

Zur Psychotherapie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Erwachsenen

B. Heßlinger A. Philipsen H. Richter D. Ebert

Universitätsklinik Freiburg, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Deutschland

Schlüsselwörter

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) · Erwachsene · Psychotherapie · Pilotstudie

Zusammenfassung

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) hält häufig bis in das Erwachsenenalter an und zeichnet sich durch eine hohe Komorbidität z.B. mit Sucht, Depression, Angst und Persönlichkeitsstörungen aus. Bisher standen bei Erwachsenen die neurobiologischen Grundlagen und die medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten im Vordergrund der Forschungsbemühungen, und es gab keine Untersuchungen zur Wirksamkeit von psychotherapeutischen Verfahren bei Erwachsenen mit ADHS. Nun wurden erste Studien zu den Effekten einer störungsspezifischen verhaltenstherapeutischen Behandlung veröffentlicht. Nach einem Überblick über den Forschungsstand zu ADHS bei Erwachsenen werden mögliche Inhalte einer spezifischen strukturierten Verhaltenstherapie bei ADHS im Erwachsenenalter vorgestellt und deren Übertragbarkeit in den klinischen Alltag diskutiert.

Key Words

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) · Adults · Psychotherapy · Pilot study

Summary

Psychotherapy of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) often persists into adulthood and has a significant comorbidity for example with addiction, depression, anxiety and personality disorders. In the past, scientific research in adults mainly focused on neurobiology and medical treatment and there were no data on the effects of psychotherapy in adult ADHD. Only recently, first studies have been published showing positive effects of a specific behaviour therapy. Following an overview on the stage of research on ADHD in adults, possible elements of a disorder specific and structured behaviour therapy of adult ADHD are presented and its transfer in daily clinical work is discussed.

Einleitung

Noch vor wenigen Jahren war die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) nach DSM-IV [American Psychiatric Association, 1994] oder hyperkinetische Störung (HKS) nach ICD-10, F 90 [World Health Organization, 1992] im Erwachsenenalter im deutschsprachigen Raum nahezu unbekannt [Krause et al., 1998]. Falls die Diagnose ADHS bei Erwachsenen gestellt wurde, war unklar, wer für die Behand-

lung zuständig sei: Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie [Overmeyer und Ebert, 1999]? Inzwischen ist bekannt, dass sich eine ADHS nicht immer mit dem 18. Lebensjahr «auswächst», sondern die Prävalenz im Erwachsenenalter ungefähr 2% beträgt [Krause et al., 1998; Wender, 2000; Steinhausen, 2003] und damit höher ist als z.B. bei schizophrenen oder bipolaren Störungen.

Da das Syndrom der ADHS bereits vor über 100 Jahren medizinisch beschrieben wurde, kann es nicht durch kulturelle Beschleunigung und Überstimulation z.B. durch Film, Fernsehen oder Computerspiele erklärt werden. Es wurden zahlreiche neurobiologische Auffälligkeiten bei ADHS-Patienten gefunden [Dougherty et al., 1999; Faraone et al., 2000; Giedd et al., 2001; Krause und Krause, 2002]. Die genetische Penetranz ist ausgesprochen hoch. Auf Verhaltensebene kann eine Häufung der Symptome in den betroffenen Familien zu einem instabilen und invalidierenden Klima führen, das sekundär zu „neurotischen Fehlentwicklungen“, Persönlichkeitsstörungen und Dissozialität führen kann [Ebert et al., 2002].

Aktuell wird ADHS im Erwachsenenalter im deutschsprachigen Raum auf Kongressen, Symposien und in den Medien intensiv diskutiert und läuft dabei zunehmend Gefahr, eine «Modekrankheit» zu werden, ohne dass sich dadurch die klinische psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung flächendeckend verbessert hätte. Tausende von Internetseiten zu ADHS machen den «Psychomarkt» unübersichtlich. Deutschsprachige Leitlinien zu ADHS bei Erwachsenen, an denen sich Patienten und Therapeuten orientieren könnten, sind zur Zeit im Druck.

Zwar können die Diagnosekriterien des Kindes- und Jugendalters in modifizierter Form für Erwachsene übernommen werden, operationalisierte DSM-IV- oder ICD-10-Diagnosekriterien für das Erwachsenenalter existieren jedoch bis heute nicht. Eine semi-operationalisierte Diagnose ermöglichen die Wender-Kriterien [Wender, 2000]: Neben Aufmerksamkeitsstörung und Hyperaktivität sind Leitsymptome der ADHS eine affektive Instabilität, Desorganisiertheit und Störungen der Impulskontrolle [APA, 1994; Wender, 2000]. Die bei Kindern besonders beim hyperaktiv-impulsiven Subtyp sichtbare motorische Unruhe und Zappeligkeit nimmt mit dem Alter meist deutlich ab, die innere Unruhe bleibt aber oft bestehen. Menschen mit ADHS haben, vor allem bei unzureichender Motivation und Stimulation, Schwierigkeiten, ihre Aufmerksamkeit zu fokussieren, relevante innere und äußere Reize auszuwählen und Ablenkungen auszublenden. Sie gelten deswegen als verträumt, vergesslich, wenig ausdauernd, unzuverlässig oder selbstsüchtig. Schlechte Leistungen können auch bei ausreichender Begabung zum Abbruch von Ausbildungen, zu häufigen Arbeitsplatzwechseln und Arbeitslosigkeit führen. Impulskontrollstörungen, emotionale Instabilität und mangelnde Aufmerksamkeit gegenüber sozialen Signalen führen zu Konflikten in Beziehungen und Partnerschaften und einer erhöhten Scheidungsrate. Das Selbstwertgefühl ist oft deutlich verringert [Krause und Ryffel-Rawak, 2000].

Das DSM-IV [APA, 1994] unterscheidet den vorwiegend hyperaktiv-impulsiven Typ, den vorwiegend unaufmerksamen Typ und den Mischtyp. Im ICD-10 [WHO, 1992] kann eine Aufmerksamkeitsstörung auch ohne Hyperaktivität diagnostiziert werden (F 98.8, «sonstige näher bezeichnete Ver-

haltens- und emotionale Störungen»). Bei den verschiedenen Subtypen nach DSM-IV konnten neurobiologische Unterschiede gezeigt werden [Hesslinger et al., 2001], die therapeutischen Konsequenzen sind jedoch noch nicht hinreichend untersucht.

Die Vorstellung beim Psychotherapeuten oder Psychiater erfolgt unter den verschiedensten diagnostischen Etikettierungen und oft in krisenhaft zugespitzten Situationen. Zusätzlich wird die Diagnostik durch die deutlich erhöhte Komorbiditätsrate erschwert, insbesondere mit affektiven Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen (vor allem dissoziale und emotional-instabile Borderline-Persönlichkeitsstörung) und mit Suchterkrankungen [Biederman et al., 1991; Hallowell und Ratey, 1999; Faraone et al., 2000; Hesslinger et al., 2003]. Der Versuch, die Symptome zu reduzieren, erfolgt häufig durch Konsum von Koffein, Nikotin, Alkohol, Cannabis, Kokain und anderen Drogen und erhöht die Wahrscheinlichkeit, mit dem Gesetz in Konflikt zu geraten [Ebert und Hesslinger, 2000; Ebert et al., 2002]. Ob in Kindheit und Jugend Symptome einer ADHS bestanden, muss daher gerade bei Patienten mit mehreren Diagnosen aktiv erfragt werden. Die Patienten berichten nicht spontan, was sie ohnehin seit Kindheit und Jugend nicht anders kennen.

Hartmann [1997] beschreibt unter der Bezeichnung «hunter» Menschen mit ADHS, denen es gelingt, ihre syndromspezifischen Eigenschaften in kreativen, risikoreichen Berufen oder im Sport positiv einzusetzen. Die Sichtweise von Hartmann ist ressourcenorientiert, wird von vielen Patienten geschätzt und ist auch für therapeutische Zwecke hilfreich. Es sind aber nicht die erfolgreichen «hunter», die sich in psychotherapeutisch-psychiatrische Behandlung begeben. Tabelle 1 fasst Charakteristika und häufige Ressourcen bei ADHS im Erwachsenenalter zusammen.

Behandlungsansätze

Medikamentöse Behandlung

Es gibt mehrere kontrollierte Studien zur medikamentösen Behandlung von ADHS im Erwachsenenalter. Die Effektivität von Stimulanzien und noradrenerg wirksamen Antidepressiva ist belegt [Übersichten in Krause et al., 1998; Faraone et al., 2000; Krause und Ryffel-Rawak, 2000; Trott, 2001; Wilens et al., 2002]. Es gibt keinen Beweis für eine erhöhte Suchtgefahr durch Stimulanzien wie Methylphenidat, aber Hinweise, dass sie das Risiko für eine Suchterkrankung vermindern und die soziale Desintegration verhindern können [Trott, 2001]. Bisher ist in Deutschland aber noch kein Medikament zur Behandlung von ADHS im Erwachsenenalter zugelassen [Fritze und Schmauß, 2002]. Es gibt noch zu wenig Vergleichsuntersuchungen zur Effektivität der verschiedenen Medikamente und (wie auch im Kindes- und Jugendalter) nur unzureichend Daten zur medikamentösen Langzeitbehandlung von ADHS.

Tab. 1. Charakteristika und häufige Ressourcen bei ADHS im Erwachsenenalter

Charakteristika	Häufige Ressourcen
Aufmerksamkeitsdefizite	Neugier
Motorische Hyperaktivität (oft abnehmend mit der Zeit)	Risikobereitschaft
Chronische «innere Unruhe»	Energie
Vergesslichkeit	Kreativität
Desorganisiertheit	Phantasie
Impulsivität	Rasche Auffassungsgabe
Stimmungsschwankungen	Flexibilität
Nichterreichen der Möglichkeiten (bzgl. Begabung)	Fähigkeit, andere zu strukturieren
Konflikte, wenn Routine und Disziplin erwartet werden	
Beziehungsabbrüche, erhöhte Scheidungsrate	
Abbrüche in Ausbildung und Beruf, Arbeitslosigkeit	
Hohe Komorbidität mit Sucht (stoffgebunden / nicht stoffgebunden, z.B. Sex, Sport), affektiven Störungen (Depression, bipolare Störung), Angststörungen (z.B. soziale Phobie), Persönlichkeitsstörungen (z.B. dissozial, Borderline)	

Psychotherapie

Bei Kindern und Jugendlichen sind rein medikamentöse Behandlungen verhaltenstherapeutischen Interventionen überlegen [MTA, 1999], wenngleich Medikation und Verhaltensmodifikation je nach Zielsymptom unterschiedlich effektiv sind [Kolko et al., 1999]. Obwohl die Medikamente die geschilderten Basissymptome häufig entscheidend verbessern und somit einen Grundpfeiler der Therapie darstellen können, sind sich die meisten mit ADHS im Erwachsenenalter vertrauten Kliniker einig, dass eine alleinige medikamentöse Behandlung den Bedürfnissen der Patienten nicht entspricht, zumal bei Erwachsenen oft nicht die Basissymptome, sondern sekundäre psychosoziale Folgen und komorbide Störungen im Vordergrund stehen. Darüber hinaus wünschen viele Patienten nicht nur eine medikamentöse, sondern auch oder nur eine psychotherapeutische Behandlung. Zahlreiche Patienten der Freiburger ADHS-Ambulanz haben in ihrer Vorgeschichte Psychotherapien unter den verschiedensten Diagnosen begonnen, aber wieder abgebrochen, weil sie den Eindruck hatten, dass an ihren Bedürfnissen «vorbeitherapiert» wurde.

Zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungen von ADHS im Erwachsenenalter gab es bis vor kurzem keine Veröffentlichungen [Bemporad, 2001]. Allerdings wurden, ohne Belegung durch Daten, positive Effekte durch Gruppentherapie und Coaching bei ADHS berichtet [z.B. Hallowell und Ratey, 1999] und der Einsatz von strukturierender Verhaltenstherapie sowie die Anleitung zum Selbstmanagement empfohlen.

Tiefenpsychologische Ansätze wurden zur Bearbeitung der Selbstwertproblematik favorisiert [Krause und Ryffel-Rawak, 2000]. Krause und Krause [2002] berichten, dass eine psychoanalytisch-interaktionelle Therapie – im Vergleich zur klassischen Psychoanalyse im Liegen – den Bedürfnissen der ADHS-Patienten entgegenkommt. Kontrollierte Untersuchungen zur Wirksamkeit psychoanalytischer Verfahren bei

ADHS im Erwachsenenalter sind den Autoren jedoch nicht bekannt.

Im Jahr 2002 wurden zwei Studien veröffentlicht [Hesslinger et al., 2002; Stevenson et al., 2002], die positive Effekte durch eine störungsspezifische Verhaltenstherapie bei erwachsenen Patienten mit ADHS berichteten. Im Folgenden soll der Freiburger Ansatz näher vorgestellt werden.

Zieldefinition und Vorgehen

Als Ziel wurde definiert, eine störungsspezifische Psychotherapie für Erwachsene mit ADHS zu entwickeln. Diese Behandlung sollte stufenweise hinsichtlich Wirksamkeit, Anwendbarkeit, Indikationsstellung und unerwünschten Nebenwirkungen überprüft werden. Langfristig sollten so die Kriterien einer evidenzbasierten Therapie [Berner et al., 2000] erfüllt werden. Dabei erschien ein Vorgehen in folgenden Phasen sinnvoll: Phase I: Konzepterstellung und Planung, Phase II: erstmalige Anwendung, Phase III: Überprüfung der Effekte im klinischen Versuch, Phase IV: randomisierte Multi-center-Studie.

Phase I: Konzepterstellung und Planung

Nachdem die Autoren mehrere Patienten gesehen und behandelt hatten, die sowohl die Kriterien einer ADHS als auch die Kriterien einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (kurz: Borderline-Persönlichkeitsstörung, BPS) erfüllten und von einer dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) auch in Bezug auf ihre ADHS-Symptome profitierten, wurde dieser Ansatz weiterverfolgt: Die DBT wurde von M. Linehan als störungsspezifische Psychotherapie der BPS entwickelt [Bohus und Berger, 1996]. Bausteine die-

Tab. 2. Inhalte einer strukturierten Psychotherapie bei Erwachsenen mit ADHS im Freiburger Konzept

Sitzungen	Inhalte
1. Klärung	Vorstellung der Teilnehmer Terminabsprachen, Schweigepflicht, Entschuldigung bei Fehltermin, Nüchternheit als Voraussetzung zur Teilnahme Symptomatik und Diagnostik bei ADHS
2. Neurobiologie, Achtsamkeit I	Allgemeine Zieldefinition: ADHS zu kontrollieren, statt von ADHS kontrolliert zu werden Information über Neurobiologie bei ADHS und dynamische Prozesse im ZNS Einführung: Zen-buddhistisches Achtsamkeitstraining nach M. Linehan: 3 «Was-Fertigkeiten»: Wahrnehmen, Beschreiben und Teilnehmen; 3 «Wie-Fertigkeiten»: Nicht wertend, fokussiert und effektiv
3. Achtsamkeit II	Achtsamkeitsübungen trainieren und in Alltag integrieren lernen
4. Chaos und Kontrolle	Definition: «Chaos ist, wenn ADHS mich kontrolliert, Kontrolle ist, wenn ich ADHS kontrolliere.» Zeitplanung, Organisationsplanung, Merkhilfen, Hilfestellungen, Umgebung
5. Verhaltensanalyse I	Konzept: «Problemverhalten ist Verhalten, das ich ändern will» Teilnehmer erlernen Verhaltensanalysen: Beschreibung des Problemverhaltens im Detail, typische Situationen, vorausgehende Bedingungen, kurz- und langfristige Konsequenzen, alternative Problemlösestrategien, vorbeugende Maßnahmen, Wiedergutmachung
6. Verhaltensanalyse II	Ziel: Verhaltensanalysen in Eigenregie durchführen
7. Gefühlsregulation	Einführung in Theorie der Gefühle: Primäremotionen, Signal- und Kommunikationscharakter von Emotionen, Beziehung von Emotionen zu Kognitionen, Körperwahrnehmungen und Verhalten Übungen zur Emotionswahrnehmung und Emotionsregulation, häufigstes Problem bei ADHS: Kontrolle von Wut und Ärger
8. Depression, Medikamente bei ADHS	Depression als häufige Komorbidität bei ADHS, Information über Symptome und Behandlungsmöglichkeiten bei Depression Information über medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten bei ADHS, Wirkungen und Nebenwirkungen, Erfahrungsaustausch
9. Impulskontrolle	Verhaltensanalysen bezüglich Impulskontrollstörungen, kurz- und langfristige Konsequenzen von Impulsivität, typische Situationen, zielorientiertes Verhalten erlernen, «was macht die Zündschnur länger?»
10. Stressmanagement	Zusammenhang von desorganisiertem Verhalten mit subjektivem Erleben von Stress, «Jonglieren mit zu vielen Bällen gleichzeitig» Stress-Leistungs-Kurve, ressourcenorientiertes Stressmanagement, Sport
11. Sucht	Stüchtiges Verhalten als häufige Komorbidität bei ADHS / Drogenpsychosen «Wonach bin ich süchtig?» (Alkohol, Tabak, Koffein, andere Substanzen, Sex, Sport, Internet, Hochrisiko-Verhalten usw.), kurz- u. langfristige Konsequenzen Indikationen für Alternativverhalten bzw. «Entzug oder Entwöhnung?»
12. Beziehungen	Selbstachtung Schriftliche Information der Angehörigen über ADHS und Therapie Individuelle Termine mit Angehörigen auf Wunsch Folgen von ADHS für Biographie, Beziehungen und das Selbstvertrauen Vorteile durch ADHS gegenüber Menschen ohne ADHS
13. Rückblick und Ausblick	Erfahrungsaustausch, Rückmeldung und Verbesserungsvorschläge Möglichst Überführung in Selbsthilfegruppe Abschied

ser Therapie liegen als Fertigkeitentraining in Form eines Therapiemanuals vor [Linehan, 1996].

Gemeinsame Symptome von ADHS und BPS sind unter anderem Störungen der Affektregulation und Impulskontrolle, Suchtverhalten, Beziehungsstörungen und mangelnde Selbstachtung. Die Differentialdiagnose bzw. die Diagnose der Komorbidität kann daher schwierig sein [Winkler und Rossi, 2001; Hesslinger et al., 2002; Ebert et al., 2002]. Klinisch wurde die hohe Komorbidität von ADHS und BPS auch in kontrollierten Untersuchungen nachgewiesen [Fossati et al., 2002]. Aufmerksamkeitsstörungen liegen sowohl bei ADHS als auch bei der BPS vor. Bei ADHS zeigen sich die Aufmerksamkeitsstörungen häufig bei fehlender Aktivierung und Stimulierung. Bei BPS hingegen treten dissoziative Phänomene,

die als eine besondere Form von Aufmerksamkeitsdefizit angesehen werden können [siehe auch Ceumern-Lindenstjerna et al., 2002], häufiger bei einem Spannungsanstieg auf.

Die Methoden der Spannungsregulierung unterscheiden sich allerdings – abgesehen von Drogenkonsum sowohl bei ADHS als auch bei BPS – deutlich. Menschen mit ADHS (in der Mehrzahl Männer) neigen zu motorisch-sportlicher oder sexueller Spannungsregulation. Menschen mit BPS (in der Mehrzahl Frauen) neigen bei hoher Anspannung oft zu Dissoziation bis hin zur motorischen Hypoaktivität im Sinne von «freezing» und Spannungsabfuhr durch selbstverletzendes Verhalten [Hesslinger et al., 2002].

Aufgrund dieser Erfahrungen und Erwägungen wurde eine Modifikation der manualisierten Bausteine der DBT auch für

Erwachsene mit ADHS angeboten, die nicht die Kriterien einer BPS erfüllten und bei denen chronische Suizidalität bzw. Selbstverletzungen nicht im Fokus der Verhaltenstherapie stehen mussten.

Schon in der Planungsphase bekundeten so viele Patienten der ADHS-Ambulanz Interesse an einer Psychotherapie, dass ein Gruppendesign notwendig schien. Bei den Evaluationen gaben die Teilnehmer das Gruppensetting auch als wirksamen Therapiefaktor an (im Sinne von: «nur ein Mensch mit ADHS kann einen anderen Menschen mit ADHS richtig verstehen»).

Module und Rahmenbedingungen der Behandlung

Als wesentliches Ziel der Therapie wurde definiert, ADHS zu kontrollieren und nicht durch ADHS kontrolliert zu werden. Um einem «Verzetteln» in der Therapie vorzubeugen (Desorganisiertheit ist ein Leitsymptom von ADHS), wurde ein strukturiertes Vorgehen mit symptomorientierten Modulen geplant. Diese Module sollten die wesentlichen Symptome und typischen Verhaltensweisen von Erwachsenen mit ADHS abdecken. Um flexibel auf die Bedürfnisse der Patienten reagieren zu können, sollte die Reihenfolge der Module variabel sein.

Bereits die Diagnose und die Attribuierung von Beschwerden, Defiziten, aber auch Ressourcen auf eine ADHS kann zu subjektiver Stabilisierung beitragen und die Therapiemotivation erhöhen. Deshalb wurden die Patienten zu Beginn der Behandlung umfassend über ADHS aufgeklärt und informiert.

Bezüglich Aufmerksamkeits- und Konzentrationsdefiziten bietet die DBT das vom Zen-Buddhismus abgeleitete «Achtsamkeitstraining» [vgl. Heidenreich und Musalak, 2003, in diesem Heft]; bezüglich Impulsivität und affektiver Instabilität die Module «Stresstoleranz», «Emotionsregulation» und «zwischenmenschliche Fertigkeiten» (Hauptproblem bzgl. Affektivität bei ADHS: Kontrolle von Wut und Ärger).

Die Notwendigkeit einer Balance zwischen validierender Akzeptanz der Symptomatik und der Vermittlung von Fertigkeiten, um das Verhalten ändern zu können, wird in der DBT besonders betont und erwies sich auch in der Therapie der ADHS als hilfreich.

Um therapeutische Misserfolge, Therapeutenfehler und vorzeitige Therapieabbrüche zu minimieren, sollten die von Fiedler [1996, Kap. 8.3] zusammengefassten Empfehlungen berücksichtigt werden. So wurden z.B. schon vor der Therapie mit jedem Patienten die Ziele, Vorgehensweisen und Grenzen der Behandlung besprochen, während der Therapie größtmögliche Transparenz beibehalten und das therapeutische Handeln fortlaufend theoretisch begründet.

Da sich eine ADHS auch auf die Partnerschaften und Familien auswirkt [Hallowell und Ratey, 1999], wurden die Angehörigen auf Wunsch schriftlich über Ziele und Inhalte der Therapie informiert und ebenfalls zu Gesprächen eingeladen.

Um den Therapieablauf für die Patienten überschaubar zu halten und den Rahmen der üblichen Genehmigungsverfahren einzuhalten, wurde die Gruppentherapie mit 7–9 Teil-

nehmern auf insgesamt 13 wöchentliche Sitzungen von je 2 Stunden Dauer begrenzt. Hausaufgaben sind wesentlicher Bestandteil der Therapie. Alle Informationen werden auch schriftlich ausgehändigt. Zusätzliche Einzelkontakte sind möglich. Tabelle 2 fasst die Inhalte der Therapie zusammen.

Phase II: Erstmalige Anwendung

Um die Übertragbarkeit der Therapie in den klinischen Alltag von Anfang an zu überprüfen, wurde sie in einer Testphase zunächst Patienten mit ADHS (Einschlusskriterium) angeboten, ohne – wie in klinischen Studien üblich – Ausschlusskriterien zu berücksichtigen. Dabei wurde deutlich, dass für Patienten mit ADHS und Intelligenzminderung bzw. mit schweren komorbiden Teilleistungsstörungen Modifikationen notwendig sind, um Überforderungen insbesondere beim Erstellen von Verhaltensanalysen im Selbstmanagement zu vermeiden. Patienten mit komorbiden manischen oder schizophreniformen Syndromen konnten wenig vom Therapieangebot profitieren und erschwerten zudem das Gestalten einer positiven störungsspezifischen Gruppenkohärenz.

Die Kombination mit einer dosisstabilen Pharmakotherapie hatte keinen Einfluss auf die Psychotherapie, jedoch sollte aufgrund der zum Teil ausgeprägten – meist positiven – Effekte von Stimulanzien die Aufdosierungsphase möglichst vor Beginn der Psychotherapie abgeschlossen sein, um eine Konzentration der Patienten auf die Übungen und Hausaufgaben zu erleichtern. Akute Substanzabhängigkeit war der beste Prädiktor für Therapieabbrüche. Nüchternheit sollte Voraussetzung für die Teilnahme sein, eine vorherige Entgiftung bei Substanzabhängigkeit sollte zur Teilnahmebedingung gemacht werden. Die Abbruchrate lag in Phase II bei 10–15%.

Phase III: Überprüfung der Effekte im klinischen Versuch

Nach den Erfahrungen der Phase II wurde der in Tabelle 2 vorgestellte Therapieablauf in einer Pilotstudie getestet [Hesslinger et al., 2002]. In dieser Untersuchung verbesserten sich die Patienten ihrer Selbsteinschätzung zufolge in allen eingesetzten psychometrischen Skalen bezüglich ADHS-Symptomatik (ADHS-Checkliste nach DSM-IV, ADHS-CL; SCL-16 = 16 Items der SCL-90-R, die häufig von Menschen mit ADHS angegeben werden), bezüglich Depressivität (Beck Depressions Inventar, BDI) und bezüglich Gesamtbefinden (gemessen mit einer Visuellen Analog Skala, VAS) signifikant und ohne eine bedeutsame Änderung der Medikation; auch in neuropsychologischen Tests waren teilweise signifikante Verbesserungen nachzuweisen.

Die Teilnehmer schätzten die Therapie als störungsspezifisch und wirksam ein. Als wirksame Faktoren nannten sie am häufigsten die Gruppensituation, die Informationsvermittlung

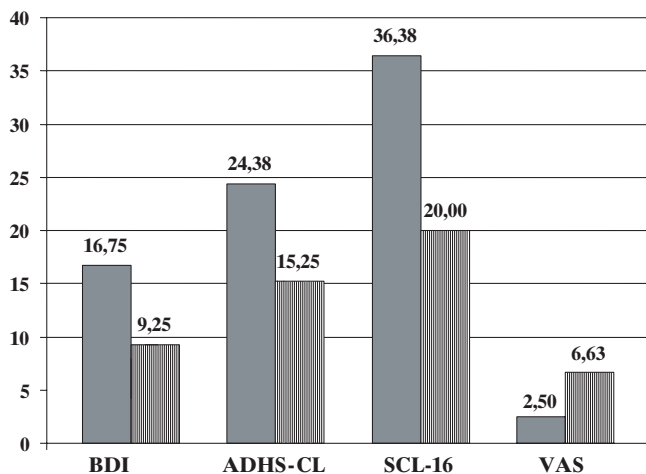


Abb. 1. Veränderungen der Mittelwerte in den psychometrischen Skalen einer Behandlungsgruppe (n = 8) vor und nach Psychotherapie (grau = prä, schraffiert = post) [modifiziert nach Hesslinger et al., 2002]. BDI: p = 0,05; Effektstärke ES = 0,99; ADHS-CL: p = 0,01; ES = 2,22; SCL-16: p = 0,02; ES = 1,35; VAS (0 = sehr schlecht, 10 = sehr gut): p = 0,01; ES = 2,09; Signifikanz: Nicht parametrischer Wilcoxon-Test.

und das Einüben von störungsrelevanten Fertigkeiten. Abbildung 1 fasst die Ergebnisse der psychometrischen Skalen im Prä-Post-Vergleich zusammen.

Diskussion

Vor der abschließenden Diskussion soll erwähnt werden, dass die Autoren selbst keine Erfahrung in der Behandlung von Kindern mit ADHS haben und beim Vergleich des vorgestellten Ansatzes mit verhaltenstherapeutischen Ansätzen bei ADHS im Kindesalter auf die Literatur verweisen [Diskussion in Hesslinger et al., 2002].

Es wurde eine strukturierte Psychotherapie – in Anlehnung an die DBT der BPS nach M. Linehan – vorgestellt, die für die

Bedürfnisse von Erwachsenen mit ADHS modifiziert wurde. Vorgestellt wurde ein Gruppendedesign, Einzelkontakte sind möglich, Angehörige können miteinbezogen werden. Dabei werden die Leitsymptome, die wesentlichen psychosozialen Folgen sowie die Komorbidität bei ADHS thematisiert. Nach der bisherigen Evaluation wird eine derart strukturierte Behandlung von den Teilnehmern als wirksam eingeschätzt. Die Anwendung wurde auch außerhalb einer kontrollierten klinischen Studie erprobt. Ein Transfer des Verfahrens in den psychotherapeutischen Alltag scheint nach den bisherigen Erfahrungen möglich.

Stevenson und Kollegen [2002] haben ein inhaltlich ähnliches, gleichfalls sehr symptomorientiertes Behandlungskonzept für erwachsene ADHS-Patienten evaluiert und vorgestellt. In diesem Programm («cognitive remediation programme») wird in acht 2-stündigen, wöchentlichen Sitzungen mit Coaching, einem Arbeitsbuch und intensiven Übungen gearbeitet. Die beschriebenen Effektstärken der beiden Studien [Hesslinger et al., 2002; Stevenson et al., 2002] sind vergleichbar und legen eine gute Wirksamkeit nahe, sie sollten aber aufgrund der kleinen Fallzahlen nur mit großer Zurückhaltung als Hinweis betrachtet werden (insgesamt nur n = 30).

In pharmakologischen Studien hingegen wurden schon mehrere hundert (n > 850) Erwachsene mit ADHS untersucht [Wilens et al., 2002]. Angaben zu Inhalt und Dauer nichtmedikamentöser Maßnahmen fehlen in den pharmakologischen Untersuchungen jedoch meist. Daher ist noch zu wenig über die Differentialindikation und die jeweilige Wirksamkeit von psychotherapeutischen und/oder medikamentösen ADHS-Therapien bei Erwachsenen bekannt. Die bisherigen Ergebnisse rechtfertigen jedoch eine weitere Überprüfung und Optimierung der verhaltenstherapeutischen Verfahren in randomisierten, kontrollierten Untersuchungen mit höheren Fallzahlen im Multicenter-Design (Phase IV, in Vorbereitung). Die spätere Übertragbarkeit dieser Verfahren aus der Forschung in den klinischen Alltag sollte dabei im Zentrum der Bemühungen stehen.

Literatur

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed 4. Washington DC, American Psychiatric Association, 1994.
Bemporad JR: Aspects of psychotherapy with adults with attention deficit disorder; in Wasserstein J, Wolf LE, LeFever FF (eds): Adult Attention Deficit Disorder – Brain Mechanisms And Life Outcomes. New York, The New York Academy of Sciences, 2001, pp 302–309.
Berner MM, Rüther A, Stieglitz R-D, Berger M: Das Konzept der «Evidence-based Medicine» in der Psychiatrie – ein Weg zu einer rationaleren Psychiatrie? Nervenarzt 2000;71:173–180.
Biederman J, Newcorn J, Sprich S: Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. Am J Psychiatry 1991;48:564–577.

Bohus M, Berger M: Die Dialektisch Behaviorale Psychotherapie nach M.Linehan – Ein neues Konzept in der Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Nervenarzt 1996;67:911–923.
Ceumern-Lindenstjerna I-A v, Brunner R, Parzer P, Fiedler P, Resch F: Borderline-Störung und Verzerrungen der Aufmerksamkeit – Theoretische Modelle und empirische Befunde. Fortschr Neurol Psychiatr 2002; 70:321–330.
Dougherty DD, Bonab AA, Spencer TJ, Rauch SL, Madras BK, Fischman AJ: Dopamine transporter density in patients with attention deficit hyperactivity disorder. Lancet 1999;354:2132–2133.
Ebert D, Heßlinger B: Forensische Beurteilung der ADS/ADHS des Erwachsenenalters. Psycho 2000;26: 225–228.

Ebert D, Berger M, Heßlinger B: ADHS als Risikofaktor für Dissozialität und Persönlichkeitsstörungen. MMW Fortschr Med 2002;47:1005–1007.
Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Wilens T, Seidman LJ, Mick E, Doyle AE: Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: An overview. Biol Psychiatry 2000;48:9–20.
Fiedler P: Verhaltenstherapie in und mit Gruppen. Weinheim, Psychologie Verlags Union, 1996.
Fossati A, Novella L, Donati D, Donini M, Maffei C: History of childhood attention deficit/hyperactivity disorder symptoms and borderline personality disorder: A controlled study. Compr Psychiatry 2002;43: 369–377.
Fritze J, Schmauß M: Off-Label-Use: Der Fall Methylphenidat (Ritalin®). Nervenarzt 2002;73:1210–1212.

- Giedd JN, Blumenthal J, Molloy E, Castellanos FX: Brain imaging of attention deficit/hyperactivity disorder. *Ann N Y Acad Sci* 2001;931:33–49.
- Hallowell EW, Ratey J: Zwanghaft zerstreut – oder die Unfähigkeit aufmerksam zu sein. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt, 1999.
- Hartmann T: Eine andere Art die Welt zu sehen – Das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom. Lübeck, Schmidt-Römhild, 1997.
- Heidenreich T, Michalak J: Achtsamkeit («Mindfulness») als Therapieprinzip in Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin. *Verhaltenstherapie* 2003;13:264–274.
- Hesslinger B, Thiel T, Tebartz van Elst L, Hennig J, Ebert D: Attention-deficit disorder in adults with or without hyperactivity: Where is the difference? A study in humans using short echo ¹H-magnetic resonance spectroscopy. *Neurosci Lett* 2001;304:117–119.
- Hesslinger B, Tebartz van Elst L, Nyberg E, Dykierck P, Richter H, Berner M, Ebert D: Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults – a pilot study using a structured skills training program. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002;252:177–184.
- Hesslinger B, Tebartz van Elst L, Mochan F, Ebert D: A psychopathological study into the relationship between ADHD in adult patients and recurrent brief depression. *Acta Psychiatr Scand* 2003;107:385–389.
- Kolko DJ, Bukstein OG, Barron J: Methylphenidate and behavior modification in children with ADHD and comorbid ODD or CD: Main and incremental effects across settings. *J Am Acad Adolesc Psychiatry* 1999;38:578–586.
- Krause J, Krause KH, Trott GE: Das hyperkinetische Syndrom (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) des Erwachsenenalters. *Nervenarzt* 1998;69:543–556.
- Krause J, Ryffel-Rawak D: Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter. *Psycho* 2000;26:209–223.
- Krause J, Krause KH: ADHS im Erwachsenenalter. Stuttgart, Schattauer, 2002.
- Linehan MM: Trainingsmanual zur Dialektisch Behavioral Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München, CIP-Medien, 1996.
- MTA Cooperative Group: A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:1073–1086.
- Overmeyer S, Ebert D: Die hyperkinetische Störung im Jugend- und Erwachsenenalter. *Dtsch Arztebl* 1999;96:B991–B994.
- Steinhausen HC: Attention-deficit hyperactivity disorder in a life perspective. *Acta Psychiatr Scand* 2003;107:321–322.
- Stevenson CS, Whitmont S, Bornholt L, Livesy D, Stevenson RJ: A cognitive remediation programme for adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 2002;36:610–616.
- Trott G-E: Missbrauch von Methylphenidat? *Psycho* 2001;27:596–597.
- Wender PH: Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Aktivitätsstörung im Erwachsenenalter. *Psycho* 2000;26:190–198.
- Wilens TE, Spencer TJ, Biederman J: A review of the pharmacotherapy of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Atten Disord* 2002;5:189–202.
- Winkler M, Rossi P: Borderline-Persönlichkeitsstörung und Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen. *Persönlichkeitsstörungen* 2001;5:39–48.
- World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Genf, WHO, 1992.