

Themenschwerpunkt

Psychotherapie der Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter

Elisabeth Nyberg und Rolf-Dieter Stieglitz

Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital Basel

Zusammenfassung: Wenngleich in der Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter die medikamentöse Behandlung mit Stimulanzien die Grundlage darstellt, können psychosoziale Interventionen in Kombination mit der Pharmakotherapie einen wichtigen Beitrag zur lebenslangen Bewältigung der Störung leisten. Ein multimodales Programm sollte daher Medikation und Psychotherapie umfassen. Im Beitrag soll ein Überblick zu den verschiedenen psychosozialen Behandlungsansätzen der ADHS im Erwachsenenalter und deren Wirksamkeit gegeben werden. Die Ergebnisse von Studien unterstreichen, dass in Kombination mit einer Medikation Verbesserungen der Kernsymptomatik zu erreichen sind. Aufgrund zum Teil großer methodischer Probleme der meisten Studien sind jedoch weitere kontrollierte Studien notwendig.

Schlüsselwörter: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Erwachsene, psychosoziale Interventionen, Psychotherapie, multimodale Therapie

Psychotherapy of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in Adults

Abstract: Although stimulant medication is the basis of treatment of attention-deficit/hyperactivity disorders (ADHD) in adults, different psychosocial interventions can be used in combination with medication to assist in the lifetime management of the disorder. A multimodal treatment program should include medication as well as psychotherapy. This article gives an overview regarding the variety of psychosocial treatments in ADHD and current status of the effectivity of the interventions. The results of the studies suggest that psychosocial interventions used generally in conjunction with medications appear useful for adults with ADHD. Because of methodological limitations of most of the studies the data further suggest the need for additional controlled investigations.

Keywords: attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), adults, psychosocial interventions, psychotherapy, multimodal treatment

Die psychotherapeutische Behandlung psychischer Störungen ist heute fast eine Selbstverständlichkeit. Zwar ist der Stellenwert der Psychotherapie bei einzelnen Störungsgruppen unterschiedlich (z. B. bei Angststörungen größer als bei schizophrenen Störungen), dennoch kann man feststellen, dass es letztlich für alle Störungsgruppen auch psychotherapeutische Angebote gibt. Dies gilt auch für die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Was seit vielen Jahren für den Kinderbereich hinreichend belegt ist, findet im Erwachsenenalter erst seit kurzem, auch unter wissenschaftlicher Perspektive, Interesse und Bedeutung. Der Anteil an Publikationen in Relation zu anderen Bereichen der Störung ADHS (z. B. Diagnostik) ist jedoch bisher sehr gering. Zwar finden sich in allen therapiebezogenen Arbeiten Hinweise, dass Psychotherapie wichtig ist und Empfehlungen hierzu,

die Datenlage ist jedoch eher dürftig. Aktuelle Übersichten der vergangenen Jahre kommen daher auch zu eher ernüchternden Einschätzungen bezüglich empirischer Studien zur Psychotherapie im Erwachsenenalter (z. B. Kordon & Kahl, 2004; Sobanski & Alm, 2005; Philipsen, Richter & Hesslinger, 2006). Ziel des vorliegenden Beitrages ist es, einen aktuellen Überblick zum Stand der Psychotherapie bei ADHS im Erwachsenenalter zu geben.

Indikation zur Psychotherapie

In allen Übersichten des englisch- und deutschsprachigen Raumes wird die psychotherapeutische Behandlung der

ADHS im Erwachsenenalter als Teil des Gesamtbehandlungsplanes im Sinne eines multimodalen Therapieprogramms gesehen, dessen Basis die pharmakologische Behandlung darstellen muss (vgl. Ebert, Krause & Roth-Sackenheim, 2003 sowie Kordon & Hofecker in diesem Heft). Ebert et al. (2003) kommen in ihren Leitlinienempfehlungen bezüglich der Psychotherapie zur Einschätzung der Evidenzstufe III (Empfehlungsgrad D), das heißt Evidenz aufgrund gut angelegter, nicht-experimenteller deskriptiver Studien. Bezüglich der Wirksamkeit einer Kombinationsbehandlung wird lediglich die Evidenzstufe IV (Empfehlungsgrad D) vergeben, das heißt die Evidenz wird lediglich aus Expertenmeinung und Konsensusentscheidungen abgeleitet.

Als Begründung für eine *Kombinationsbehandlung* bzw. *multimodale Therapie* lassen sich jedoch auch empirische Daten wie vor allem klinische Argumente finden. Nach Kordon und Kahl (2004) ist das Rationale einer multimodalen, psychotherapeutischen Interventionen einbeziehenden Therapie darin zu sehen, dass durch eine pharmakologische Behandlung nicht alle Symptombereiche gebessert werden. Eine gute Compliance und anhaltende Verhaltensänderungen können nur durch eine ausführliche Psychoedukation des Patienten und seiner Angehörigen erreicht werden, und die oft vorhandenen komorbiden Störungen müssen in die Therapie einbezogen werden. Allgemeine Empfehlungen in der Literatur gehen fast ausschließlich in Richtung des Einsatzes kognitiv-verhaltenstherapeutischer Interventionen. Selten finden sich Hinweise zur Anwendung tiefenpsychologisch orientierter Ansätze, diese zentrieren sich dann auch eher auf sekundäre Aspekte der Störung wie die oft vorliegende Selbstwertproblematik (z. B. Krause & Krause, 2005). Verschiedene Autoren (z. B. Ramsay & Rostain, 2005) weisen andererseits explizit darauf hin, dass unstrukturierte, freie Assoziationen favorisierende Therapien ineffektiv bei ADHS-Patienten sind, bedingt u. a. durch die mit der Störung assoziierten neuropsychologischen Defizite. Im Hinblick auf die *Indikation einer Psychotherapie* lassen sich aus der Literatur spezielle Begründungen ableiten, zum einen aus Verlaufsstudien sowie aus den Ergebnissen pharmakologischer Studien. Bezüglich des *Verlaufs der Störung* kann man sicherlich Ramsay und Rostain (2003) zustimmen: «Rather than <growing out of> ADHD, the symptoms seem to <grow with> the individual» (p. 320). So berichten Biederman, Mick & Faraone (2000) in ihrer Verlaufsstudie an Kindern, dass beim Übergang in das Erwachsenenalter sehr unterschiedliche Präsentationen der Störung zu erkennen sind. Neben einer sog. «syndromatic remission» (weniger als acht der möglichen 14 DSM-III-R Kriterien) unterscheiden sie weiter eine «symptomatic remission» (weniger als fünf Symptome, sog. subthreshold) und eine «functional remission» (weniger als fünf Symptome und keine funktionalen Beeinträchtigungen). Je nach Definition ergaben sich unterschiedlich viele Patienten mit zum Teil deutlichen Beeinträchtigungen, wobei vor allem im Bereich der Unaufmerksamkeit die relativ geringsten Verbesserungen zu erkennen waren. Zudem ist davon auszugehen, dass sich nicht alle Verände-

rungen simultan einstellen, das heißt nicht parallel auftreten, sondern mit zeitlicher Verzögerung. Veränderungen auf Symptomebene sind oft schon nach einigen Wochen zu beobachten, funktionale Veränderungen vielleicht erst nach Monaten, andere sogar erst allmählich nach Jahren (Weiss & Weiss, 2004).

Pharmakologische Studien weisen einerseits auf die überzeugende Wirksamkeit des Methylphenidats hin (z. B. Faraone, Spencer, Aleardi, Pagano & Biederman, 2004; s. a. Kordon & Hofecker in diesem Heft), andererseits zeigt sich bei einzelnen Patienten unterschiedliche Wirksamkeit bzw. Ablehnung der Behandlung. Letztere kann aus einer allgemeinen Einstellung oder, was jedoch seltener ist, aufgrund von erlebten Nebenwirkungen resultieren. Zudem wird die Pharmakotherapie trotz ihrer erwiesenen Wirksamkeit nicht durchweg positiv bewertet. Geringer erlebte Kreativität im Alltag oder ein verändertes Selbst- wie Fremdbild sind zum Teil als neue Probleme zu nennen (Frölich & Lehmkuhl, 2004). In der Literatur berichtete Response-Raten von Methylphenidat bei Erwachsenen schwanken stark und liegen zwischen 25 und 78 % (Sobanski & Alm, 2004) und unterstreichen damit auch, dass bei vielen, wenn nicht so gar allen Patienten, zumindest von einer «Restsymptomatik» auszugehen ist. Zudem ergeben sich natürlich auch durch die Kontinuität der Symptomatik vielfältige, im Laufe der Zeit entstandene Probleme in unterschiedlichen Funktionsbereichen, die auch bei guter Therapiereponse nicht sofort verschwinden. Aufgrund klinischer Beobachtungen und Berichten von Betroffenen ergibt sich zudem der starke Wunsch, nicht «nur» medikamentös behandelt zu werden, sondern bei der oft grundlegenden Veränderung der Lebenssituation zusätzliche Unterstützung zu erhalten. Für die *Therapie relevante Ziele* liegen in den mit der Störung assoziierten Bereichen (vgl. z. B. auch Barkley, 1998):

- *Leistungsbereich*: u. a. Organisationsprobleme, Probleme bei langweiligen, eintönigen Tätigkeiten, Verspätungen, Vergesslichkeit, impulsive Entscheidungen
- *Interpersoneller Bereich*: u. a. Probleme Freundschaften zu schließen und aufrecht zu erhalten, schlecht zuhören können, schnell aggressiv oder ärgerlich werden, Partnerkonflikte
- *Emotionaler Bereich*: u. a. geringes Selbstwertgefühl, Probleme, die Gefühle zu regulieren, demoralisiert
- *Adaptive Verhaltensprobleme*: u. a. Arbeitsplatzverlust, Probleme, die Finanzen zu managen, Probleme im Straßenverkehr, Probleme, den Haushalt zu organisieren

Allgemeine Überlegungen zur psychotherapeutischen Behandlung

Motivation und Fallkonzeption

Unter allgemeinen Gesichtspunkten spielt das von Prochaska et al. konzipierte Modell des «*readiness to change*»

(Stadium der Veränderungsmotivation) auch bei der Behandlung der ADHS eine Rolle (Ramsay & Rostain, 2003). Es wird hauptsächlich zwischen den Stadien der Absichtslosigkeit oder Sorglosigkeit, der Absichtsbildung oder des Bewusstwerdens, der Vorbereitung und der Handlung unterschieden. Bei der Planung einer geeigneten Intervention muss das Stadium der Motivation des Patienten berücksichtigt werden. Patienten, die sich zum Beispiel im Stadium der Absichtslosigkeit («ich habe kein Problem, meine Frau schickt mich») befinden, profitieren vor allem von der Psychoedukation und weniger von einem gezielten Aufbau von Alternativverhaltensweisen, da die Einsicht in die Notwendigkeit alternativen Verhaltens noch nicht vorhanden ist.

Wie im Rahmen einer Verhaltenstherapie üblich, sollte zu Beginn der Behandlung eine *Verhaltensanalyse* (case formulation) des Problemverhaltens vorgenommen werden, um so eine individuelle Fallkonzeption für jeden Patienten erstellen zu können. Unter verhaltensanalytischen Überlegungen gilt es auch die bisherigen Kompensationsstrategien zu erfassen, die auf den ersten Blick meist plausibel und richtig erscheinen, oft jedoch auf maladaptiven Schemata beruhen. Beispiele hierfür finden sich zum Beispiel bei Ramsay und Rostain (2003). Es gilt eine Verbindung herzustellen zwischen bisherigen Erfahrungen, daraus entstandenen Grundannahmen und Schemata und ihrer Relevanz für die aktuelle Situation. Viele Ansätze orientieren sich an der *kognitiven Therapie* nach A. T. Beck und in jüngster Zeit auch an der *Schematherapie* von J. Young. Wiederholte negative Erfahrungen (chronische und wiederkehrende Frustrationen bei ADHS-Patienten) und negative Rückmeldungen der Umwelt (z. B. «schwierig», «sprunghaft») führen zu spezifischen negativen Gedanken über sich und die Welt und sind in so genannten Schemata verankert (vgl. Young, Klosko & Weishaar, 2005). Ramsay und Rostain (2003) nennen folgende bei ADHS typische Schemata: «Unzulänglichkeit» (z. B. Ich bin nicht in Ordnung), «Erfolglosigkeit» (z. B. Ich werde es sowieso nicht schaffen) oder «Undiszipliniertheit» (z. B. Ich bin nicht diszipliniert genug, um das Ziel zu erreichen). Zur Kompensation der dysfunktionalen Schemata entwickeln viele ADHS-Patienten ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten. So wird zum Beispiel das Schema «Erfolglosigkeit» durch Vermeidungsstrategien kompensiert, indem unter anderem neue und schwierige Aufgaben nicht in Angriff genommen, Prioritäten für die Erledigung von Aufgaben nicht adäquat gesetzt oder Aufgaben nicht zu Ende geführt werden.

Rolle des Therapeuten

Nach Ansicht der meisten Autoren kommt dem Therapeuten eine aktive Rolle zu. Dies betrifft zum einen die genaue Strukturierung der Sitzungen und die Fokussierung der Themen. Begründet wird dies unter anderem damit, dass sonst für den Patienten die Gefahr wiederholter Frustrationen besteht (z. B. Ziele wieder nicht erreicht zu haben).

Andererseits ist zum Verständnis der Problematik des Patienten Empathie und Wertschätzung notwendig. Nach Ramsay und Rostain (2005) beinhaltet dies zum Beispiel einen vorsichtigen Umgang mit Kritik beim Nichterledigen von vereinbarten Hausaufgaben, da Kritik dysfunktionale Schemata wie zum Beispiel «Unzulänglichkeit» aktivieren kann. Auch Hesslinger et al. (2002, Hesslinger, Philipsen, Richter & Ebert, 2003) konnten als ein Ergebnis ihrer Studie auf die vom Patienten erlebten positiven Interaktionen mit dem Therapeuten als wichtigen Therapiefaktor hinweisen.

Psychoedukation

Psychoedukation ist ein zentraler Baustein aller zu ADHS im Erwachsenenalter publizierten Therapieprogramme (vgl. hierzu allgemein auch Angenendt & Stieglitz, 2002). Dabei ist der Therapeut die wichtigste Informationsquelle. Aber auch Bücher (vgl. auch Tab. 1) und das Internet sind wichtige Informationsquellen und können im Rahmen der Psychotherapie gezielt genutzt werden (Ramsay & Rostain, 2005). Durch die neuen Informationen ist der Patient

Tabelle 1

Patientenratgeber zur ADHS im Erwachsenenalter (Auswahl)

- Bernau, S. (2002). *Alles über ADS bei Erwachsenen*. Freiburg: Herder.
- Claus, D., Aust-Claus, E. & Hammer, P.-M. (2002). *A. D. S. (ADS). Das Erwachsenen-Buch. Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom*. Ratingen: Oberstebrink.
- Hallowell, E. M. & Ratey, J. J. (1998). *Zwanghaft zerstreut. ADD die Unfähigkeit, aufmerksam zu sein*. Reinbek: Rowohlt.
- Neuy-Bartmann, A. (2005). *ADS. Erfolgreiche Strategien für Erwachsene und Kinder*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ryffel-Rawak, D. (2003). *Wir fühlen uns anders. Wie betroffene Erwachsene mit ADS/ADHS sich selbst und ihre Partnerschaft erleben*. Bern: Huber.
- Ryffel-Rawak, D. (2004). *ADS bei Erwachsenen*. Bern: Huber.
- Ryffel-Rawak, D. (2004). *ADHS bei Frauen – den Gefühlen ausgeliefert*. Bern: Huber.
- Schäfer, U. & Rüther, E. (2005). *ADHS im Erwachsenenalter. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige*. Göttingen: Hogrefe.
- Solden, S. (2001). *Die Chaos-Prinzessin* (3. Aufl.). Forchheim: Bundesverband Aufmerksamkeitsstörungen.
- Weiss, L. (2003). *Leben mit ADS*. Moers: Brendow.
- Weiss, L. (2003). *ADS im Job*. Moers: Brendow.
- Wender, P. (2002). *Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Ein Ratgeber für Betroffene und Erwachsene*. Stuttgart: Kohlhammer.

in der Lage, seine dysfunktionalen Grundannahmen und Schemata in Frage zu stellen, zu überprüfen und zu modifizieren.

Besonderheiten in der Behandlung von ADHS-Patienten

Ramsay und Rostain (2005) weisen auf einige Probleme in der Therapie hin, die speziell im Zusammenhang mit der ADHS-Symptomatik zu sehen sind. Dazu zählt zum Beispiel das Versäumen von Terminen, unregelmäßige Medikamenteneinnahme, das Nichteinhalten von Vereinbarungen, das Nichterledigen von Hausaufgaben bis hin zur Tendenz zur Selbstmedikation. Wie bereits erwähnt, ist eine wertschätzende und ermutigende Haltung des Therapeuten sehr wichtig, um nicht maladaptive Schemata und Grundannahmen auszulösen. Beim Nichteinhalten von Vereinbarungen sollte der Schwerpunkt auf der Verhaltens-, Lösungs- und Präventionsanalyse liegen, damit in Zukunft solche therapieschädigenden Verhaltensweisen reduziert werden können. Für den Therapeuten ist es hilfreich, wenn er sich immer wieder bewusst macht, dass es sich um eine primär neurobiologische und nicht um eine «neurotische» Störung handelt. Die meisten Patienten fühlen sich zu Beginn der Therapie und den damit verbundenen Schwierigkeiten ausgeliefert. Am Ende der Therapie sollte der Patient an Selbstbewusstsein dazu gewonnen haben und Fertigkeiten in Umgang mit den störungsspezifischen Problemen der ADHS haben. Die ADHS sollte nicht mehr das Leben des Patienten kontrollieren, sondern er sollte Kontrolle über die ADHS haben. Daher kann man sicherlich Murphy (2005, p. 609) zustimmen: «It is more accurate to see treatment in terms of symptomatic relief or *learning how to manage symptoms and cope with the challenges that the disorder presents across the life span*».

Setting

In Arbeiten zur Psychotherapie der ADHS bei Erwachsenen finden sich Vorschläge und Empfehlungen für alle auch sonst in der Psychotherapie vorzufindenden Settings, das heißt Einzel-, Gruppen-, Paar- und Familientherapie. Erste Evaluationsergebnisse liegen jedoch nur für kognitiv-behaviorale Einzel- und Gruppentherapien vor (s. u.). Für *Einzeltherapie* spricht die Möglichkeit einer individuellen Fallkonzeption mit der Arbeit an konkreten Schwierigkeiten und persönlichen dysfunktionalen Schemata unter Einbezug der Lerngeschichte. Wie bei anderen Störungen auch, werden *Gruppentherapien* als wichtige Quelle für Unterstützung, Psychoedukation, Akzeptanz und Validierung gesehen (Murphy, 2005). Patienten haben bisher meist keinen Austausch mit anderen Betroffenen gehabt und machen oft erstmals die Erfahrung, dass nicht nur sie alleine diese speziellen Schwierigkeiten haben. Auf einmal fühlen sie sich nicht als Außenseiter, sondern zu einer Gruppe zu-

gehörig. Hinsichtlich der Struktur von Gruppentherapien gibt Murphy (2005) folgende Empfehlungen: Zeitbegrenzung, Festlegung spezifischer Ziele und Themen, nicht mehr als zehn Teilnehmer und semistrukturierte Form. Weiterhin empfiehlt er, in Vorgesprächen mit den potenziellen Teilnehmern darauf zu achten, solche nicht aufzunehmen, bei denen das Risiko besteht, dass sie den Rahmen der Gruppe «sprengen» könnten. Hier handelt es sich vorwiegend um Patienten, die komorbid zu ADHS eine schwere Persönlichkeitsstörung oder Abhängigkeitserkrankung haben. Bei diesen wäre unter Umständen daran zu denken, zunächst eine Einzeltherapie durchzuführen. Bezüglich der mit der ADHS oft assoziierten Partnerschafts- bzw. Familienproblematik bieten sich prinzipiell auch *Paar- und Familientherapie* an.

Spezifische psychotherapeutische Behandlungsansätze

Kognitive und Verhaltenstherapie

Von Safren et al. (2005b, s. a. Safren, Sprich, Chulvick & Otto, 2004) liegt inzwischen ein manualisiertes kognitiv-behaviorales Konzept für die Einzeltherapie vor, das in einer randomisierten kontrollierten Studie (Safren et al., 2005a) evaluiert wurde. In Tabelle 2 ist der Ablauf der Behandlung dargestellt.

Das Behandlungskonzept basiert auf einem kognitiven Modell (Safren, Perlman, Sprich & Otto, 2005b; vgl. auch Abb. 1). Das Modell geht von einer neuropsychiatrischen Beeinträchtigung (v. a. Aufmerksamkeit und Selbstregulation) aus, die bereits in der Kindheit vorhanden ist und Betroffene daran hindert, effektive Copingstrategien zu entwickeln (z. B. Organisation, Planung und Erledigung von Aufgaben). Dadurch bleiben Betroffene häufig hinter ihren Erwartungen zurück und erleben immer wieder Misserfolge und negative Rückmeldungen von Lehrern, Vorgesetzten, Kollegen, Eltern und Freunden. Dies kann wiederum zu dysfunktionalen Kognitionen und Grundannahmen führen, in deren Folge Stimmungsschwankungen, Niederge-

Tabelle 2
Ablauf der kognitiv-behavioralen Therapie nach Safren et al. (2005b)

	Inhalt	Anzahl Sitzungen
Basismodul 1	Psychoedukation Organisation und Planung	4
Basismodul 2	Umgang mit Ablenkbarkeit	3
Basismodul 3	Kognitive Restrukturierung	nicht festgelegt bzw. keine Empfehlung
Optionale Module	Umgang mit Hinauszögern Umgang mit Ärger und Frustration Kommunikation	nicht festgelegt bzw. keine Empfehlung

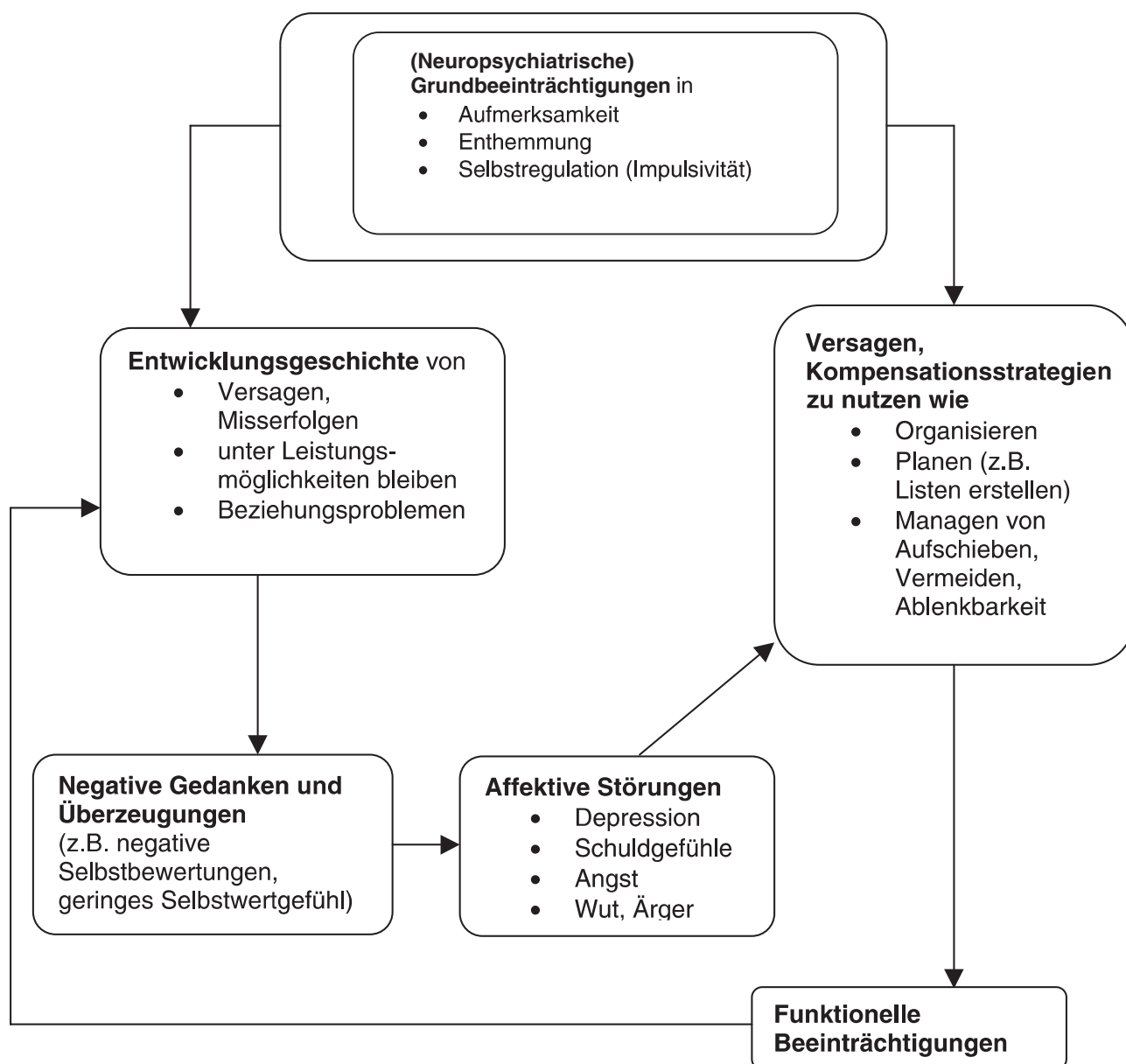


Abbildung 1. Kognitiv-behaviorales Modell der Entwicklung der ADHS im Erwachsenenalter (nach Safren et al., 2004, 2005b).

schlagenheit, Ärger und Vermeidungsverhalten auftreten. Die Behandlung besteht aus drei Basismodulen, die alle Patienten erhalten und drei weiteren optionalen Modulen, die je nach den Problembereichen des Patienten durchgeführt werden. Die *Basismodule* sind 1) Psychoedukation/Organisation und Planung (vier Sitzungen), 2) Umgang mit Ablenkbarkeit (drei Sitzungen) und 3) kognitive Restrukturierung. Die *optionalen Module* beinhalten 1) Umgang mit «Aufschieben», 2) Umgang mit Ärger und 3) Kommunikation. Im ersten Basismodul lernen die Patienten nach ausführlicher Psychoedukation das Einsetzen eines Notizbuches und eines Terminplaners (Organizer), das Führen von «to do»-Listen und das Zerlegen von umfang-

reichen Aufgaben in mehrere kleine Aufgaben («Salami-taktik»). Im zweiten Basismodul geht es vor allem darum zu lernen, die eigene Aufmerksamkeitsspanne für eine bestimmte Aufgabe zu bestimmen und die jeweiligen Aufgaben diesbezüglich in Teilaufgaben aufzugliedern. Auch lernen die Patienten das Einsetzen von einer Stoppuhr («Timer») zur Motivation, an einer Aufgabe zu bleiben. Ebenfalls wurden die Patienten instruiert, störende und ablenkende Gedanken während einer Aufgabe aufzuschreiben, danach zur Aufgabe zurückzukehren und sich erst nach Beendigung der Aufgabe diesen Gedanken zu widmen («distractability delay»). Die kognitive Restrukturierung im dritten Basismodul wird in Anlehnung an die kog-

nitive Therapie von A. T. Beck durchgeführt. Darüber hinaus sind noch drei optionale Module vorhanden (Umgang mit Hinauszögern, Umgang mit Ärger und Frustration, Kommunikation).

Stevenson, Stevenson und Whitmont (2003) bieten eine aus drei Sitzungen bestehende kognitiv-behaviorale Einzeltherapie an, die auf einem eigens für das Behandlungsprogramm geschriebenen Selbsthilfebuch basiert. Im Buch werden Hinweise zum Störungsbild der ADHS, zum Umgang mit Aufmerksamkeits- und Motivationsschwierigkeiten, zur Kommunikation, Organisation, Impuls- und Ärgerkontrolle und zum Aufbau von Selbstwertgefühl gegeben. Jeder Patient bekommt eine so genannte Unterstützungsperson, die einmal wöchentlich telefonisch an die Erledigung von Aufgaben erinnert. Die Therapiesitzungen dienen dem Überblick und der Zusammenfassung des Erreichten bzw. vorhandener Schwierigkeiten sowie der Motivation, am Behandlungsprogramm weiter teilzunehmen.

McDermott (1999) setzt kognitive Strategien zur Veränderung bereits lange bestehender dysfunktionaler Kognitionen ein. So lernen Betroffene zum Beispiel, das Nichterreichen eines Ziels als Teil eines natürlichen Veränderungsprozesses zu verstehen und nicht als etwas Katastrophales und als Beweis für die eigene Inkompetenz zu bewerten. Dadurch wird die Frustrationstoleranz gesteigert und ihre Einstellung zu einer bestimmten Aufgabe bleibt positiver. Ramsay und Rostain (2005) betonen die Wichtigkeit der Arbeit an dysfunktionalen Schemata und daraus resultierenden Copingstrategien. Hier erwähnen sie vor allem die Arbeit am Vermeidungsverhalten, das sehr löschungsresistent ist, da es kurzfristig negativ verstärkt wird.

Gruppentherapie und Fertigkeitentraining in der Gruppe

Ein kognitives Remediationsprogramm zur Gruppenbehandlung wurde von Stevenson, Whitmont, Bornholt, Livesey und Stevenson (2002) entwickelt. Es handelt sich um eines der ersten Behandlungsprogramme, das im Rahmen einer randomisierten, kontrollierten Studie evaluiert wurde. Das Behandlungsprogramm besteht aus drei Komponenten: Acht wöchentliche Gruppensitzungen, die von einem Therapeuten geleitet werden, Einsatz eines Coaches sowie ein Arbeitsbuch mit Übungen für die Gruppenteilnehmer. Die Inhalte der Gruppe werden anhand von Berichten zur Symptomatik der ADHS im Erwachsenenalter festgelegt. Folgende Bereiche werden in der Gruppensitzung behandelt: Motivation, Konzentration, Zuhören, Impulsivität, Organisation, Umgang mit Ärger und Selbstwertgefühl. Anhand der vorhandenen psychologischen Literatur wurden Behandlungsstrategien für die verschiedenen Symptome festgelegt. So wurden zum Beispiel bei der Impulsivität Strategien aus dem Selbstinstruktionstraining von Meichenbaum und Godman vermittelt. Hervorzuheben ist, dass jedem Gruppenteilnehmer ein im Rahmen des Gruppenprogramms ausgebildeter Coach an

die Seite gestellt wird, der bei der Durchführung von Hausaufgaben Unterstützung gibt.

Das Fertigkeitentraining mit Modulen aus der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT nach Linehan) stellt einen weiteren wichtigen Baustein in den psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten der ADHS dar. Da einige der Symptome der ADHS sich mit den Symptomen einer Borderlinestörung decken, hat eine deutsche Arbeitsgruppe (Hesslinger et al., 2002) einige Module aus der DBT für die Behandlung der ADHS adaptiert. Neben der Psychoedukation, Hilfen beim Umgang mit Chaos und Desorganisation sowie Informationen über mögliche komorbide psychische Störungen und Probleme (v. a. Depression, Sucht und Partnerschaftsproblemen) liegt der Schwerpunkt auf den Modulen der DBT. Zu Beginn des Gruppenprogramms bekommen die Teilnehmer eine Einführung in das aus dem Zen-Buddhismus abgeleiteten Achtsamkeitstraining. Durch ein konsequentes Achtsamkeitstraining soll die Aufmerksamkeit und Konzentration verbessert werden. Die Analyse problematischer Verhaltensweisen ist ein weiterer wichtiger Fokus der Behandlung. Die Gruppenteilnehmer lernen ungünstige Verhaltensmuster zu analysieren und Strategien zur Erreichung eines erwünschten Zieles aufzubauen. Weitere aus der DBT adaptierte Module sind «Gefühlsregulation» und «Umgang mit Impulsivität». Das Training besteht aus 13 Gruppensitzungen à zwei Stunden im wöchentlichen Rhythmus. Jede Sitzung beginnt mit einer Achtsamkeitsübung, im Anschluss daran werden Hausaufgaben besprochen. Nach der Pause, in der Mitte der Gruppensitzung, werden neue Inhalte vermittelt und Hausaufgaben bis zur nächsten Sitzung festgelegt.

Coaching

Im Zusammenhang mit der Behandlung der ADHS wird häufig das Coaching genannt, obwohl bisher keine systematischen Studien dazu vorliegen.

Coaching unterscheidet sich erheblich von einer traditionellen Psychotherapie (Favorite, 1995). Beim Coaching geht es darum, dass der Patient seine Aufgaben erledigt und persönliche Ziele erreicht (z. B. Prüfung ablegen, Examensarbeit schreiben). Das Coaching legt den Fokus auf «was, wie und wann mache ich etwas» und nicht auf «warum mache ich etwas». Dabei wird davon ausgegangen, dass der Patient bereit und willig ist, mit dem Coach in einer Art Partnerschaft zusammenzuarbeiten. Die Aufgaben des Coachs sind dann in folgenden Punkten zu sehen: Festlegung von Zielen und Unterstützung bei deren Erreichung, Bewertung der eingeschlagenen Strategien und ggf. deren Veränderung, Rückmeldung geben, Organisationsstrategien vorgeben und den Patienten «bei der Stange halten». Der Coach gibt ebenfalls Tipps und übt Druck auf den Patienten aus, wenn dies notwendig und erwünscht ist. Auch kann er dabei unterstützen, dass der Patient an einer Aufgabe dranbleibt und diese beendet, auch wenn die Motivation kaum noch vorhanden ist. Es gibt keine Standardmethode im Coaching, sondern es basiert auf den Wün-

schen des Patienten und seiner Ziele, die er erreichen möchte. Der Coach arrangiert die Umwelt so, dass externe Reize dem Patienten Hilfestellung bei der Bewältigung der Aufgaben geben. Der Coach hat damit die Funktion eines Assistenten, der kognitive Defizite kompensiert und dabei hilft, neue Strukturen zu implementieren. Coaching kann im persönlichen Gespräch stattfinden, per Telefon oder per E-Mail. Häufig ist es auch eine Kombination aus allen drei Methoden. Manche Patienten ziehen tägliche Telefonkontakte einem längeren persönlichen Gespräch einmal pro Woche vor. Als Coach können Partner oder Freunde, besser jedoch neutrale Personen tätig sein. Der Unterschied zur Psychotherapie besteht darin, dass es sich um eine pragmatische Implementierung von Zielen des Patienten handelt, nicht einsichts-orientiert ist, sondern aktions- und zielorientiert. Coaching ist somit handlungsbezogen und stellt lediglich eine Ergänzung zur Medikation und Psychotherapie dar.

Paar- und Familientherapie

Die täglichen Schwierigkeiten, die sich in der Folge einer ADHS ergeben, beeinflussen häufig die Beziehung zu Partnern, Kindern und anderen Familienmitgliedern. Typische Klagen von Partnern von ADHS-Patienten gehen in die Richtung: Vergesslich, unzuverlässig, schlechter Zuhörer, selbstbezogen, «Messie», desorganisiert oder beende Dinge nicht (Murphy, 2005). Daraus resultiert oft das Gefühl der Überforderung oder ein «weiteres Kind» zu haben. Eine Überprüfung und Analyse der Partnerschaft im Rahmen einer Therapie muss unter dem Blickwinkel der ADHS erfolgen. Dazu ist es notwendig, durch Psychoedukation zum besseren gemeinsamen Verständnis der Störung und der Konflikte in der Partnerschaft zu gelangen. Es ist wichtig zu vermitteln, dass die Schwierigkeiten des Partners nicht absichtlich von ihm verursacht werden, sondern Symptome der ADHS sind. Jedoch ist auch darauf zu achten, dass die ADHS dem Patienten nicht als «Ausrede» für maladaptives Verhalten dient, da sonst keine reale Chance für eine Veränderung besteht. Durch eine Paartherapie kann das Paar eine neue Sichtweise ihrer Beziehung bekommen, gegenseitige Abwertungen aufgeben und beginnen, als «Team» zusammenzuarbeiten, um Konflikte zu reduzieren (Murphy, 1998). Mögliche Erklärungen für wiederkehrende Probleme in Beziehungen können einerseits in sozialen Defiziten und Schwierigkeiten im Bereich der Kommunikation, andererseits in Schwierigkeiten, soziale Hinweise (z. B. Körpersprache) bedingt durch die ADHS-Symptomatik falsch zu interpretieren, liegen (Robbins, 2005). Ein reduziertes Selbstvertrauen, unter anderem bedingt durch wiederholte Beziehungsabbrüche, Kritik oder Ablehnungen kann als weiterer kritischer Faktor genannt werden. Nach Robbins (2005) sind speziell folgende Faktoren im Zusammenhang mit konflikthaften Partnerschaften zu nennen: Gefühl der Unterstimulation in

einer festen Partnerschaft (dadurch Konfliktsuche), erhöhte emotionale Reagibilität und Sensibilität, Überreaktionen, impulsives Verhalten und Desorganisation. Robbins sieht Ansatzpunkte für therapeutische Interventionen in der so genannten «Imago Relation Therapy», deren Hauptintervention der sog. «couple's dialogue» ist. Dieser fokussiert auf die Verbesserung der kommunikativen Fertigkeiten, Selbstkontrolle und Problemlösefertigkeit und berücksichtigt die neuropsychologischen Defizite der ADHS. Leider liegen bisher keine empirischen Daten zur Effektivität dieser oder anderer paar- und familientherapeutischen Interventionen vor.

Gemeinsamkeiten der Behandlungsansätze

In den bisher publizierten Behandlungsmanualen und -hinweisen für die Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter wird die ausführliche Information und Psychoedukation zum Störungsbild und dessen Folgen betont. Dabei ist es wichtig, den neurobiologischen Hintergrund mit der Beeinträchtigung der Exekutivfunktionen zu betonen. Bei der Psychoedukation kommt den Selbsthilferatgebern eine entscheidende Rolle zu (siehe auch Tab. 1). Eine pragmatische und an der individuellen Situation des Patienten orientierte Behandlungskonzeption wird betont. Dabei übernimmt der Therapeut eine aktive, motivierende und unterstützende Rolle. Die eingesetzten Interventionen sind als kognitiv-verhaltenstherapeutisch zu klassifizieren.

Therapiebegleitende Diagnostik

Den Therapieverlauf und -erfolg mittels Messinstrumenten zu evaluieren, entwickelt sich allmählich zu einem allgemein akzeptierten Standard (vgl. Stieglitz, 2006). Dies gilt gleichermaßen für die Behandlung der ADHS, stellt sich dort jedoch schwieriger dar, da das Instrumentarium im Vergleich zu anderen psychischen Störungen wie Depressionen oder Angststörungen zur Zeit noch begrenzt ist (vgl. auch Stieglitz & Rösler in diesem Heft). Als Hilfsmittel für die Diagnosestellung steht eine Reihe von Verfahren zur Verfügung, nicht jedoch für die Therapieevaluation. Hier müssen zurzeit noch pragmatische Lösungen gesucht werden. So bietet es sich an, zum Beispiel die ADHS-SB von Rösler et al. (2004) auch als Verlaufsindikator zu nutzen. Als allgemeines Instrument zur Therapiezieldefinition und -evaluation kann auch bei ADHS-Patienten das Goal Attainment Scaling (GAS; vgl. im Überblick Stieglitz & Haug, 1997) gewinnbringend eingesetzt werden. Als nicht standardisierte Instrumente bieten sich Selbstbeobachtungsbögen oder auch Tagebuchaufzeichnungen an. Tägliche mehrfach einsetzbare Befindlichkeitsskalen (z. B. visuelle Analogskalen) erlauben zum Beispiel eine differenzierte Dokumentation von Stimmungsverläufen (vgl. im Überblick Stieglitz, Baumann & Freyberger, 2001). Für die Evaluation der langfristigen Wirksamkeit bieten sich Ska-

len zur Erfassung von Beeinträchtigungen oder auch der Lebensqualität an (vgl. Stieglitz & Rösler in diesem Heft).

Empirische Datenbasis der Psychotherapie bei ADHS im Erwachsenenalter

Versuche, mittels gängiger Literatursuchprogramme empirische Studien zur Psychotherapie bei ADHS im Erwachsenenalter zu finden, sind bisher meist wenig erfolgreich. Recherchen mittels PubMed (16.12.2005) mit den Stichworten «RCT» and «ADHD» and «Adults» and «Psychotherapy» (bzw. «psychosocial interventions», «psychological therapy», «psychological interventions») ergaben nicht einen Treffer. Ohne den Begriff «RCT» ergaben sich 131 Suchergebnisse, bei denen es sich jedoch meist um allgemeine Arbeiten handelte, in denen dann auch nur kurz Bezug zur Psychotherapie genommen wurde. Von daher muss man sicherlich Murphy (2005) gegenwärtig leider noch zu-

stimmen, wonach «our treatment choices remain largely at the level of anecdotal evidence, clinical experience, common sense, and, in some cases, extrapolations from child ADHD literature» (p. 609 f.).

In Tabelle 3 finden sich bisher publizierte empirische Arbeiten zum Thema Psychotherapie im Erwachsenenalter. Gemeinsam ist allen Arbeiten, dass es sich meist um Patienten handelt, die auch pharmakologisch behandelt wurden (meist mit Methylphenidat). Eine alleinige Psychotherapie scheint wenig erfolgversprechend zu sein, was aufgrund des bisherigen Kenntnisstandes zur Ätiologie und Pathogenese der Störung nachvollziehbar ist (vgl. hierzu auch Rösler & Retz sowie Kordon & Hofecker in diesem Heft).

Eine der ersten Arbeiten zur Psychotherapie wurde von Wiggins, Singh, Getz und Hutchins (1999) vorgelegt. In einem auf vier Sitzungen angelegtes Gruppenprogramm wurden eine Therapie- und eine Kontrollgruppe verglichen. Unter Einbeziehung individueller Problembereiche handelt es sich eher um einen psychoedukativen Ansatz. Im Prä-Post-Vergleich wurde nur die ADHS-Symptomatik analysiert mit Hinweisen auf signifikante Überlegenheit

Tabelle 3

Empirische Studien zur Psychotherapie bei ADHS mit Erwachsenen

Autor(en)	Therapie	Untersuchungsdesign	Outcomemaße	Ergebnisse
Wiggins et al. (1999)	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppentherapie • 4 Sitzungen • Psychoedukation 	<ul style="list-style-type: none"> • Nicht randomisiert • Versuchsgruppe (N = 9) vs Kontrollgruppe (N = 8) • Prä-Post-Vergleich 	Eindimensional: ADHS-Symptomatik	Signifikante Überlegenheit der Versuchsgruppe
Wilens et al. (1999)	<ul style="list-style-type: none"> • Einzeltherapie • Kognitive Therapie, modifiziert i. H. auf ADHS 	<ul style="list-style-type: none"> • Retrospektive Auswertung systematisch dokumentierter Patienten • N = 26 • Keine Kontrollgruppe • Prä-Post-Vergleich 	Mehrdimensional: neben ADHS-Symptomatik u. a. Depression, Angst	Signifikante Verbesserung in allen Bereichen
Hesslinger et al. (2002)	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppentherapie • Modifiziertes Therapieprogramm von Linehan • 13 Sitzungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Versuchsgruppe (N = 11/8) • Offene Studie • Keine Kontrollgruppe • Prä-Post-Vergleich 	Mehrdimensional: neben ADHS-Symptomatik u. a. Depression, Angst	Signifikante Verbesserung in allen Bereichen
Stevenson et al. (2002)	<ul style="list-style-type: none"> • Kognitive Remediation • 8 zweistündige Sitzungen pro Woche 	<ul style="list-style-type: none"> • randomisiert • Versuchsgruppe (N = 22) vs Kontrollgruppe (N = 21) • Prä-Post-Vergleich • 2-Monats- und Ein-Jahres-Follow-Up 	Mehrdimensional: neben ADHS-Symptomatik u. a. Selbstwert, Ärger, Compliance	Signifikante Verbesserung der Versuchsgruppe gegenüber Kontrollgruppe in allen Bereichen
Stevenson et al. (2003)	<ul style="list-style-type: none"> • Einzeltherapie • Selbsthilfemanual mit minimalem Therapeutenkontakt 	<ul style="list-style-type: none"> • randomisiert • Versuchsgruppe (N = 17) vs Kontrollgruppe (N = 18) • Prä-Post-Vergleich • 2-Monats-Follow-Up 	Mehrdimensional: neben ADHS-Symptomatik u. a. Selbstwert, Ärger, Compliance	Signifikante Verbesserung der Versuchsgruppe gegenüber Kontrollgruppe in allen Bereichen
Safran et al. (2005)	<ul style="list-style-type: none"> • Einzeltherapie • Kognitiv-behavioral • 3 Grundmodule und 3 optionale Module 	<ul style="list-style-type: none"> • randomisiert • Versuchsgruppe (N = 16) vs Kontrollgruppe (N = 15) • Prä-Post-Vergleich 	Mehrdimensional: neben ADHS-Symptomatik u. a. Depression, Angst	Signifikante Verbesserung der Versuchsgruppe gegenüber Kontrollgruppe in allen Bereichen
Ramsay (2005)	<ul style="list-style-type: none"> • Einzeltherapie • Kognitiv-behavioral • 16 Sitzungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Offene Studie • Versuchsgruppe (N = 43) vs Kontrollgruppe (N = 19) 	Mehrdimensional: neben ADHS-Symptomatik u. a. Depression, Angst	Signifikante Verbesserung der Versuchsgruppe in allen Bereichen; Vergleich mit Kontrollgruppe steht noch aus

der Therapiegruppe. Kritisch ist an dieser Studie unter anderem anzumerken, dass es keine randomisierte Zuordnung zu den Bedingungen gab, die Stichproben sehr klein und zudem nur bedingt vergleichbar waren und keine multivariate Auswertung erfolgte.

Wilens et al. (1999) analysierten retrospektiv ehemals prospektiv dokumentierte, konsekutiv behandelte Patienten. Die Ergebnisse der kognitiven Therapien waren mittels verschiedener Testverfahren dokumentiert worden. Die kognitive Therapie wurde dabei im Hinblick auf die ADHS modifiziert, das heißt sie orientiert sich an den ADHS-spezifischen Symptomen und damit einhergehender weiterer Symptomatik sowie an kognitiven Schemata. Es zeigten sich bei den meisten Patienten signifikante Verbesserungen in den Outcome-Variablen (u. a. ADHS Symptomatik, Depression, Clinical Global Impressions). Kritisch ist an dieser Studie anzumerken, dass es sich nicht um eine kontrollierte Studie handelt, fast nur Männer in der Stichprobe waren und sich die Analyse zum Teil auf Krankengeschichtsanalysen beschränken musste.

Hesslinger et al. (2002) modifizierten den zunächst für Borderline-Patientinnen entwickelten Ansatz von Linehan (s. a. vorherigen Abschnitt) im Hinblick auf ADHS. Das aus 13 Sitzungen bestehende Gruppenprogramm wurde in einer offenen Studie überprüft und zeigte im Prä-Post-Vergleich signifikante Verbesserungen in allen erfassten Variablen. Auch hier gelten die bereits bei anderen Studien genannten Probleme der fehlenden Kontrollgruppe und die geringe Stichprobengröße.

Stevenson et al. (2002) überprüften in einer randomisierten kontrollierten Studie die Wirksamkeit eines kognitiven Remediationsprogramms (8 × 2-stündige Sitzungen, manualisiert, Hausaufgaben) im Vergleich zu einer Wartekontrollgruppe. Das Programm fokussierte auf zentrale Aspekte der Störung wie Aufmerksamkeit, Motivation, Organisation, Impulsivität, Ärgerkontrolle und Selbstwert. Neben dem Prä-Post-Vergleich wurden 2-Monats- und 1-Jahres-Follow-Ups durchgeführt. In allen relevanten Outcomevariablen (u. a. ADHS-Symptomatik, Ärger) zeigten sich die signifikante Überlegenheit der Versuchsgruppe. Klinische Verbesserungen blieben auch noch nach einem Jahr erhalten.

Stevenson et al. (2003) untersuchten in einem randomisierten Design in einem einzeltherapeutischen Setting eine Art Selbsthilfeprogramm mit minimalem Therapeutenkontakt (vgl. hierzu auch Angenendt & Stieglitz, 2002). Grundlage des Programms war ein Selbsthilfebuch (Inhalt u. a. Psychoedukation, Kommunikationsskills, Hinweise zur Organisation) sowie drei Therapiesitzungen. Zusätzlich zum Einsatz kamen so genannte «support persons» (Psychologiestudenten) mit wöchentlichem Kontakt (u. a. Erinnerung an Aufgaben, Bewertung der Compliance). Das Ausmaß der Symptomverbesserung war signifikant. Die Effektstärke der Hauptoutcomevariablen (ADHD Rating Scale nach DSM-IV) betrug 1.4 und ist im Vergleich zu anderen Studien, die auf Selbsthilfseinsätzen basieren, als hoch zu bewerten (Range dort .20–1.3). Einschränkend ist

auch hier die Stichprobengröße zu werten, bei der Kontrollgruppe handelte es sich um eine Wartelisten-Kontrollgruppe und das Hauptoutcome war allein ein Selbstbeurteilungsverfahren.

Safran et al. (2005b) publizierten die erste im engeren Sinne als randomisierte Psychotherapiestudie zu bezeichnende Untersuchung. Das aus drei Grundmodulen und drei Zusatzmodulen bestehende kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapieprogramm wurde an einer Versuchsgruppe ($N = 16$) und einer Kontrollgruppe ($N = 15$) in einem Prä-Post-Vergleich untersucht. Outcomemaße waren sowohl Selbst- als auch Fremdbeurteilungsverfahren. Die Ergebnisse weisen auf die Wirksamkeit hin. Neben der auch hier noch relativ kleinen Stichprobe lässt sich weiterhin als Kritik festhalten, dass u. a. die Pharmakotherapie nicht kontrolliert wurde und in der Kontrollgruppe keine Placebo-komponenten enthalten waren.

In einer noch nicht offiziell publizierten Arbeit von Rostain und Ramsay (Ramsay, 2005) wurde in einer offenen klinischen Studie ein über 16 Sitzungen gehendes kognitiv-verhaltenstherapeutisches Programm untersucht (Versuchsgruppe $N = 43$; therapeutisch heterogene Kontrollgruppe $N = 19$). Das mehrdimensional erfasste Outcome weist auch hier nach vorläufigen Analysen auf die Wirksamkeit im Prä-Post-Vergleich hin.

Versucht man eine zusammenfassende Bewertung der aktuellen empirischen Datenlage bezüglich der psychotherapeutischen Behandlung, so kann man zunächst festhalten, dass in allen Studien die Wirksamkeit gezeigt werden konnte, wobei es sich in allen Studien meist auch um medizierte Patienten handelte. Aufgrund zum Teil großer methodischer Probleme lässt sich jedoch zur Zeit keine abschließende Bewertung der Wirksamkeit der Psychotherapie vornehmen. Folgende Kritikpunkte lassen sich bezüglich der Studien zusammenfassen:

- kaum randomisierte kontrollierte Studien,
- unzureichende Definition der Kontrollgruppen (keine Placebokomponente),
- fast durchgängig zu geringe Stichprobengrößen,
- unzureichende Kontrolle von Randbedingungen (vor allem Medikation, Komorbidität),
- keine einheitlichen Outcomemaße.

Schlussbemerkungen

In der Behandlung der ADHS im Erwachsenenalter ist heute der Stellenwert psychologischer Interventionen in Kombination mit einer pharmakologischen Basisbehandlung weitestgehend unumstritten. Begründet wird dies mit dem Verlauf der Störung unter selbst optimaler Compliance. Nicht alle Patienten zeigen eine Vollremission, und eine Reihe von Beeinträchtigungen (nicht nur komorbider Störungen) sind als Folgen der ADHS als einer früh beginnenden und sich kontinuierlich manifestierenden Störung an-

zusehen. Dem gegenüber steht jedoch eine bisher insgesamt noch unbefriedigende empirische Datenlage die Wirksamkeit psychosozialer Interventionen betreffend. Hinweise auf die Wirksamkeit gibt es bisher lediglich für kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Ansätze. Die bisher vorliegenden wenigen Studien zeichnen sich jedoch durch zum Teil gravierende methodische Mängel aus. Zukünftige Forschungsaktivitäten müssen hier weitere Klärungen bringen. Unter Berücksichtigung hinreichend großer Stichproben und einer gut eingestellten bzw. kontrollierten medikamentösen Therapie gilt es diejenigen Therapiemodule oder Bausteine zu identifizieren, die gegenüber der alleinigen pharmakologischen Behandlung einen substanziellen inkrementellen Gewinn bringen. Aufgrund der bisherigen Datenlage werden diese Teile kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen sein. Bezüglich des Verlaufs der Behandlung kann man sicherlich Ramsay und Rostain (2005) zustimmen: «... patients start as disempowered <victims> of ADHD, then become <proactive> patients with ADHD. And, ultimately, leave treatment as individuals <living> with ADHD, having integrated self-awareness and coping skills into their individual lifestyle» (p. 81).

Literatur

- Angenendt, J. & Stieglitz, R.-D. (2002). Psychoedukation, Patientenratgeber und Selbsthilfemanuale. In H.J. Freyberger, W. Schneider & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Kompendium Psychiatrie Psychotherapie Psychosomatische Medizin* (S. 316–323). Basel: Karger.
- Barkley, R. A. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Biederman, J., Mick, E. & Faraone, S. V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: Impact of remission definition and symptom type. *American Journal of Psychiatry*, 157, 816–818.
- Ebert, D., Krause, J. & Roth-Sackenheim, C. (2003). ADHS im Erwachsenenalter – Leitlinien auf der Basis eines Expertenkonsens mit Unterstützung der DGPPN. *Nervenarzt*, 74, 939–946.
- 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*, 23, 24–29.
- Favorite, B. (1995). Coaching for adults with ADHD: The missing link between the desire for change and achievement of success. *The ADHD Report*, 3, 11–12.
- Frölich, J. & Lehmkuhl, G. (2004). Die medikamentöse Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter. *Nervenarzt*, 75, 1074–1082.
- Hesslinger, B., Elst, L. T. v., Nyberg, E., Dykier, P., Richter, H., Berner, M. & Ebert, D. (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.
- Hesslinger, B., Philipsen, A., Richter, H. & Ebert, D. (2003). Zur Psychotherapie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Erwachsenen. *Verhaltenstherapie*, 13, 276–282.
- Hesslinger, B., Philipsen, A. & Richter, H. (2004). *Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Kordon, A. & Kahl, K.G. (2004). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 54, 124–136.
- Krause J. & Krause, K.-H. (2005). *ADHS im Erwachsenenalter. Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen* (2. Auflage). Stuttgart: Schattauer.
- McDermott, S.P. (1999). Cognitive therapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13, 215–226.
- Murphy, K.R. (1998). Psychological counseling of adults with ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (pp. 582–591). New York: Guilford.
- Murphy, K. (2005). Psychosocial treatments for ADHD in teens and adults: A practice-friendly review. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 607–619.
- Philipsen, A., Richter, H. & Hesslinger, B. (2006). Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter. In A. Batra, G. Buchkremer & R. Wassmann (Hrsg.), *Verhaltenstherapie* (2. Aufl.; S. 339–355). Stuttgart: Thieme.
- Ramsay, J.R. (2005). *Psychosocial treatment for adult AD/HD: Current evidence and future direction*. Paper presented at the 17th Annual International Conference on AD/HD. Dallas, TX, October 27–29.
- Ramsay, J. R. & Rostain, A. L. (2004). Cognitive therapy: A psychosocial treatment for ADHD in adults. *ADHD Report*, 12, 1–5.
- Ramsay, J. R. & Rostain, A. L. (2003). A cognitive therapy approach for adult attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychotherapy*, 17, 319–334.
- Ramsay, J.R. & Rostain, A. L. (2005). Adapting psychotherapy to meet the needs of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 72–84.
- Robbins, C. A. (2005). ADHD couple and family relationships: Enhancing communication and understanding through Imago Relationship Therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 565–577.
- Rösler, M., Retz, W., Retz-Junginger, P., Thome, J., Supprian, T., Nissen, T., Stieglitz, R.-D., Blocher, D., Henges, G. & Trott, G.E. (2004). Instrumente zur Diagnostik der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter: Selbstbeurteilungsskala (ADHS-SB) und Diagnose Checkliste (ADHS-CL). *Nervenarzt*, 75, 888–895.
- Safren, S. A., Sprich, S., Chulvick, S. & Otto, M. W. (2004). Psychosocial treatments for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 27, 349–360.
- Safren, S. A., Otto, M. W., Sprich, S., Winett, C. L., Wilens, T. E. & Biederman, J. (2005a). Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 43, 831–842.
- Safren, S. A., Perlman, C. A., Sprich, S. & Otto, M. W. (2005b). *Mastering your adult ADHD*. Oxford: University Press.

- Sobanski, E. & Alm, B. (2004). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen. *Nervenarzt*, 75, 697–716.
- Stevenson, C. S., Whitmont, S., Bornholt, L., Livesey, D. & Stevenson, R. J. (2002). A cognitive remediation programme for adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 610–616.
- Stevenson, C. S., Stevenson, R. J. & Whitmont, S. (2003). A self-directed psychosocial intervention with minimal therapist contact for adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 91–101.
- Stieglitz, R.-D. (2006, im Druck). Klinisch-psychologische Diagnostik. In F. Petermann & M. Eid (Hrsg.), *Handbuch der Psychologischen Diagnostik*. Göttingen: Hogrefe.
- Stieglitz, R.-D., Baumann, U. & Freyberger, H. J. (Hrsg.). (2001). *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Stieglitz, R.-D. & Haug, H.-J. (1997). Therapiezielbestimmung und -evaluation als Mittel zur Qualitätssicherung. In H.-J. Haug & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychiatrie* (S. 191–199). Stuttgart: Enke.
- Weiss, M. D. & Weiss, J. R. (2004). A guide to the treatment of adults with ADHD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(suppl. 3), 27–37.
- Wiggins, D., Singh, K., Getz, H. G. & Hutchins, D. E. (1999). Effects of brief group intervention for adults with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Mental Health Counselling*, 21, 82–92.
- Wilens, T. E., McDermott, S. P., Biederman, J., Abrantes, A., Hahesy, A. & Spencer, T. J. (1999). Cognitive therapy in the treatment of adults with ADHD: A systematic chart review of 26 cases. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13, 215–226.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2005). *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann.
-
- Dr. phil. Elisabeth Nyberg, Dipl.-Psych.
-
- Psychiatrische Poliklinik
Universitätsspital Basel
Claragraben 95
CH-4057 Basel
E-mail enyberg@uhbs.ch
-
- Prof. Dr. rer. nat. Rolf-Dieter Stieglitz, Dipl.-Psych.
-
- Psychiatrische Poliklinik
Universitätsspital Basel
Petersgraben 4
CH-4031 Basel
E-mail rstieglitz@uhbs.ch