

Wie können Kinderpsychiater*innen und Pädagog*innen erfolgreich zusammenarbeiten?

24. März 2021

Ronnie Gundelfinger

Wie können Kinderpsychiater*innen,
Pädagog*Innen **und Eltern** erfolgreich zusammenarbeiten?

Wie können Kinderpsychiater*innen,
Pädagog*innen, **schulinterne und – externe Therapeut*innen**
und Eltern erfolgreich zusammenarbeiten?

Wie können Kinderpsychiater*innen,
Pädagog*innen, **schulinterne und –externe Therapeut*innen,**
Schulpsycholog*innen und Eltern erfolgreich
zusammenarbeiten?

Ein paar Hypothesen

Durch die Verbreitung von psychologischem Wissen hat sich die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Fachpersonen untereinander und mit den Eltern grundsätzlich verändert. Dieser Prozess läuft schon lange, ist aber durch das Aufkommen des Internets und den damit verbundenen Zugang zu Fachwissen und Informationen (unterschiedlicher Qualität) sehr verstärkt worden.

Die klassische Rollenverteilung zwischen Fachleuten und Laien existiert nicht mehr. Die neue Aufgabenverteilung wird in der medizinischen Ausbildung noch zu wenig reflektiert.

Auch Fachleute wissen mehr über benachbarte Berufsfelder als früher. Dies wäre im Idealfall die Grundlage für eine erfolgreiche Zusammenarbeit. Was sind Konzepte, Methoden, Werkzeuge der anderen Berufsgruppen? Was sind die Möglichkeiten, aber auch die Grenzen? Was sind realistische Erwartungen?

Ausgangslage: Probleme in der Schule

Die Schule bemerkt, dass ein Kind in seinem Verhalten auffällig ist und/oder erwartete Schulleistungen nicht erbringt.

Die Eltern sehen das Problem auch.

- Schule und Eltern haben ein ähnliches Erklärungsmodell.
- Schule und Eltern haben unterschiedliche Erklärungsmodelle.

Die Eltern halten ihr Kind für unauffällig.

Der Kinderpsychiater/ die Kinderpsychiaterin wird in der Regel eine Situation antreffen, die schon eine Vorgeschichte hat, mit Lösungsversuchen, Misserfolgen, evtl. Vorwürfen und Kränkungen, Schuldgefühlen

Ausgangslage: Probleme in der Schule

In der Schule werden psychische Störungen erkennbar,

- weil Kinder und Jugendliche mit Leistungsanforderungen konfrontiert werden (schulisch, disziplinarisch, organisatorisch
- weil Kinder und Jugendliche in ständigem Austausch mit ihren Peers stehen und sich den Regeln der Peergruppe entsprechend verhalten müssen.

In der Schule werden psychische Störungen erkannt,

- weil eventuell zum ersten Mal Erwachsene ausserhalb der Familie das Kind kennenlernen, genau beobachten und seinen Entwicklungsstand und sein Verhalten mit den Gleichaltrigen vergleichen können.

Ausgangslage: Probleme zu Hause

Eher selten ist die Situation, dass sich die Probleme des Kindes nur ausserhalb der Schule zeigen und das Kind für die pädagogischen Fachpersonen unauffällig wirkt.

Es kann z.B. spezifische Ängste haben, die in der Schule nicht auftreten. Ein Jugendlicher zeigt delinquentes Verhalten vielleicht nur ausserhalb der Schule.

Denkbar ist auch, dass ein Kind problematisches Verhalten auf die Zeit nach der Schule schieben kann, z.B. gewisse Zwangssymptome oder es in der Schule so verstecken kann, dass Lehrpersonen es nicht bemerken, z.B. bei Essstörungen.

Es kann sein, dass ein Kind zur Bewältigung der Schule sehr viel Energie aufwendet und erschöpft und reizüberflutet nach Hause kommt. Dort kann es dann zum Zusammenbruch oder zu heftigen Ausbrüchen kommen.

Problematische Entwicklung

Gesellschaftliche Probleme, aber auch pädagogische Probleme (der Eltern und/oder der Schule) werden psychiatrisiert.

Dies kann Eltern und Lehrpersonen entlasten, weil die Ursache der Probleme im Kind verankert wird. Häufig wird damit auch Verantwortung abgegeben.

Durch die Psychiatrisierung können zusätzliche Finanzierungsmöglichkeiten erschlossen werden (KK oder IV) oder die psychiatrische Diagnose ist der Türöffner für schulische Massnahmen.

Das Fehlen gewisser pädagogischer Einrichtungen soll durch Hospitalisation in psychiatrischen Stationen kompensiert werden.

Was ist für eine gute Zusammenarbeit wichtig?

Man muss eigene Stärken und Schwächen kennen und sie auch bei beteiligten Fachpersonen einschätzen können.

Einerseits sind alle Beteiligten am Wohl des Kindes interessiert, andererseits muss klar sein, wer wofür zuständig ist (SPD-KJP).

Es ist wichtig, dass die Eltern ihr Einverständnis zum Informationsaustausch unter den Fachpersonen geben. Gleichzeitig müssen sie sich darauf verlassen können, dass gewisse Informationen vertraulich bleiben.

Regelmässige gemeinsame Besprechungen sind wichtig, verhindern Missverständnisse und erhöhen die Wirksamkeit getroffener Massnahmen.

Stärken einer Kinder- und Jugendpsychiaterin

Langjährige Erfahrung mit kinderpsychiatrischen Störungsbildern bei vielen Kindern unterschiedlichen Alters und Geschlechts.

Kenntnis der möglichen Ausprägung eines Störungsbildes, des üblichen Verlaufes und der zu erwartenden Schwierigkeiten im Alltag und in der Schule.

Erfahrung mit therapeutischen Möglichkeiten (erhoffte Effekte und unerwünschte Nebenwirkungen), insbesondere über Möglichkeiten und Grenzen einer medikamentösen Behandlung.

Auf das individuelle Kind bezogen:

Kenntnis seines familiären Umfeldes und seiner Familiengeschichte.

Kenntnis der bisherigen Problementwicklung und allfälliger Lösungsversuche.

Schwächen einer Kinder- und Jugendpsychiaterin

- Eventuell erst kurze Bekanntschaft mit Kind und Familie
- Eventuell «einseitige» Informationen zum aktuellen Problem
- Eventuell stark durch eigene Schulerfahrungen geprägt

Die Untersuchungssituation ist aus verschiedenen Gründen manchmal wenig geeignet, die Probleme des Kindes genau zu erfassen (ökologische Validität).

Beispiel ADHS:

1:1 Situation, viel Zuwendung und Motivierung, ruhiges Zimmer, kaum Ablenkung, neue Spielsachen, wechselnde Aufgaben, begrenzte Zeitdauer können dazu führen, dass Probleme des Kindes unterschätzt werden.

Beispiel Autismus-Spektrum Störung:

1:1 Kontakt mit einem Erwachsenen ist favorisierte Situation vieler Kinder mit ASS. Im Untersuchungszimmer keine Reizüberflutung. In der begrenzten Zeit werden repetitive Muster eventuell nicht erkennbar.

Auch hier Gefahr, dass Schweregrad einer ASS nicht richtig erfasst wird.

Stärken und Schwächen von Pädagog*innen?



Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich

150 JAHRE
INNOVATION
DURCH VIELFALT

Lösung?

Die einfachste und beste Möglichkeit, diese Schwächen auszugleichen, ist die enge Zusammenarbeit mit den Fachpersonen, die das Kind gut kennen.

Eine kinderpsychiatrische Abklärung ohne Gespräch mit Lehrpersonen und Therapeut*innen ist unvollständig. Im Idealfall findet ein Schulbesuch mit anschliessendem Gespräch statt. Fragebögen sind kein Ersatz für ein Gespräch.

Problem:

Die Kinderpsychiaterin stellt viele Fragen, kann aber unter Umständen wenig Auskunft geben.

Die Kinderpsychiaterin hat 1 Kind im Fokus, die Pädagogin muss einer ganzen Klasse gerecht werden.

Diagnose

Kategoriale Diagnose <-> Dimensionale Diagnose

Psychiatrische Diagnose

- Beobachtbare Verhaltensauffälligkeiten
- Keine messbaren Veränderungen
- Keine Biomarker

Wie wird eine psychiatrische Diagnose gestellt?

Psychiater*innen stellen Diagnosen innerhalb eines Klassifikationssystems

In der Regel ICD, aktuell ICD-10, ICD-11 ist unterwegs.

Störungen werden operationalisiert und definiert.

ADHS



- Unaufmerksamkeit
 - Hyperaktivität
 - Impulsivität
-
- Früher Beginn
 - Situationsunabhängige und zeitstabile Verhaltensauffälligkeiten

Die Diagnose einer ADHS

ist nicht wie bei Masern oder einem Beinbruch (kategorial)

sondern wie bei Blutdruck, Cholesterin oder Körpergewicht (dimensional),
aber viel schwieriger, weil wir nichts Genaues messen können.

Die Werte oder auch Eigenschaften (Ablenkbarkeit, Impulsivität) sind
kontinuierlich verteilt. Es gibt keine klare Grenze zwischen Normalität
und Pathologie.

Die Beeinträchtigung entsteht aus der Interaktion zwischen spezifischem
Verhalten und Umgebungsanforderungen.

«ADHS-Spektrum-Störung»

Ist die ADHS-Diagnose bei Kindern altersabhängig?

Beim ADHS sind anamnestische Angaben von Eltern und Lehrpersonen für die Diagnose besonders wichtig.

Welche Rolle spielt das relative Alter der Kinder innerhalb einer Klasse bei der Bewertung von Verhaltensauffälligkeiten durch die Lehrpersonen?

Wirkt sich das auf die Häufigkeit von ADHS-Diagnosen bei den jüngsten Kindern in einer Klasse aus?

Es gibt ca. 30 Studien zu diesem Thema, die überwiegend zeigen, dass das bei relativ jungen Kinder signifikant häufiger eine ADHS Diagnose gestellt und eine medikamentöse Behandlung eingeleitet wird.

Ist die ADHS-Diagnose bei Kindern altersabhängig?

Studie aus Taiwan mit 380'000 Kindern

Stichtag für Einschulung: 31.8.

Kinder, die im September geboren sind: 2,8 % ADHS Diagnose, 1,9 % Medikation

Kinder, die im August geboren sind: 4,5 % ADHS Diagnose, 3,3 % Medikation

Dieser Effekt ist in den tieferen Klassen deutlicher als in den oberen Klassen.
Der Effekt ist tendenziell bei Knaben deutlicher als bei Mädchen.

Je jünger die Kinder innerhalb der Klasse sind, desto häufiger werden sie auf Empfehlung der Schule abgeklärt.

Ähnliche Resultate bei Studien aus Canada und USA, mit höheren Zahlen.
In einer longitudinalen Studie mit 18'000 Kindergartenkindern zeigt sich der Effekt (fast doppelt so hohe Medikationsrate) auch noch in 5th und 8th grade.

Ist die ADHS-Diagnose bei Kindern altersabhängig?

Fazit:

Lehrpersonen scheinen sich in der Beurteilung von Kindern eher an den älteren Kindern in der Klasse zu orientieren.

Das Urteil der Lehrpersonen scheint bei der Diagnosestellung ein hohes Gewicht zu haben.

Es gibt aus anderen Studien Hinweise, dass Lehrerinnen bei Knaben mehr ADHS Symptome beschreiben als Lehrer.

Autismus-Spektrum-Störungen

Definition im ICD - 10

1. Eine spezifische, schwere und allgemeine Störung, soziale Beziehungen einzugehen
2. Eine spezifische Störung der verbalen und nonverbalen Kommunikation
3. Verschiedene eingeschränkte, sich wiederholende und stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten
4. Auftreten der Störung vor dem Alter von 3 Jahren

Diagnostische Kriterien ICD-10

Qualitative Auffälligkeiten der sozialen Interaktion

Unfähigkeit, non-verbales Verhalten zur Regulation sozialer Interaktion zu verwenden

Unfähigkeit, Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzubauen

Mangel an geteilter Freude

Mangel an sozio-emotionaler Gegenseitigkeit

Mangel an sozial moduliertem Blickkontakt

Mangel an sozialem Lächeln und Körpersprache

Eingeschränkte Bandbreite von Mimik und Gesichtsausdruck

Diagnostische Kriterien ICD-10

Qualitative Auffälligkeit der Kommunikation und der Sprache

Mangel/Verzögerung der Sprache und fehlende Kompensation durch Gestik und Mimik

Mangel an variierendem spontanem „so tun als ob“ Spiel oder sozialem Imitationsspiel

Relative Unfähigkeit, einen sprachlichen Austausch zu beginnen oder aufrecht zu erhalten

Stereotype Verwendung der Sprache

Ideosynkratischer Gebrauch von Worten und Phrasen

Diagnostische Kriterien ICD-10

Repetitives, restriktives und stereotypes Verhalten

Umfassende Beschäftigung mit stereotypen und begrenzten
Spielinteressen

Zwanghaftes Festhalten an nicht funktionalen Handlungen oder Ritualen

Stereotype und repetitive motorische Manierismen

Vorherrschende Beschäftigung mit Teilobjekten oder nicht funktionalen
Elementen von Sachen

Tiefgreifende Entwicklungsstörungen

Autismus – Spektrum - Störungen

- Frühkindlicher Autismus
- Atypischer Autismus (PDD – NOS)
- Asperger Syndrom

ASS – ein Arbeitsmodell

Ein Kind mit ASS hat Probleme in 2 Hauptbereichen:

Soziale Probleme: Kommunikation, Interaktion, Theory of Mind, Empathie

Nicht-soziale Probleme: restriktives und repetitives Verhalten, sensorische Auffälligkeiten, schwache zentrale Kohärenz (autistisches Denken, autistische Wahrnehmung)

Dazu kommen eventuell weitere Probleme:

- Kognitive und/oder sprachliche Einschränkungen
- Aufmerksamkeitsstörungen
- Hyperaktives/impulsives Verhalten
- Medizinische Probleme, z.B. Epilepsie
-

Jedes Kind mit ASS unterscheidet sich bezüglich der Verteilung von sozialen und nicht-sozialen Symptomen, bezüglich der Begleitprobleme und des Schweregrades aller erkennbaren Symptome.

Ein Problem kommt selten allein!

Wie sinnvoll sind unsere diagnostischen Kategorien?










Nature never draws a line without smudging it! Lorna Wing

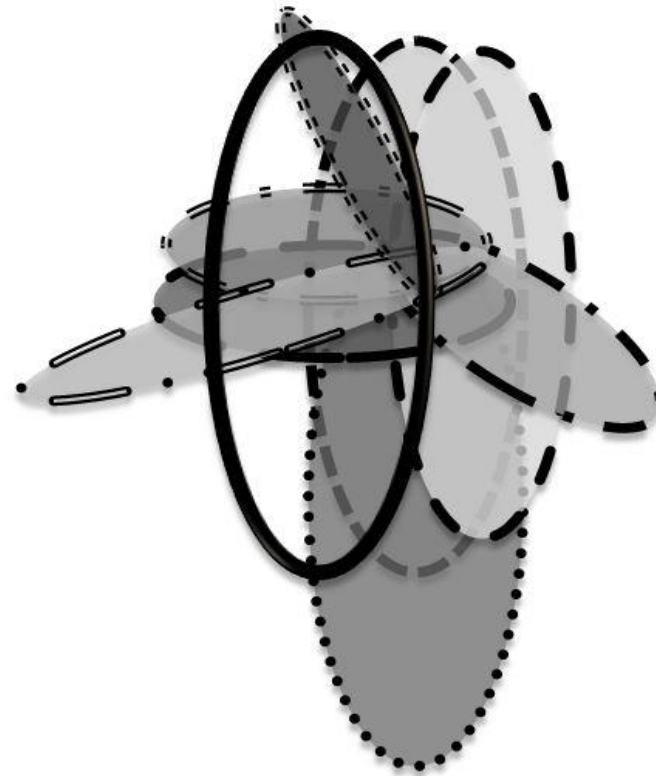
Diagnosen, die bei 5-8-jährigen Kindern gestellt werden:
ADHS, ASS, Tic-Störung, Spracherwerbsstörung, Motorische
Koordinationsstörung, Geistige Behinderung, Oppositionelle Störung,.....

Keine Hierarchie unter den Störungen!

Meistens verschiedene dimensionale Probleme, die zu Beeinträchtigung führen
können.

Häufige Diagnosen bei jungen Kindern (5-12j)

Key	ESSENCE	Prevalence
	ADHD	5%
	CD	4%
	TDs	1%
	RAD	1%
	ASD	1%
	SLI	4-6%
	DCD	5%
	LDs	1,5%
	Epilepsy	0,4%



Eine grobe Vereinfachung

Bei jungen Kindern (5 – 12 j) werden v.a. Diagnosen gestellt, die man im weitesten Sinn als Entwicklungsstörungen verstehen kann.

12% der Jungen und 8% der Mädchen haben mindestens eines dieser Probleme für mehr als 6 Monate. Mädchen werden später erfasst als Jungen.

Die meisten betroffenen Kinder haben mehrere Probleme, jede Kombination ist möglich. Die Ausprägung der Probleme kann sich im Lauf der Entwicklung verändern.

Angst- und Zwangsstörungen können sehr früh auftreten, ebenso Belastungsreaktionen oder posttraumatische Belastungsstörungen.

Ab der Pubertät kommen die klassischen psychiatrischen Störungen dazu, die man auch aus der Erwachsenenpsychiatrie kennt, z.B. Depressionen, Psychosen, Essstörungen, Borderline-Störung

Der Sonderschulstatus

1981 als Assistenzarzt in der KJP angefangen. Damals differenziertes System von Sonderklassen (in Zürich Typ A, B und C, Sprachheilklassen usw).

Politische Entscheidung zur Abschaffung dieser Sonderklassen (Sparmöglichkeit?)

Integration um jeden Preis? Grosse lokale Unterschiede? Anteil der Kinder mit Sonderschulstatus steigt, es gibt jetzt wieder politische/finanzielle Vorgaben.

ISS und ISR werden lokal unterschiedlich umgesetzt. Der Privatschulmarkt boomt.

Welche Massnahmen unterstützen das Kind und entlasten die Lehrperson?

Wann braucht es heil-/sonderpädagogisches Know-How und wann würde eine Klassenassistenz ausreichen? Viele Probleme sind nicht im Klassenzimmer sondern in der Pause, in der Garderobe, auf dem Schulweg.

Könnte eine Vollzeit Klassenassistenz mit Ausbildung eine Lösung sein?

Wann braucht es eine Kinderpsychiaterin?

In der Schweiz ist Schwelle sehr tief. In den meisten Ländern würde ein grosser Teil der Kinder zuerst psychologisch abgeklärt und betreut.

Die Aufgabenteilung zwischen SPD und KJP ist lokal unterschiedlich. Wenn sich ein Problem vor allem in der Schule zeigt, ist es sinnvoll, zuerst den SPD beizuziehen. Bei Konflikten zwischen Eltern und Schule wird der SPD manchmal als parteiisch (auf der Seite der Schule) wahrgenommen.

Die kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen bieten in der Regel einen Notfalldienst. Bei akuten Notfällen (Suizidalität, Erregungszustände...) sollen diese Angebote genutzt werden. In diesen Diensten arbeiten mehr Psycholog*innen als Psychiater*innen.

Wann braucht es eine Kinderpsychiaterin?

- Wenn eine kinderpsychiatrische Diagnose zum Verständnis der Probleme beiträgt und sich daraus Handlungskonsequenzen ableiten lassen.
- Wenn das therapeutische Instrumentarium der Kinderpsychiaterin (Beratung, Psychotherapie, Medikation) zur Verbesserung der Lage beitragen kann.

Wer beurteilt das? Die Schule oder die Eltern? Formell beauftragen in den meisten Fällen die Eltern die Kinderpsychiaterin.

Aber gerade im integrativen Schulmodell wird von den Lehrpersonen und den beteiligten Fachleuten sehr viel verlangt. Sie haben einen Anspruch auf psychologische/psychiatrische Unterstützung (auch präventiv).

Wie gehen wir alle mit dimensional Diagnosen um?

Eigentlich ist allen Fachpersonen (KJP, Pädagog*innen,) bewusst, dass Probleme bei Kindern immer dimensional verteilt sind und dass eine Kombination von Problemen die Regel und nicht die Ausnahme ist.

Schon immer ein Konflikt mit Krankenkasse und IV, die verständlicherweise eine kategoriale Diagnose brauchen (Hat er/sie diese Störung oder nicht), damit Leistungen übernommen werden (Ausnahme: berufliche Massnahmen der IV).

Leider hat das kategoriale Denken auch die Schule erfasst:
Ohne Diagnose keine Fördermassnahmen, kein Nachteilsausgleich ...

Eigentlich müssen Kinder- und Jugendpsychiater*innen gemeinsam mit Pädagog*innen gegen dieses kategoriale Denken kämpfen, das den Bedürfnissen des Kindes nicht entspricht.

Statt «Was hat das Kind?» besser «Was braucht das Kind?»

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich

150 JAHRE
INNOVATION
DURCH VIELFALT

