

Multimodal und kognitiv-behavioral

Evaluationen zur Psychotherapie bei Erwachsenen mit ADHS

Prof. Rolf-Dieter Stieglitz und M. Sc. Jacqueline Kammermann beschäftigen sich im Rahmen einer Arbeitsgruppe an der Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals Basel seit einigen Jahren mit der Bedeutung der Psychotherapie bei der adulten ADHS. Für *Psychoscope* haben sie Ergebnisse aus der aktuellen Literatur zusammengefasst.

Der vorliegende Artikel befasst sich mit aktuellen Anwendungen und Auswertungen psychotherapeutischer Ansätze bei der Therapie von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter. Dabei ist der Stellenwert kombinierter psychologischer Interventionen mit einer pharmakologischen Basisbehandlung resp. die multimodale Therapie inzwischen bereits weitestgehend unumstritten und die Psychotherapie für ADHS-Erwachsene ist daher nicht als Konkurrenz, sondern als Ergänzung zur psychopharmakologischen Therapie zu sehen.

Neben der multimodalen Therapie wird zudem manchmal Coaching angeboten, welches bisher aber empirisch nicht überprüft ist. Coaching (vgl. auch in diesem Heft S. 40 f. oder Nyberg & Stieglitz, 2006) unterscheidet sich dabei von Psychotherapie insbesondere durch den Fokus auf «was, wie und wann ich etwas mache», z.B. Prüfung ablegen, Examensarbeit schreiben. An Bedeutung gewinnen zunehmend auch Selbsthilfegruppen (Nyberg & Stieglitz, 2006).

Wer wird abgeklärt und behandelt?

Barkley (2009) weist auf eine mögliche ADHS im Erwachsenenalter bei Personen mit folgenden «SKRIPT»-Problemen hin:

- Selbstkontrolle/-disziplin, Ruhelosigkeit
- Impulskontrolle, Probleme beim Verfolgen von Aufgaben und Zielen
- Timemanagement und Organisation.

Bei diesen Personen sollte an eine spezifische ADHS-Abklärung und eine evtl. notwendige Therapie gedacht

werden. Die Methode erster Wahl zur Behandlung der ADHS auch im Erwachsenenalter ist die Psychopharmakotherapie, speziell mit Stimulanzien. Am meisten eingesetzt und untersucht wurde bisher Methylphenidat (MPH). Da die Responderaten des MPH trotz in der Literatur berichteter guter Wirksamkeit zwischen 25–80 Prozent schwanken, d.h. nicht alle Patienten eine Vollremission unter MPH zeigen (z.B. Barkley, 2009), sollte die Medikation durch eine Psychotherapie ergänzt werden. Selbst unter optimaler Compliance kann eine Reihe funktionaler Beeinträchtigungen sowie komorbider Störungen und Restsymptome eine Folge der sich früh und oft kontinuierlich manifestierenden Störung sein (National Institute for Health and Clinical Excellence Guidelines, NICE, 2008, www.nice.org.uk).

Indikation und aktuelle Standards

Empfohlen werden psychotherapeutische Einzel- oder Gruppeninterventionen mit kognitiv-behavioralem Ansatz bei:

- Personen, die trotz stabiler Medikamenteneinstellung über ADHS-bedingte Beeinträchtigungen berichten,
- Personen, die sich gegen medikamentöse Behandlung entscheiden,
- Personen, die auf medikamentöse Behandlung nicht bzw. gering ansprechen oder diese nicht tolerieren,
- Personen, die ihre Diagnose schwer akzeptieren und deren Motivation für medikamentöse Therapie mittels einer Psychotherapie erhöht werden kann.

Aufgrund der Komplexität der Störung scheint bezüglich Therapiemethoden eine Kombination mehrerer Elemente nötig mit dem Ziel, die Effektivität der Behandlung zu verbessern. Im Allgemeinen kommen unterschiedliche, teilweise an die ADHS adaptierte kognitiv-behaviorale Techniken (KBT) zur Anwendung (vgl. Elsässer et al., im Druck; Barkley, 2009).

Nach Elsässer et al. (im Druck) werden bei der kognitiv-behavioralen Therapie mehrere kognitive Techniken sowie operante und imaginative Techniken, aber auch Techniken zur Selbstkontrolle und Entspan-

nung eingesetzt. Viele dieser Therapieansätze orientieren sich an der kognitiven Therapie nach Beck und in jüngster Zeit u.a. auch an der Schema-orientierten Therapie nach Young (Nyberg & Stieglitz, 2006).

Settings und Besonderheiten

In der Psychotherapie für ADHS-Erwachsene finden sich u.a. Einzel- und Gruppensettings (z.B. Safren et al., 2009; Hesslinger et al., 2004), wobei aufgrund deren Ökonomie gemäss NICE (2008) letztere angeboten werden sollten. Bei den Gruppentherapien, in denen mit max. 10 Teilnehmern gearbeitet wird, werden zeitbegrenzte, semistrukturierte Sitzungen mit spezifischen Zielen und Themen empfohlen (Nyberg & Stieglitz, 2006).

Bei den kognitiv-behavioralen Einzel- und Gruppentherapien ist neben der Psychoedukation die Vermittlung von Selbstkontroll-/Managementstrategien zur Bewältigung der ADHS-assoziierten Problematik wesentlich (Nyberg & Stieglitz, 2006). Ziel ist es, dass die PatientInnen Fertigkeiten im Umgang mit den störungsspezifischen Problemen lernen und Selbstbewusstsein gewinnen. Sie sollen die Kontrolle über die ADHS haben – und nicht umgekehrt.

Viele erwachsene ADHS-PatientInnen entwickeln zur Kompensation ihrer alltäglichen, neuropsychologisch bedingten Beeinträchtigungen und aufgrund mangelnder Bewältigungsstrategien zudem ein deutliches Vermeidungsverhalten. Sie nehmen z.B. schwierige Aufgaben nicht in Angriff, beenden sie nicht oder setzen keine adäquaten Prioritäten (Nyberg & Stieglitz, 2006). Kognitive Techniken dienen u.a. dazu, typische, u.a. aus solchen Prozessen entstehende Schemata zu verändern, wie z.B. Unzulänglichkeit («Ich bin nicht in Ordnung»), Erfolglosigkeit («Ich werde es sowieso nicht schaffen») oder Undiszipliniertheit («Ich bin nicht diszipliniert genug»).

Verhaltensanalyse und Psychoedukation

Um eine individuelle Fallkonzeption für jeden Patienten/jede Patientin zu erhalten, sollte zu Therapiebeginn eine Verhaltensanalyse des Problemverhaltens erstellt werden. Die meist plausibel erscheinenden Kompensationsstrategien, die auf maladaptiven Schemata beruhen, werden überprüft.

Wiederkehrende Frustrationen und negative Rückmeldungen der Umwelt (z.B. «schwierig», «sprunghaft») führen bei ADHS-PatientInnen zu negativen Gedanken über sich und die Welt. Stimmungsschwankungen, Niedergeschlagenheit, Ärger und Vermeidungsverhalten können die Folge sein (Elsässer et al., im Druck). Mittels Psychoedukation lernen die Patienten und Patientinnen einerseits die Krankheit zu verstehen, andererseits die obigen Prozesse zu erkennen und zu

verändern. Als wichtiger Therapiebestandteil ist die Psychoedukation in allen zum Thema ADHS bei Erwachsenen publizierten Therapieprogrammen enthalten und kann mittels Ratgebern oder Internet ergänzt werden (vgl. Nyberg & Stieglitz, 2006; Barkley, 2009).

Empathie und Struktur

Der Therapeut nimmt eine aktive Rolle mit betont empathischer und wertschätzender Haltung ein. Er ist für die genaue Strukturierung der Sitzungen und die Themenfokussierung verantwortlich. Verschiedene Autoren weisen explizit darauf hin, dass u.a. wegen den assoziierten neuropsychologischen Defiziten unstrukturierte Therapien ineffektiv sind.

AHDS-PatientInnen versäumen oft Termine, nehmen ihre Medikamente unregelmässig ein, erledigen Hausaufgaben nicht und tendieren zu Selbstmedikation wie z.B. mit Cannabis oder übermässigem Konsum von koffeinhaltigen Getränken. Bei Nichteinhalten von Vereinbarungen sollte der Therapeut in wertschätzender und ermutigender Weise den Schwerpunkt auf die Verhaltens-, Lösungs- und Präventionsanalyse legen. Für die TherapeutInnen ist es hilfreich, sich immer wieder zu vergegenwärtigen, dass es sich um eine primär neurobiologisch determinierte und nicht «neurotische» Störung handelt (Nyberg & Stieglitz, 2006).

Manualisierte Therapieprogramme

Manualisierte Therapien sind entsprechend dem allgemeinen Standard besonderes bedeutsam (vgl. Elsässer et al., im Druck; Nyberg & Stieglitz, 2006). Eine Übersicht zu den heute vorhandenen manualisierten Programmen (zwei in deutscher Sprache) findet sich in Elsässer et al., im Druck). Zwei manualisierte Therapien, eine Einzel- und eine Gruppentherapie, werden hier exemplarisch skizziert, weil sie bereits gut etabliert und untersucht sind:

1. Das kognitiv-behaviorale Konzept für die Einzeltherapie von Safren et al. (2009):

Dieses für die Einzeltherapie vorgesehene Konzept, das auch in einer randomisierten kontrollierten Studie evaluiert wurde, geht von neuropsychiatrischen Beeinträchtigungen (v.a. Aufmerksamkeit und Selbstregulation) aus, die seit Kindheit existieren und Betroffene daran hindern, effektive Copingstrategien zu entwickeln (z.B. Organisation, Planung von Aufgaben).

Die Intervention beinhaltet drei Basismodule sowie weitere optionale Module. Die Basismodule sind:

1. Psychoedukation/Organisation und Planung (vier Sitzungen) 2. Umgang mit Ablenkbarkeit (drei Sitzungen) und 3. kognitive Restrukturierung (Anzahl offen). Die optionalen Module beinhalten den Um-

gang mit Aufschieben sowie auch mit Ärger und mit Kommunikation.

Nach ausführlicher Psychoedukation lernen die PatientInnen z.B. im ersten Basismodul u.a. das Benutzen eines Notizbuchs und Terminplaners, das Führen von «to do»-Listen, sowie das Zerlegen von Aufgaben («Salamitaktik»). Sie lernen zudem, ablenkende Gedanken aufzuschreiben und sich diesen erst nach Beendigung der aktuellen Aufgabe wieder zu widmen.

2. Ein Gruppentherapie-Ansatz nach Hesslinger et al. (2004):

Da einige Symptome der ADHS sich mit den Symptomen einer Borderline-Störung decken, hat eine deutsche Arbeitsgruppe (Hesslinger et al., 2004) einige Module aus dem im Borderline-Bereich bereits erprobten Fertigkeitentraining nach dem dialektisch-behavioralen Therapie(DBT)-Ansatz von Linehan für die Behandlung der ADHS adaptiert. Dieses Training stellt einen weiteren wichtigen Baustein für die psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten der ADHS dar.

Neben der Psychoedukation, Hilfe beim Umgang mit Chaos und Desorganisation sowie Informa-

tionen über mögliche komorbide psychische Störungen und Probleme (v.a. Depression, Sucht und Partnerschaftsprobleme) liegt der Schwerpunkt dieses für Gruppentherapie konzipierten Programms auf den Modulen der DBT.

Zu Beginn erhalten die Teilnehmenden eine Einführung in ein aus dem Zen-Buddhismus abgeleitetes Achtsamkeitstraining. Durch dessen konsequente Anwendung sollen Aufmerksamkeit und Konzentration verbessert werden.

Ein weiterer wichtiger Fokus der Behandlung ist die Analyse problematischer Verhaltensweisen: 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 gesamte Training besteht aus 13 Gruppensitzungen à 2 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 zum Schluss noch die Hausaufgaben bis zur nächsten Sitzung festgelegt.

	Gruppentherapie mit KBT-Ansatz	Einzeltherapie mit KBT-Ansatz	Selbsthilfe-Ansatz im Einzelsetting	Anderer Ansatz
Anzahl Studien	6 Studien	3 Studien (1 randomisiert)	1 Studie	1 Studie
Therapeutische Techniken	<ul style="list-style-type: none"> • Psychoedukation (1) • Kognitive Therapie (3) • Dialektisch-behaviorale Therapie (1) • Mindfulnessstraining (1) 	Kognitive Therapie (3)	Selbsthilfemanual mit minimalem Therapeutenkontakt	Kognitive Remediation, (keine direkte Psychotherapie)
Design	Prä-Post-Vergleiche (6)	<ul style="list-style-type: none"> • Prä-Post-Vergleiche (2) • Retrospektive Auswertung dokumentierter Patienten (1) 	Prä-Post-Vergleiche 2-Monats-Follow-up	Prä-Post-Vergleiche, 2-Monats- und 1-Jahres-Follow-up
Stichproben-grösse der Therapiegruppe	Weiter Range von N= 9 (ältere Studie) bis N= 61 (neuere Studie)	Range von N= 15 bis N= 43	N= 17	N= 22
Untersuchte Bereiche	<ul style="list-style-type: none"> • Eindimensional (1): ADHS- Symptomatik • Mehrdimensional (5): ADHS-Symptomatik, u.a. Depression, Angst, Selbstwert, Ärger 	Mehrdimensional (3): ADHS-Symptomatik, u.a. Depression, Angst	Mehrdimensional: ADHS-Symptomatik, u.a. Selbstwert, Ärger, Compliance	Mehrdimensional: ADHS-Symptomatik, u.a. Selbstwert, Ärger, Compliance
Ergebnisse	Signifikante Verbesserung gegenüber der Kontrollgruppe in allen bzw. den meisten Bereichen		Signifikante Verbesserung gegenüber der Kontrollgruppe in allen Bereichen	

Tabelle 1: Übersicht zur Psychotherapie bei Erwachsenen mit ADHS

Quelle: Elsässer et. al. (im Druck)

Der Stellenwert multimodaler Therapien

Es besteht inzwischen ein unumstrittener Konsens, dass kognitiv-behaviorale Interventionen die geeignetsten Ansätze bei der Behandlung von ADHS im Erwachsenenalter sind (NICE, 2008; Barkley, 2009). Eine PubMed-Suche im September 2009 mit den Stichworten «ADHD, adults and psychotherapy» ergab immerhin 315 Treffer (zum Vergleich: «pharmacotherapy» 1262 Treffer).

Für eine kombinierte bzw. multimodale Therapie lassen sich zudem empirische Daten und v.a. klinische Argumente finden (Nyberg & Stieglitz, 2006). Tabelle 1 (siehe unten links) bietet eine Übersicht zur Psychotherapie für Erwachsene mit ADHS, die Hinweise zu Setting, Design und Ergebnissen der bisherigen Forschung zusammenfasst. Die detaillierte Übersicht dazu findet man in Elsässer et al. (im Druck). Die untersuchten Psychotherapien wurden dabei meist mit Methylphenidat kombiniert, was auch dem State of the Art entspricht. In fast allen Studien zeigten sich signifikante Verbesserungen unter der Kombinationsbehandlung. Bisher gibt es aber nur eine randomisierte kontrollierte (RCT) Studie (Safren et al., 2009), deren Ergebnisse eine klare Wirksamkeit aufzeigten.

Da erst eine kleine Anzahl Studien existiert, sollte die Evidenz der kognitiv-behavioralen Therapie aktuell als Tendenz interpretiert werden. Zukünftige Forschung sollte die differenzierte Wirkungsweise dieser Therapieform untersuchen (NICE, 2008; Barkley, 2009).

Fazit und Perspektiven

Im Gegensatz zu anderen psychischen Störungen (z.B. Angststörungen, z.T. depressive Störungen) wird bei ADHS im Erwachsenenalter per se ein multimodales Vorgehen empfohlen. Obwohl die Psychotherapie der ADHS noch nicht lange untersucht wird, liegen erste interessante Studien und gute manualisierte Therapieprogramme vor. Diese lassen sich unter dem Begriff der kognitiv-behavioralen Therapie subsumieren, deren Wirksamkeit durch aktuelle empirische Daten belegt wird. Aufgrund methodischer Probleme, wie kaum randomisierte Studien, zu geringe Stichproben und unzureichende Medikation- und Komorbiditätskontrolle, benötigt es aber noch weitere Forschung, um eine abschliessende Bewertung vorzunehmen.

Jacqueline Kammermann, Rolf-Dieter Stieglitz

Bibliografie

Barkley, R.A. (2009). *Attention Deficit Hyperactivity Disorders in Adults. The latest assessment and treatment strategies*. Boston: Jones and Bartlett Publishers.

Elsässer, M., Nyberg, E., Stieglitz, R.D. (im Druck). Kognitive-behaviorale Strategien in der Behandlung der ADHS im Erwachsenenalter. *Z Psychiat Psychol Psychother*.

Hesslinger, B., Philipsen, A., & Richter, H. (2004). *Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter*. Göttingen: Hogrefe.

Nyberg, E. & Stieglitz, R.D. (2006). Psychotherapie der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter. *Z Psychiat Psychol Psychother* 54: 111–121.

Safren, S.A., Perlman, C.A., Sprich, S., & Otto, M.W. (2009). *Kognitive Verhaltenstherapie der ADHS des Erwachsenenalters* (deutsche Bearbeitung von E. Sobanski, M. Schumacher-Stien & B. Alm). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Die AutorInnen

M. Sc. Jacqueline Kammermann arbeitet als Psychologin mit kognitiv-behavioralem Ansatz in der Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals Basel. Neben ihrer klinischen Tätigkeit im Einzel- und Gruppensetting ist sie Mitarbeiterin des SNF-Projekts «Psychotherapieevaluation bei ADHS im Erwachsenenalter».

Prof. Dr. rer. nat. Rolf-Dieter Stieglitz, Dipl.-Psych., ist leitender Psychologe an der Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals Basel. Er leitet das SNF-Projekt «Psychotherapieevaluation bei ADHS im Erwachsenenalter» und die Spezialsprechstunde für «ADHS im Erwachsenenalter».

Anschrift

M. Sc. J. Kammermann, Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital Basel, Petersgraben 4, CH-4031 Basel. jacqueline.kammermann@upkbs.ch

Résumé

Dans le cadre d'un projet de recherche du Fonds national suisse, plusieurs groupes de travail sont en train d'évaluer des programmes de psychothérapie pour adultes souffrant de TDAH. Le Prof. Rolf-Dieter Stieglitz et sa collaboratrice Jacqueline Kammermann, M.Sc., de la Policlinique psychiatrique de Bâle, en résument les premiers résultats pour *Psychoscope*. Ceux-ci parlent clairement en faveur d'approches thérapeutiques multimodales, combinant médicaments et techniques thérapeutiques de type cognitivo-comportemental. Les auteurs appellent de leurs vœux davantage d'études randomisées sur le sujet, et plus d'évaluations sur la médication et les comorbidités.