

Themenschwerpunkt

Goal Attainment Scaling in der Ermittlung der Behandlungswirksamkeit bei der behavioralen Therapie von Erwachsenen mit ADHS

Eine Pilotstudie

Gerhard W. Lauth, Jennifer Breuer und Wolf-Rüdiger Minsel

Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln

Zusammenfassung. ADHS bei Erwachsenen wird im Wesentlichen als Beeinträchtigung des Alltagsverhaltens begriffen. Folglich werden die Beeinträchtigungen, die sich im sozialen, familiären und beruflichen Bereich einstellen, zu einem bevorzugten Behandlungsziel. Diese Behandlungen machen sich die Unterstützung und Förderung des Alltagsverhaltens zum Ziel. Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit der Methode des *Goal Attainment Scaling* als Maß für den Therapieerfolg. In der Untersuchung gaben 34 Erwachsene mit ADHS (Altersdurchschnitt 29.4 Jahre) vor Beginn eines Verhaltenstrainings bis zu drei Ziele an, die sie im Verlaufe der Therapie erreichen wollten. Am Ende der Behandlung wurde erfragt, in welchem Ausmaß diese Ziele erreicht wurden. In einer explorativen Studie wurde die Tauglichkeit dieser Methode untersucht. Im Ergebnis zeigte sich, dass die Patienten wichtige Ziele mit großer Tragweite angaben (z. B. ein Examen bestehen, einen Umzug organisieren). Diese Ziele wurden im Schnitt von etwa 60 Prozent der Patienten erreicht. Gut operationalisierte Ziele aus dem Berufs- und Arbeitsbereich wurden eher erreicht als Ziele, die das soziale Zusammenleben betrafen. Die Mehrzahl der Patienten ($n = 24$) wurde in einer Clusteranalyse als «gute Therapienutzer» eingestuft. Der Grad der Zielerreichung korrelierte nicht mit der erreichten Symptomreduktion und nur mäßig mit der Schwere der Eingangssymptomatik. Es wird dazu geraten, alltagsnahe Erfolgskriterien zur Erfolgskontrolle von Therapien einzusetzen.

Schlüsselwörter: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Therapie, Zielerreichung, Evaluation, Wirksamkeitsforschung

Goal Attainment Scaling in the Evaluation of Cognitive-Behavioral Therapy with Adults Suffering on ADHD – A Pilot Study

Abstract. ADHD in adults is essentially conceived as an interference of one's everyday life. They suffer on professional, family and one's social handicaps, which are dealt with in therapeutic treatments. What those treatments aim at is facilitating the people's everyday life and abolishing the difficulties occurring in their everyday life. This contribution investigates into the method of *Goal Attainment Scaling* as an instrument measuring the success of therapies for adults with AD(H)D. In order to do this 34 adults with AD(H)D (average age 29.4 years) had to name three goals they would like to achieve during therapy at the beginning of the rehearsal treatment. At the end of the treatment participants were asked for the degree in which those goals had been achieved. In an explorative study the efficiency of this method was tested. As a result one could see that the patients stated goals that were very decisive for their lives and highly important (e.g., making an examination or organizing a move). The probability of reaching those aims averaged out on 60 %. Goals relating to job and work which were well operationalized could be achieved more easily than those concerning the social living together. Most of the participants ($n = 24$) were categorized as «good therapy user» in a cluster analysis. The degree of «target achievement» is not correlated with the reduction of ADHD symptoms reached during therapy or the severity of symptoms at the beginning. It is advocated to use criteria referring closely to everyday life when evaluating the success of therapies.

Keywords: Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, goal attainment scaling, therapy, evaluation, efficacy

Problemstellung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) sind bei etwa 3 bis 6 % aller Erwachsenen anzutreffen (Vorstand der Bundesärztekammer, 2005). Eine umfassende US-amerikanische Studie ($N = 3199$; Altersbereich von 18–44 Jahren) ermittelte eine Prävalenzrate von 4.4 % (Kessler et al., 2006). Auf Basis der DSM-IV-Kriterien wird in Deutschland eine Häufigkeit von 3.1 % festgestellt ($N = 621$; Fayyad et al., 2007). Weitere Untersuchungen, die beispielsweise an Fahrern oder Studierenden durchgeführt wurden (DuPaul et al., 2001; Heiligenstein, Conyers, Berns & Smith, 1998; Weyandt & DuPaul, 2006), bestätigen diese Daten (Prävalenzraten zwischen 1 und 4 %). Diesen Prävalenzangaben zufolge gibt es in Deutschland etwa eine Million behandlungsbedürftige Erwachsene.

Es herrscht Einvernehmen darüber, dass ADHS bei Erwachsenen nur durch ein multifaktorielles Bedingungsmodell erklärt werden kann. Darin werden biologische, soziale und psychische Bedingungen aufeinander bezogen (zusammenfassend Lauth & Minsel, 2009; Lauth & Raven, 2009; Schmidt & Petermann, 2008, 2009). Die Ausbildung des Leidens wird zwar durch eine biologische Vulnerabilität, mangelnde Aktivierungssteuerung, Mängel bei zentralnervöser Reizübertragung und Inhibitionskontrolle begünstigt. Ausschlaggebend für die Manifestation der Störung sind aber darauf aufbauende Funktionseinschränkungen (etwa eingeschränkte exekutive Kontrolle, unzureichende Gedächtnissysteme, unzureichendes neurokognitives Kontrollsystem), die aber erst unter Mitwirkung ungünstiger sozialer Umstände entstehen (Lauth et al., 2007). Die Arbeitsgruppe um Barkley hat in einer kürzlich vorgelegten Längsschnittstudie eindrucksvoll belegt, wie aus anfänglichen Verhaltensschwierigkeiten weitreichende und überaus abträgliche Funktionseinschränkungen und soziale Anpassungsbeeinträchtigungen werden können (Barkley, Murphy & Fischer, 2008). Sozialer Stress, eine geringe Anleitung des Heranwachsenden durch Eltern und Lehrer sowie unzureichende Entwicklungsergebnisse (z. B. Nichterledigung von Entwicklungsaufgaben, schlechte Schulleistungen, mangelnde soziale Einbettung in der Freundesgruppe, geringe soziale Unterstützung durch die Familie, fehlende Berufsausbildung, Arbeitslosigkeit) lassen die Problematik im Erwachsenenalter entstehen. Insofern hat sich der Standpunkt durchgesetzt, dass die Störung kaum durch biologische Parameter, sondern ausschließlich über symptomatische Verhaltensweisen und insbesondere über Alltagsbeeinträchtigungen zu beschreiben ist. Dies schlägt sich auch in den entsprechenden Leitlinien nieder, die Verhaltenssymptome und deren Dauerhaftigkeit sowie Beeinträchtigungen in Lebensbereichen zur Grundlage der Diagnose machen. Die derzeitigen Studien zur Entstehung und zum Erscheinungsbild von ADHS schildern die Störung vor allem als eine Alltagsbeeinträchtigung. Beispielsweise gelingt es den Betroffenen weniger gut, komplexe Leistungen zu vollbringen, stetiges Verhalten an den Tag zu legen, bedacht und vorausschauend zu handeln. Die Fol-

gen sind langjährige Misserfolgserfahrungen und entsprechende Zuschreibungen sowie deutliche Einschränkungen im sozialen und beruflichen Verhalten (Barkley et al., 2008). Wichtige Kompetenzen (soziale Fähigkeiten, exekutive Kontrolle, Planungsverhalten) werden entweder nicht hinreichend gelernt oder nur eingeschränkt praktiziert (Leistungsdefizite; vgl. Lauth & Minsel, 2009). Die notwendige Folge sind deutliche Alltagsprobleme und weitreichende Anpassungsstörungen, die die Störung weiter stabilisieren (Knouse et al., 2008).

Dieses Bedingungsmodell dient als Grundlage für klinisch-psychologische Interventionsstudien, die in aller Regel die Verhaltensmöglichkeiten und die Alltagsanpassung der ADHS-Patienten verbessern wollen. Hierzu werden in der Regel psychoedukative Maßnahmen, übende Verfahren und Gruppenbehandlungen eingesetzt. Bisher liegen etwa 15 Studien über den Erfolg von Psychotherapie bei ADHS-Erwachsenen vor. Trotz der geringen Zahl und der teilweise erheblichen methodischen Mängel (Fehlen von Alternativbehandlung, Fehlen von Kontrollgruppen, geringe Patientenzahl) zeigen diese Studien doch, dass verhaltensorientierte Trainingsprogramme zumindest erfolversprechend sein können. Neben einer Optimierung der Behandlungsprogramme ist die Messung der Therapieerfolge ein wichtiges Thema. Bisher wurde der Therapieerfolg in ganz unterschiedlichen abhängigen Variablen abzubilden versucht:

- Der größere Teil der Studien untersuchte, ob sich die ADHS-Symptomatik (Stevenson, Stevenson & Whitmont, 2003; Stevenson, Whitmont, Bornholt, Livesey & Stevenson, 2002; Wiggins, Singh & Getz, 1999; Wilens et al., 1999) bzw. abträgliche psychische Zustände wie Depression, Ängste und psychische Labilität reduzierten.
- In einer anderen Strategie wird begleitend oder ergänzend danach gefragt, ob positive Erlebenszustände wie Selbstvertrauen, Selbstbewusstsein und Kontrollbewusstsein im Laufe der Behandlung anstiegen (Safren, Otto et al., 2005; Wiggins et al., 1999; Wilens et al., 1999).
- Die dritte Strategie besteht darin, dass die Funktionsfähigkeit zum Bewertungsmaßstab gemacht und beispielsweise erhoben wurde, inwieweit sich interpersonelle Schwierigkeiten verminderten oder die Selbstorganisation des Patienten verbesserte (Wiggins et al., 1999; Wilens et al., 1999). Hierbei wurden auch das allgemeine Funktionsniveau durch Ärzte und Behandler eingeschätzt (Faraone, Spencer, Alvardi, Pagano & Biederman, 2004; Rostain & Ramsay, 2006; Safren, Otto et al., 2005).

In fast allen Studien aber wurde ein «Schrotschussverfahren» praktiziert, indem mehrere Variablen gleichzeitig erhoben und dem Zielkriterium die größte Beachtung geschenkt wurde, das eine positive Veränderung anzeigte. In einer Interventionsstudie wurden beispielsweise 17 abhängige Variablen erhoben – von der Erfassung der Depressivität bis zur Messung der Wortflüssigkeit (Hesslinger et al.,

Tabelle 1

Merkmale der TeilnehmerInnen (Alter, Symptomatik in WURS und DSM-IV-TR, jeweils Mittelwert und Standardabweichung)

	Anzahl (n)	Alter	Symptome in WURS	Symptome von Unaufmerksamkeit (Score 1–9)	Symptome von Hyperaktivität/Impulsivität (Score 10–18)
Männlich	22	32.6 (7.7)	35.91 (14.1)	6.4 (1.8)	5.1 (2.4)
Weiblich	12	29.6 (5.4)	46.8 (12.7)	7.9 (1.4)	7.0 (1.3)

2002). Offensichtlich waren die Untersucher der Meinung, dass jede dieser Messgrößen ein mögliches Erfolgskriterium sein könnte und sich der Therapieerfolg in der Summe der eingetretenen Änderungen abbilden würde.

Es liegt auf der Hand, dass diese Situation deutlich verbesserungswürdig ist. Allerdings hängt die angemessene Evaluation der Interventionsstudien nicht nur von der nachdrücklichen Verbesserung methodischer Studienmerkmale ab, sondern setzt auch eine fundierte Überlegung voraus, welche Kriterien sich für die Erfassung des Therapieerfolges überhaupt eignen. Angesichts des skizzierten Bedingungsmodells kommen biologische oder psychophysiologische Variablen dafür nur eingeschränkt infrage, weil sie keinen präzise definierbaren Beitrag zur Entstehung der Störung leisten. Die Reduktion der Symptomatik eignet sich demgegenüber weit eher, weil sich darin der «Krankheitswert» niederschlägt. Zentral für die Entstehung der Störung sind aber Beeinträchtigungen im Alltagsverhalten. Demnach dürfte ein Therapieerfolg am besten dadurch zu beurteilen sein, ob die Patienten ihre Alltagsbeeinträchtigungen verringern können bzw. ob sie dazugehörige persönlich wichtige Ziele durch die Behandlung erreichen. Folglich werden persönliche Zielsetzungen zu einem zentralen Erfolgskriterium. Die vorliegende Studie untersucht in einer explorativen Fragestellung die Tauglichkeit von Zielerreichungserfassung als Evaluationskriterium für die Therapie von ADHS-Erwachsenen.

Methode

Stichprobe

Untersucht wurden 34 Studierende, die die Kriterien einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung erfüllten. Sie waren im Durchschnitt 29.4 Jahre alt und wiesen sowohl eine ADHS als auch eine solche Störung in der Kindheit auf (s. Tabelle 1). Sie waren anhand eines klinischen Interviews und der Symptomerfassung durch eine erfahrene Psychologin diagnostiziert worden.

Behandlung

Die Behandlung erfolgte mittels eines Gruppentrainings über sechs Sitzungen (vgl. Lauth & Minsel, 2009). Jede Sitzung verfolgte eine spezielle Thematik:

Sitzung 1: Die Teilnehmer stellen fest, was sich an ihrem Verhalten ändern soll und was so bleiben kann, wie es ist. Zudem werden von jedem Teilnehmer drei Ziele festgelegt, die er im Laufe des Gruppenprogramms erreichen möchte.

Sitzung 2: Anfangen und Umsetzen. Es geht um innere Hemmnisse. Wichtig ist hierbei, dass die Teilnehmer Strategien an die Hand bekommen, um eine umfangreiche Aufgabe anzufangen, und den Berg, den man dabei zunächst vor sich hat, mit gezielten Schritten abzutragen. Dabei geht es vor allen Dingen aber auch um die Vermittlung der Fähigkeit, Projekte und Arbeitsvorhaben einzuteilen.

Sitzung 3: Gedächtnis, Konzentration und Co. Den Teilnehmern wurden Gedächtnisstrategien nähergebracht. Außerdem zielt diese Sitzung darauf ab, die Teilnehmer über weitere Probleme im Alltag, die im Kontext von Gedächtnis, Konzentration und Aufmerksamkeit auftreten, berichten zu lassen.

Sitzung 4: Prioritäten setzen. Die Teilnehmer sollten für sich herausfinden, welche Tätigkeiten für sie wichtig und dringend oder unwichtig und nicht dringend sind. Weiterhin wurde den Teilnehmern Raum gegeben, um einen Vergleich zwischen ihrem eigentlichen Tagesablauf (Ist-Zustand) und einem geregelteren und anzustrebenden Tagesablauf (Soll-Zustand) anzustellen.

Sitzung 5: Verstehen und verstanden werden. In dieser vorerst letzten Sitzung geht es vor allen Dingen um Schwierigkeiten beim Kommunizieren. Dabei wird den Teilnehmern das *Vier-Ohren-Modell* von Schulz von Thun vermittelt. Außerdem lernen die Teilnehmer die wichtigsten Gesprächsmittel kennen.

Sitzung 6: Auffrischungssitzung. Nachdem die fünfte Sitzung absolviert wurde, wird nach 4–6 Wochen eine Auffrischungssitzung angeboten. Hierbei geht es dann schließlich um einen Ist-Soll-Vergleich der in der ersten Sitzung festgesetzten Ziele. Die Zielerreichungsbögen der ersten Sitzung werden unter der Frage nach dem Erreichen der Ziele betrachtet.

Abhängige Variablen

Als abhängige Variablen wurden erfasst:

Zielerreichung

Zu Beginn der Behandlung wurden in Anlehnung an die Vorarbeit von Kiresuk und Sherman (1968) die Ziele, die die Teilnehmer erreicht wollten, mittels schriftlicher Befragung erfasst (Instruktion: «Bitte überlegen Sie, was Sie während der nächsten 3 Monate gern erreichen möchten. Schreiben Sie diese Ziele möglichst konkret auf. Beschreiben Sie sowohl den jetzigen Ausgangszustand als auch den gewünschten Zielzustand.»). Diese Ziele wurden in der ersten Gruppensitzung reihum vorgestellt und beraten, gegebenenfalls präzisiert. Der Grad der Zielerreichung wurde nach der Behandlung von zwei unabhängigen Interviewerinnen per Telefon erfragt¹ (Instruktion: «Sie hatten zu Beginn der Behandlung drei konkrete Ziele formuliert, die Sie im Laufe des Trainings erreichen wollten. Wir möchten jetzt wissen, inwieweit Sie diese Ziele erreicht haben. Bitte geben Sie jeweils in Prozentzahlen zwischen 0 und 100 an, inwieweit es Ihnen gelungen ist!»). In die Auswertung gehen die Prozentangaben der Zielerreichung ein.

ADHS-Symptomatik

Vor der ersten Sitzung füllten die Teilnehmer den Fragebogen *Verhaltensmerkmale der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung* nach DSM-IV-TR (Lauth & Minsel, im Druck) aus. Der Fragebogen wurde weiterhin zur ersten Sitzung (Pre), zur fünften Sitzung (Post) und zur sechsten Sitzung (4–6 Wochen nach der fünften Sitzung, Follow-up) vorgelegt. Er erfasst die Zahl der Symptome für Unaufmerksamkeit und für Impulsivität/Hyperaktivität.

Vor der ersten Sitzung wurde das Vorhandensein von ADHS-Symptomen in der Kindheit mit der *Wender Utah Rating Scale* (WURS-K; Retz-Junginger et al., 2002, 2003) überprüft. Die eingesetzte Skala umfasste 21 Items, die fünfstufig beantwortet wurden. Von einem Wert größer als 30 gilt eine ADHS in der Kindheit als gegeben.

Teilnehmerzufriedenheit (consumer satisfaction)

Die Teilnehmer wurden anhand eines Fragebogens über ihre Zufriedenheit mit der Behandlung befragt: Was war hilfreich? Was hat gefehlt (Prozentzahl zwischen 0 und 100)?

Tabelle 2

Ziele und Grad der Zielerreichung in Prozent (N = 34)

TN	Ziel 1		Ziel 2		Ziel 3		Erreichung/ Teilnehmer
	Ziel	Erreichung in %	Ziel	Erreichung in %	Ziel	Erreichung in %	
1	Potenziale ausschöpfen	50	Gespräche verstehen	80	Texte verstehen	70	66.67
2	Eine Prüfung absolvieren	100	Was ansteht erledigen	20			60.00
3	Fachliteratur lesen	50	Über Prüfungstermine informieren	100	Struktur und Organisation im Leben finden	60	70.00
4	System für wiederkehrende Arbeiten einrichten	50	Businessplan für Unternehmensgründung schreiben	100	Ein Projekt planen, da viel im Kopf	0	50.00
5	30 Min. pro Tag je Instrument üben	80	Tagesablauf strukturieren	70	Anweisungen der Psychologen befolgen	10	53.33
6	Geregelten Tagesablauf einhalten	70	Termine mit Professoren vereinbaren	90	Sich konzentrieren lernen	80	80.00
7	Diplomklausuren schreiben	100	Lernplan erstellen	70	Diplomklausur schreiben	100	90.00
8	Klausuren bestehen, Tutorien besuchen	70	Regelmäßig Sport treiben	90			80.00
9	Ausbildungsdokumentation + Mathediagnostik	80	Zeiten zum Lesen und Unterrichtsvorbereitung	70	Zeitmanagement	50	66.67
10	Lernplan erstellen und lernen	100	Gewichtsreduktion	80	Organisation des Haushalts	80	86.67
11	Morgens zwei Stunden Experimentalphysik lernen	40	4 Mal wöchentlich laufen + 15 Min. Yoga	50	Auf Ernährung achten	80	56.67
12	Zwischenprüfung schaffen, lernen	80	Zeitungsprojekt organisieren	100	Japanisch lernen	30	70.00

1 Wir danken Frau Demand und Frau Emrich für die Erhebung der Daten per Telefoninterview.

TN	Ziel 1	Erreichung in %	Ziel 2	Erreichung in %	Ziel 3	Erreichung in %	Erreichung/ Teilnehmer
	Ziel		Ziel		Ziel		
13	Börsenhändlerexamen schaffen	100	Alltagstauglichkeit verbessern	80	Eine Richtungsentscheidung treffen	100	93.33
14	Praktikum + Klausuren vorbereiten	80	Praktikum vorbereiten + Prüfung bestehen	40	Regelmäßig mit Freunden treffen	50	56.67
15	Prüfungen bestehen	50	Ruhiger werden	100			75.00
16	Hausarbeit in Portugiesisch schreiben	100	Klausuren vorbereiten	100	Freundin besuchen	0	66.67
17	Gewichtsreduktion	40	Hausarbeit schreiben	90	Einen Job finden	50	60.00
18	Klavierunterricht nehmen	100	GOM-Ordner bis Ende Februar durchlesen	50			75.00
19	Projekte erfolgreich abschließen	40	Leben nicht durch Defizite definieren	20			30.00
20	Hausarbeiten schreiben	30	Filmprojekt abschließen	0	Weichen für Zwischenprüfung stellen	100	43.33
21	Versicherung für Arbeit abschließen	90	Gitarrenunterricht nehmen, Hobbys	50	Alltagsablauf organisieren	30	56.67
22	Jeden Tag ein Urteil lesen	10	Ziel früh am Tag schaffen	0	Schlafen vor 1 Uhr	30	13.33
23	Bis Ende Juni Jobwechsel	40	Tagesablauf strukturieren	50	Bis Ende Juni Schreibtisch aufräumen	100	63.33
24	Alltag strukturieren	20	Ordnung schaffen	30	Mehr auf andere Leute zugehen	30	26.67
25	An inneren Plan halten	70	Im Juli 6 Klausuren schreiben + bestehen	40	Früher aufstehen	80	63.33
26	Regelmäßig mit Ehefrau sprechen	20	Arbeit strukturieren	50	E-Mails speichern + löschen	30	33.33
27	Entrümpeln (Wohnung, Keller)	20	Umstellung Ernährung	80	Finanzen regeln (z. B. ES-tE)	100	66.67
28	Kisten auf Dachboden aussortieren	100	5 Bewerbungen schreiben	100	Arbeitszeugnisse besorgen	30	76.67
29	Wochenpläne für Studium, Beruf, Freizeit	30	Therapeuten suchen	80	Sportart suchen zum Ausgleich	10	40.00
30	Seminar-Ausarbeitung bis Ende November 2008 fertig	50	Aufbau eines Regals und darin Einsortieren/Sichten aller alten Studienunterlagen, zwecks Dipl.-Prüf.-Anmeldung, bis 15.12.08	20	Persönliche Voranmeldung bei Dipl.-Prüfern für Prüfungsphase II 2009	0	23.33
31	Drei Reaktionen pro Woche	0	E-Mails schreiben	70	Prioritäten setzen, Alltagsaufgaben vor Internet-surfen	60	43.33
32	Bewusst machen, wenn ich mich ablenke/zwischen Tätigkeiten springe und gezielt intervenieren	70	Einstieg Fernstudium Psychologie (70), Bewerbungen schreiben (40), Ablage erledigen (70)	60	Wochenpläne erstellen	0	43.33
33	Zu jeder angebotenen Recht- und Verwaltungsvorlesung gehen und nachbereiten	30	An der Theater-AG der FH jeden Donnerstag teilnehmen	80	Zweimal die Woche Sport treiben	30	46.67
34	Bessere Organisation	100	Studium abschließen («hängt» am 1. Ziel)	10	Soziale Kontakte pflegen und erhalten	10	40
Durchschnittliche Zielerreichung		60.06		61.62		47.84	

Tabelle 3

Zielbereiche und durchschnittlicher Grad der Zielerreichung (Mittelwert, Standardabweichung)

Bereich	Beispiele	Zielerreichung in %
Studium	Hausarbeiten schreiben, Studium beenden, Bachelor-Arbeit abgeben, Lernplan erstellen, lernen, Texte verstehen, Gespräche verstehen, sich konzentrieren lernen	63.23 (33.00)
Gesundheit/Lebensführung	Gewichtsreduktion, auf Ernährung achten, regelmäßig Sport treiben, Struktur und Organisation im Leben, Zeitmanagement, Tagesablauf strukturieren	54.56 (31.91)
Freizeit	Klavierunterricht nehmen, regelmäßig mit Freunden treffen, Freundin besuchen	45.83 (36.05)

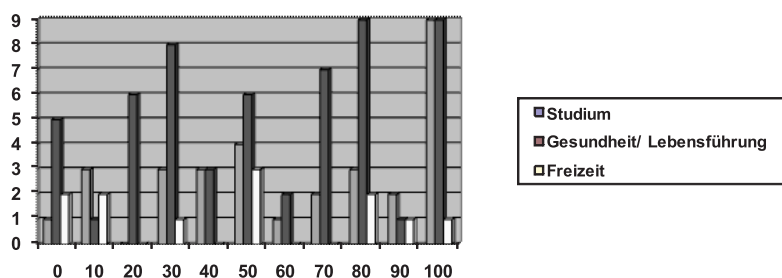


Abbildung 1. Prozentuale Zielerreichung nach Zielbereichen getrennt.

Tabelle 4

Veränderung der ADHS Symptomatik von pre nach post und follow-up (Mittelwerte, Standardabweichung und t-Test für abhängige Stichproben)

	Pretest <i>n</i> = 31			Posttest <i>n</i> = 26			Follow-up-Test <i>n</i> = 15		
	Mittelwert (SD)	<i>t</i>		Mittelwert (SD)	<i>t</i>		Mittelwert (SD)	<i>t</i>	
Aufmerksamkeitsdefizit (Score 1–9)	7.81 (1.47)	29.57		6.58 (1.93)	16.70		5.46 (1.94)	10.14	
Hyperaktivität (Score 10–18)	6.77 (2.16)	17.50		5.92 (2.15)	14.03		6.40 (1.84)	13.44	

Anmerkungen: Sig. 2-seitig in allen Fällen 0.00.

Ergebnisse

Die Teilnehmer nannten anspruchsvolle und alltagsrelevante Ziele (s. Tabelle 2), die zu 60.06 (31.20; erstes Ziel), 61.62 (30.57; zweites Ziel) und 47.84 (35.16; drittes Ziel) Prozent erreicht wurden. Diese Ziele lassen sich in die Bereiche Studium, Gesundheit/Lebensführung und Freizeit einteilen. Ziele aus dem Studium werden zu durchschnittlich 63.23 %, Ziele aus dem Bereich Gesundheit/Lebensführung zu 54.56 % und Ziele aus dem Freizeitbereich zu 45.83 % erreicht (s. Tabelle 3 und Abbildung 1).

Die ADHS-Symptome veränderten sich zwischen der ersten Sitzung (Pre-Messung) zur fünften Sitzung (Post-Messung) und zur sechsten Sitzung (Post-Messung; s. Tabelle 4). Die Symptomatik verringert sich von der Pre-Messung bis Follow-up in signifikanter Weise (zweiseitige Fragestellung).

Das Ausmaß der Zielerreichung hängt nur in mäßiger Weise mit der Eingangsproblematik und der am Ende der Behandlung festgestellten ADHS-Symptomatik zusammen (s. Tabelle 5). Nur die initiale Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität/Impulsivität korrelieren mäßig signifikant mit dem Grad der Zielerreichung. Andere bedeutsame Beziehungen werden nicht beobachtet. Die Zielerreichung er-

weist sich damit als recht unabhängig von der initialen ADHS-Symptomatik bzw. deren Veränderung.

Die Zielerreichung korreliert nicht mit der Teilnehmerzufriedenheit (Frage «Wie sehr hat sich der Besuch des Kurses für Sie gelohnt – verglichen mit dem Zeitaufwand?»; Grad der Zielerreichung in Prozent). Für die einzelnen Ziele werden folgende Zusammenhänge ermittelt: Ziel 1: $r = 0.24$; Ziel 2: $r = 0.09$; Ziel 3: $r = 0.28$.

Weiterhin wurde eine hierarchische Clusteranalyse berechnet (s. Tabelle 6). Dabei gingen die Variablen Grad der Zielerreichung bei Ziel 1 bis Ziel 3, der Gesamtwert des WURS, der Gesamtwert im Fragebogen Verhaltensmerkmale der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung nach DSM-IV-TR (Lauth & Minzel, im Druck) und die Teilnehmerzufriedenheit ein. Der größte Teil der Patienten ($n = 24$) lässt sich in Cluster 1 einordnen, der Patienten mit weitreichender Zielerreichung und schwerer ADHS-Symptomatik umfasst. Diese Patienten sind mit dem Training auch am zufriedensten (82.93 %). Die beiden anderen Cluster umfassen nur eine geringe Zahl von Patienten; fünf Patienten lassen sich keinem der drei Cluster zuordnen. Die Mittelwertunterschiede zwischen den Gruppen bezüglich der Zielerreichungen 1 und 2 und bezüglich der Symptomatik im WURS und im DSM-IV ergeben einen signifikanten Wert (s. Tabelle 7).

Tabelle 5

Korrelationen (Korrelation nach Pearson) zwischen der ADHS-Symptomatik und der Zielerreichung (Ziel 1 bis Ziel 3)

		Grad der Zielerreichung in Ziel 1	Grad der Zielerreichung in Ziel 2	Grad der Zielerreichung in Ziel 3
Unaufmerksamkeit (Score 1–9) Prä	Korrelation	0.39*	0.39*	0.11
	Signifikanz	0.03	0.03	0.58
	N	31	31	26
Hyperaktivität/Impulsivität (Score 10–18) Prä	Korrelation	0.28	0.39*	0.06
	Signifikanz	0.12	0.031	0.78
	N	31	31	26
Unaufmerksamkeit (Score 1–9) post	Korrelation	0.04	0.11	0.25
	Signifikanz	0.85	0.96	0.25
	N	24	24	23
Hyperaktivität/Impulsivität (Score 10–18) post	Korrelation	0.10	0.20	0.19
	Signifikanz	0.63	0.32	0.38
	N	26	26	23

Anmerkungen: * $p = .05$ (2-seitig) signifikant. Signifikante Korrelationen sind **fett** gedruckt.

Tabelle 6

Mittelwerte und Standardabweichung in den Clustern und One-Way ANOVA (N = 29.5 der Teilnehmer ließen sich in keines der drei Cluster einordnen)

	Mittelwerte (SD)			Df	F	p
	Cluster 1 (n = 24)	Cluster 2 (n = 3)	Cluster 3 (n = 2)			
Zielerreichung 1	62.21 (29.38)	13.33 (7.64)	75.00 (35.36)	28	4.28	.03
Zielerreichung 2	71.04 (24.23)	26.67 (25.17)	15.00 (7.07)	28	8.88	.00
Zielerreichung 3	53.85 (35.43)	28.33 (2.89)	05.00 (7.07)	28	2.55	.10
WURS	40.79 (11.33)	15.00 (14.11)	41.50 (12.02)	28	6.69	.01
DSM-IV-TR	14.67 (2.93)	10.00 (2.00)	16.03 (2.78)	28	3.96	.03
Zufriedenheit	82.93 (12.02)	76.67 (32.15)	57.50 (10.61)	28	2.94	.07

Tabelle 7

Verteilung der Teilnehmer bzgl. Geschlecht und Alter (Mittelwert und Standardabweichung) innerhalb der Cluster

	Cluster 1 (n = 24)	Cluster 2 (n = 3)	Cluster 3 (n = 2)	Keine Clusterzuweisung (n = 5)
Weiblich	10	0	1	1
Männlich	14	3	1	4
Alter (Mittelwert)	30.33 (5.83)	41.33 (12.06)	36.00 (0.00)	29.60 (6.66)

Diskussion

Insbesondere aktuelle Längsschnittstudien weisen eindringlich darauf hin, wie sehr Erwachsene mit ADHS in ihrem Sozial- und Alltagsverhalten beeinträchtigt sind (Barkley et al., 2008). Folglich wird ADHS bei Erwachsenen explizit als eine Störung des Alltagsverhaltens konzipiert (Lauth & Minsel, 2009; Lauth & Raven 2009; Safren, Perlman, Sprich & Otto, 2005), wobei nicht nur das Ausmaß der Alltagsbeeinträchtigung beträchtlich zwischen verschiedenen Patienten variiert, sondern auch die Art und die Thematik der Beeinträchtigung. Dies bedeutet für die Erfolgsmessung, dass individualisierte Maße für den The-

rapieerfolg herangezogen werden sollten, also Maße, die es erlauben, die Erreichung persönlich wichtiger Ziele nicht nur zu erfassen, sondern alltagsrelevante Ziele in den Mittelpunkt des Therapiegeschehens zu stellen. Bereits 1968 haben Kiresuk und Sherman mit dem Goal Attainment Scaling ein solches Vorgehen vorgeschlagen, das seither in vielen Störungsbereichen, aber auch in der Physiotherapie und beim Lernen Anwendung fand. Man geht allgemein davon aus, dass das frühe Formulieren von Zielen den Therapieprozess für den Patienten strukturiert, die Motivation auf ein Ziel hin lenkt und die Selbstverantwortung steigert. Mit der Arbeit von LaFerriere und Calsyn (1978) wurden die Ziele nicht mehr vom Therapeuten vorgegeben, sondern im Wesentlichen vom Patienten selbst gesetzt. Diese

müssen aber konkret formuliert werden und realistisch sein. Wenn diese Bedingungen erfüllt sind, werden die Zielsetzungen zu einem integrativen Bestandteil des Therapiegeschehens. Beim Goal Attainment Scaling handelt es sich demnach um ein produktives Verfahren, mit dem man herausfinden kann, welche positiven Folgen im Verlaufe der Intervention eintreten. Dieses Verfahren eignet sich somit sehr gut für die Messung von Therapieeffekten bei der ADHS-Behandlung, da das verbesserte Alltagsverhalten und ein verbessertes Anpassungsniveau zwingende Ziele der Behandlung sind. Einzelne Konzepte gehen sogar davon aus, dass ADHS eine chronische Störung ist und hauptsächlich der Umgang damit zu erlernen sei.

Die hier vorliegenden Daten zeigen, dass die Patienten alltagsrelevante und anspruchsvolle Ziele formulieren, die zu einem beachtlichen Teil im Verlaufe der Behandlung erreicht wurden. Allerdings fällt die Beurteilung, inwieweit darin ein Nachweis der Wirksamkeit gesehen werden kann, schwer. Ist eine durchschnittliche Zielerreichung von 60 Prozent ein Erfolg? Die Patienten nennen Ziele aus dem beruflichen, gesundheitlich-lebensgestaltenden und Freizeitbereich, wobei berufliche Ziele zuverlässiger erreicht wurden. Dies mag an ihrer Überschaubarkeit und besseren Operationalisierbarkeit sowie an der Tatsache hängen, dass die Zielerreichung weniger von der Interaktion mit anderen Menschen abhängt als beispielsweise die eigene Lebensführung.

Die Typisierung der Patienten anhand einer Clusteranalyse ergibt, dass der deutlich überwiegende Teil der Teilnehmer ($n = 24$) dem Cluster «gute Therapienutzer» zuzuordnen ist. Sie erreichen nicht nur das erste, sondern auch das zweite Ziel mit beträchtlicher Zuverlässigkeit (62.2 bzw. 71 %), sie sind zudem in ihrer initialen Störungssymptomatik recht deutlich belastet. Schließlich bekunden sie am Ende der Behandlung große Teilnehmerzufriedenheit. Nur wenige Patienten werden den beiden anderen Clustern zugeordnet. Cluster 2 umfasst drei Patienten, die ihre Ziele nur in geringem Umfang erreichen und wenig symptombelastet sind. Es sind Patienten, die nur aktuell die Merkmale einer ADHS-Störung erfüllten, aber nicht in ihrer Kindheit in dieser Weise auffällig waren. Cluster 3 umfasst zwei Patienten, die sich auf ein zentrales Ziel konzentriert hatten; sie wiesen ebenfalls eine große Symptombelastung auf.

Die Zielerreichung ist unabhängig von der Eingangssymptomatik. Die initiale Störungssymptomatik korreliert nur mäßig mit dem Grad der Zielerreichung ($r = 0.39$). Und der Grad der Zielerreichung korreliert auch nicht mit der Therapiezufriedenheit der Patienten. Offensichtlich hängt die Therapiezufriedenheit nicht von der Zielerreichung ab, sondern stellt eher eine unabhängige Größe dar. Konzeptuelle Überlegungen gehen hierbei davon aus, dass die Teilnehmerzufriedenheit im Wesentlichen von der Beziehung zum Therapeuten, der Atmosphäre in der Behandlungsgruppe sowie der Rollen- und Zieltransparenz im gesamten therapeutischen Prozess gesteuert wird.

In der vorliegenden Pilotuntersuchung erscheint die Methode des Goal Attainment Scaling bei der Therapie von

ADHS-Erwachsenen als praktikables Instrument, das problemlos in die Gruppenbehandlung einbezogen werden kann. Folglich kann das Goal Attainment Scaling zur Erfolgsmessung in der Therapie von ADHS-Erwachsenen eingesetzt werden. Die hier angewandte Methode erfasste den Grad der Zielerreichung im Schätzverfahren. Präzisere Formen des Goal Attainment Scaling postulieren hingegen bereits bei der Zielsetzung Kriterien dafür. Die Teilnehmer geben dabei an, welches endgültige Ziel wesentlich schlechter als erwartet (–2), etwas schlechter als erwartet (–1), etwas besser als erwartet (+1) und wesentlich besser als erwartet (+2) wäre. Die später erreichte Zielerreichung wird anhand dieser zuvor postulierten Kriterien mit einer Ziffer zwischen –2 und +2 bewertet. Dadurch wird die subjektive Qualität der Zielerreichung unmittelbar deutlich.

Literatur

- Barkley, R. A., Murphy, K. R. & Fischer, M. (2008). *ADHD in adults. What the science says*. New York: Guilford.
- DuPaul, G. J., Schachar, R. S., Weyandt, L. L., Tripp, G., Kiesner, J., Ota, K. et al. (2001). Self report of ADHD symptoms in university students: Cross-gender and cross-national prevalence. *Journal of Learning Disabilities*, 34, 370–379.
- Faraone, S. V., Spencer, T., Aleardi, M., Pagano, C. & Biederman, J. (2004). Meta-analysis of the efficacy of methylphenidate for treating adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 24, 24–29.
- Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K. et al. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry*, 190, 402–409.
- Heiligenstein, E., Conyers, L. M., Berns, A. R. & Smith, M. A. (1998). Preliminary normative data on DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in college students. *College Health*, 46, 185–188.
- Hesslinger, B., van Elst, L. T., Nyberg, E., Dykier, P., Richter, H., Berner, M. et al. (2002). Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults. A pilot study using a structured skills training program. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252, 177–184.
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O. et al. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Result from the national comorbidity survey study. *American Journal of Psychiatry*, 163, 716–723.
- Kiresuk, T. & Sherman, R. (1968). Goal Attainment Scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4, 443–453.
- Knouse, L. E., Mitchell, J. T., Brown, L. H., Silvia, P. J., Kane, M. J., Myin-Germeys, I. et al. (2008). The expression of adult ADHD symptoms in daily life. *Journal of Attention Disorders*, 11, 652–663.
- LaFerriere, L. & Calsyn, R. (1978). Goal Attainment Scaling: An effective treatment technique in short-term therapy. *American Journal of Community Psychology*, 6, 271–282.

- Laucht, M., Skowronek, M. H., Becker, K., Schmidt, M. H., Esser, G., Schulze, T. G. et al. (2007). Interacting effects of the dopamin transporter gene and psychosocial diversity on attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms among 15-years-olds from a high-risk community sample. *Archives of General Psychiatry*, 64, 585–590.
- Lauth, G. W. & Minsel, W.-R. (2009). *ADHS bei Erwachsenen*. Göttingen: Hogrefe.
- Lauth, G. W. & Minsel, W.-R. (im Druck). *Kölner ADHS Test für Erwachsene (KATE)*. Göttingen: Hogrefe.
- Lauth, G. W. & Raven, H. (2009). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) im Erwachsenenalter. Ein Review. *Psychotherapeutenjournal*, 8(März), 17–30.
- Retz-Junginger, P., Retz, W., Blocher, D., Stieglitz, R.-D., Georg, T., Supprian, T. et al. (2003). Reliabilität und Validität der Wender-Utah-Rating-Scale-Kurzform: Retrospektive Erfassung von Symptomen aus dem Spektrum der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. *Der Nervenarzt*, 74, 987–993.
- Retz-Junginger, P., Retz, W., Blocher, D., Weijers, H.-G., Trott, G.-E., Wender, P. H. et al. (2002). Wender Utah Rating Scale (WURS-K): Die deutsche Kurzform zur retrospektiven Erfassung des hyperkinetischen Syndroms bei Erwachsenen. *Der Nervenarzt*, 73, 830–838.
- Rostain, A. L. & Ramsay, J. R. (2006). A combined treatment approach for adults with ADHD – Results of an open study of 43 Patients. *Journal of Attention Disorders*, 10, 150–159.
- Safren, S. A., Otto, M. W., Sprich, S., Winett, C. L., Wilens, T. E. & Biederman, J. (2005). Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 831–842.
- Safren, S. A., Perlman, C. A., Sprich, S. & Otto, M. W. (2005). *Mastering your adult ADHD. A cognitive-behavioral treatment program. Therapist guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Schmidt, S. & Petermann, F. (2008). Entwicklungspsychopathologie der ADHS. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56, 265–274.
- Schmidt, S. & Petermann, F. (2009). Developmental psychopathology: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *BMC Psychiatry*, 9, Art. No. 58.
- Stevenson, C. S., Stevenson, R. & Whitmont, S. (2003). A self-directed psychosocial intervention with minimal therapist contact for adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 93–101.
- Stevenson, C. S., Whitmont, S., Bornholt, L., Livesey, D. & Stevenson, R. (2002). A cognitive remediation programme for adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 610–616.
- Vorstand der Bundesärztekammer. (2005). *Stellungnahme zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)*. Verfügbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/ADHSLang.pdf> [12.10.09].
- Weyandt, L. L. & DuPaul, G. (2006). ADHD in college students. *Journal of Attention Disorders*, 10, 9–19.
- Wiggins, D., Singh, K. & Getz, H. G. (1999). Effects of brief group intervention for adults with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Mental Health Counselling*, 21, 82–92.
- Wilens, T., McDermott, S., Biederman, J., Abrantes, A., Hahesy, A. & Spencer, T. A. (1999). Cognitive therapy for adults with ADHD: A systematic chart review of 26 cases. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13, 215–226.

Prof. Dr. Gerhard W. Lauth
Dipl.-Psych. Jennifer Breuer
Prof. Dr. Wolf-Rüdiger Minsel

Humanwissenschaftliche Fakultät
Universität zu Köln
Klosterstraße 79 b
D-50931 Köln
E-Mail: gerhard.lauth@uni-koeln.de