



Prof. Dr. Silvia Schneider

Einen Akzent setzen,

Austausch und Kommunikation fördern – das sind die Aufgaben des neuen BVJKJ-Newsletters. Spannende Entwicklungen finden gerade in der Kinder- und Jugendlichen Verhaltenstherapie statt und wir wollen über sie reden. **Akut** bietet ein Forum für aktuelle Themen und für den **Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis**. Für mich als 1. Vorsitzende der BVJKJ ist Kommunikation von größter Bedeutung und ich freue mich sehr auf einen regen Austausch mit Ihnen.

Ein Thema der ersten Ausgabe sind die aktuellen Forschungsergebnisse in der ADHS-Diagnostik. Die neuen empirischen Ergebnisse haben die Diskussion über **ADHS-Fehldiagnosen** in der Öffentlichkeit intensiviert. Als Therapeuten tragen wir eine große Verantwortung mit langfristigen Folgen.

Ein weiteres Thema ist die Notwendigkeit der **Reformierung des Psychotherapeutengesetzes** – hierzu schildert Prof. Dr. Winfried Rief den Modellentwurf der DGPs und die Auswirkungen auf die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

Wir freuen uns auf Ihre Anregungen und Ideen und greifen gerne Ihre Themen in den folgenden **Akut**-Ausgaben auf.

Ihre,


Inhaltsverzeichnis

- ADHS zu häufig diagnostiziert
- Reform des Psychotherapeutengesetzes
- Leitlinie NSSV



Foto: momosu/pixelio.de

ADHS wird zu häufig diagnostiziert

Repräsentative Befragung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychiatern

Repräsentativen Daten haben erstmalig empirisch belegt: ADHS, die Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung, wird zu häufig diagnostiziert. Jungen bekommen bei identischem Symptombild häufiger ADHS diagnostiziert als Mädchen. Auch eine falsche ADHS-Diagnose zieht zudem die Empfehlung einer medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung nach sich.

Als Erklärung für diese diagnostischen Fehlrteile vermuten die Autoren, dass Psychotherapeuten und Psychiater für Kinder und Jugendliche in der Diagnosesituation Heuristiken – insbesondere Repräsentativitäts- und Verfügbarkeitsheuristik – einsetzen, statt sich eng an gültigen Diagnosekriterien der ICD-10 zu orientieren und standardisierte Befragungsinstrumente anzuwenden.

Signifikant mehr falsch-positive Diagnosen

Befragt wurden insgesamt 1.000 Kinder- und Jugendpsychotherapeuten und -psychiater.

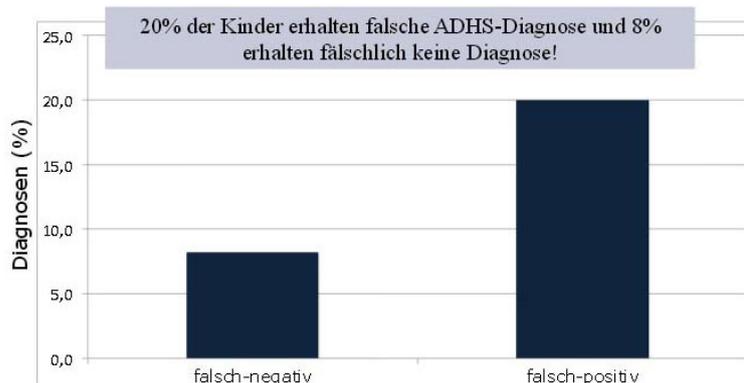
473 nahmen an der Befragung teil. Sie erhielten je eine von vier unterschiedlichen Fallgeschichten, sollten dann eine Diagnose stellen und eine Therapie vorschlagen. In drei der vier Fälle lag anhand der geschilderten Symptome und Umstände keine ADHS vor, nur einer der Fälle war mit Hilfe der geltenden Leitlinien und Kriterien eindeutig als Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung diagnostizierbar. Da auch noch das Geschlecht der „Patienten“ („Lea“ vs. „Leon“) variiert wurde, wurden insgesamt acht verschiedene Fälle beurteilt. Insgesamt stellten in den Kein-ADHS-Fallgeschichten 20% der Therapeuten eine ADHS-Diagnose, während in 8% der Fallgeschichten mit dem Vollbild einer ADHS fälschlich keine ADHS-Diagnose gegeben wurde!

Literatur

K. Bruchmüller, S. Schneider (2012). Fehldiagnose Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätssyndrom? Empirische Befunde zur Frage der Überdiagnostizierung. *Psychotherapeut*, 57, 77-89. DOI: 10.1007/s00278-011-0883-7

K. Bruchmüller, J. Margraf, S. Schneider (2012). Is ADHD Diagnosed in Accord With Diagnostic Criteria? Overdiagnosis and Influence of Client Gender on Diagnosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 128-138. DOI: 10.1037/a0026582

ADHS wird überdiagnostiziert!



Fallvignettenstudie, 476 KJP-Psychotherapeuten/Psychiater



„Wir erwarten durch unser Modell mehr Nachwuchs im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie“

Prof. Dr. Winfried Rief ist Sprecher der Kommission Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie DGP und Lehrstuhlinhaber Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Philipps-Universität Marburg



Warum wird eine Reform des Psychotherapiegesetzes benötigt?

Wir brauchen eine Professionalisierung des Aus- und Weiterbildungsmodells der Psychotherapie, das die Vergleichbarkeit mit anderen akademischen Heilberufen sichert. Aktuell spitzt sich die Situation zunehmend zu, da die als Zugangsvoraussetzung geforderten Hochschulabschlüsse rechtlich unklar sind. Dies führt unweigerlich dazu, dass eine Nivellierung auf das niedrigste Niveau erfolgt, also den Bachelor-Abschluss.

Die Deutsche Gesellschaft für Psychologie hat einen Modellentwurf zur Reformierung der Ausbildung vorgelegt. Was sind die wichtigsten Punkte dieses Modells?

Die Ausbildungsdauer und die Inhalte sollen auf den bewährten Erfahrungen aufbauen. Die sozialrechtliche Zulassung soll wie bisher deshalb erst nach Abschluss der entsprechenden Weiterbildung erteilt werden. Allerdings soll die Approbation bereits am Ende des Studiums durch die zusätzliche Ableistung eines Staatsexamens erreicht werden können („Direktstudium“). Damit haben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der nachfolgenden Weiterbildung Rechtssicherheit und Anspruch auf Vergütung.

Was würde dieses für das Studium bedeuten?

An vielen Standorten muss der Inhalt des Psychologie-Studiums modifiziert werden. Wenn die gleiche Approbation für beide Studiengänge (psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten) gelten soll, muss das Studium ausreichende Kenntnisse im Kinder- und Jugendbereich, der entsprechenden juristischen Fragen und aus pädagogischen Ansätzen vermitteln. Trotzdem soll eine hohe Durchlässigkeit zwischen den Studienschwerpunkten Psychotherapie und anderen Schwerpunkten der Psychologie

möglichst lange erhalten bleiben. Außerdem müssen Quereinstiege (z.B. aus der Pädagogik) möglich sein.

Welche Auswirkungen wird das Modell der DGPs auf den Beruf des Kinder- und Jugendpsychotherapeuten haben?

Die altersspezifische Schwerpunktsetzung wird wie bisher primär Aufgabe der postgradualen Weiterbildung sein, in Abstimmung mit Studieninhalten, so dass eine kontinuierliche Weiterentwicklung gewährleistet ist. Außerdem würde gesichert, dass auch in Zukunft die Kinder- und Jugendpsychotherapeuten das gleiche akademische Niveau haben wie Psychologische Psychotherapeuten. Es ist ethisch nicht vertretbar, bei Kindern und Jugendlichen ein niedrigeres akademisches Niveau anzusetzen als bei Erwachsenen.

Wird die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen durch diesen Modellvorschlag gefährdet?

Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen kann bei diesem Vorschlag nicht nur numerisch sicher gestellt werden, sondern auch auf einem höheren akademischen Niveau. Wir können mehr Nachwuchs in der Psychotherapie allgemein, und ganz besonders im Bereich Kinder- und Jugendliche erwarten. Mehr als ein Drittel der Psychologie-Studierenden würde bereits heute lieber den Bereich Kinder- und Jugendliche wählen, geht jedoch in die Psychologische Psychotherapie, da dies mehr Vorteile und Sicherheit bringt. Bereits jetzt schließen pro Jahr weit mehr als 2000 Personen eine Psychotherapie-Approbation ab. In der Psychologie würden deutlich mehr Personen den Weg in die Psychotherapie wählen, wenn die Weiterbildungsbedingungen adäquat und nicht durch Ausbeutung gekennzeichnet wären.

Aktueller Stand AWMF-Leitlinie (S2k) Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität

Die Leitlinien Nicht-suizidale selbstverletzende Verhalten (NSSV) und Suizidalität werden gleichzeitig von der gleichen Arbeitsgruppe erstellt. Das Konsenstreffen der Leitlinie Suizidalität fand im November 2013 statt. Die Leitlinie NSSV wurde im Januar 2013 mit guter bis sehr guter Konsensstärke verabschiedet.

NSSV wird definiert als freiwillige, direkte Zerstörung oder Veränderung des Körpergewebes ohne suizidale Absicht, die sozial nicht akzeptiert, direkt und repetitiv ist (Lloyd Richardson et al., 2007; Nitkowski & Petermann, 2009; APA 2013). Das repetitive NSSV (an 5 oder mehr Tagen innerhalb eines Jahres) wurde als Forschungsdiagnose in das DSM-5 aufgenommen.

Ein Diskussionspunkt für den Algorithmus bei NSSV war die Frage, wer Suizidalität abklären soll, darf resp. kann. Dafür wurde eine rechtliche Stellungnahme eingeholt, die kurz zusammengefasst zum Schluss kam, dass die Befugnisse von psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Bezug auf die Feststellung von Suizidalität sich nicht unterscheiden von den Befugnissen der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Ohne Vorbehalt war der Punkt, dass bei akuter Suizidalität umgehend eine stationäre Behandlung in eine Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie eingeleitet werden muss.

In der Diagnostik stellen die Abklärung komorbider Störungen, die somatische Abklärung und gegebenenfalls eine medizinische Erstversorgung wesentliche Punkte dar. Weitere wichtige diagnostische Faktoren sind die Abklärung der familiären und außerfamiliären Einflussfaktoren auf NSSV, die Auswirkungen von NSSV auf das soziale und familiäre Umfeld sowie die Erhebung von Häufigkeit und Methoden. Eindeutige Empfehlungen zur Therapie sind aufgrund kaum existierender Therapiestudien (Psychotherapie und Psychopharmakotherapie) nur bedingt möglich.

Wichtige Komponenten der Psychotherapie stellen der Aufbau einer Behandlungsmotivation, der Psychoedukation, der Identifikation von NSSV auslösender- und aufrechterhaltender Faktoren und der Vermittlung alternativer Handlungs- oder Konfliktstrategien zu NSSV dar.

Tina In-Albon

Vertreterin der DGPs bei den AWMF-Leitlinien, Lehrstuhlinhaberin Klinische Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Universität Koblenz-Landau

