



Vereinigung Analytischer Kinder- und
Jugendlichen- Psychotherapeuten
in Deutschland e.V. gegr. 1953

VAKJP e.V. · Sybelstraße 45 · D - 10629 Berlin

zentrales adhs-netz

Klinikum der Universität zu Köln
Robert-Koch-Straße 10

50931 Köln

Vorsitzender

Dipl.-Soz. Päd.
Peter Lehndorfer
Bräuhausstraße 4c
82152 Planegg
Telefon 0 89 / 8 59 53 82
Telefax 0 89 / 89 53 09 24
Lehndorfer@VAKJP.de

Stellvertretender 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

Stellvertretende Vorsitzende

Dipl.-Soz. Päd.
Christine Röpke
Bruderstraße 2
80538 München
Telefon 0 89 / 2 28 56 36
Roepke@VAKJP.de

Justitiar / Geschäftsführer

Rechtsanwalt
Jörn W. Gleiniger
Sybelstraße 45
10629 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
Konto 22 027-758
BLZ 660 100 75

Ort	Datum	Unser Zeichen / Ihre Mitgliedsnummer
Berlin	29. 9. 2008	

Stellungnahme der VAKJP zum Abschlussbericht des 'zan' vom 22.7.2008

Die VAKJP gratuliert dem zan zu seinen umfang- und erfolgreichen Aktivitäten, die es seit seiner Implementierungsphase durchführen konnte. Der ausführliche Abschlussbericht listet diese zahlreichen Aktivitäten in transparenter Weise auf.

Wir, als Fachverband für psycho-dynamische Psychotherapien kommen hiermit gern unser Verantwortung nach, auf jene Aspekte der ADHS hinzuweisen, die im Rahmen der vorgestellten Aktivitäten u. E. zu wenig mit einbezogen werden. Wir verweisen an dieser Stelle auf unsere detaillierte Stellungnahme zum Problem der Diagnostik und Ätiologie der ADHS vom 23.04.2007, die wir dem Bericht 2007 des zan angefügt hatten. Unsere damalige Einschätzung hat nichts von ihrer Gültigkeit eingebüßt:

„Nach wie vor sind die Ursachen für das umschriebene, komplexe Verhaltensmuster nicht restlos geklärt. Die meisten Experten sind sich aber darin einig, dass bei vielen Kindern genetische und biologische Ursachen mitspielen, wenn sie überdurchschnittlich heftig auf äußere Reize reagieren. Unbestreitbar gibt es Kinder, die mit einer besonderen Vulnerabilität auf die Welt kommen und die möglicherweise besonders leicht dazu neigen, diese Verhaltensstörungen zu entwickeln. Aber ob es wirklich dazu kommt, hängt ebenso unbestreitbar von den familiären und sozialen Bedingungen ab, unter denen diese Kinder aufwachsen. Die verbreitete Modellvorstellung über ADS/ADHS als einer rein biochemischen Funktionsstörung oder eines nur genetisch bedingten Defizits ist nicht zutreffend.

Das komplexe Störungsbild mit seinen beschriebenen Leitsymptomen und verschiedenen Untergruppen lässt sich auf deskriptiv-nosologischer Ebene mit den standar-

disierten Klassifikationssystemen des ICD 10 und DSM IV gut erfassen. Dieser diagnostische Zugriff wird jedoch oft verwechselt mit einem diagnostisch-genetischen Verständnis. Die Ätiologie des ADHS birgt – wie oben beschrieben - ein breites Spektrum möglicher Ursachen. Diese gilt es in die Diagnose mit einzubeziehen, um die für den Einzelfall indizierte Behandlung zu wählen. Zu unserem Bedauern beobachten wir jedoch

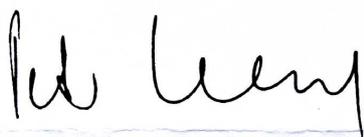
- eine Tendenz zu vorschnell erstellter Diagnose ohne oder mit zu geringem Einbezug psychologischer bzw. psychotherapeutischer und psychosozialer Diagnostik
- einen Griff zur vorschnellen Medikation mit Methylphenidaten als einer Lösung des Problems
- eine Reduktion auf verhaltenstherapeutische Interventionen
- einen Verzicht auf einen psycho-dynamischen Zugang zum jeweiligen „ADHS-Kind“, der dessen Verhalten prinzipiell einen Sinn unterstellt und in der Symptomatik einen Problemlösungsversuch erkennt.“ (Stellungnahme der VAKJP, S. 2)

Die kaum mehr zu überblickende Literatur zum ADHS muss auch als Ausdruck der wissenschaftlich ungeklärten Erklärung dieser durch Diagnosekriterien, die ihrerseits eine kritischen Hinterfragung unterliegen müssen, beschriebenen Störung verstanden werden. Wie komplex die Diskussion allein auf medizinisch-naturwissenschaftlicher Ebene geführt werden muss, exemplifizieren Weisshaupt und Jokeit (Was ist ADHD? Nach wie vor bleibt die Diagnose eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose. *Psychiatrie&Neurologie* 4/2006, 37-43). In sorgfältiger Diskussion der evidenzbasierten Forschungslage kommen sie zu dem Schluss, dass sowohl in der diagnostischen Systematik, als auch auf der Ebene der objektivierten diagnostischen Klassifikation erhebliche Mängel bestehen und insgesamt „das Konstrukt der ADHD wieder zunehmend in der Kritik“ stehe. (38)

Die Neurowissenschaften verweisen im Zusammenhang mit ADHS auf die systematische Bedeutung der Umweltfaktoren, die zur Entfaltung einer ADHS führen. Diese Umweltfaktoren kennen wir aus der psychotherapeutischen Arbeit als strukturierendes Moment in der Entwicklung des Subjektes. Welche Hilfe wir dem Subjekt in seinen verschiedenen Lebensaltern anbieten, mit welchem Blick wir seine Symptome und Entwicklungsstörungen sehen, hat eine Bedeutung, die über das konkrete Arzt/Psychotherapeut - Patient Verhältnis hinausgeht. Denn der Verzicht auf die Fragen nach der Bedeutung eines Symptoms, einer „Störung“ (die ja nicht zuletzt die Umwelt stört), entfernt aus unserem Blick das Innenleben des Subjektes und reduziert es auf eine Funktionseinheit. Dies zeigt die Diskussion über die sogenannten „ADHSler“. Die Kinder erscheinen nur noch auf der Ebene ihres Verhaltens, das kaum mehr als Ausdruck innerpsychischer Konflikte und Nöte zu interessieren vermag. - Dies zeigt sich u.E. auch im Vokabular des Abschlussberichtes, wenn die an der Versorgung von ADHS-Patienten beteiligten Berufsgruppen aufgelistet werden als „Ärzte, Therapeuten, Heilmittelerbringer, Schulen, Erziehungshilfe“ (S.4), denn das Psychische, normalerweise mit dem „Psychotherapeuten“ repräsentiert, taucht hier nicht mehr auf. (Interessanterweise begegnet uns „Psychotherapie“ indes im Zusammenhang mit den Erwachsenen!- S.6)

Diese kritischen Ergänzungen lassen uns umso mehr bedauern, dass das zu keine Kooperation mit psycho-dynamisch orientierten ADHS-Plattformen, wie dem „ADHS-Konsens“ gefunden hat. Denn dadurch wäre die Konzeption des Krankheitsbildes und das Verständnis seiner Behandlungsmöglichkeiten erweitert worden. - Insofern sei auch die Anmerkung erlaubt, ob nicht die Beschränkung auf die „evidenzbasierten Verfahren“ zu einem fatalen Verlust im Verständnis und den Behandlungsmöglichkeiten der ADHS führen. Dies umso mehr, als regelmäßig zur Kenntnis zu

nehmen ist, dass die wissenschaftlich fundierten Studien selbst korrigiert werden müssen und deutlich wird, dass „wissenschaftlich fundiert“ auch ein Konstrukt ist, das nicht mit „Wahrheit und Objektivität“ verwechselt werden darf. Der angesprochene Verlust durch die verengte Perspektive auf „evidenzbasierte Verfahren“ setzt sich dann mit weit reichenden Wirkungen fort, wie an dem Entwurf zur integrierten Versorgung bei ADHS zu sehen ist. Denn die darin als Qualität sichernde Bedingung geforderte Behandlung von mindestens 20 ADHS-Fällen pro Quartal/Jahr schließt alle psychodynamischen Verfahren von der Behandlung der als ADHS diagnostizierten aus. Hier würde sich dann ein Kreis nach dem Prinzip der self-fulfilling-prophecy schließen, inwieweit dies den betroffenen Kindern hilft oder schadet, kann dann nicht mehr wissenschaftlich untersucht werden.



Peter Lehndorfer
Vorsitzender

gez. Heidi Staufenberg
Vorstandsbeauftragte zentrales **adhs-netz**

Literatur:

Weisshaupt, Rahel und Jokeit, Hennric: Was ist ADHD? Nach wie vor bleibt die Diagnose eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose. Psychiatrie & Neurologie 4/2006, S. 37-43

ADHS-Integrierte Versorgung

ADHS-Konsens

Psyche 7/2008: ADHS - Psychoanalytische und andere Perspektiven