



# Psychotherapie im Dialog

Psychoanalyse, Systemische Therapie, Verhaltenstherapie, Humanistische Therapien

Nr. 3 | September 2011 | 12. Jahrgang

## Herausgegeben von

Maria Borcsa  
Michael Broda  
Volker Köllner  
Henning Schauenburg  
Wolfgang Senf  
Barbara Stein  
Bettina Wilms

# ADHS bei Erwachsenen

# ADHS bei Erwachsenen

Herausgegeben von Bettina Wilms, Peter Kirsch und Olaf Ballaschke

September 2011 · 12. Jahrgang · Seite 191–276

3 · 2011



Bettina Wilms



Peter Kirsch



Olaf Ballaschke

## Editorial

### 191 Alles gut mit Medikamenten? Oder alles neu?

*Peter Kirsch · Olaf Ballaschke · Bettina Wilms*

## Standpunkte

### 193 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter: Aktuelles zur Psychotherapie

*Barbara Scharnholz · Ester Sobanski · Barbara Alm*

## Aus der Praxis

### Richtungen und Verfahren

#### 199 Soll ich oder soll ich nicht ... – ADHS, meine systemische Brille und ich...

*Bettina Wilms*

#### 203 Medikamentöse (Un-)Möglichkeiten als wichtiger Bestandteil einer multimodalen Therapie

*Olaf Ballaschke*

#### 208 Verhaltenstherapeutische Gruppenbehandlung am Beispiel des Trainings bei ADS im Erwachsenenalter

*Nina Baer*

### Anwendungen, Schritte zur Integration, spezielle Settings

#### 212 ADHS von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter

*Manfred Döpfner*

#### 217 Pathologisches Aufschieben und die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

*Fred Rist · Anya Pedersen · Anna Höcker · Margarita Engberding*

#### 221 Sport als Therapiebaustein in der Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

*Andrea G. Ludolph · Paul L. Plener*

#### 224 ADHS und Beruf

*Dieter W. Pütz*

#### 228 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom im höheren Lebensalter

*Tillmann Supprian · Michael Rösler · Petra Retz-Junginger · Wolfgang Retz*

#### 231 „Ich kann halt nicht anders“ – Ein Fallbericht

*Marie-Luise Zeitler*

### Forschung aus der Praxis / Forschung für die Praxis

#### 238 Neuropsychologie und neuronale Grundlagen der ADHS

*Katrin Sakreida*

---

**Interview**

- 245 Was der Patient nicht kann, kann er auch in der Therapie nicht ...**  
*Ein Qualitätszirkel niedergelassener psychologischer Psychotherapeuten  
im Gespräch mit Bettina Wilms*

---

**Résumé**

- 252 Manches entwickelt sich anders als erwartet ...**  
*Olaf Ballaschke · Bettina Wilms · Peter Kirsch*

---

**DialogLinks**

- 254 Hyperkinetische Störung und Internet – Informationen für Fachkreise  
und Betroffene mit Schwerpunkt auf ADHS im Erwachsenenalter**  
*Christiane Eichenberg · Demetris Malberg*

---

**DialogBooks**

- 258 Buchempfehlungen**  
*Katharina M. Gladisch*

---

**Im Dialog**

- 261 Wir empfehlen ...**  
*Aglaja Stirn*
- 262 Psychotherapie in China**  
*Wolfgang Senf*
- 263 Begegnung und Notwendigkeit – Die Merkmale der Psychotherapie in China**  
*Shi Qijia*
- 269 Wissen und Handeln vereinen, das Gelernte in die Tat umsetzen**  
*Xu Youxin im Gespräch mit Shi Qijia*

- 
- 274 Herausgeberteam**  
**275 Impressum**  
**276 Vorschau**

[www.thieme.de/pid](http://www.thieme.de/pid)

Besuchen Sie die PiD im  
Internet! Auf der Website sind die  
Zusammenfassungen aller  
Beiträge frei zugänglich.

Indexiert in PSYINDEX

# Alles gut mit Medikamenten? Oder alles neu?

Peter Kirsch · Olaf Ballaschke · Bettina Wilms

AD(H)S im Erwachsenenalter? Gab es zunächst noch Überlegungen, den Titel dieses Heftes mit einem Fragezeichen zu versehen, so kamen wir rasch zu dem Schluss, dass die große Diskussion um das Thema der Diagnose – ob es ADHS „überhaupt gibt oder nicht“ – zumindest in der wissenschaftlich publizierenden Welt abgeschlossen zu sein scheint: und zwar zugunsten der Akzeptanz des Störungsbildes AD(H)S. Die Autoren des Standpunkte-Beitrages stellen dies nicht nur eindrucksvoll dar, sie kommen nach vielen Jahren der Beschäftigung mit dem Thema auch offensichtlich gar nicht mehr auf die Idee, dass man diese Frage noch stellen könnte. Und dies gilt sicher auch für viele Kolleginnen und Kollegen in der therapeutischen Praxis, die mit der steten Nachfrage nach Unterstützung durch von AD(H)S betroffene Erwachsene konfrontiert sind und die dieser Realität schwerlich eine akademische Diskussion um Krankheitsverläufe und retrospektive Erfassung von Symptomen in der Kindheit entgegensetzen können und wollen.

Aber kaum hatten wir uns von einem Fragezeichen befreit, zeigten sich andere: Als wir mit der Heftvorbereitung fast fertig waren, änderten sich die Rahmenbedingungen für die Verordnung von Methylphenidat im Erwachsenenalter. Obwohl dies für Autoren wie Herausgeber mit zusätzlichem Aufwand verbunden war, haben wir uns dazu entschlossen, die Beiträge, die sich auch mit dieser Thematik beschäftigen, entsprechend zu ändern – jetzt stellt sich die Frage: Wird dies in der psychotherapeutischen Praxis auch so sein? Oder kommt es gerade anders herum, wird sich der Aufwand mit diesen Patienten reduzieren? Werden wir künftig bei Menschen, die sich über 18-jährig mit einem ADHS oder einer entsprechenden Symptomatik bei uns vorstellen, als

Erstes fragen, ob sie eine Medikation verordnet bekommen haben, dieses schon mal probiert haben, oder sich nicht erst mal bei einem ärztlichen Kollegen oder einer Kollegin vorstellen möchten, um diese Behandlungsoption zu versuchen? Oder werden wir eine Medikation erwägen, wenn „alles andere“, was immer das im Rahmen der eigenen Möglichkeiten auch heißt, ausgereizt ist? Eine dritte Variante wäre, dass wir die „Zweizügeltherapie“ – also Medikation und Psychotherapie – zum Standard erklären und jeden Patienten, der eines von beiden nicht erhält oder durchführt, für ungenügend behandelt erachten. Vermutlich werden die Behandlungskarrieren unserer Patienten durch diese Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses bunter werden – ob sie auch zu besseren Effekten führen, wird noch zu zeigen sein.

Auf der anderen Seite könnte es aber vielleicht auch sein, dass sich gar nicht so viel ändert für die Behandlung vieler Betroffener, weil die „off-label“-Verordnung von Stimulanzien in vielen Ambulanzen und Praxen tägliche Praxis war.

Wie auch immer die Zukunft der ADHS-Behandlung aussehen wird, für die Gegenwart wird in diesem Heft deutlich: So sehr die Literatur auch verhaltenstherapeutisch dominiert zu sein scheint, so vielfältig sind die Problemlagen der Betroffenen. Neben einer oft weit in die frühe Kindheit reichenden Geschichte mit Defiziterleben finden wir immer wieder beeindruckende biografische Entwicklungen und alle möglichen Kombinationen aus Stärken und Schwächen, die die Lebenswege unserer Patienten zwischen erfolgreicher Nische und krimineller Delinquenz pendeln lassen. Immer wieder werden daher auf das Individuum zugeschnittene Therapiekonzeptionen in den Mittelpunkt gerückt, wie z.B. in den Beiträgen

von Olaf Ballaschke oder Dieter Pütz, und zwar relativ unabhängig davon, ob es um psychosoziale Sichtweisen oder pharmakologische Behandlung geht. Nina Baer macht deutlich, welche Vorteile trotzdem oder gerade deshalb auch gruppentherapeutische Ansätze bieten können.

Viele Leser und Leserinnen werden die für PiD typischen Sichtweisen aus unterschiedlichen therapeutischen Schulen vermissen: Wir haben uns redlich und intensiv bemüht, sind an dieser Front aber kläglich gescheitert! Wenn dieses Heft dazu anregt, dass Kollegen mit psychodynamischem Hintergrund oder Vertreter einer anderen Psychotherapieschule sich zum Thema der Behandlung von Erwachsenen mit ADHS in der Fachöffentlichkeit äußern, wäre das eine wichtige Ergänzung zu unseren Bemühungen und eine erfreuliche Auswirkung unseres Heftes.

Denn unser Interview mit den Mitgliedern eines Qualitätszirkels niedergelassener Psychotherapeuten macht deutlich, dass sich die alltägliche Wirklichkeit in der therapeutischen Praxis von der publizierten Wirklichkeit zwar unterscheiden mag, aber dennoch ähnliche Strukturmerkmale erkennen lässt: Organisation von Behandlung im Sinne von Verbindlichkeit und Konsequenz, Probleme und Ressourcen in der Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen und die Bedeutung von Resilienz als wesentlicher Faktor in der Therapie von erwachsenen Patienten, die in einer hochkomplexen Welt mit umfangreichen Interferenzanforderungen lernen müssen, ihren Weg zu finden. Spannend ist, wie sehr sich in aller Unterschiedlichkeit die Sichtweisen dann doch in ähnlichen Vorgehensweisen zusammenfinden, übrigens auch im Spannungsfeld zwischen psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Zugangswegen.

Allerdings werden auch Hinweise auf Versorgungsdefizite deutlich, die sich vordergründig am Problem der Diagnostik zeigen, sicherlich aber weit in die Behandlungsangebote hinein fortsetzen: Wenn Kollegen sich nur unzureichend ausgebildet, ausgerüstet und kenntnisreich erleben, sind Fehleinschätzungen sowohl im Sinne einer Überbewertung als auch im Sinne einer Unterbewertung der Beeinträchtigungen des Funktionsniveaus von Patienten vorprogrammiert. Probleme in der Indikationsstellung und im Antragsverfahren sind dann zwangsläufig die Folgen.

Um hier zu informieren, die Diskussion zu fördern und für eine Unterstützung dieser Patientengruppe zu werben, dazu soll dieses Heft anregen. Und möglicherweise liegt eine Lösung ja nicht in einem neuropsychologischen Testlabor für jede psychotherapeutische Praxis, sondern in einer intelligenten Vernetzung von diagnostischen und therapeutischen Angeboten einer Region.

Wir hoffen, Sie ein wenig neugierig gemacht zu haben, wünschen bei allem Bemühen um Wissenserweiterung auch Freude beim Lesen und sind gespannt auf Ihre Reaktionen.



#### **Peter Kirsch**

geb. 1966, Univ.-Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych., Studium der Psychologie und Neurologie (Nebenfach) und 1995 Promotion an der Bergischen Universität Wuppertal. Wissenschaftlicher Mitarbeiter in Mannheim und Gießen. 2004

Habilitation an der Universität Gießen und Approbation als Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie). Seit 2010 Universitätsprofessor für Klinische Psychologie an der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg und Leiter der Abteilung Klinische Psychologie am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim. Mitglied des Direktoriums des Zentralinstituts und des Bernstein-Zentrums für computationale Neurowissenschaften Heidelberg-Mannheim. Mitglied im Vorstand der Fachgruppe Biologische Psychologie und Neuropsychologie in der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. Forschungsschwerpunkte: soziale, affektive und kognitive Neurowissenschaften psychischer Erkrankungen, insbesondere Schizophrenie, ADHS, Depression und Autismus.



#### **Olaf Ballaschke**

Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Zusatzbezeichnung Suchtmedizin. Studium der Humanmedizin an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Facharztausbildung an der dortigen Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psycho-

therapie (Prof. Dr. Dr. A. Marneros), anschließend sieben Jahre tätig an der Klinik für kognitive Neurologie der Universität Leipzig (in Kooperation mit dem Max-Planck-Institut für Kognitions- und Neurowissenschaften Leipzig), seit 2007 Oberarzt im Diakoniewerk Zschadraß, zudem ärztlicher Leiter des MVZ Landkreis Leipzig sowie seit 2005 Betreiber einer Spezialsprechstunde für ADHS im Erwachsenenalter in Leipzig.



#### **Bettina Wilms**

Dr. med., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und Systemische Familientherapie, Verhaltenstherapie. Bis 2004 Oberärztin in der Klinik für Psychiatrie am Universitätsklinikum Leipzig. Seitdem Chefärztin der Klinik für

Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Südharz-Krankenhaus Nordhausen.

Forschungs- und klinische Schwerpunkte: Angehörigenarbeit, gruppentherapeutische Konzepte, Angsterkrankungen, Burnout-Symptome.

# Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter: Aktuelles zur Psychotherapie

Barbara Scharnholz · Esther Sobanski · Barbara Alm

**Zusammenfassung** Die Aufmerksamkeits- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) des Erwachsenenalters ist gekennzeichnet durch situationsübergreifende Störungen der Aufmerksamkeit, Hyperaktivität, Impulsivität, Desorganisation und Affektdysregulation, ferner ist sie assoziiert mit funktionellen Beeinträchtigungen in verschiedenen relevanten Lebensbereichen wie Partnerschaft und Arbeitstätigkeit. Nachgewiesene Wirksamkeit zur Behandlung der ADHS im Erwachsenenalter haben pharmakologische Ansätze (u. a. Stimulanzien), seit Kurzem (April 2011) wurde ein Methylphenidat-Präparat für die Erwachsenen-therapie zugelassen. Klare Hinweise gibt es auch für die Wirksamkeit von psychotherapeutischen Behandlungen, sowohl im Gruppen- als auch Einzelsetting mit kognitiv-behavioralen Therapieprogrammen. Einzelne dieser Therapieprogramme werden im Folgenden beschrieben, gemeinsame Module bestehen aus Psychoedukation, Training in verschiedenen Fertigkeiten wie Planungs- und Ordnungsstrategien, Umgang mit Vermeidungsverhalten, Impulsivität und Kommunikationsproblemen und zielen auf eine verbesserte Selbstregulation. Insgesamt stellen psychotherapeutische Ansätze einen wichtigen Baustein in der Therapie erwachsener ADHS-Patienten dar, wobei aktuell noch keine evidenzbasierten Untersuchungsergebnisse zu Fragen differenzieller Therapieindikationen vorliegen. Eine deutsche Multicenterstudie, die diese Fragen untersucht (Wirksamkeit von Psychotherapie, Pharmakotherapie, deren Kombination und einen Vergleich mit einer Kontrollbehandlung), wird derzeit durchgeführt.

## Schlüsselwörter

- ADHS im Erwachsenenalter
- psychosoziale Beeinträchtigungen
- Psychotherapie
- störungsorientierte Konzepte
- Einzel- und Gruppensetting

## Korrespondenzadresse

- Dr. Barbara Alm  
Zentralinstitut für Seelische  
Gesundheit  
Klinik für Psychiatrie und  
Psychotherapie  
J 5  
68159 Mannheim  
barbara.alm@zi-mannheim.de

## Einleitung

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) wurde erstmals 1902 in einer medizinischen Fachzeitschrift bei Kindern beschrieben (Still 1902). Nachdem lange davon ausgegangen wurde, dass es sich bei der ADHS um Störungen des Kindesalters handele, besteht mittlerweile kein Zweifel mehr daran, dass bei vielen Patienten mit ADHS Symptome bis in das Erwachsenenalter persistieren und einen erheblichen Leidensdruck bedingen können. Die Prävalenzangaben schwanken, aber epidemiologische Untersuchungen belegen unter Zugrundelegung von DSM-IV-Kriterien ungefähr eine Prävalenz von 4% für die ADHS des Erwachsenenalters (Kessler et al. 2006, Fayyad et al. 2007).

Im Kindesalter fallen die Patienten in der Schule häufig durch Aufmerksamkeitsdefizite, Konzentrationsstörungen, Ablenkbarkeit und Hyperaktivität auf. Bei Erwachsenen bleiben die Symptome zum Teil bestehen, können sich aber im Verlauf verändern und werden allerdings häufig nicht spontan berichtet, da sie als Persönlichkeitsmerkmale interpretiert werden, die „schon immer“ vorhanden waren. Die bei Kindern häufiger bereits äußerlich gut sichtbare motorische Unruhe bleibt bei Erwachsenen gelegentlich bestehen, nimmt mit zunehmendem Alter aber eher ab und weicht mitunter einer inneren Unruhe. Erwachsene mit ADHS berichten oft von einem Gefühl chronischer Angespanntheit, keine Ruhe zu finden und von unaufhörlichem Gedankenkreisen. Neben den Kernsymptomen der Aufmerksamkeitsstörung und Hyperaktivität beziehungsweise der Impulsivität bestehen oft weitere Symptome aus den Bereichen Desorganisation oder emotionale Instabilität mit raschen Stimmungswechseln, Wutausbrüchen und verminderter Stresstoleranz, Langeweile und Suche nach Stimulation. Oft leiden Patienten mit ADHS unter ihren spontanen Entscheidungsfindungen, entscheiden vieles „aus dem Bauch heraus“, berichten von Partnerschaftskonflikten oder häufigen Arbeitsplatzwechseln.

Insgesamt kann ADHS somit auch im Erwachsenenalter zu erheblichen Beeinträchtigungen der Lebens- und Alltagsgestaltung führen und eigenständig den Schweregrad einer Krankheit erreichen. Die Betroffenen suchen oft auch erst im Rahmen von psychiatrisch komorbiden Erkrankungen professionelle Hilfe auf. So erkranken Patienten mit ADHS häufiger als die Allgemeinbevölkerung an affektiven Störungen oder auch an Abhängigkeitserkrankungen (Sobanski et al. 2007).

Ebenso ist ein gehäuftes Auftreten von Angsterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen in Kombination mit ADHS beschrieben (Sobanski u. Alm 2010).

Bisher waren die therapeutischen Optionen begrenzt. In Deutschland war bislang kein Medikament zur Behandlung der ADHS bei Erwachsenen zugelassen, obwohl die Wirksamkeit von Methylphenidat bereits für das Erwachsenenalter klar nachgewiesen werden konnte (Rösler et al. 2009). Die einzige Ausnahme bestand bisher für Atomoxetin, einen hochselektiven Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer, jedoch ist dieses Medikament auch nur dann zur Weiterbehandlung bei Erwachsenen zugelassen, wenn die Verordnung vor Erreichen des 18. Lebensjahres begonnen wurde.

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat im April dieses Jahres nun erstmals einer Indikationserweiterung für Erwachsene bei methylphenidathaltigen Arzneimitteln zugestimmt. Vorerst gilt dies allerdings nur für ein einziges Arzneimittel, das voraussichtlich ab Sommer 2011 verfügbar ist. Dies bedeutet eine wesentliche Ausweitung der pharmakotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten, da die Verordnung von Methylphenidat bei Erwachsenen in Deutschland bisher ausschließlich im sogenannten „Off-label-Use“ möglich war. Somit ist jetzt sowohl eine Fortführung der medikamentösen Behandlung vom Kindes- über das Jugendalter bis ins Erwachsenenalter möglich, aber durchaus auch eine Neueinstellung erwachsener ADHS-Patienten auf Methylphenidat. Voraussetzung ist, dass eine entsprechende ADHS-Symptomatik bereits im Kindesalter bestand. Zudem sollte die Behandlung mit Methylphenidat immer im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie erfolgen und vor dem Gesichtspunkt gesehen werden, dass andere therapeutische Optionen nicht alleine ausreichend sind. Gerade vor diesem Hintergrund scheint eine Kombination aus Psychotherapie und Pharmakotherapie in der Behandlung erwachsener ADHS-Patienten zunehmend an Bedeutung zu gewinnen.

Konzepte zu störungsorientierten psychotherapeutischen Interventionen für Erwachsene mit ADHS liegen seit einigen Jahren sowohl im Gruppen- als auch Einzelsetting vor. Sie basieren meist auf verhaltenstherapeutischen Therapieansätzen und zeigen bisher in kontrollierten Studien gute Wirksamkeit. Im Folgenden soll ein Überblick über die Behandlung mit

Psychotherapie bei Erwachsenen mit ADHS gegeben werden.

### Zur Entwicklung der Psychotherapie bei Erwachsenen mit ADHS

Die Behandlung mit Stimulanzien verbessert bei vielen Patienten mit ADHS nachgewiesenermaßen die Grundsymptome und gilt nach wie vor als medikamentöse Therapie der ersten Wahl. Es besteht in Fachkreisen weitgehend Konsens, dass die Pharmakotherapie einen wesentlichen Baustein in der Behandlung auch bei Erwachsenen mit ADHS bildet. Trotzdem wünschen viele Betroffene nicht nur einen medikamentösen, sondern auch – entweder ergänzend oder stattdessen – einen psychotherapeutischen Behandlungsansatz. Die Berechtigung einer störungsorientierten Psychotherapie für die Behandlung von Erwachsenen mit ADHS ergibt sich insbesondere auch dadurch, dass häufig nicht mehr nur die Basis-symptome der ADHS, sondern vielmehr die sekundären psychosozialen Folgen, z. B. resultierend aus Desorganisation, Störung der emotionalen Reagibilität, affektiven Labilität oder Selbstwert- und Interaktionsproblemen, im Vordergrund der Psychopathologie stehen und pharmakotherapeutisch nur bedingt beeinflusst werden können. Für manche Patienten ist auch aufgrund von Kontraindikationen gegen eine medikamentöse Therapie oder aufgrund von fortbestehenden Restsymptomen trotz Medikation ein psychotherapeutischer Behandlungsansatz wertvoll.

Erwachsene Patienten mit ADHS haben bestimmte Lernerfahrungen, die oft auf seit der Kindheit fortwährenden negativen Rückmeldungen durch Lehrer, Eltern und Partnern beruhen. Immer wieder berichten Betroffene von einem chronischen Gefühl des Versagens oder Zurückbleibens hinter ihren Fähigkeiten, das zu Vermeidungsverhalten, affektiven Symptomen und dysfunktionalen Kognitionen führen kann. Hierdurch kann die Entstehung von Komorbiditäten, wie z. B. depressiven Störungen, begünstigt werden bzw. können sich durch die symptombedingten Defizite in der Anwendung kompensatorischer Strategien sekundäre psychosoziale Beeinträchtigungen entwickeln. Der Einsatz von Psychotherapie stellt somit einen integrativen Ansatz in der Behandlung der ADHS dar (Barkley 1997).

### Erste Untersuchungen zur Psychotherapie bei Erwachsenen mit ADHS bis heute

Die Psychotherapieforschung bei Erwachsenen mit ADHS ist noch in ihren Anfängen. Kontrollierte Multicenterstudien, die die Wirksamkeit von Psychotherapie bei ADHS untersuchen, sind derzeit noch in Durchführung. Erste Untersuchungen hierzu wurden bereits vor einigen Jahren durchgeführt und deuten auf Wirksamkeit hin. Erste Beobachtungen zur Psychotherapie bei ambulanten erwachsenen Patienten mit ADHS wurden 1992 beschrieben (Ratey et al. 1992) und führten zu der Forderung nach weiterführenden psychotherapeutischen spezifischen Interventionen. In Übersichtsarbeiten wurden verschiedene Interventionen vorgeschlagen, wobei Symptommanagement, der Erwerb von Fertigkeiten und Routinen in den Bereichen Zeitmanagement, Arbeitsgewohnheiten, Partnerbeziehungen und Selbstwertstabilisierung als zentral angesehen wurden. Die Programme waren nicht standardisiert, eine Evaluation fand nicht statt. Positive Erfahrungen mit Gruppentherapie und dem sogenannten Coaching bei ADHS wurden bis 1999 berichtet, jedoch ohne dass die Effekte empirisch belegt worden wären (Hallowell u. Ratey 1999). Auch tiefenpsychologische Ansätze wurden beschrieben (Krause u. Ryffel-Rawak 2000).

Eine erste Studie, die die Effekte eines kognitiven Therapieprogramms zur Behandlung von ADHS untersuchte, wurde 1999 veröffentlicht. Bestandteile der Einzelsitzungen waren hier, neben Inhalten die Kognitionen betreffend, Psychoedukation, Strategien zur Verbesserung von Organisationsdefiziten und Problemlösung bei ambulanten Patienten. Die teilnehmenden Patienten zeigten hierunter eine signifikante Verbesserung der Symptomatik, allerdings war die Studie offen und die Patienten erhielten parallel auch eine medikamentöse Therapie (Wilens et al. 1999). Positive Effekte zeigten sich auch bei erwachsenen Patienten mit ADHS, die an einem psychosozialen Therapieprogramm, dem sogenannten „cognitive remediation program (CRP)“ teilgenommen haben. Das Programm wurde von einer australischen Arbeitsgruppe entwickelt (Stevenson et al. 2002). Ziele dieses Programms waren neben der Veränderung dysfunktionaler Kognitionen das Erlernen von Coping-Strategien zum verbesserten Umgang mit ADHS-typischen Symptomen. Das Programm beinhaltete acht

standardisierte zweistündige, psychologisch geleitete Gruppensitzungen, die Bereitstellung eines Coaches und Übungen nach einem Manual. Inhalte des Programms sind insbesondere Themen wie Motivation, Konzentration, Impulsivität und Organisation. Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe zeigten die spezifisch behandelten Patienten anhand der Selbstbeurteilungsratings hier weniger stark ausgeprägte ADHS-Symptome.

In einer weiteren Studie untersuchten die Autoren ihr Therapieprogramm als Selbsthilfeprogramm (Stevenson et al. 2003). Über die Dauer von acht Wochen führten die Patienten eigenständig mithilfe eines Selbsthilfemanuals und drei Sitzungen mit einem Therapeuten das Programm durch. In einer Studie mit 17 ADHS-Patienten wurden damit positive Effekte auf die ADHS-Symptomatik im Vergleich zur Kontrollgruppe (n=18) beschrieben. Inhalte des Selbsthilfemanuals waren u.a. Psychoedukation, Anleitungen zum Umgang mit Aufmerksamkeitsdefiziten, Fertigkeiten zur Verbesserung der eigenen Organisation und Impulskontrolle sowie des Selbstwertes. Insbesondere unter dem Gesichtspunkt Therapiekosten einzusparen, scheint dieser Ansatz interessant, jedoch sind die Daten hierzu begrenzt und die Aussage der Studie durch verschiedene methodische Faktoren eingeschränkt bzw. wären weiterführende Untersuchungen wünschenswert.

Seit 2003 wurden mehrere störungsorientierte Therapiekonzepte im Gruppensetting (u.a. Hesslinger et al. 2004, Zylowska et al. 2008, Bramham et al. 2009, Solanto et al. 2010, Baer u. Kirsch 2010) und Einzelsetting (u.a. Safren et al. 2005a, 2010, Rostain u. Ramsay 2006) veröffentlicht und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit evaluiert. Einige dieser Programme werden im Folgenden exemplarisch dargestellt mit Schwerpunkt auf den beiden Programmen mit deutschsprachigen Therapiemanualen. Insgesamt zeigten die Patienten nicht nur Verbesserungen in ihrer ADHS-Symptomatik, sondern profitierten auch in Bezug auf die assoziierten Symptome wie Depressivität, Ängstlichkeit und vermindertes Selbstwertgefühl.

## Gruppentherapieprogramme

2004 erschien ein deutschsprachiges strukturiertes Manual zu einem störungsorientierten verhaltenstherapeutischen Gruppenpsychotherapieprogramm für die Behandlung von Erwachsenen mit

**Tab. 1** Störungsorientiertes Gruppentherapieprogramm nach Hesslinger et al. (2004).

<b>Klärung</b>	Vorstellung, Klärung: Terminabsprache, Symptomatik und Diagnostik bei ADHS; allgemeine Zieldefinition: „ADHS zu kontrollieren, statt von ADHS kontrolliert zu werden“
<b>Neurobiologie, Achtsamkeit I</b>	Information über die Neurobiologie bei ADHS, Prozesse im ZNS, Einführung in das Achtsamkeitstraining nach Linehan: „Was-Fertigkeiten“: wahrnehmen, beschreiben und teilnehmen; „Wie-Fertigkeiten“: nicht wertend, fokussiert und wirkungsvoll
<b>Achtsamkeit II</b>	Achtsamkeitsübungen trainieren und in den Alltag integrieren
<b>Chaos und Kontrolle</b>	Definition: „Chaos ist, wenn ADHS mich kontrolliert; Kontrolle ist, wenn ich ADHS kontrolliere“
<b>Verhaltensanalyse I</b>	Konzept: „Problemverhalten ist Verhalten, das ich ändern will.“ Teilnehmer erlernen Verhaltensanalysen: Beschreibung des Problemverhaltens im Detail, typische Situationen, vorausgehende Bedingungen, Konsequenzen, alternative Problemlösestrategien
<b>Verhaltensanalyse II</b>	Ziel: Verhaltensanalysen in Eigenregie durchführen
<b>Gefühlsregulation</b>	Einführung in Theorie der Gefühle, Primäremotionen, Kommunikationscharakter von Emotionen, Körperwahrnehmungen, Übungen zur Emotionswahrnehmung und Emotionsregulation, Kontrolle von Wut und Ärger
<b>Depression, Medikamente bei ADHS</b>	Depression als häufigste Komorbidität bei ADHS, Information über Symptome und Behandlungsmöglichkeiten bei Depression, Information über medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten bei ADHS, Wirkungen und Nebenwirkungen, Erfahrungsaustausch
<b>Impulskontrolle</b>	Verhaltensanalysen bezüglich Impulskontrollstörungen, kurz- und langfristige Konsequenzen von Impulsivität, typische Situationen, zielorientiertes Verhalten erlernen: „Was macht die Zündschnur länger?“
<b>Stressmanagement</b>	Zusammenhang von desorganisiertem Verhalten mit subjektivem Erleben von Stress, „jonglieren mit zu vielen Bällen gleichzeitig“, ressourcenorientiertes Stressmanagement, Sport
<b>Sucht</b>	Süchtiges Verhalten als häufige Komorbidität, „Wonach bin ich süchtig?“ (z. B. Alkohol, Tabak, andere Substanzen, Sport, Hochrisikoverhalten), Indikation für Alternativverhalten bzw. Entzug
<b>Beziehung, Selbstachtung</b>	Schriftliche Information der Angehörigen über ADHS und Therapie. Folgen von ADHS für Biografie, Beziehungen und Selbstvertrauen. Vorteile durch ADHS gegenüber Menschen ohne ADHS
<b>Rückblick und Ausblick</b>	Erfahrungsaustausch, Rückmeldung und Verbesserungsvorschläge, mögliche Überführung in Selbsthilfegruppe, Abschied

ADHS (Hesslinger et al. 2004), das hier beispielhaft näher beschrieben werden soll. Das Programm wird derzeit in einer kontrollierten Multicenterstudie hinsichtlich seiner Effektivität und Anwendbarkeit im klinischen Alltag evaluiert. Es umfasst 13 Gruppenpsychotherapiesitzungen mit jeweils zwei Stunden. Bestandteile sind neben einer ausführlichen Psychoedukation insbesondere Elemente aus der dialektisch-behavioralen Therapie nach M. Linehan. Die Autoren begründen ihr Vorgehen mit der Gemeinsamkeit von typischen ADHS-Symptomen und Symptomen der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ. Beide

Störungen gehen häufig mit einer Aufmerksamkeitsstörung, Störung der Affektregulation, emotionaler Instabilität, impulsivem Verhalten, Substanzabusus, Beziehungsproblemen und Anspannungszuständen einher. Diese Überlegung legt nahe, dass das Erlernen bestimmter Fertigkeiten, sogenannter „Skills“, zum Umgang mit bestimmtem Problemverhalten die ADHS-Symptomatik nachhaltig verbessern kann.

Als übergreifendes patientenorientiertes Therapieziel formulieren die Autoren, ADHS zu kontrollieren und nicht durch ADHS kontrolliert zu werden. Hierzu haben sie ein Programm entwickelt, das