

VAKJP e.V. · Kurfürstendamm 72 · D - 10709 Berlin

zentrales adhs-netz
Herrn Professor Dr. Manfred Döpfner
Universitätsklinikum Köln
Robert-Koch-Straße 10

50931 Köln

Per mail: zentrales-adhs-netz@uk-koeln.de

Ort	Datum	Unser Zeichen / Ihre Mitgliedsnummer
Berlin	13. 4. 2016	

Stellungnahme der VAKJP zum Eckpunktepapier zur Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Deutschland vom 10.02.2016

Die VAKJP als Fachverband für psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (nachfolgend als psychodynamische Psychotherapie zusammengefasst) unterstützt das Eckpunktepapier nicht. Wir weisen auf jene Aspekte der ADHS hin, die im Rahmen der vorgestellten Aktivitäten zu wenig miteinbezogen werden. Wie schon in mehreren Stellungnahmen zu den Tätigkeitsberichten des ~~szan~~ bringen wir auch an dieser Stelle unsere kritische Sicht ein, um das verkürzte Verständnis der ADHS-Diagnose zu beleuchten:

Die Ursachen für das umschriebene, komplexe Verhaltensmuster sind mitnichten geklärt. Unbestreitbar gibt es Kinder, die mit einer besonderen Vulnerabilität (der genetische Faktor) auf die Welt kommen und die von daher besonders leicht dazu neigen, externalisierende Verhaltensstörungen zur Selbstregulation zu entwickeln. Aber ob es wirklich dazu kommt, hängt ebenso unbestreitbar von den familiären und sozialen Bedingungen ab, unter denen diese Kinder aufwachsen. Die auch in diesem Eckpunktepapier wieder verbreitete Vorstellung von ADHS als einer primär genetisch bedingten biochemischen Funktionsstörung bzw. eines genetisch bedingten Defizits ist u. E. unhaltbar.

Das komplexe Störungsbild mit seinen beschriebenen Leitsymptomen und verschiedenen Untergruppen, heute mit dem DSMV spezifiziert lässt sich auf deskriptiv-nosologischer Ebene mit den standardisierten Klassifikationssystemen des ICD und DSM gut erfassen. Dieser diagnostische Zugriff behauptet jedoch auch inzwischen mit dem DSMV eine genetische Ätiologie, die über die Deskription der Verhaltens-

Vorsitzender

Uwe Keller
Carl-Orff-Straße 1
71069 Sindelfingen
Telefon 0 70 31 / 38 19 24
Telefax 0 70 31 / 41 62 56
Keller@VAKJP.de

Stellvertretender Vorsitzender

Werner Singer
Kirchplatz 16
66663 Merzig
Telefon 0 68 61 / 79 38 30
Telefax 0 68 61 / 79 38 30
Singer@VAKJP.de

Stellvertretende Vorsitzende

Dr. Helene Timmermann
Sophienallee 24
20257 Hamburg
Telefon 0 40 / 401 46 20
Telefax 0 40 / 401 43 44
Timmermann@VAKJP.de

Bundesgeschäftsstelle Justitiar / Geschäftsführer

Rechtsanwalt
Jörn W. Gleiniger
Kurfürstendamm 72
10709 Berlin
Telefon 0 30 / 32 79 62 60
Telefax 0 30 / 32 79 62 66
Geschaeftsstelle@VAKJP.de

Geschäftszeiten
Montag - Freitag
9.00 - 14.00 Uhr

Bankverbindung

Postbank Karlsruhe
IBAN DE85660100750022027758
BIC PBNKDEFF

weisen hinausgeht, ohne gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse über die quantitative Beteiligung eines als kausal angenommenen genetischen Faktors vorlegen zu können. Die Ätiologie des ADHS birgt, wie oben beschrieben, ein breites Spektrum möglicher Ursachen. Diese gilt es in die Diagnose miteinzubeziehen, um die für den Einzelfall indizierte Behandlung zu wählen. Zu unserem Bedauern beobachten wir jedoch nach wie vor:

- die Tendenz zu vorschnell erstellter Diagnose trotz Durchführungsprotokollen und Leitlinien als gängige Praxis,
- die Reduktion der Psychotherapie auf verhaltenstherapeutische Interventionen,
- der Verzicht auf einen psychodynamischen Zugang zum jeweiligen Kind, der dessen Verhalten prinzipiell einen Sinn unterstellt und in der Symptomatik einen Problemlösungsversuch erkennt.
- und schließlich: der vorschnelle und weitverbreitete Griff zur Medikation.

Die im klinischen Alltag zu beobachtende Ungenauigkeit in der Diagnostik findet ihre Entsprechung im Eckpunktepapier. So ist von den Kernsymptomen die Rede, die in der Mehrzahl der Fälle mit anderen psychischen Störungen und Auffälligkeiten einhergehen, ohne dass hier explizit eine Kausalität behauptet würde (vgl. 1. im Eckpunktepapier). Gleichwohl führt die Betonung der ADHS und der Notwendigkeit ihrer Behandlung zu dem Eindruck, dass die Begleiterkrankungen eine Reaktion auf eine unbehandelte ADHS seien und dass dieser eine kausale ätiologische Bedeutung zukomme. Die nämliche immanente Widersprüchlichkeit findet sich auch bei der Frage der genetischen Bedeutung (vgl. 3.): Hier wird einerseits geltend gemacht, es bestünde kein Zweifel, dass genetische Ursachen den größten Anteil bei der Entstehung von ADHS haben, wobei Umweltfaktoren wesentlich an der Entwicklung der ADHS beteiligt sind. Hier werden einerseits alle kritischen Beiträge der unterschiedlichen Wissenschaften, die die behauptete Dominanz des genetischen Faktors bezweifeln, schlichtweg ignoriert. Andererseits wird der großen Bedeutung der Umweltfaktoren, aus psychodynamischer Sicht also primär der psychosozialen Faktoren, Rechnung getragen, um sie dann doch unter den Primat der Genetik zu subsumieren.

Erfreut nehmen wir zur Kenntnis, dass dem Präventionsgedanken großer Stellenwert beigemessen wird (vgl. 5.). Darin erkennen wir auch die unausgesprochene Anerkennung der besonderen Bedeutung psychosozialer Faktoren bei der Entwicklung expansiver Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern. Auch wenn hier leider der entscheidende Schritt nicht unternommen wird: Anzuerkennen, dass Kinder in ihren Reaktionen auf Überforderung und psychisches Leid nur wenige Möglichkeiten haben. Entweder ziehen sie sich depressiv zurück oder sie wehren sich mit expansiven Verhaltensweisen, worin sich immer noch die Hoffnung verbirgt, auf hilfreiche Objekte und eine fördernde Umwelt zu stoßen. Auch hier geht es aus unserer Sicht weniger um die systematische Implementierung solcher evidenzbasierter Programme im Vorschul- und Schulalter, als vielmehr um einen verstehenden Zugang, der zu hilfreichen Verhaltensweisen und Maßnahmen führt.

Der problematische, weil äußerst reduktionistische Ansatz, von seinen Vertretern legitimiert mit dem Verweis auf evidenzbasierte Studien, tritt dann vollends in Erscheinung, wenn es um die Behandlung geht (vgl. 6.). Hier begegnet uns in alt vertrauter Weise die Mischung von multimodalem Ansatz, womit verhaltenstherapeutische Maßnahmen im Einzel- und Gruppensetting, Elterntraining und auch Interventionen in Kindergarten und Schule gemeint sind und schlussendlich die Pharmakotherapie als die besonders wirksame Behandlung. Dass Nahrungsmittelergänzung und Neurofeedback immerhin erwähnt werden, macht umso deutlicher, wie sehr den Verfassern des Eckpunktepapiers die Realität psychotherapeutischer Behandlung zahlreicher Patienten, die unter die ADHS-Diagnose

regelmäßig subsumiert worden sind, verloren gegangen ist. Denn viele Kinder finden sich in den Praxen jener Kindertherapeuten, die tiefenpsychologisch fundiert oder analytisch mit den Kindern arbeiten und erfolgreich ihre Kernsymptomatik der ADHS relevant mildern oder auflösen.

Diesem blinden Fleck der Autoren entspricht auch, dass nicht nur die Arbeiten aus dem psychodynamischen Feld nicht zur Kenntnis genommen werden, sondern auch die Frankfurter Therapiewirksamkeitsstudie ignoriert wird. Diese Studie untersucht und vergleicht die Wirksamkeit von Verhaltenstherapie und psychoanalytischer Psychotherapie, und zeigt, dass beide Verfahren bei Kindern mit diagnostizierter ADHS erfolgreich sind.

Entsprechend dieser eingeschränkten Sichtweise werden auch alle weiteren Punkte zu Diagnostik, Prävention, Fortbildung und Forschung in dem Eckpunktepapier diskutiert.

Deshalb bedauern wir sehr, dass mit diesem überarbeiteten Eckpunktepapier nicht die Möglichkeit genutzt wurde, über einen interdisziplinären Zugang ein vertieftes Verständnis der Verhaltensweisen zu erarbeiten, die heute in den meisten Fällen als ADHS diagnostiziert werden. Wir möchten dringend daran erinnern, dass die behauptete genetische Dominanz bei der Ausbildung der expansiven Verhaltensauffälligkeiten und Problemen der Konzentrationssteuerung mitnichten unumstritten wissenschaftlich bewiesen ist. Und wir hoffen, dass wir mit diesen kritischen Anmerkungen dazu beitragen können, eine schulenübergreifende Herangehensweise innerhalb der Psychologie und Psychotherapie zu entwickeln.



Uwe Keller
Vorsitzender



Helene Timmermann
stv. Vorsitzende



Werner Singer
stv. Vorsitzender

Literatur:

Hopf Hans / Heinemann Evelyn: (2006): ADHS. Symptome . Psychodynamik . Fallbeispiele . psychoanalytische Therapie. Stuttgart, Berlin, Köln: W. Kohlhammer.

Leuzinger-Bohleber Marianne / Gaertner Birgit / Laezer Katrin Luise / Tischer Inka (2014): Frankfurter Wirksamkeitsstudie zur Psychotherapie bei ADHS. In: Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie Heft 164, XLV. Jg., 4/2014, Frankfurt am Main: Brandes & Apsel, S. 423-559.

Mueller Anna K. et al. (2012). Stigma in attention deficit hyperactivity disorder. In: Attention Deficit and Hyperactivity Disorders 4 (3), 101-114.

Staufenberg Adelheid Margarete (2011) Zur Psychoanalyse der ADHS. Manual und Katamnese. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.

Timimi Sami / Jonathan Leo (Hrs.) (2009): Rethinking ADHD: From Brain to Culture. New York, Hampshire: Palgrave Macmillan.