

Swantje Matthies, Bernd Hesslinger, Alexandra Philipsen

## Verhaltenstherapeutische Ansätze bei der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter

Behavioral psychotherapeutic approaches for adult patients with ADHD

### Zusammenfassung

Die bisher evaluierten Psychotherapiekonzepte bei ADHS im Erwachsenenalter basieren auf verhaltenstherapeutischen, d.h. kognitiv- und dialektisch-behavioralen Therapieansätzen und zeigen eine gute Wirksamkeit. Ziel der verschiedenen Konzepte sind einerseits der Umgang der Betroffenen mit der Kernsymptomatik der Erkrankung, andererseits aber auch assoziierte bzw. Rest- und Folgeprobleme, wie z. B. Komorbiditäten, Selbstwert- und interaktionelle Probleme. Von den bisher evaluierten Konzepten profitierten sowohl Patienten ohne Medikation wie auch Patienten, die nach einer ADHS-spezifischen medikamentösen Behandlung noch Restsymptome aufwiesen, sowohl hinsichtlich der Schwere der ADHS-Symptomatik als auch hinsichtlich der Ausprägung assoziierter Symptome (z. B. Depressivität, Angst, Selbstwert). Es existieren auch erste Hinweise darauf, dass eine Kombinationsbehandlung aus Medikation und Psychotherapie einer alleinigen medikamentösen Behandlung überlegen sein kann, wobei bisher randomisierte, kontrollierte Studien zum Vergleich der Wirksamkeit von Psychotherapie und Medikation bzw. deren Kombination noch nicht veröffentlicht wurden.

### Schlüsselwörter

Psychotherapie – ADHS im Erwachsenenalter – kognitiv-behaviorale Therapie – dialektisch-behaviorale Therapie

### Summary

Previous trials on psychotherapeutic concepts for ADHD in adults were based on behavioral (cognitive behavioral and dialectical behavioral) psychotherapeutic approaches and showed significant effects. Targets of psychotherapeutic interventions are coping with the core symptoms, associated problems, comorbidities, but also probable consequences such as low self-esteem and interpersonal problems. Improvements of ADHD symptoms and associated symptoms (e.g. depression, anxiety, low self-esteem) have been reported after psychotherapeutic treatment. There is preliminary evidence for a significantly greater benefit of a combination therapy comprising medication and psychotherapy. However, so far, randomized placebo-controlled studies comparing the effects of medical management, specific psychotherapy and the combination of both have been lacking.

### Keywords

psychotherapy – ADHD in adults – cognitive behavioral therapy – dialectical behavioral therapy

### ■ Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter – wozu?

Die Empfehlung zur Kombinationsbehandlung aus Medikation und Psychotherapie bei der ADHS im Erwachsenenalter fand bereits Eingang in die deutschsprachigen Leitlinien (Ebert et al., 2003), als noch keine randomisierte, kontrollierte Studie zum Vergleich von medikamentösen mit psychotherapeutischen Interventionen existierte.

Hintergründe für die Leitlinienempfehlung waren sowohl bereits durchgeführte offene Psychotherapiestudien wie auch die klinische Erfahrung, dass Restsymptome selbst nach einer erfolgreichen medikamentösen Therapie bestehen bleiben können und bestimmte für Erwachsene typische Symptome einer medikamentösen Therapie nicht immer zugänglich sind. Für

eine Kombinationsbehandlung sprachen auch die Erfahrungen bei anderen schwer beeinträchtigenden psychiatrischen Erkrankungen, bei denen sich die Kombinationsbehandlung insbesondere im Langzeitverlauf einer alleinigen medikamentösen Therapie überlegen zeigte (Gloaguen et al., 1998). Im Kindesalter sind psychotherapeutische Interventionen integraler Bestandteil einer leitliniengerechten Behandlung und werden wie die Medikation individuell auf die Bedürfnisse der Betroffenen abgestimmt (Leitlinien [www.awmf.de](http://www.awmf.de)).

Im Erwachsenenalter stehen oft nicht die Basissymptome der ADHS, sondern vielmehr die sekundären psychosozialen Folgen (z. B. Arbeitsplatzverlust, Beziehungsabbrüche) und die häufigen komorbiden Störungen im Vordergrund (z. B. Depression, Angststörungen, Süchte). Diese sind deshalb häufig auch der Grund für die Suche nach ärztlicher Hilfe und die

Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung. Zudem wünschen viele Erwachsene keine medikamentöse Behandlung und suchen nach alternativen Behandlungsoptionen oder einer ergänzenden Unterstützung, die über eine alleinige medikamentöse Therapie hinausgeht.

Effekte psychotherapeutischer Interventionen bei Erwachsenen sind erst seit etwa acht Jahren Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen. Allerdings wiesen tiefenpsychologisch orientierte Kollegen früh auf die Möglichkeit einer Modifikation des klassischen psychoanalytischen Settings für Erwachsene mit ADHS hin (psychoanalytisch-interaktionelle Therapie) und betonten die Notwendigkeit der Erhöhung des Selbstwertgefühls (Krause, 2000). Auch für Erwachsene mit ADHS und komorbider Sucht wurden ADHS-spezifische psychotherapeutische Strategien vorgeschlagen (Aviram et al., 2001). Es wurden psychotherapeutische Interventionen empfohlen (Übersicht bei Bemporad, 2001), die vor allem psychoedukative Elemente, Training von alltäglichen Anforderungen und Fähigkeiten (z. B. Organisationshilfen), die Erhöhung der sozialen Kompetenzen sowie den Austausch mit anderen Betroffenen in Selbsthilfearbeit oder Gruppentherapien bzw. Informationsgespräche für Angehörige beinhaltet.

Der Nutzen einer alleinigen Vermittlung von Informationen zur bleibenden Verbesserung der Symptomatik wurde früh hinterfragt (Barkley, 1997), denn das würde voraussetzen, dass hinter der Beeinträchtigung durch die Erkrankung lediglich ein Informationsdefizit steht, das durch die Vermittlung von Wissen behoben werden kann. Vielmehr handelt es sich aber um eine überdauernde Symptomatik mit möglichen funktionellen Einschränkungen, die nach Barkleys neuropsychologischer Theorie nicht durch ein Nicht-Wissen, was zu tun ist, entstehen, sondern durch die Schwierigkeiten beim Abrufen von analogen Situationen und bereits gelernten Verhaltensweisen. Demnach führen die beeinträchtigte Inhibition von Verhalten (Impulsivität) und die Schwierigkeiten in der Kontrolle von Motivation und Aufmerksamkeit dazu, dass bereits Gelerntes oder Gewusstes nicht ausreichend in die Entscheidungsfindung zur Lösung von alltäglichen Problemen mit einbezogen werden kann. Damit beschreibt Barkley die ADHS als eine Störung, die daran hindert, im richtigen Moment das zu tun, was bereits gewusst wird (Barkley et al., 2008). Entsprechend beschreiben Betroffene ihre Störung oftmals als eine Abtrennung des Handelns vom Wissen.

Zur basalen Beeinträchtigung von Aufmerksamkeits-, Motivations-, Verhaltens- und Emotionsregulation treten bei den Betroffenen aus verhaltenstherapeutischer Sicht subjektive attribuierte Beeinträchtigungen durch die Symptome hinzu, die durch verschiedene Moderatoren bestimmt werden. Dazu zählt die Wahrnehmung der Symptomatik, deren Erleben und kognitive sowie emotionale Verarbeitung. Aber auch die Einstellungen zur Symptomatik, das Bewältigungsverhalten und die Lerngeschichte nehmen Einfluss. Dysfunktionale Grundüberzeugungen und aufrechterhaltende Faktoren, wie z. B. der Umgang der Umgebung mit der Beeinträchtigung oder ungünstige psychosoziale Bedingungen, können für die Betroffenen hinderlich sein und zu einer

Chronifizierung dysfunktionalen Verhaltens beitragen. Hinzu kommen eventuelle Beeinträchtigungen der Affektivität, auch durch komorbide Störungen. Das Zusammenspiel dieser Faktoren ist bisher jedoch nicht hinreichend wissenschaftlich untersucht worden.

Im Folgenden sollen die verschiedenen verhaltenstherapeutischen Ansätze der Psychotherapie bei Erwachsenen mit ADHS vorgestellt werden.

### ■ Welche verhaltenstherapeutischen Ansätze sind untersucht worden?

Die ersten veröffentlichten Studien zu kognitiv-behavioralen Therapieansätzen berichteten über positive Effekte einer kurzen, vier Wochen dauernden Gruppentherapie (Wiggins et al., 1999) bzw. analysierten retrospektiv die Krankengeschichten von 26 Patienten mit ADHS, die mit kognitiv verhaltenstherapeutischen Methoden behandelt worden waren (Wilens et al., 1999).

Seit 2002 veröffentlichte prospektive Untersuchungen zeigten positive Effekte von kognitiv- und dialektisch-behavioralen Gruppen- und Einzeltherapieansätzen (Bramham et al., 2008; Hesslinger et al., 2002; Rostain und Ramsay, 2006; Safren et al., 2005a; Stevenson et al., 2002). Die Patienten profitierten von den psychotherapeutischen Interventionen sowohl hinsichtlich der Schwere der ADHS als auch hinsichtlich assoziierter Symptome, wie z. B. Depression, Angst, Selbstwertproblematik oder Umgang mit Ärger.

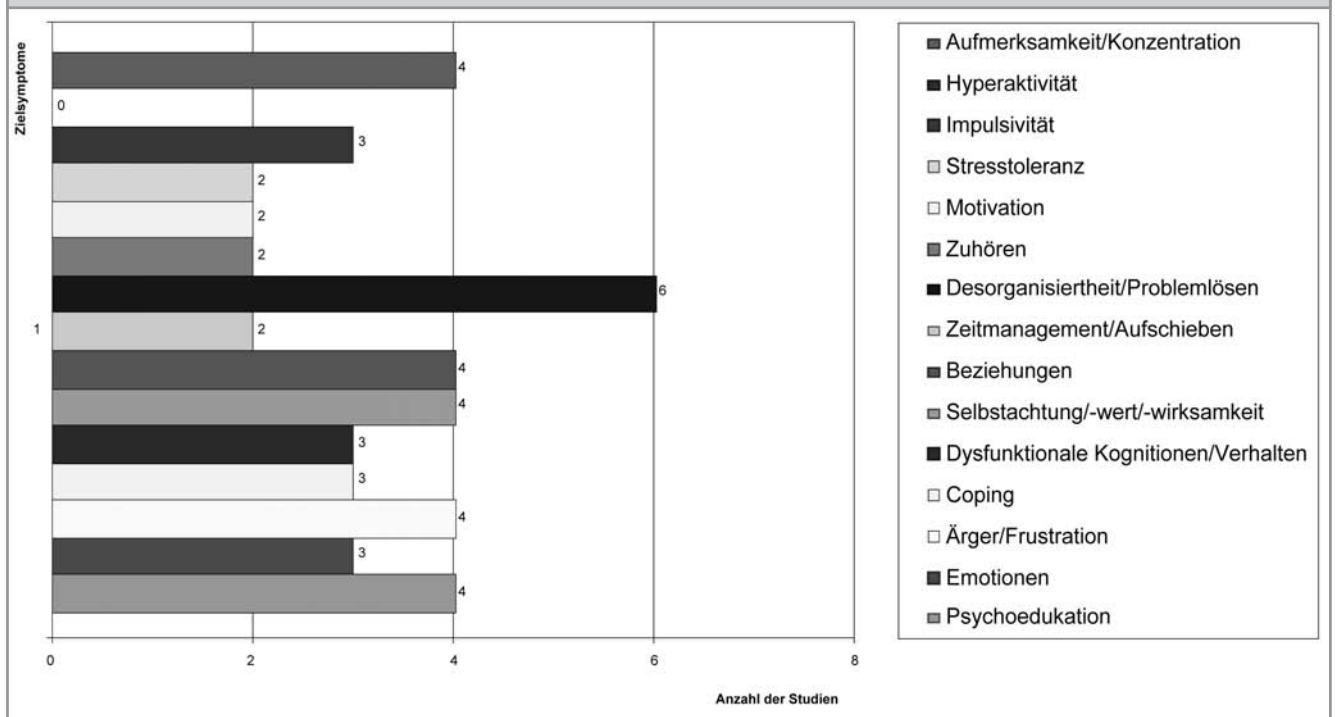
Bisher wurden ein Selbsthilfeansatz (Stevenson et al., 2003), drei Gruppentherapieansätze (Bramham et al., 2008; Hesslinger et al., 2002; Philipsen et al., 2007; Stevenson et al., 2002) sowie ein kognitiv-behavioraler (Safren et al., 2005a; Safren, 2006) und ein problemfokussierender Einzeltherapieansatz (Weiss und Hechtman, 2006) veröffentlicht (Überblick über die Einzel- und Gruppentherapieansätze in Tab. 1 und 2). Die meisten Ansätze sind modular aufgebaut und widmen sich verschiedene Problembereiche. Oft folgen einem psychoedukativen Anfangsteil Module, u. a. zu den Bereichen Selbstbeobachtung, Aufmerksamkeit, Emotionsregulation, dysfunktionale Kognitionen, Zeitmanagement und Organisation (vgl. Abb. 1).

### ■ Einzeltherapieprogramme

#### **Problemfokussierte Therapie**

Die problemfokussierte Therapie, die von Weiss und Kollegen aus Vancouver manualisiert wurde, ist in der Regel auf neun Sitzungen begrenzt und ausgerichtet. Patient und Therapeut einigen sich auf einen zu bearbeitenden Fokus. Es soll sich dabei um einen aktuellen Problemfokus handeln. Sowohl problematisches Verhalten als auch Kognitionen und Gefühle sind Ziel der Behandlung, sofern sie für das Leben des Patienten Bedeutung haben. Die Therapieform ist eklektisch, d. h., es werden Elemente der kognitiven und Verhaltenstherapie ebenso eingesetzt wie interpersonelle Therapieoptionen und familientherapeutische Interventionen. Ziele sind ein verbessertes Funktionsniveau und optimalere Copingstrategien.

Abbildung 1: Zielsymptome der psychotherapeutischen Konzepte



Safren 2005, Weiss 2006, Rostain 2006; Stevenson 2002, Hesslinger 2002, Stevenson 2003, Philippsen 2007, Bramham 2008

Das Kurzzeittherapiekonzept mit 9 Sitzungen stellt also den Umgang mit Problemen in Familie, Partnerschaft und am Arbeitsplatz in den Vordergrund und bietet zusätzlich psychoedukative Elemente. Die „problemfokussierende Therapie“ (Weiss and Hechtman, 2006) diente als Begleitbehandlung in einer 20-wöchigen, vierarmigen Medikamentenstudie zur Wirksamkeit von Amphetaminen im Vergleich zu Paroxetin, deren Kombination und Placebo. Da alle 98 Studienteilnehmer unabhängig von der Medikation auch die psychotherapeutische Behandlung erhielten, kann eine Aussage zur Wirksamkeit des psychotherapeutischen Konzeptes im Vergleich zur Medikation oder der Kombinationsbehandlung im Vergleich zur Monotherapie nicht getroffen werden.

### Kognitiv-behaviorale Konzepte

In vielen Fällen verläuft bei von ADHS betroffenen Menschen die Lerngeschichte ungünstig. Die vorhandenen Einschränkungen im Bereich der Aufmerksamkeitsleistung und Konzentration sowie ein oftmals durch die Hyperaktivität und Impulsivität, aber auch die Ablenkbarkeit beeinträchtigtes Interaktionsverhalten im Kindesalter führen nicht selten zu Ablehnung der Betroffenen durch die Peergroup (Canu et al., 2008; Nijmeijer et al., 2008) und wichtige Bezugspersonen. Wiederholt erlebte negative Rückmeldungen begünstigen die Herausbildung von dysfunktionalen Verhaltensweisen, Grundüberzeugungen und Annahmen vor allem über die eigene Person, aber auch über andere Menschen. Dadurch kann ein Teufelskreis von Gedanken und Gefühlen entstehen, der die Motivation der Betroffenen beeinträchtigt, und viele Betroffene bleiben hinter ihren Möglichkeiten zurück (vgl. Abb. 2). Die bei ADHS im Erwachsenenalter typischen dysfunktionalen Kognitionen, meist aus dem Bereich des Versagens (z. B. „Ei-

gentlich kann ich es, aber ich bin zu faul“, „Ich werde es wie immer sowieso nicht schaffen“), führen nicht selten zu Depressivität, Ängsten und massiver Unzufriedenheit oder auch Schuldgefühlen. Oft verstärken derartige Denkmuster noch die zugrunde liegende ADHS-Symptomatik. (Abb. 2)

Das Ziel kognitiv-behavioraler Verfahren sind die Identifikation und Modifikation dysfunktionaler Kognitionen und Verhaltensweisen und auch die Vermittlung eines Bewusstseins für die vorliegenden Vulnerabilitäten und Anfälligkeitsfaktoren. In Verhaltensexperimenten und mithilfe von alternativen Problemlösestrategien werden in klassischer Weise neue Verhaltensweisen aufgebaut. Die negative Sicht der Zukunft wird gezielt korrigiert, um Hoffnungslosigkeit zu vermindern und Motivation aufzubauen.

Zur kognitiv-behavioralen Einzeltherapie bei ADHS im Erwachsenenalter wurden bislang die Ergebnisse einer retrospektiven Aktenrecherche (Wilens et al., 1999), zweier offener Studien (McDermott, 2000; Rostain und Ramsay, 2006) und einer kontrollierten Studie (Safren et al., 2005a) veröffentlicht.

Wilens wertete die Daten von 26 größtenteils medizierten Patienten (die Medikation wurde nicht kontrolliert) aus, die über ein Jahr lang durchschnittlich 36 kognitiv-behaviorale Einzelsitzungen erhalten hatten. Im Vordergrund standen kognitive Interventionen zur Umstrukturierung dysfunktionaler Annahmen, aber auch der Aufbau alternativer Verhaltensweisen in Bezug auf die Bereiche Organisation, Zeitmanagement und Problemlösen und der Umgang mit Kernsymptomen wie Unaufmerksamkeit und Impulsivität. Etwa 60 % der Studienteilnehmer berichteten nach einem Jahr über eine Verbesserung der ADHS-Symptomatik. Auch assoziierte Symptome

wie Depressivität und Angst nahmen ab. Insbesondere war eine Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus (Clinical Global Impression, CGI) nachweisbar.

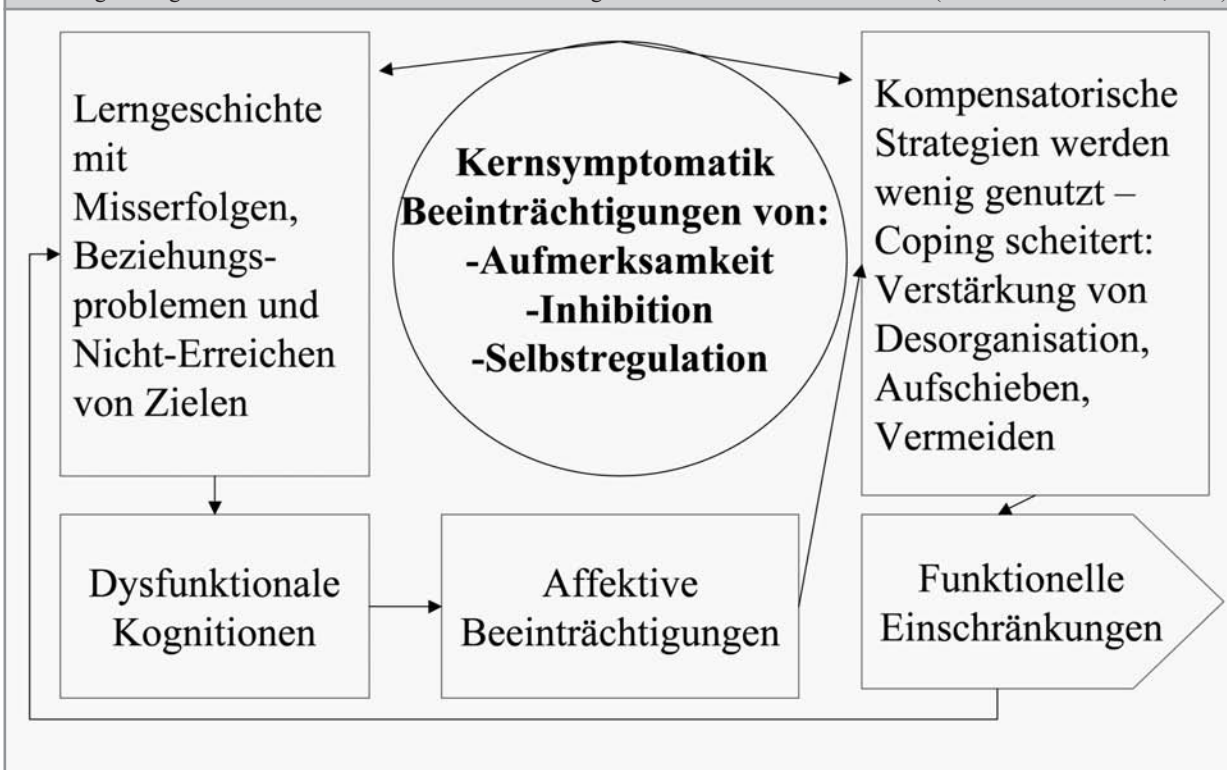
In einer offenen Studie von Rostain und Kollegen wurden 45 Patienten, die im Durchschnitt 30 Jahre alt waren, zusätzlich zu einer standardisierten medikamentösen Behandlung mit Amphetaminen in einer Dosis von 40 mg pro Tag psychotherapeutisch über einen Zeitraum von sechs Monaten mit 16 Einzeltherapiesitzungen à 50 Minuten behandelt. Eine kleine Patientengruppe erhielt entweder nur Medikation (n = 7), nur Verhaltenstherapie (n = 6) oder eine andere nicht genauer benannte Therapie (n = 6). Aufgrund der Inhomogenität und kleinen Größe der Behandlungsgruppen wurde auf einen statistischen Vergleich der Behandlungsbedingungen verzichtet. Nach Abschluss der kombinierten Behandlung zeigten fast 70% der Patienten eine mäßige bis sehr gute Verbesserung der ADHS-Symptome (gemessen mit der Brown Attention Deficit Disorder Scale, BADDSS), aber auch der assoziierten Symptome (Depressivität, Angst, Hoffnungslosigkeit) und des allgemeinen Funktionsniveaus.

Safren (2006) geht davon aus, dass die nach einer wirksamen medikamentösen Therapie oft weiterbestehenden funktionellen Einschränkungen insbesondere auf dem fehlenden Erwerb und Einsatz von konkreten Copingstrategien beruhen. Seinen psychotherapeutischen Ansatz sieht er vor allem als zusätzliche Behandlungsoption bei nach Medikation fortbestehenden funktionellen Einschränkungen und als prophylaktische Maßnahme zur Vermeidung von Exazerbationen der ADHS-Symptomatik oder zusätzlichen Erkrankungen, wie z. B. Depressionen. Er nimmt an, dass die unterschiedlich ausgeprägten neurobiologisch bedingten Einschränkungen durch die

Erkrankung die Betroffenen hindern, optimale kompensatorische Strategien zu entwickeln und einzusetzen, und so zur Aufrechterhaltung der Erkrankung beitragen. Dysfunktionale Gedanken und daraus resultierende negative Emotionen, die aus Erfahrungen von Versagen und Scheitern entstehen, können Vermeidung, Aufschieben und Ablenkbarkeit verstärken (vgl. kognitives Modell, Abb. 2).

Basierend auf Patientenbefragungen zu typischen Schwierigkeiten von erwachsenen ADHS-Patienten und klinischen Erfahrungen, entwickelte seine Arbeitsgruppe am Massachusetts General Hospital in Boston ein Behandlungsprogramm mit sechs Modulen zu den Bereichen Organisation und Planung, Ablenkbarkeit, sekundäre affektive Symptome (Depression und Angst), Aufschieben, Ärger und Frustrationstoleranz sowie kommunikative Fertigkeiten. Das Therapieprogramm ist inzwischen auch als Arbeitsbuch in englischer Sprache erhältlich (Safren et al., 2005b). In einer 2005 veröffentlichten ersten randomisiert-kontrollierten Studie zur Wirksamkeit von kognitiver Einzelverhaltenstherapie bei Erwachsenen mit ADHS (Safren et al., 2005a) kam dieses Programm zur Anwendung. Teilnehmen konnten Patienten, die nach mindestens zweimonatiger Medikation (v. a. Stimulanzien, Bupropion, Venlafaxin) noch Restsymptome der ADHS und eine mindestens mittelschwere Beeinträchtigung des Funktionsniveaus aufwiesen (CGI = 4 auf einer Skala von 1 bis 7). Die behandelten Betroffenen waren im Durchschnitt 45 Jahre alt. 16 Patienten erhielten über 15 Wochen mindestens 10 Einzeltherapiesitzungen, während bei 15 Patienten nur die Medikation fortgeführt wurde. Die Therapiesitzungen folgten einem teilweise festgelegten Ablauf. Kernelemente waren die Mo-

Abbildung 2: Kognitiv-behaviorales Modell der Einschränkungen bei ADHS im Erwachsenenalter (modifiziert nach Safren, 2006)



dule zu Organisation und Planen, Umgehen mit Ablenkbarkeit und kognitive Umstrukturierung. Auch Techniken zur Verlängerung der Aufmerksamkeitsspanne durch Selbstbeobachtung wurden vermittelt. Zu diesem Zweck wurden die Patienten aufgefordert, ihre Aufmerksamkeitsspanne zunächst zeitlich zu bestimmen und anschließend zu üben, diese z. B. unter Zuhilfenahme eines Weckers systematisch zu verlängern. Als optionale Inhalte konnten zusätzlich die Module Aufschieben, Ärgermanagement und kommunikative Fertigkeiten integriert werden. Als Response wurde eine Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus (CGI) um mindestens 2 Punkte festgelegt. Nach Beendigung der Studienbehandlung berichteten die Autoren eine Responstrate von 56 % in der kombinierten Behandlungsgruppe versus 13 % in der Medikamentengruppe. Die Wirksamkeit der kombinierten Behandlung war der allein medikamentösen Behandlung in dieser Patientengruppe signifikant überlegen mit stärksten Effekten im Bereich der ADHS-Symptomatik. Aber auch im Bereich Depressivität und Ängstlichkeit profitierten die Studienteilnehmer mehr von der kombinierten Behandlung. Offen bleibt in der Veröffentlichung, wie viele Einzelsitzungen die Patienten durchschnittlich erhielten und welche psychotherapeutischen Inhalte vorzugsweise vermittelt wurden (optionale Module).

### Selbsthilfeprogramm

Ein strukturiertes Selbsthilfeprogramm mit nur wenig Therapeutenintervention und –kontakt wurde 2003 von Stevenson veröffentlicht (Stevenson et al., 2003). Das Programm beinhaltet ein Arbeitsbuch und drei vom Therapeuten angeleitete Sitzungen zu Beginn, in der Mitte und am Ende der Therapiephase sowie eine Begleitung durch Coaches. Im Arbeitsbuch werden folgende Themen abgehandelt: Umgang mit Unaufmerksamkeit und Motivationsschwierigkeiten, Zuhören, Organisation, Impulskontrolle, Ärgermanagement und selbstwertsteigernde Elemente. Die therapeutengeleiteten Therapiestunden dienten vor allem der motivationalen Arbeit und der Wiederholung und Vertiefung von Gelerntem. Außerdem wurde jedem Teilnehmer ein studentischer Coach an die Seite gestellt, der die Teilnehmer an Übungen erinnerte und beim Lesen des Selbsthilfebuches unterstützte. 17 Patienten durchliefen das Programm unter den standardisierten Bedingungen über 8 Wochen, während 16 Probanden als Wartelistenkontrolle dienten. Die Teilnehmer berichteten über eine signifikante Verbesserung von Organisationsfähigkeit, Selbstwert und Ärgermanagement. In einer Follow-up-Untersuchung nach zwei Monaten erwiesen sich die erreichten Verbesserungen als stabil.

Tabelle 1: Einzeltherapiekonzepte

Autoren	Verfahren Studiendesign	Anzahl der Patienten	Dauer/Anzahl Sitzungen	Outcome-Kriterien (Effektstärke <sup>1</sup> )
Weiss und Hechtman, 2006	problemfokussiert, Begleitbehandlung in Medikamentenstudie	98	20 Wochen / 9 Sitzungen	ADHS-Rating-Skala nach DSM-IV (18 Fragen), HAM-A, HAM-D, CGI
Wilens et al., 1999	KBT, offen, retrospektiv	26	1 Jahr/ 36 Sitzungen	CGI, ADHS-Checkliste- DSM-III-R (14 Fragen), BDI
Rostain u. Ramsay, 2006	KBT, offen	45	6 Monate/ 16 Sitzungen	BADDS (0,9), CGI-ADHS (1,29)
Stevenson et al., 2003	Selbsthilfeprogramm, randomisiert-kontrolliert	35	8 Wochen/Selbsthilfebuch und 3 Sitzungen mit Therapeut sowie Unter- stützung durch Coaches	ADHS-Rating- Skala nach DSM-IV (10 Fragen)
Safren et al., 2005	KBT randomisiert-kontrolliert	31	15 Wochen/ Anzahl der Sitzungen unklar	ADHS-Rating- Skala nach DSM-IV (18 Fragen) (1,2), CGI (1,4)

<sup>1</sup>falls angegeben

Legende: KBT = kognitiv-behaviorale Therapie; CGI = Clinical Global Impression;

BADDS = Brown Attention Deficit Disorder Scale; HAM-A = Hamilton-Angst-Skala; HAM-D = Hamilton-Depressions-Skala

## ■ Gruppentherapieprogramme

### Kognitives „Remediationsprogramm“

Die australische Arbeitsgruppe um Stevenson legte außerdem, basierend auf den Prinzipien der kognitiv-behaviorale Therapie und des Coachings, ein symptomorientiertes 8-wöchiges manualisiertes Gruppentherapieprogramm („group remediation program“) vor, das vor allem auf die Verbesserung der Organisationsfähigkeit, den Umgang mit Impulsivität und Ärger sowie die Erhöhung des Selbstwertgefühls abzielte (Stevenson et al., 2002). Als Ansprechpartner zwischen den strukturierten Sitzungen wurden Studenten oder von den Patienten ausgewählte unterstützende Personen eingesetzt, die u. a. Fragen zu Hausaufgaben mit den Patienten klären konnten. Mindestens ein Telefonkontakt zwischen den Sitzungen sollte stattfinden.

In einer randomisierten, kontrollierten Studie mit insgesamt 43 Teilnehmern wurde die Wirksamkeit des Programms untersucht. Ungefähr die Hälfte der Teilnehmer nahm zum Zeitpunkt der Untersuchung Medikamente ein, die während der Studie stabil gehalten wurden. Unmittelbar nach Beendigung des Programms zeigte sich bei den 22 Patienten, die am Gruppenprogramm teilgenommen hatten, im Vergleich zur Kontrollgruppe eine signifikante Verbesserung aller untersuchten Symptome (Schwere der ADHS, Organisationsfähigkeit, Selbstwert, Ausmaß von und Umgang mit Ärger). Die Verbesserungen in den Bereichen Schwere der ADHS, Organisationsfähigkeit und Selbstwert waren auch im Langzeitverlauf nach 2 und 12 Monaten stabil.

### Kognitiv-behaviorales Gruppentherapieprogramm

Eine Arbeitsgruppe um Bramham am Maudsley Hospital in London entwarf ein kurzes kognitiv-behaviorales Gruppentherapiekonzept (Young und Bramham, 2007). Das Konzept wurde in einer Studie mit 61 Teilnehmern in Kombination mit Pharmakotherapie (größtenteils mit Methylphenidat) evaluiert und die Wirksamkeit im Vergleich zu einer Kontrollgruppe mit Medikation überprüft (Bramham et al., 2008). Die meisten im Durchschnitt etwa 30-jährigen Teilnehmer waren vorher noch nicht psychotherapeutisch behandelt worden. Die psychotherapeutische Behandlung bestand aus sechs Workshops an drei eintägigen „Therapietagen“ (1 Tag/Monat), die für Gruppen von etwa 10 Klienten ausgelegt waren. Die Sitzungen beinhalteten in Anlehnung an das kognitiv-behaviorale Einzeltherapiekonzept und bereits veröffentlichte Gruppenprogramme folgende Module: psychoedukative Elemente, Ärger und Frustration, Emotionen und ADHS, Selbstwirksamkeit, Fertigkeiten in Beziehungen, Zeitmanagement und Problemlösestrategien. Nach der Behandlung fanden sich in der Interventionsgruppe signifikante Verbesserungen im Bereich Wissen über ADHS, Selbstwert und Selbstwirksamkeit im Vergleich zur Kontrollgruppe. Beide Gruppen zeigten Verbesserungen der Symptome Ängstlichkeit und Depression. In der Rückmeldung am Ende der Therapiephase wurde deutlich, dass die Teilnehmer subjektiv insbesondere vom Gruppensetting profitiert hatten.

### Das Freiburger Konzept – ein strukturiertes Gruppenfertigkeitenprogramm auf dialektisch-behavioraler Grundlage

In Freiburg wurde seit 1999 ein Gruppenfertigkeitentraining auf dialektisch-behavioraler Grundlage entwickelt. Für das Konzept mit psychoedukativen und auch kognitiv-behavioralen Elementen wurden Bausteine der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) nach M. Linehan adaptiert. Grundlage dafür waren klinische Beobachtungen zu überlappenden klinischen Symptomen der ADHS und der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Philippsen, 2006). Bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen hat sich die DBT auch in randomisierten, kontrollierten Studien als wirksam erwiesen. Die Haltung der DBT, die Wert auf eine dialektische Balance zwischen Akzeptanz und Veränderung legt und Techniken der Validierung und Commitment-Strategien beinhaltet, wurde übernommen. Durch diese Techniken gelingt es, die fragile Motivation der Gruppenteilnehmer zur Veränderung immer wieder neu zu verstärken. Grundlage für Veränderungen ist die Wahrnehmung des Ist-Zustandes. Diese wird durch Achtsamkeitsübungen, basierend auf Zen-buddhistischen Mediationstechniken, geschult. Die aufmerksame Wahrnehmung wiederum macht Verhaltensanalysen möglich, die die Teilnehmer nach dem Prinzip „See it, do it, teach it“ ins Eigenmanagement überführen und im Hinblick auf Veränderung habituellen Verhaltens zusammen analysieren. Für die Durchführung der Gruppentherapie können im klinischen Alltag einerseits Module zur Veränderung der Kernsymptomatik (z. B. Achtsamkeit, Umgang mit Impulsivität, Emotionsregulation), aber auch verschiedene Module zu anderen Symptomen und assoziierten Problemen (Stressregulation, Komorbiditäten, Selbstachtung und Beziehungen u. a.) und entsprechende schriftliche Arbeitsmaterialien ausgewählt werden, die in einem Arbeitsbuch (Hesslinger et al., 2003) veröffentlicht wurden. Angehörigen- und Paargespräche sind ergänzend möglich und in der Regel sinnvoll. Eine offene Multizenterstudie (Philippsen et al., 2007) sowie eine Pilotstudie in der niedergelassenen Praxis (Philippsen et al., eingereicht) zeigten auch in einem größeren Patientenkollektiv in allen beteiligten Zentren vergleichbare Effekte sowie eine gute Anwendbarkeit des Gruppenprogramms im klinischen Alltag.

Derzeit wird das Konzept mit Unterstützung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) seit 2007 an den Universitätskliniken Freiburg, Würzburg, Homburg/Saar, Mannheim und Berlin („ADHD-NET“) in einer ersten randomisierten, kontrollierten, doppelblinden Multizenterstudie im Vergleich zum „clinical management“ jeweils in Kombination mit Methylphenidat oder Placebo weiter evaluiert. Im geplanten Studienzeitraum von drei Jahren werden insgesamt 450 Patienten jeweils über ein Jahr behandelt. In den ersten zwölf Wochen finden wöchentlich, in den verbleibenden neun Monaten vierwöchentlich 2-stündige Gruppensitzungen statt. Die Gruppengröße liegt bei 6 - 9 Teilnehmern, die Gruppe wird von jeweils zwei Therapeuten geleitet. Hausaufgaben und Fertigkeitenwochenprotokolle sind ein wesentlicher Bestandteil des Programms. Die Inhalte der wöchentlichen Sitzungen sind vorgegeben und richten sich nach dem oben genannten Arbeitsbuch. In den darauffolgenden Sitzungen werden diese wiederholt und/oder vertieft. Bei der Pla-

nung der monatlichen Sitzungen wurden die Ergebnisse der Vorläuferstudien berücksichtigt, in denen die Teilnehmer die Inhalte Achtsamkeit, Verhaltensanalyse und Emotionsregulation als besonders hilfreich für die Verbesserung ihres Befindens eingeschätzt hatten (Philipsen et al., 2007). Begleitend sind drei Einzelpsychotherapiesitzungen möglich. Die Wirksamkeit der Behandlung wird mit ADHS-spezifischen Fragebögen (Conners, 1998) im Rahmen verblindeter Fremdratings und durch Selbsteinschätzung erfasst. Weiterhin wird der Einfluss der Behandlung auf z.B. Depressivität, allgemeine Psychopathologie und Lebensqualität erfragt. Die Studie wird voraussichtlich im Jahr 2010 abgeschlossen sein und dann Aussagen zur Wirksamkeit eines Gruppenprogramms im Vergleich zu Medikation und deren Kombination sowie Prädiktoren der Therapieresponse erlauben.

### Implikationen für zukünftige Untersuchungen

Die bisherigen Studien zur Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter beinhalteten größtenteils strukturierte kurze Einzel- und Gruppentherapiekonzepte, die auf die spezifischen Probleme von erwachsenen Patienten mit ADHS zugeschnitten waren. Die meisten Studien konnten eine gute Wirksamkeit auf die primären Outcome-Kriterien nachweisen. In wenigen Studien wurde jedoch die Verlaufsbeurteilung von

unabhängigen Untersuchern durchgeführt. Auch bleibt der Effekt psychotherapeutischer Interventionen auf funktionelle Einschränkungen und die Lebensqualität der Betroffenen weitgehend offen. Bisher wurden keine randomisierten, kontrollierten Studien zur Wirksamkeit von Psychotherapie im Vergleich mit Medikation veröffentlicht. Auch verschiedene Therapieformen (z. B. Einzel- versus Gruppentherapie) wurden bisher nicht miteinander verglichen. In allen Studien waren die Studienteilnehmer ausgewählt und für eine psychotherapeutische Therapie motiviert, ein Motivationslevel, das möglicherweise nicht für alle Patienten mit ADHS vorausgesetzt werden kann. Um die Akzeptanz und den Nutzen psychotherapeutischer Konzepte weiter zu evaluieren, sollten zukünftig auch naturalistische Stichproben untersucht werden, die Patienten mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen oder Suchterkrankungen einschließen.

Solche Studien und die gegenwärtig durchgeführte BMBF-Multizenterstudie sollten zur Klärung der differentiellen Indikationsstellung für psychotherapeutische Interventionen bei ADHS im Erwachsenenalter beitragen. So dass zukünftig bessere Voraussagen darüber möglich sein werden, welche Patienten von welchem Konzept unter welchen Bedingungen in welchem Bereich am besten profitieren.

Tabelle 2: Gruppentherapiekonzepte

Autoren	Verfahren, Studiendesign	Anzahl der Patienten	Dauer/Anzahl Sitzungen	Outcome- Kriterien
Wiggins et al., 1999	Psychoedukation/ Teaching, kontrolliert (Warteliste)	9	4 Sitzungen	ADHS-CL
Stevenson et al., 2002	KBT randomisiert, kontrolliert	43	8 Wochen und Sitzungen sowie Unterstützung durch Coaches	ADHS-CL, STAXI, Selbstwertskala (Davidson und Lang), Organisationsfähigkeiten
Hesslinger et al., 2002	DBT-basiert kontrolliert (Warteliste)	8	13 Wochen und Sitzungen	ADHS-CL (2,22), BDI, SCL-16, VAS, Akzeptanz
Philipsen et al., 2007	DBT-basiert offen	72	13 Wochen und Sitzungen	ADHS-CL, BDI, SCL-90-R, VAS, Akzeptanz, Anwendbarkeit
Bramham et al., 2008	KBT kontrolliert (Warteliste)	61	3 Monate/3 eintägige Workshops mit jeweils 2 Sitzungen	Akzeptanz, Selbstwert und -wirksamkeit, HADS

Legende: DBT = dialektisch-behaviorale Therapie; KBT = kognitiv-behaviorale Therapie; ADHS-CL = ADHS-Checkliste; BDI = Beck-Depressions-Inventar; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; SCL-16= 16 relevante Fragen des SCL-90-R (Symptom-Checkliste); STAXI = State-Trait Anger Expression Inventory; VAS = Visuelle Analogskala

## ■ Literatur

- Aviram RB, Rhum M, Levin FR (2001): Psychotherapy of adults with comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder and psychoactive substance use disorder. *J Psychother Pract Res* 10:179-186
- Barkley RA (1997): Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull* 121:65-94
- Barkley RA, Murphy KR, Fischer M (2008): ADHD in adults. What science says. New York: Guilford Press
- Bemporad JR (2001): 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, pp. 302-309
- Bramham J, Young S, Bickerdike A, Spain D, McCartan D, Xenitidis K (2008): Evaluation of Group Cognitive Behavioral Therapy for Adults With ADHD. *J Atten Disord* Feb 29 [Epub ahead of print].
- Canu WH, Newman ML, Morrow TL, Pope DL (2008): Social Appraisal of Adult ADHD: Stigma and Influences of the Beholder's Big Five Personality Traits. *J Atten Disord* 11:700-710
- Conners C.K. (1998): Rating scales in attention-deficit/hyperactivity disorder: use in assessment and treatment monitoring. *J Clin Psychiatry* 59:24-30
- Ebert D, Krause J, Roth-Sackenheim C (Hrsg.) (2003): [ADHD in adulthood—guidelines based on expert consensus with DGPPN support]. *Nervenarzt* 74(10):939-946
- Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M, Blackburn IM (1998): A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affec. Disord* 49:59-72
- Hesslinger B, Philipsen A, Richter H (2003): *Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter. Ein Arbeitsbuch*. Göttingen: Hogrefe
- Hesslinger B, Tebartz van Elst L, Nyberg E, Dykieriek 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. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 252:177-184
- Krause J (2000): [Therapy in adult ADHD]. In: Ryffel-Rawak D (ed.). *Psycho* 26(4):209-223
- McDermott SP (2000): Cognitive therapy in adults with attention deficit/hyperactivity disorder. In: Brown T (ed): *Attention deficit disorders and comorbidities in children, adolescents, and adults*. Washington (DC): American Psychiatric Press, pp. 569-606
- Nijmeijer JS, Minderaa RB, Buitelaar JK, Mulligan A, Hartman CA, Hoekstra PJ (2008): Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning. *Clin Psychol Rev* 28:692-708
- Philipsen A (2006): Differential diagnosis and comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BPD) in adults. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 256:i42-i46.
- Philipsen A, Neuy-Bartmann S, Matthies S, Hesslinger B, Neuy-Bartmann A (eingereicht): Transfer eines Psychotherapiekonzeptes aus der Forschung in die Praxis - am Beispiel des Freiburger Gruppentherapiekonzeptes für Erwachsene mit ADHS. *Nervenarzt*
- Philipsen A, Richter H, Peters J, Alm B, Sobanski E, Colla M, Munzbrock M, Scheel C, Jacob C, Perlov E, Tebarz van Elst L, Hesslinger B (2007): Structured group psychotherapy in adults with attention deficit hyperactivity disorder: results of an open multicenter study. *J Nerv Ment Dis* 195:1013-1019
- Rostain AL, Ramsay JR (2006): A combined treatment approach for adults with ADHD—results of an open study of 43 patients. *J Atten Disord* 10:150-159
- Safren SA (2006): Cognitive-behavioral approaches to ADHD treatment in adulthood. *J Clin Psychiatry* 67 (Suppl 8):46-50
- Safren SA, Otto MW, Sprich S, Winett CL, Wilens TE, Biederman J (2005a): Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behav Res Ther* 43:831-842
- Safren SA, Perlman CA, Sprich S, Otto MW (2005b): *Mastering your adult ADHD. A cognitive-behavioral Treatment Program*. New York: Oxford University Press
- Stevenson CS, Stevenson R.J., Whitmont S (2003): A self-directed psychosocial intervention with minimal therapist contact for adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Clin Psychol Psychother* 10:93-101
- Stevenson CS, Whitmont S, Bornholt L, Livesey D, Stevenson RJ (2002): A cognitive remediation programme for adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 36:610-616
- Weiss M, Hechtman L (2006): A randomized double-blind trial of paroxetine and/or dextroamphetamine and problem-focused therapy for attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *J Clin Psychiatry* 67:611-619
- Wiggins D, Singh K, Getz HG, Hutchins DE (1999): Effects of a brief group intervention for adults with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Ment Health Counsel* 21:82-92
- Wilens TE, McDermott SP, Biederman J, Abrantes A, Hahesy A; Spencer T (1999): Cognitive therapy in the treatment of adults with ADHD: A systematic chart review of 26 cases. *J Cognit Psychother: An International Quarterly* 13:215-226
- Young S, Bramham J (2007): *ADHD in adults: A psychological guide to practice*. Chichester (UK): Wiley

## ■ Korrespondenzadresse

Dr. med. A. Philipsen  
 Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie  
 Hauptstraße 5, 79104 Freiburg  
 Tel.: ++49-761-270-6882, Fax: ++49-761-270-6526  
 alexandra.philipsen@uniklinik-freiburg.de