



Psychische Gesundheit in der Jugend: Sensibilisierung und Früherkennung

Fachinformationen für die pädiatrische
und die hausärztliche Praxis

Ein Gemeinschaftsprojekt der Departemente Angewandte Psychologie und Gesundheit



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Inhalt

1. Einführung	3
2. Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen	4
2.1 Epidemiologie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen	
2.2 Erkennen von psychischen Störungen bei Jugendlichen	
3. Mit Jugendlichen über psychische Probleme sprechen	7
3.1 Erfolgreiche Kommunikation mit Jugendlichen im medizinischen Alltag	
3.2 Instrumente für die Diagnostik der psychischen Gesundheit von Jugendlichen	
3.2.1 HEADSS-Fragebogen	
3.2.2 Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	
3.2.3 Anleitungen zur Beziehungsgestaltung mit Jugendliche	
4. «Heb der Sorg»	13
5. Literatur	14

1. Einführung

Die vorliegende Fachinformation soll Sie als ÄrztInnen und Ärzte unterstützen, mögliche psychische Belastungen oder Störungen bei Jugendlichen zu erkennen und zu thematisieren. Als Ärztinnen und Ärzte nehmen Sie im Versorgungssystem eine zentrale Rolle für die psychische Gesundheit bzw. Früherkennung von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter ein. Durch die langjährige Betreuung der Jugendlichen und deren Familien erkennen Sie psychische oder soziale Auffälligkeiten in der Regel früh. Durch Ihr Fachwissen, Ihre Betreuung und Beratung fördern Sie die Gesundheitsvorsorge und unterstützen die Selbstverantwortung der Patientinnen und Patienten. Deshalb sind Sie es, die durch eine bedarfsgerechte, stufenweise medizinische Abklärung eine komorbide psychische Störung bei einer somatischen Erkrankung identifizieren und mit einer korrekten Überweisung an eine psychologische bzw. psychotherapeutische Behandlungsstelle einem Chronifizierungsprozess entgegenwirken können.

Die Adoleszenz ist eine Lebensphase voller Veränderungen. Jugendliche lösen sich von den Eltern, bauen neue Beziehungen zu Gleichaltrigen auf und machen erste sexuelle Erfahrungen. Nebst zahlreichen körperlichen Veränderungen, welche Jugendliche durchleben, erarbeiten sie sich eine neue soziale und erste berufliche Identität (1). Während der Adoleszenz findet durch die Reifung des Frontalhirns eine Reorganisation des Gehirns statt, mit wichtigen anatomischen und physiologischen Reifungsprozessen (2). Dies kann auch zu den für die Adoleszenz charakteristischen Befindlichkeitsstörungen führen. Diese von psychiatrischen Diagnosen abzugrenzen, ist oft schwierig.

Die vorliegende Fachinformation wurde im interdisziplinären Austausch entwickelt. Der erste Teil beinhaltet einen wissenschaftlichen Überblick über die Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Der zweite Teil geht auf externalisierende und internalisierende Störungsmuster ein. Es werden spezifische Verhaltensweisen und Verhaltensauffälligkeiten skizziert. Damit sollen Sie als Ärztinnen und Ärzte für Auffälligkeiten und deren mögliche Verbindungen zu psychischen Störungen sensibilisiert werden. Im dritten Teil werden wichtige Aspekte der Kommunikation mit Jugendlichen im medizinischen Kontext erläutert. Ausserdem werden der HEADSS-Fragebogen, ein Screening-Fragebogen und drei Anleitungen zur Beziehungsgestaltung mit Jugendlichen vorgestellt. Der vierte und letzte Teil geht auf die Broschüre «Heb der Sorg» zur Förderung der psychischen Gesundheit bei Jugendlichen ein.

2. Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Kinder und Jugendliche leiden etwa gleich häufig an psychischen Störungen wie Erwachsene. Psychische Störungen neigen ausserdem dazu, bis ins Erwachsenenalter zu persistieren. Von den Erwachsenen, die unter einer psychischen Störung leiden, erkrankte bereits die Hälfte während der Adoleszenz (3–5).

2.1 Epidemiologie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Die Zurich Epidemiological Study of Child and Adolescent Psychopathology (ZESCAP; (6)) ist die einzige repräsentative Studie zur Prävalenz von psychischen Störungen im Kinder- und Jugendalter der Schweiz. Sie wurde 1994 durchgeführt. Die Ergebnisse zeigten eine 6-Monats-Prävalenzrate für psychische Störungen von 22.5% (CI 95%: 16.2–28.8) in der Altersgruppe von 6 bis 17 Jahren.

Eine neuere Metanalyse erfasst die Prävalenz von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Die Arbeit von Barkmann (7) analysierte 33 Studien im Zeitraum von 1953 bis 2007. Bei einer Stichprobe von fast 73'000 Kindern und Jugendlichen wurde eine mittlere Prävalenzrate von 17.6% (CI 95%: 15.7–19.5) festgestellt. In der Bella-Studie, einer der grössten epidemiologischen Kohortenstudien zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, zeigten sich bei insgesamt 17.2% der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren diagnostisch oder klinisch bedeutende Hinweise für psychische Auffälligkeiten (8). Eine epidemiologische Studie aus Österreich zur Prävalenz von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 10 und 18 Jahren differenzierte 27 Krankheitsbilder laut DSM-5-Katalog (9). Die Studie zeigte eine Punktprävalenz von 23.9% (CI 95%: 15.7–32.1) auf. Es sei jedoch erwähnt, dass in dieser Studie eine breitere Anzahl an Diagnosen untersucht wurden und auch vorläufige Forschungsdiagnosen wie z.B. «Störung durch das Spielen von Internet-spielen» einbezogen wurden.

In der bisher einzigen internationalen Metaanalyse (10), welche Daten aus Studien aus 27 verschiedenen Ländern zur Epidemiologie von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter analysierte, wurden insgesamt 41 Originalarbeiten eingeschlossen, die bestimmte methodische Mindestanforderungen erfüllten. Die eingeschlossenen Studien wurden zwischen 1985 und 2012 veröffentlicht und umfassten insgesamt eine Stichprobe von 90'000 Kindern und Jugendlichen. Es wurden nur die vier grössten psychischen Störungsgruppen (Angststörungen, externalisierende Sozialverhaltensstörungen, ADHS und Depressionen) in der Kindheit und Jugend untersucht. Die gemittelte Prävalenz dieser vier Störungen entsprach 13.4% (CI 95%: 11.3–15.9). Angststörungen waren mit 6.5% (CI 95%: 4.7–9.1) die häufigsten psychischen Störungen, gefolgt von externalisierenden Sozialverhaltensstörungen mit 5.7% (CI 95%: 4.0–8.1), von ADHS mit 3.4% (CI 95%: 2.6–4.5) und depressiven Störungen mit 2.6% (CI 95%: 1.7–3.9). Im Beobachtungszeitraum dieser Metaanalyse (1985–2012) wurde weder ein signifikanter zeitlicher Einfluss auf die Häufigkeit von psychischen Störungen festgestellt noch konnten Hinweise auf interkulturelle Variabilität festgestellt werden. Die im Gegensatz zu den nationalen Erhebungen niedrigere gemittelte Prävalenz von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter bei Polanczyk et al. (10) kann durch das Fehlen von wesentlichen Störungsbildern wie Essstörungen, Zwangsstörungen, psychotischen Störungen und Autismus-Spektrum-Störungen erklärt werden (11).

Trotz der methodologischen Variabilität zwischen den hier beschriebenen Studien, der unterschiedlichen Stichprobenauswahl und Faldefinitionen scheinen die Ergebnisse in den

von den Studien untersuchten Beobachtungszeiträumen keine Zunahme an psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen aufzuzeigen, da die Prävalenzraten relativ konstant bei ca. 20% liegen. Die Ergebnisse einer 2014 durchgeführten systematischen Review deuten jedoch darauf hin, dass in jüngster Zeit im Vergleich zu früheren Kohorten bei jugendlichen Mädchen internalisierende Symptome zugenommen haben (12).

2.2 Erkennen von psychischen Störungen bei Jugendlichen

Psychische Störungen führen bei Jugendlichen zu einer nachhaltigen Beeinträchtigung in zahlreichen Lebensbereichen wie Bildung, Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit, soziale Beziehungen, somatische Gesundheit und Lebensqualität (13). Eine frühzeitige Erkennung und Behandlung können sich günstig auf den weiteren Verlauf auswirken (14) und somit die starken individuellen und familiären Belastungen sowie die negativen gesellschaftlichen Auswirkungen verringern. Kinder und Jugendliche, deren Schwierigkeiten frühzeitig von den Ärztinnen und Ärzten erkannt werden, können gezielt unterstützt, gegebenenfalls weiterverwiesen und in ihrer weiteren Entwicklung gestärkt werden. Insbesondere im Jugendalter stellt das Erkennen von Auffälligkeiten im Verhalten und das Erkennen von emotionalen Auffälligkeiten eine beachtliche Herausforderung dar, da z.B. vorübergehende depressive Symptome Teil der Pubertät sind und die Abgrenzung von «normaler» und adoleszenter Entwicklung schwierig ist. Für Ärztinnen und Ärzte, deren Aufgabe oft darin besteht, auf unterschwellige Beschwerden einzugehen und diese zu erschliessen, kann die Unterscheidung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter nach internalisierenden und externalisierenden Erscheinungsformen besonders hilfreich sein. Diese übergreifende, heuristische und wissenschaftlich gut belegte Klassifikation zu emotionalen Problemen und Verhaltensproblemen (15) betrachtet psychische Störungen als Ergebnis von dysfunktionalen Bewältigungsstrategien im Umgang mit Problemen. Die dimensionale Herangehensweise hat ausserdem den Vorteil, dass sie pädagogischen und medizinischen Fachpersonen eine gemeinsame Begrifflichkeit zur Verfügung stellt, welche eine positive Zusammenarbeit in der Gesundheitsförderung im Bereich psychischer Gesundheit fördern kann.

Internalisierende Störungen beschreiben den Versuch einer nach innen gerichteten Bewältigungsstrategie. Die Symptome sind Vermeidung sozialer Situationen, Rückzug, Grübeln und sich Sorgen machen. Zur internalisierenden Dimension gehören zum Beispiel Depressionen, Angststörungen und Zwangsstörungen. Internalisierende Auffälligkeiten mit ihren nach innen gerichteten und somit eher verborgenen Symptomen sind für die Ärztinnen und Ärzte schwieriger zu diagnostizieren, da das eher überkontrollierte Verhalten, im Gegensatz zu den externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten, angepasster erscheint und als weniger störend empfunden wird. Auffälligkeiten im emotionalen Erleben zu erkennen, ist jedoch besonders wichtig.

Externalisierende Störungen sind eher nach aussen, gegen das soziale Umfeld gerichtete Bewältigungsstrategien, die sich durch regelbrechendes Verhalten, körperliche Unruhe und Spannung manifestieren. Zur externalisierenden Dimension gehören Störungen des Sozialverhaltens und hyperkinetische Störungen und Störungen mit oppositionellem Trotzverhalten. Diese gehören zu den häufigsten diagnostizierten Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Jungen sind häufiger von externalisierenden und Mädchen häufiger von internalisierenden Störungen betroffen (16,17). Bei Mädchen wird hingegen ADHS häufig nicht richtig oder zu spät diagnostiziert, da diese möglicherweise bessere Bewältigungsstrategien als Jungen benützen und ihre Symptome so verdecken (18). Es bestehen ausserdem im Gegensatz zu den männlichen Jugendlichen weniger Daten zu dissozialem Verhalten beim weiblichen Geschlecht (19).

In der Tabelle 1 werden die wichtigsten Verhaltensauffälligkeiten der internalisierenden und der externalisierenden Verhaltensprobleme zusammengefasst (20). Dieses Raster kann Fachpersonen dabei unterstützen, internalisierende und externalisierende Verhaltensprobleme bei Jugendlichen während medizinischen Konsultationen zu erkennen.

Tabelle 1: Verhaltensauffälligkeiten von internalisierenden und externalisierenden Verhaltensproblemen

	Internalisierende Verhaltensprobleme	Externalisierende Verhaltensprobleme
Ausdrucksverhalten und allgemeine Stimmung	<ul style="list-style-type: none"> • Die Grundstimmung ist negativ; Grundgefühle sind Angst und Unzufriedenheit • Hohe emotionale Instabilität und eine geringe Stresstoleranz 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Grundstimmung ist negativ; Grundgefühle sind Wut und Frustration
Zwischenmenschliches Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Gehemmt, schüchtern und distanziert • In der Regel wenig selbstbewusst, soziale Angst • Von Besorgnis und Unbehagen gekennzeichnet 	<ul style="list-style-type: none"> • Ungehemmter Beziehungsstil; dominant • Fokus eher auf eigene Ziele und Interessen, weniger auf soziale Beziehungen • Renitentes Verhalten oder emotionale Gleichgültigkeit
Kognitiver Stil und Selbstbild	<ul style="list-style-type: none"> • Hauptkomponente des kognitiven Stils ist Besorgnis; Fokussierung auf mögliche negative Ereignisse • Tendenz zum Pessimismus • Automatische Gedanken von Verlust und Misserfolg • Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufmerksamkeit auf aggressionsrelevante Informationen häufig falsche und feindselige Zuschreibungen, häufig Rachedgedanken • Defizite in der Selbstreflexion und Selbsteinschätzung • Generell geringes Selbstwertgefühl; bei einer Untergruppe illusorische Selbstwahrnehmung und Überschätzung der eigenen Kompetenz
Regulierungsmechanismen	<ul style="list-style-type: none"> • Geringe Aufmerksamkeitskontrolle, wahrscheinlich Schwierigkeiten, negative Gedanken auf neutralere oder positivere Gedanken zu lenken • Im Verhalten geringe Impulsivität 	<ul style="list-style-type: none"> • Unzureichende Regulierungsmechanismen, z.B. mangelnde inhibitorische Kontrolle, geringe Aufmerksamkeitskontrolle • Impulsivität, geringe Selbstbeherrschung, mangelnde Selbstdisziplin • Tendenz zu regelwidrigem Verhalten

Anmerkung: Die Tabelle wurde in Anlehnung an die Zusammenfassung von Forns et al. (20) erstellt.

Der Übergang vom Jugendalter zum Erwachsenenalter stellt für jeden Menschen eine grosse Entwicklungsaufgabe dar, welche enorme Anpassungsleistungen erfordert. Dies bedeutet für viele Jugendliche grossen Stress. Forns et al. (20) beschreiben in ihrem Beitrag, wie Jugendliche mit internalisierenden und externalisierenden Verhaltensstörungen ähnliche Bewältigungsstrategien anwenden, um mit Stresssituationen umzugehen. Insgesamt überwiegen bei beiden Störungsmustern vermeidende und emotional orientierte Strategien. Nach Ansicht der Autoren sind vermeidende und passive Bewältigungsstrategien mit einem erhöhten psychopathologischen Risiko verbunden. Selbstvorwürfe und Ruminieren sind mit internalisierenden Verhaltensproblemen assoziiert. Im Gegensatz dazu zeigen Jugendliche, die externalisierende Verhaltensprobleme zeigen, einen höheren Grad an kognitiver Vermeidung. Es ist zu beachten, dass die Angemessenheit von Bewältigungsstrategien auch von den jeweiligen Stressoren abhängt. Eine Vermeidungsbewältigungsstrategie kann z.B. dann als angemessen und nützlich angesehen werden, wenn die Jugendliche oder der Jugendliche mit einer unkontrollierbaren und belastenden Situation konfrontiert ist (20, 21).

3. Mit Jugendlichen über psychische Probleme sprechen

3.1 Erfolgreiche Kommunikation mit Jugendlichen im medizinischen Alltag

Psychische Krankheiten können alle treffen. Vulnerable und sozial benachteiligte Familien sollten diesbezüglich von Ärztinnen und Ärzten prioritär berücksichtigt und wenn möglich auch direkt angesprochen werden. Dazu ist eine systemische Betrachtungsweise, die die Belastung des ganzen Familiensystems und sozial- und entwicklungspsychologische Aspekte bei den Jugendlichen betrachtet, besonders wichtig. Wenn Jugendliche Belastungen oder Konflikten ausgesetzt sind, neigen sie dazu, psychosomatisch zu reagieren. Psychische Reaktionen werden oft durch körperliche Reaktionen überdeckt und werden daher leicht übersehen. In einer systematischen Vorsorgeuntersuchung in der 2. Oberstufe (13- bis 16-Jährige) welche vom Schulärztlichen Dienst der Stadt Zürich 2008 durchgeführt wurde (N=1652), zeigte sich, dass obwohl die Mehrheit der Jugendlichen zufrieden mit der Gesundheit und der Lebenssituation war, jeder vierte Junge und jedes dritte Mädchen unter psychosomatischen Beschwerden und depressiven Verstimmungen leidet (22). Aus diesem Grund liegt in der Kommunikation zwischen Ärztinnen und Ärzten und Jugendlichen ein hohes Potenzial zur Erkennung von psychischen Problemen und zur Förderung der Gesundheit.

Jugendliche stehen vor vielfältigen Entwicklungsaufgaben auf dem Weg zur Entwicklung der eigenen Identität. Eine wichtige Entwicklungsaufgabe in der sozial-emotionalen Entwicklung besteht darin, eine Balance zwischen Verbundenheit/Identifikation mit den Eltern und der Entwicklung des Selbstkonzeptes (Autonomiestreben/Individuation) zu finden, dies auch bei körperlichen und psychischen Angelegenheiten. Eine gute Compliance der Jugendlichen zeichnet sich unter anderem auch durch eine sukzessive Übernahme von Selbstverantwortung aus. Vor diesem Hintergrund können z.B. Ärztinnen und Ärzte – unter Berücksichtigung der Reife des Jugendlichen – vorschlagen, den ersten Teil des Gesprächs ohne die Anwesenheit der Eltern durchzuführen und damit den Übergang vom Kinderarzt- zum Jugendarzt-Setting mitzusteuern. Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung ist für die Jugendlichen eine Herausforderung und für die Ärztinnen und Ärzte eine wichtige Verantwortung. Diesen Prozess behutsam zu begleiten, prägt eine erfolgreiche Therapie. Ärztinnen und Ärzte tragen durch einen altersangemessenen Konsultationsstil und durch die Beachtung der biopsychosozialen Entwicklung des Jugendlichen massgeblich zur Entwicklung einer tragfähigen therapeutischen Allianz bei. Schliesslich erfordert das jugendliche Streben nach Autonomie auch von den Eltern die Fähigkeit, ein höheres Mass an Selbstbestimmung zu gewähren. Ärztinnen und Ärzte können die Eltern in ihrer zwar wichtigen, aber sich verändernden Rolle unterstützen, die Ambivalenzen gegenüber den heranwachsenden Jugendlichen zu ertragen und auszubalancieren. Eine erfolgreiche therapeutische Allianz wird letztendlich durch die Zusammenarbeit zwischen dem oder der Jugendlichen und der Ärztin oder dem Arzt und dessen Eltern aufgebaut.

In einer systematischen Review haben Kim und White (23) bestehende Literatur zu den wichtigen Aspekten in der Kommunikation zwischen Jugendlichen und Gesundheitsfachpersonen untersucht. Die Ergebnisse wurden in folgende drei Hauptdomänen zusammengeführt, welche einen Einblick verschaffen, wie und warum in diesen Gesprächssituationen Schwierigkeiten entstehen können:

1. Sensible und intime Themen stellen eine Herausforderung im Gespräch zwischen Jugendlichen und Ärztinnen und Ärzten dar.
2. Für Jugendliche ist das Vertrauen und das Gefühl der emotionalen Sicherheit eine Voraussetzung für eine offene und engagierte Kommunikation.
3. Das Gefühl, einbezogen zu sein, aber auch Autonomie gewährt zu bekommen, ist

während des Gesprächs mit Ärztinnen und Ärzten für Jugendliche zentral. Sie möchten die Kontrolle über ihre persönlichen gesundheitsbezogenen Informationen haben und als Hauptansprechpartner von den Ärztinnen und Ärzten ernst genommen werden.

Ausgehend von diesen Erkenntnissen wurden von den Autoren vier Empfehlungen formuliert, welche die Gesprächsbarrieren zwischen Jugendlichen und Ärztinnen und Gesundheitsfachpersonen verringern könnten:

1. Prozesse entwickeln, die therapeutische Interventionen und Überweisungssysteme zur Normalität werden lassen. Barrieren können abgebaut werden durch eine verbesserte interprofessionelle Zusammenarbeit (starke Arbeitsbelastung oder mangelnde interprofessionelle Zusammenarbeit können therapeutische Prozesse behindern). Die Normalisierung der Prozesse soll Gesprächsbarrieren bei der Diskussion sensibler gesundheitsbezogener Anliegen verringern.
2. Jugendliche routinemässig über die rechtlichen und berufsethischen Verpflichtungen der Gesundheitsfachpersonen im Umgang mit Patientendaten informieren. Ziel dabei ist, das Selbstbestimmungsrecht der Jugendlichen zu klären und schwierige Beziehungsdynamiken mit den Eltern vorzubeugen.
3. Ausbildungsmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte entwickeln, in denen Argumentationsfähigkeiten trainiert werden, die den kognitiven Fähigkeiten der Jugendlichen entsprechen und sie befähigen, Zusammenhänge zu erfassen. Dieses Kompetenztraining soll die zwischenmenschlichen Kompetenzen der Gesundheitsfachpersonen stärken, damit sie zwischen den Jugendlichen und deren Erziehungsberechtigten vermitteln. Sowohl die Eltern als auch die Jugendlichen sollen sich angesprochen fühlen. Gleichzeitig soll das Autonomiebedürfnis der Jugendlichen respektiert werden.
4. Das Bewusstsein für die Bedeutung eines ärztlich-humanistischen Engagements soll gestärkt werden. Die Fähigkeit, einen einfühlsamen, freundlichen und zugewandten Dialog herzustellen, weckt bei den Jugendlichen ein Gefühl der emotionalen Sicherheit und fördert das Vertrauen gegenüber den Gesundheitsfachpersonen.

3.2 Instrumente für die Diagnostik der psychischen Gesundheit von Jugendlichen

Nachfolgend werden Hilfestellungen für die Einschätzung der psychischen Gesundheit der Jugendlichen vorgestellt. Zuerst wird der HEADSS-Fragebogen vorgestellt, welcher ein wichtiges Instrument für die Erhebung einer effizienten altersangemessenen psychosozialen Anamnese bei Jugendlichen ist. Das Akronym HEADSS steht für spezifische Lebensbereiche im Jugendalter (home, education, activities, drugs, sexuality, suicide/depression, and safety). Als Zweites wird das weit verbreitete und validierte Screening-Instrument zur ergänzenden Beurteilung von Verhaltensauffälligkeiten und emotionalen Störungen im Kindes- und Jugendalter, der Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) von Goodmann (24, 25) präsentiert. Schliesslich werden anhand von drei Anleitungen wichtige Punkte für die Beziehungsgestaltung mit Jugendlichen aufgeführt und praxisnahe Anleitungen für Gespräche mit Jugendlichen über mögliche psychische Thematiken aufgezeigt.

3.2.1 HEADSS-Fragebogen

Der HEADSS-Fragebogen (26) ist ein international anerkanntes semistrukturiertes Instrument zur Erfassung der psychosozialen Anamnese bei Jugendlichen. Es umfasst die psychosozialen Bereiche Zuhause, Schule und Arbeit, Essverhalten, Aktivitäten und Peergroup, Drogen, Sexualität, Suizidrisiko und Depression und Sicherheit. Die Bewertung beginnt mit leichten und unkomplizierten Fragen über das Leben der Jugendlichen, um eine Beziehung aufzubauen. Die Fragen können über mehrere Gespräche hinweg besprochen werden. Nach dem Abschluss einer HEADSS-Bewertung ist es wichtig, die Ergebnisse zu dokumentieren und gegebenenfalls weitere Gesundheitsfachpersonen zu informieren beziehungsweise den Jugendlichen weitere Anlaufstellen mitzuteilen oder sie direkt zu überweisen.

3.2.2 Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Der SDQ (24,25) ist ein in Grossbritannien entwickeltes Instrument zur Erfassung von Verhaltensstärken und -auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 16 Jahren. Der Fragebogen ist als Eltern- und Lehrerversion sowie als Selbstberichtungsverfahren erhältlich und wird in der klinischen Diagnostik und Forschung eingesetzt. Mittlerweile ist dieser in über 50 Sprachen kostenlos im Internet verfügbar, zusammen mit Anleitungen und Standardisierung (27). Der Fragebogen zu Stärken und Schwächen wurde für die deutsche Version von Klasen et al. (28) adaptiert. Die 25 SDQ-Items lassen sich fünf Problemsubskalen zuordnen. Zum einen sind es die Skala emotionale Probleme und die Skala Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen, die Aussagen machen über internalisierende Störungen, zum anderen die Skala Verhaltensauffälligkeiten und die Skala Hyperaktivität, die sich den externalisierenden Störungen zuordnen lassen. Schliesslich gibt es die Skala Prosoziales Verhalten, die positiv gepolt ist. Der kurze Fragebogen kann von Eltern und Lehrperson sowie in einer Selbstbericht-Version von Jugendlichen schnell bearbeitet und ausgewertet werden. Der SDQ ist eines der weltweit am häufigsten verwendeten Verfahren zur Erfassung von psychischen Gesundheitsproblemen bei Kindern und Jugendlichen. Es ist ein reliables und valides Untersuchungsinstrument, das in einer Vielzahl von Untersuchungen angemessene bis sehr gute Gütekriterien aufweisen konnte (29).

3.2.3 Anleitungen zur Beziehungsgestaltung mit Jugendlichen

Die folgenden drei Anleitungen sollen Ärztinnen und Ärzten Anregungen geben, ein unterstützendes Setting und eine erfolgreiche Kommunikation mit jugendlichen Patientinnen und Patienten zu gestalten. Sie sind dem «Behavioral Health: An Adolescent Provider Toolkit» (30) entnommen.

- Ein unterstützendes Setting gestalten hilft Ärztinnen und Ärzten, ein sicheres, nicht wertendes und unterstützendes Setting für Jugendliche herzustellen.
- BATHE ist eine kurze unterstützende Interviewtechnik für Gespräche mit Jugendlichen und unterstützt Ärztinnen und Ärzten, aktuelle Sorgen der Jugendlichen zu erkunden und eine erste Beratung anzubieten.
- Motivational Interviewing ist ein Gesprächsführungsansatz, der für Ärztinnen und Ärzte in all denjenigen Situationen hilfreich ist, wenn es darum geht, intrinsische Motivation zur Verhaltensänderung aufzubauen.

Ein unterstützendes Setting gestalten ⁽³⁰⁾

Eine sichere, urteilsfreie, unterstützende Umgebung stellt eine wichtige Voraussetzung dar, damit jugendliche Patientinnen und Patienten dazu bereit sind, ihre Gefühle und ihr Verhalten mit ihrer Ärztin oder ihrem Arzt zu besprechen. Folgende drei Elemente sind wichtig, um ein unterstützendes Setting zu gestalten: 1. Beziehung herstellen, 2. aktiv zuhören, 3. Empathie zeigen.

Beziehung herstellen

- Gestalten Sie Ihre Praxisräume so, dass Jugendliche sich darin wohlfühlen.
- Verbringen Sie bei jedem Besuch Zeit alleine mit den Jugendlichen. Starten Sie damit ab dem elften Lebensjahr und informieren Sie die Eltern über den Sinn und Zweck der Gespräche.
- Erklären Sie den Eltern und den Jugendlichen Ihren Umgang mit vertraulichen Informationen jeweils zu Beginn der Termine.
- Geben Sie den Jugendlichen die Hand und beginnen Sie eine informelle Konversation. Erklären Sie den Jugendlichen, was sie während der Termine erwarten wird.
- Unterstützen Sie Jugendliche dabei, ihre eigenen Kompetenzen und Stärken zu erkennen und anzunehmen.
- Fragen Sie die Jugendlichen, ob sie Anmerkungen zum vorgeschlagenen Behandlungsplan haben.
- Verwenden Sie Begriffe und Formulierungen, welche die Jugendliche verstehen – erklären Sie Fremdwörter nach Bedarf.
- Fragen Sie Jugendliche, ob ein Elternteil oder jemand Erziehungsberechtigtes bei der Untersuchung dabei sein soll.
- Fassen Sie Erkenntnisse, Behandlungspläne und die nächsten Schritte für die Jugendlichen verständlich zusammen. Definieren Sie gemeinsam, wie die Eltern informiert werden sollen.
- Nehmen Sie sich Zeit für die Fragen der Jugendlichen und zeigen Sie weitere Anlaufstellen auf.
- Stellen Sie sicher, dass Ihre jugendlichen Klienten die Telefonnummer Ihrer Praxis haben und wissen, wer für sie und ihre Fragen zuständig ist.

Aktiv zuhören

- Hören Sie sich die Sorgen und Bedenken der Jugendlichen an. Versuchen Sie, deren Perspektive nachzuvollziehen, und bleiben Sie aufgeschlossen.
- Verwenden Sie geschlechtsneutrale Begriffe. Zum Beispiel: «Bist du mit jemandem zusammen?» statt «Hast du eine Freundin?».
- Hören Sie aktiv zu und unterbrechen Sie möglichst nicht.
- Halten Sie Augenkontakt und schreiben Sie nicht zu viel mit. Bleiben Sie mit Ihrer Aufmerksamkeit bei den jugendlichen Patientinnen und Patienten.
- Achten Sie auf nonverbale Hinweise, wie Blickkontakt, Gesichtsausdruck, Emotionen, Körperhaltung und Bewegungen.
- Stellen Sie offene Fragen. Wirken Sie dabei interessiert und nicht verurteilend:
Fragen Sie NICHT: «Konsumierst du Drogen oder trinkst du Alkohol.»
Fragen Sie: «Ich weiss, dass an vielen Schulen Drogen und Alkohol konsumiert werden. Was denkst du darüber, wenn Leute in deinem Alter Drogen oder Alkohol konsumieren? Wie gehst du damit um?»

Empathisch sein

- Nehmen Sie die Emotionen auf und sprechen Sie Ihr jugendliches Gegenüber darauf an. Warten Sie die Reaktion der Jugendlichen ab, bevor Sie weiterfahren.
- Anerkennen Sie die Gefühle der Jugendlichen, indem Sie sie wissen lassen, dass Sie die Gründe für die Emotionen nachvollziehen können.
- Informieren Sie die Jugendlichen über die psychische Gesundheit und über Substanzmissbrauch. Überweisen Sie sie, wenn nötig, an weitere Anlaufstellen und händigen Sie Informationen aus. Informationen helfen, das Stigma von psychischen Störungen zu reduzieren.
- Legen Sie den Fokus auf die Stärken der Jugendlichen und deren soziales Netz. So können fürsorgliche Freunde, unterstützende Familienmitglieder und eigene Fähigkeiten wertvolle Ressourcen sein.
- Erstellen Sie gemeinsam mit den Jugendlichen einen Aktionsplan. Setzen Sie realistische und kurzfristige Ziele. Bleiben Sie dran und besprechen Sie die Umsetzung mit den Jugendlichen.
- Vermitteln Sie den Jugendlichen, dass sie nicht allein sind.
- Würdigen Sie die Gefühle und die Ehrlichkeit von Jugendlichen.

BATHE: eine kurze unterstützende Gesprächstechnik ⁽³⁰⁾

Sorgen über die psychische Gesundheit gehören zu den häufigsten Gründen, warum Jugendliche Gesundheitsfachpersonen, z.B. ihre Ärztin oder ihren Arzt, aufsuchen. BATHE ist eine Gesprächstechnik, die Ärztinnen und Ärzten helfen soll, Jugendliche und ihre psychische Gesundheit während den Routineterminen kurz einzuschätzen, aktuelle Sorgen zu erkunden und eine erste Beratung anzubieten.

	Beispiele für Fragen oder Bemerkungen	Hintergründe
B Hintergrund (Background)	<ul style="list-style-type: none"> • Was geht in deinem Leben vor sich? • Erzähl mir, wie ein typischer Tag bei dir aussieht. 	Lädt Jugendliche durch offene und direkt formulierte Fragen ein, über wichtige Angelegenheiten in ihrem Leben zu sprechen.
A Affekt (Affect)	<ul style="list-style-type: none"> • Wie fühlst du dich dabei? • Diese Situation klingt ... • Fühlst du dich? 	Lädt Jugendliche ein, über ihre Gefühle zu sprechen und zu verstehen, wie gewisse Situationen ihre Emotionen und ihr Verhalten beeinflussen.
T Belastung (Troubling)	<ul style="list-style-type: none"> • Was an diesem/r Problem/Situation/Zustand belastet dich am meisten? • Welche Schwierigkeiten sind bei dir zu Hause/in der Schule wegen diesem Problem entstanden? 	Zielt darauf ab, dass die Jugendlichen feststellen, warum und wie sehr sie ein Problem belastet.
H Umgang (Handling)	<ul style="list-style-type: none"> • Wie gehst du damit um? • Das ist eine tolle Art damit umzugehen. • Könntest du auf die Situation anders reagieren? • Was könnte die Situation verbessern oder dir dabei helfen, dich besser zu fühlen? 	Bietet die Gelegenheit, gesunde Copingstrategien der Jugendlichen kennen zu lernen und diese zu verstärken. Zudem sind diese Fragen bereits eine Intervention, indem sie andere Lösungen suggerieren.
E Empathie (Empathy)	<ul style="list-style-type: none"> • Das muss sehr schwierig für dich sein. • Danke, dass du so ehrlich mit mir bist. 	Zeigt, dass die Reaktion der Jugendlichen auf die Situation vernünftig ist. Demonstriert Verständnis für die Lage, Gefühle und Wahrnehmungen der Jugendlichen.

Bei der Gesprächsführung ist es wichtig, eine jugendgerechte Sprache anzuwenden z.B. Fachwörter erklären, Sätze klar formulieren, Substantivierungen vermeiden und aktive Formen verwenden. Ein aktives Nachfragen von Seiten der Ärztin oder des Arztes ist bei Unklarheiten angebracht. Den Jugendlichen und deren Familien soll klar vermittelt werden, dass sie sich bei Sorgen an ihre Ärztin oder ihren Arzt wenden können. Bei Jugendlichen in einem Krisenzustand, vor allem wenn sie ungünstige Copingstrategien einsetzen, ist es wichtig, die erforderliche Hilfe schnell in die Wege zu leiten.

Motivational Interviewing (30-32)

Motivational Interviewing oder motivierende Gesprächsführung ist ein Gesprächsführungsansatz, der nützlich sein kann, bei Jugendlichen die intrinsische Motivation zur Verhaltensänderung aufzubauen. Die Motivation soll durch Explorieren und Auflösen der Ambivalenz erreicht werden. Obwohl Techniken der motivierenden Gesprächsführung oft für die Beratung bei Alkohol- und Substanzmissbrauch benutzt werden, können sie auch verwendet werden, um Jugendliche für die psychische Gesundheitsfürsorge zu gewinnen.

1. Um Erlaubnis fragen, das Thema gemeinsam zu besprechen.

2. Bereitschaft erfragen, etwas zu verändern, beziehungsweise das Vertrauen der Jugendlichen in ihre eigenen Fähigkeiten, etwas zu verändern, erfragen.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Auf einer Skala von 0 bis 10, wie bereit bist du, dir Unterstützung zu holen und an dieser Situation/an diesem Thema zu arbeiten? Direkte Frage: Warum hast du 5 gesagt? / Rückwärts-Frage: Warum 5 und nicht 3? Vorwärts-Frage: Was wäre nötig, um von einer 5 auf eine 7 zu kommen?

3. Reaktion auf die Bereitschaft zur Veränderung der Jugendlichen.

0-3	Nicht bereit	Informieren, beraten und ermutigen
4-6	Unsicher	Ambivalenz explorieren
7-10	Bereit	Entschlossenheit stärken und zur Handlung befähigen

4. An die Abkürzung FRAMES denken, sie hilft bei der Beratung zur Verhaltensveränderung beziehungsweise bei der Gesundheitsfürsorge.

F	Feedback Rückmeldung über das Risiko/die Beeinträchtigung geben	<ul style="list-style-type: none"> • Verwenden Sie die eigenen Worte des Jugendlichen aus der Problembeschreibung. • Das klingt so, als ob deine Noten dieses Jahr schlechter geworden sind und du einen Unfall hattest, nachdem du bei einer Party getrunken hast. • Es klingt, als ob du dich in der Schule und bei den Hausaufgaben nicht mehr konzentrieren kannst, weil du an Ängsten leidest.
R	Responsibility Verantwortung für die Veränderung betonen	<ul style="list-style-type: none"> • Ich möchte dir gerne dabei helfen. Es ist sehr wichtig, dass du die Verantwortung für die Veränderung übernimmst. Kannst du Schritte unternehmen, um dir selbst zu helfen?
A	Advice Rat für die Veränderung anbieten	<ul style="list-style-type: none"> • Ich glaube, dass es das Beste für dich wäre, wenn du aufhören würdest, Alkohol und Drogen zu konsumieren. • Ich glaube, das Beste für dich wäre, wenn du deine Angst in den Griff bekommen würdest.
M	Ein Menu von Möglichkeiten für eine Verhaltensänderung/Behandlung anbieten/ansprechen	<ul style="list-style-type: none"> • Passen Sie Ihre Vorschläge an die Veränderungsbereitschaft der Jugendlichen an. • Du könntest probieren, weniger oder keinen Alkohol/keine Drogen zu konsumieren, um den Schaden für dich selbst und andere zu reduzieren. • Du könntest, um deinen Stress zu reduzieren, Sport oder eine Therapie ausprobieren.
E	Mit Empathie beraten	<ul style="list-style-type: none"> • Ich weiss, dass es schwer ist, sich das anzuhören, aber ich mache mir Sorgen um dich. Deine Gesundheit und deine Zukunft sind mir wichtig.
S	Vertrauen in die Selbstwirksamkeit ausdrücken	<ul style="list-style-type: none"> • Obwohl es vielleicht schwierig sein wird, glaube ich an dich, und ich weiss, dass du es schaffen wirst, wenn du spürst, dass der richtige Zeitpunkt gekommen ist.

4. «Heb der Sorg»: ein Werkzeugkasten zur Förderung der psychischen Gesundheit bei Jugendlichen

Um Jugendliche für psychische Themen zu sensibilisieren und bei Bedarf mit Informationen und Anlaufstellen zu versorgen, haben wir den Werkzeugkasten «Heb der Sorg» entwickelt. Die Informationsbroschüre soll in Kinder- und Jugendarztpraxen ausliegen und Jugendliche ermutigen, sich proaktiv mit ihrer Gesundheit auseinanderzusetzen. Sie ist unter dem Link www.zhaw.ch/takecare auffindbar und kann kostenlos heruntergeladen werden.

Für die Erarbeitung des Werkzeugkastens «Heb der Sorg» wurde zuerst eine systematische Literatursuche durchgeführt. Das Ziel der Literatursuche war, Forschungsergebnisse zu wirksamen Elementen oder Interventionen im Bereich psychische Gesundheitsförderung und Prävention zu sammeln. Eine 2019 publizierte umfassende Meta-Analyse (33) fasste sieben Komponenten zusammen, die eine positive Wirkung bei der Förderung der psychischen Gesundheit von Jugendlichen haben:

- Zwischenmenschliche Fähigkeiten
- Emotionsregulation
- Aufklärung über Alkohol- und Substanzmissbrauch
- Achtsamkeit
- Problemlösefähigkeiten
- Durchsetzungsfähigkeitstraining
- Stressmanagement

Drei davon, nämlich zwischenmenschliche Fähigkeiten, Emotionsregulation und Aufklärung über Alkohol- und Substanzmissbrauch zeigten signifikante Effekte auf mehrere Aspekte der psychischen Gesundheit. Das «Behavioral Health: An Adolescent Provider Toolkit» (30), welches 2007 von der Adolescent Health Working Group in San Francisco verfasst wurde, dient als Grundlage für den Werkzeugkasten. Das Toolkit enthält Informationen sowohl für Gesundheitsfachpersonen und Eltern als auch eine Selektion an altersspezifischen Themen, die in einer für Jugendliche einfachen Sprache von einer Expertengruppe formuliert wurden. Ein wichtiges Element sind auch die psychoedukativen Module mit praktischen Übungen. Ausgehend von den oben aufgeführten Komponenten der Meta-Analyse von Skeen et al. (33) zu wirksamen Faktoren zur Förderung der psychischen Gesundheit haben wir relevante Module ausgewählt. In Absprache mit der Adolescent Health Working Group in San Francisco konnten wir diese auf Deutsch übersetzen und auf den Schweizer Kontext anpassen. Zusätzlich entschieden wir uns dafür, einige neue Themen wie z.B. ein Modul zur Selbsteinschätzung der Onlinesucht mit Tipps zur Förderung eines gesunden Medienkonsums einzubeziehen, da dieses Thema in den letzten Jahren an Relevanz gewonnen hat. Um den Werkzeugkasten noch stärker an die Bedürfnisse der Jugendlichen anzupassen, wurde zuerst in einem Pretest-Interview eine 15-jährige Jugendliche zu ihrer Einschätzung und Bewertung des Werkzeugkastens befragt. Anschliessend wurden zwei Fokusgruppen mit Jugendlichen aus einem Jugendtreff in Pfyn durchgeführt. Ziel war es, Rückmeldung zu den Inhalten des entwickelten Werkzeugkastens zu erhalten und diese zur Optimierung der Ressource zu nützen. Der Werkzeugkasten für die Jugendlichen wurde ebenfalls mit den Vertretenden von Kinderärzten Schweiz diskutiert.

5. Literatur

1. Streeck-Fischer A. Adoleszenz - Bindung - Destruktivität. Stuttgart: Klett-Cotta; 2004.
2. Konrad K, Firk C, Uhlhaas PJ. Brain development during adolescence: neuroscientific insights into this developmental period. *Dtsch Ärztinnen- Ärztebl Int.* 2013;110(25):425–31.
3. Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ, Georgiades K, Green JG, Gruber MJ, u. a. Prevalence, Persistence, and Socio-demographic Correlates of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry.* 2012;69(4):372–80.
4. Fuchs M, Bösch A, Hausmann A, Steiner H. «The child is father of the man» - review of literature on epidemiology in child and adolescent psychiatry. *Z Für Kinder- Jugendpsychiatrie Psychother.* 2013;41(1):45–55.
5. Costello EJ, Foley DL, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006;45(1):8–25.
6. Steinhausen HC, Metzke CW, Meier M, Kannenberg R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zürich Epidemiological Study. *Acta Psychiatr Scand.* 1998;98(4):262–71.
7. Barkmann C, Schulte-Markwort M. Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health.* 2012;66(3):194–203.
8. Klasen F, Meyrose A-K, Otto C, Reiss F, Ravens-Sieberer U. Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Monatsschr Kinderheilkd.* 2017;165(5):402–7.
9. Wagner G, Zeiler M, Waldherr K, Philipp J, Truttmann S, Dür W, u. a. Mental health problems in Austrian adolescents: a nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2017;26(12):1483–99.
10. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry.* 2015;56(3):345–65.
11. Fuchs M, Karwautz A. Epidemiologie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Eine narrative Übersichtsarbeit unter Berücksichtigung österreichischer Daten. *Neuropsychiatrie.* 2017;31(3):96–102.
12. Bor W, Dean AJ, Najman J, Hayatbakhsh R. Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *Aust N Z J Psychiatry.* 2014;48(7):606–16.
13. Hale DR, Bevilacqua L, Viner RM. Adolescent Health and Adult Education and Employment: A Systematic Review. *Pediatrics.* 2015;136(1):128–40.
14. Costello EJ. Early Detection and Prevention of Mental Health Problems: Developmental Epidemiology and Systems of Support. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2016;45(6):710–7.
15. Achenbach TM, Ivanova MY, Rescorla LA, Turner LV, Althoff RR. Internalizing/Externalizing Problems: Review and Recommendations for Clinical and Research Applications. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016;55(8):647–56.
16. Ihle W, Esser G. Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: *Psychol Rundsch.* 2002;53(4):159–69.
17. Rescorla L, Ivanova MY, Achenbach TM, Begovac I, Chahed M, Drugli MB, u. a. International epidemiology of child and adolescent psychopathology II: integration and applications of dimensional findings from 44 societies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2012;51(12):1273–1283.e8.
18. Quinn PO, Madhoo M. A review of attention-deficit/hyperactivity disorder in women and girls: uncovering this hidden diagnosis. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2014;16(3).

19. Vloet T, Herpertz-Dahlmann B. 36 Störungen des Sozialverhaltens, Dissozialität und Delinquenz. In: Kinder- und Jugendpsychiatrie. Stuttgart: Thieme Verlag; 2011. S. 316–25.
20. Forns M, Abad J, Kirchner T. Internalizing and Externalizing Problems. In: Levesque RJR, Herausgeber. Encyclopedia of Adolescence [Internet]. New York, NY: Springer; 2011 [zitiert 4. Juni 2020]. S. 1464–9. Verfügbar unter: https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1695-2_261
21. Klein-Heßling J, Lohaus A. Zur situationalen Angemessenheit der Bewältigung von Alltagsbelastungen im Kindes- und Jugendalter. Z Für Klin Kinderpsychol. 2002;11(1):29–37.
22. Züger P. Basisdaten zu Gesundheit und Lebensstil bei 13- bis 16- jährigen Jugendlichen der zweiten Sekundarklassen in der Stadt Zürich: Erstellung eines Erhebungsinstruments und Auswertung für das Schuljahr 2007/2008 [Internet] [Master-Thesis]. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern; 2008. Verfügbar unter: https://www.kjpd.uzh.ch/dam/jcr:00000000-0379-5cb2-ffff-ffffd0e4989d/Pini_Basisdaten_Gesundheit_Lebensstil_Jugendliche.pdf
23. Kim B, White K. How can health professionals enhance interpersonal communication with adolescents and young adults to improve health care outcomes? Systematic literature review. Int J Adolesc Youth. 2018;23(2):198–218.
24. Goodman R. Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001;40(11):1337–45.
25. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. J Child Psychol Psychiatry. 1997;38(5):581–6.
26. Goldenring JMRD, Rosen DS. Getting into adolescent heads: An essential update. Contemp Pediatr. 1. Januar 2004;21:64–90.
27. SDQ Info [Internet]. [zitiert 4. Juni 2020]. Verfügbar unter: <http://www.sdqinfo.org/>
28. Klasen H, Woerner W, Rothenberger A, Goodman R. Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) - Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr. 2003;52:491–502.
29. Stevanovic D, Urbán R, Atilola O, Vostanis P, Singh Balhara YP, Avicenna M, u. a. Does the Strengths and Difficulties Questionnaire - self report yield invariant measurements across different nations? Data from the International Child Mental Health Study Group. Epidemiol Psychiatr Sci. 2015;24(4):323–34.
30. Shalwitz J, Sang T, Combs N, Davis K, Bushman D, Payne B. Behavioral Health: An Adolescent Provider Toolkit [Internet]. San Francisco: Adolescent Health Working Group; 2007. Verfügbar unter: <https://ahwg.org/download/behavioral-health-2007/#unlock>
31. Netzwerk der Motivational Interviewing Trainer in der Schweiz: www.motivationalinterviewing.org/trainers/Switzerland
32. Miller, W. & Rollnick, S. (2013). Motivational Interviewing. Helping People Change. 3rd ed. New York, USA: Guildford Press.
33. Skeen S, Laurenzi CA, Gordon SL, du Toit S, Tomlinson M, Dua T, u. a. Adolescent Mental Health Program Components and Behavior Risk Reduction: A Meta-analysis. Pediatrics. 2019;144(2).

Mit bestem Dank für die mündlichen oder schriftlichen Anmerkungen zur Fachbroschüre an:

- Dr. med. Anna Pirker, Fachärztin FMH für Kinder- u. Jugendmedizin
- Dr. med. Hannes Geiges, Facharzt FMH für Kinder- u. Jugendmedizin
- Dr. phil. hum. Alfred Künzler, Leiter Koordinationsstelle Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz

Kontaktadresse:

Departement Gesundheit
Katharina-Sulzer-Platz 9
Postfach
CH-8401 Winterthur

E-Mail fgw.gesundheit@zhaw.ch

Web www.zhaw.ch/takecare

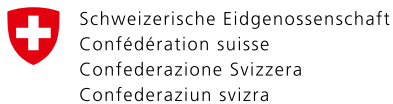
**Ein Gemeinschaftsprojekt des Instituts für Gesundheitswissenschaften
und des Psychologischen Instituts**



Unter Beteiligung von:



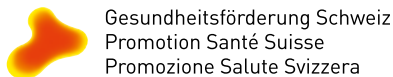
Finanziert von:



Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Förderprogramm Interprofessionalität

Unterstützt durch:



Nachbestellung:

Möchten Sie diese Broschüre weitergeben? Sie finden sie unter www.zhaw.ch/takecare und können dort auch weitere Exemplare nachbestellen.