortragsskriptum. Die Psychopathologie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Salzburger Sommersymposium Kinder- und Jugendpsychiatrie, 20.06.2010
28. Remschmidt H (1988) Der Krankheitsbegriff in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Remschmidt H, Schmidt H (Hrsg) *Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Klinik und Praxis*, Bd 1. Thieme, Stuttgart, S 142–152
29. Blumenfeld M, Tiamson-Kassab M (2009) Somatoform disorders, factitious disorders and malingering. In: Blumenfeld M, Tiamson-Kassab M (Hrsg) *Psychosomatic medicine: a practical guide*. Lippincott Williams Wilkins, Philadelphia, S 156–166
30. Henningsen P, Zipfel S, Herzog W (2007) Management of functional somatic syndromes. *Lancet* 369:946–955
31. Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D et al (2001) Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschr Kinderheilkd* 149:807–818

## Adipositas und Diabetes

Unter den zahlreichen Komorbiditäten der Adipositas besteht die engste Assoziation zum Typ-2-Diabetes. Für die Behandlung mit einer zeitgemäßen – nicht nur konservativen – Adipositas-therapie verfügen unsere Autoren von **DER DIABETOLOGE 06/2015** aus diabetologischen Praxen und Kliniken über besondere Kompetenz. Sie bieten praxisrelevanten Rat zu grundlegenden Aspekten von Adipositas und Typ-2-Diabetes, individuellen Ernährungsstrategien, operativen Verfahren und Überlegungen zur interdisziplinären Verfahrensauswahl.

- Ernährungskonzepte und multimodale Programme für die Therapie von Adipositas und Diabetes Typ II
- Körperliche Aktivität, Sport und Bewegungstherapie bei (morbider) Adipositas
- Gewichtssenkende Medikamente in der Diabetologie
- Metabolische Chirurgie: Aktuelle Datenlage
- Nachsorge nach bariatrischer Chirurgie – Aufgaben für die diabetologische Schwerpunktpraxis

Bestellen Sie diese Ausgabe zum Preis von 38,- EUR zzgl. Versandkosten bei

Springer Customer Service Center  
Kundenservice Zeitschriften  
Haberstr. 7  
69126 Heidelberg  
Tel.: +49 6221-345-4303  
Fax: +49 6221-345-4229  
E-Mail: [leserservice@springer.com](mailto:leserservice@springer.com)

Suchen Sie noch mehr zum Thema?  
Mit e.Med, dem Online-Paket von Springer Medizin, können Sie schnell und komfortabel in über 500 medizinischen Fachzeitschriften recherchieren.

Weitere Infos unter  
[springermedizin.de/eMed](http://springermedizin.de/eMed).