

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeuroI NeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

Gruppenpsychotherapie bei Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter

Philipsen A

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2013; 14 (2), 69-75

Homepage:

www.kup.at/

JNeuroI NeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-



FRÜHBUCHER-DEADLINE: 31.12.2024

13. DREILÄNDERTAGUNG 2025 | SALZBURG

Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen
und Österreichischen Gesellschaften für
Epileptologie und der Schweizerischen
Epilepsie-Liga

26.–29. März 2025 | Salzburg

www.epilepsie-tagung.de

www.epilepsie-tagung.de



Deutsche
Gesellschaft für
Epileptologie



österreichische gesellschaft für epileptologie



Schweizerische Epilepsie-Liga
Ligue Suisse contre l'Epilepsie
Swiss League Against Epilepsy

Gruppenpsychotherapie bei Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter

A. Philipsen

Kurzfassung: Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter stellt einen Risikofaktor für komorbide psychische Störungen und negative psychosoziale Konsequenzen dar. Die bisher evaluierten Psychotherapiekonzepte zur Behandlung der ADHS im Erwachsenenalter basieren auf verhaltenstherapeutischen Ansätzen und zeigen positive Effekte. Sowohl kognitiv- als auch dialektisch-behaviorale Therapieansätze wurden angewendet. Ziel der verschiedenen Konzepte ist einerseits der Umgang der Betroffenen mit der Kernsymptomatik der Erkrankung, andererseits aber auch mit assoziierten bzw. Rest- und Folgeproblemen (z. B. Komorbiditäten, Selbstwert- und interaktionelle Probleme). Von den bisher evaluierten Konzepten profitierten sowohl Patienten ohne Medikation als auch jene, die nach einer ADHS-spezifischen medikamentösen Behandlung noch Restsymptome aufwiesen hinsichtlich der Schwere der ADHS-Symptomatik sowie der Ausprägung anderer assoziierter Symptome (z. B. Depressivität, Angst). Es existieren auch erste Hinweise darauf, dass eine Kombinationsbehandlung aus Medikation und Psychotherapie

einer alleinigen Medikation überlegen sein kann. Bei Gruppenkonzepten wird von den Teilnehmern die dabei mögliche gegenseitige Unterstützung als besonders hilfreich erlebt.

Im Folgenden werden die bisher vorliegenden Studienergebnisse untersuchter Gruppentherapieansätze für Erwachsene mit ADHS zusammengefasst sowie der Ablauf und Inhalt eines eigenen evaluierten Gruppenkonzepts exemplarisch vorgestellt.

Schlüsselwörter: Psychotherapie, Gruppentherapie, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, ADHS, Erwachsenenalter

Abstract: Group Psychotherapy in Adult ADHD Patients. ADHD is a serious risk factor for co-occurring psychiatric disorders and negative psychosocial consequences in adulthood. Previous trials on psychotherapeutic concepts for adult ADHD were based on behavioral (cognitive behavioral and dialectical-behavioral) psychotherapeutic approaches and showed significant effects. Targets of psychotherapeutic inter-

ventions are coping with the core symptoms, associated problems, comorbidities, but also probable consequences like low self-esteem and interpersonal problems. Improvements of ADHD symptomatology and associated symptoms (eg, depression, anxiety) have been reported after psychotherapeutic treatment. There is preliminary evidence for a significantly greater benefit from a combination of medication and psychotherapy. The group setting *per se* and support by other participants are regarded as strongly helpful.

This manuscript provides an overview of the treatment approaches and of selected empirical studies on the effectiveness of psychotherapy in adults with ADHD. Following this, a validated and manualized treatment concept will be described as an exemplary approach. Finally, the specific requirements of psychotherapy for ADHD in adults and of further research will be discussed. **J Neurol Neurochir Psychiatr 2013; 14 (2): 69–75.**

Key words: psychotherapy, group therapy, ADHD, adults

■ Einleitung

Aus der Diagnose einer ADHS im Erwachsenenalter muss sich nicht zwangsläufig eine Behandlungsnotwendigkeit ableiten. Die deutschsprachigen Leitlinien [1] empfehlen eine Behandlung dann, wenn bei der sicheren klinischen Diagnose einer ADHS entweder starke Beeinträchtigungen in mindestens einem Lebensbereich oder leichte Beeinträchtigungen in mindestens 2 Lebensbereichen bestehen, und wenn diese Beeinträchtigungen durch ADHS verursacht sind. Stehen komorbide Störungen (z. B. Depression, Sucht) im Vordergrund, sollten diese zuerst behandelt werden (z. B. antidepressive Medikation, Entzug, Entwöhnung). Nach Behandlung der komorbiden Störung sollte das Ausmaß der Beeinträchtigung durch ADHS erneut beurteilt werden.

Da im Erwachsenenalter oft nicht die Kernsymptome der ADHS, sondern vielmehr die psychosozialen Folgen wie Arbeitsplatzverlust und Beziehungsabbrüche oder komorbide Störungen, wie Depression, Angststörungen und (nicht-)stoffgebundene Süchte, im Vordergrund stehen [2], wird nach

den Leitlinien eine Kombinationsbehandlung aus Medikation und Psychotherapie empfohlen [1, 3]. Einige Erwachsene mit ADHS wünschen zudem keine medikamentöse Behandlung oder suchen nach Behandlungsmöglichkeiten, die über eine alleinige Medikation hinausgehen. Im Kindesalter sind neben der medikamentösen Behandlung psychotherapeutische Interventionen integraler Bestandteil einer leitliniengerechten Behandlung und werden, wie die Medikation auch, individuell auf die Bedürfnisse der Betroffenen abgestimmt.

■ Entwicklung störungsorientierter Psychotherapiekonzepte

In früheren Übersichtsarbeiten zur Psychotherapie bei ADHS im Erwachsenenalter wurden verschiedene psychotherapeutische Interventionen empfohlen, die Behandlungsprogramme waren jedoch nicht standardisiert und veröffentlichte kontrollierte Untersuchungen zur Wirksamkeit der Konzepte lagen bis Ende der 1990er-Jahre nicht vor [4]. Diese meist verhaltenstherapeutisch geprägten allgemeinen Empfehlungen beinhalteten vor allem psychoedukative Elemente, die Unterstützung der Patienten in ihrem Alltag durch Organisationshilfen und die Erhöhung der sozialen Kompetenzen. Dabei gab es auch erste Hinweise auf einen möglichen positiven Effekt von Gruppentherapien und Selbsthilfegruppen. Einige Autoren empfahlen, Partner und Angehörige in die Therapie einzubeziehen. Auch für Erwachsene mit ADHS und komorbider Sucht wurden ADHS-orientierte psychotherapeutische Strategien vorgeschlagen [5], jedoch bisher nicht evaluiert.

Eingelangt am 16. Februar 2011; angenommen nach Revision am 14. Oktober 2011; Pre-Publishing Online am 13. Dezember 2011

Aus der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg, Deutschland

Korrespondenzadresse: PD Dr. med. Alexandra Philipsen, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg, D-79104 Freiburg, Hauptstraße 5; E-Mail: alexandra.philipsen@uniklinik-freiburg.de

In den vergangenen 10 Jahren ist die Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen bei Erwachsenen mit ADHS zunehmend Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen geworden. Dabei wurden bisher nur verhaltenstherapeutisch orientierte Konzepte überprüft.

■ **Evaluierte Psychotherapiekonzepte (Tab. 1)**

1999 wurden erste Ergebnisse eines störungsorientierten Psychoedukationskonzepts vorgelegt [6]. Das 4-wöchige Gruppenprogramm beinhaltet Informationen zur Symptomatik der ADHS sowie Organisationshilfen. Nach der Teilnahme ließ sich eine subjektive Verbesserung der ADHS-Symptomatik nachweisen, aber es zeigte sich auch eine negative Auswirkung auf das Selbstwertgefühl. Eine Erklärung könnte in der alleinigen Problemaktualisierung bei fehlender Ressourcenaktivierung und Vermittlung von Fertigkeiten liegen. In folgenden Psychoedukationskonzepten wurden daher auch konkrete Fertigkeiten zum Umgang mit der Symptomatik integriert und der zeitliche Rahmen wurde auf 10 Sitzungen ausgedehnt [7].

Seit 2002 veröffentlichte prospektive Untersuchungen zeigten positive Effekte von kognitiv- und dialektisch-behavioralen Gruppen- und Einzeltherapieansätzen [8–18]. Die Patienten profitierten dabei sowohl hinsichtlich der Schwere der ADHS als auch hinsichtlich häufig assoziierter Symptome wie Depression, Angst, Selbstwertproblematik oder Umgang mit Ärger. Weiterhin wurden bisher ein Selbsthilfeprogramm [19], ein Achtsamkeitsmeditationskonzept in der Gruppe [20] und ein metakognitives Gruppentraining [14, 21] evaluiert. Die meisten dieser Ansätze sind modular aufgebaut und richten sich auf verschiedene Problembereiche. In der Regel folgen einem psychoedukativen Anfangsteil Module u. a. zu den Bereichen Selbstbeobachtung, Aufmerksamkeit, Emotionsregulation, dysfunktionale Kognitionen, Zeitmanagement und Organisation. Im Folgenden werden die evaluierten Gruppentherapieprogramme näher vorgestellt.

■ **Gruppentherapieprogramme**

Interessanterweise liegen für Erwachsene mit ADHS inzwischen mehr evaluierte Gruppentherapieprogramme als Einzeltherapiekonzepte vor. Alle untersuchten Gruppenprogramme sind sehr strukturiert und zeigten positive Effekte. Die Evaluationen durch die Teilnehmer ergaben einen subjektiv sehr hohen Nutzen durch den in der Gruppe ermöglichten gegenseitigen Austausch [8, 10, 21, 22].

■ **Kognitiv-behaviorale Therapie (KBT)**

In vielen Fällen verläuft bei von ADHS betroffenen Menschen die Lerngeschichte ungünstig. Die vorhandenen Einschränkungen im Bereich der Konzentrationsleistung und Konzentration sowie ein oftmals durch die Hyperaktivität und Impulsivität, aber auch durch die Ablenkbarkeit beeinträchtigtes Interaktionsverhalten im Kindesalter führen nicht selten zu Ablehnung der Betroffenen durch die Peer Group [23, 24] und wichtige Bezugspersonen. Wiederholt erlebte negative Rückmeldungen begünstigen die Herausbildung von dys-

funktionalen 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. Dysfunktionale Kognitionen meist aus dem Bereich des Versagens (z. B. „eigentlich 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.

Das Ziel kognitiv-behavioraler Verfahren bei ADHS im Erwachsenenalter ist die Identifikation und Modifikation dysfunktionaler Kognitionen und Verhaltensweisen sowie die Vermittlung eines Bewusstseins über die vorliegenden 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.

Neben offenen [11, 25, 26] und kontrollierten [12] Studien zur Wirksamkeit kognitiv-behavioraler Einzeltherapieansätze wurde inzwischen auch KBT in der Gruppe systematisch untersucht [8, 15–17].

Kognitiv-behaviorale Gruppentherapieprogramme

In enger Anlehnung an das Einzeltherapiekonzept von Safren entwarf die Arbeitsgruppe um Bramham am Maudsley Hospital in London ein kurzes kognitiv-behaviorales Gruppentherapiekonzept [27], das in einer Studie mit 61 stabil pharmakologisch eingestellten Teilnehmern im Vergleich zu alleiniger Fortführung der Medikation evaluiert wurde [8]. Die psychotherapeutische Behandlung bestand aus 6 Workshops an 3 „Therapietagen“ (1 Tag/Monat), die für Gruppen von etwa 10–15 Klienten ausgelegt waren. Nach der Behandlung zeigten 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. Analog zu anderen Untersuchungen [10, 22] wurde von den Gruppenteilnehmern der gegenseitige Erfahrungsaustausch als sehr hilfreich eingeschätzt. Die Inhalte des Programms sind inzwischen als Arbeitsbuch in englischer und deutscher Sprache für die Anwendung im Einzelsetting erhältlich [28, 29].

Auch in Finnland wurde unlängst der Effekt einer solchen kognitiv-behavioralen Gruppentherapie über 10 wöchentliche Sitzungen in einer offenen und einer kleinen kontrollierten Studie (n = 29) untersucht [16, 17, 30]. Interessanterweise wurde KBT mit einem neuropsychologischen Computertaining (CT) für die exekutiven Funktionen, Aufmerksamkeit und Arbeitsgedächtnis sowie mit einer Kontrollgruppe verglichen. Im Vergleich zum reinen CT zeigte sich die kognitiv-behaviorale Gruppentherapie als tendenziell besser im Hinblick auf die Reduktion der ADHS-Symptome (gemessen mit der Brown-Skala [31]) und häufig assoziierten ADHS-Symp-

Tabelle 1: Evaluierte Gruppentherapiekonzepte für Erwachsene mit ADHS

Autoren	Verfahren	Design	n	Med.	Dauer/Anzahl Sitzungen	Angabe zur ADHS-Diagnose	n mit komorbider Störung	Outcome-Kriterien	Effektstärke	Stärken (+) und Schwächen (-)
Wiggins et al., 1999 [6]	Psychoedukation	Kontrolliert (Warteliste)	17	?	4 wöchentliche Sitzungen	?	?	Wiggins Adult ADHD Checklist*	1,6 Subskala Desorganisation	+ Strukturiert - Messinstrument nicht validiert - Keine Angabe zu Diagnostik und komorbiden Störungen
Bramham et al., 2008 [8]	KBT	Kontrolliert (Warteliste mit Medikation)	61	59	3 Monate, 3 1-tägige Workshops mit je 2 Sitzungen	Fraglich Valide	?	Akzeptanz, Selbstwert und -wirksamkeit, HADS	Keine Aussage möglich	+ Innovatives Konzept mit Workshops - Keine Angabe, welche FG zur ADHS-Dx angewendet wurden - Keine Aussage zur Wirksamkeit
Hessinger et al., 2002 [9]	DBT-basiert	Kontrolliert (Warteliste)	15	3	13 wöchentliche Sitzungen	Valide	7	ADHS-CL, BDI, SCL-16, VAS, Akzeptanz Neuropsychologische Testung (u. a. Stroop-Test, Digit Span Test, d2)	Keine Aussage möglich	+ Innovatives Konzept - Kontrollgruppe nicht evaluiert (n = 7), da 4/7 Dropout
Philipsen et al., 2007 [10]	DBT-basiert	Offen, multizentrisch	72	48	13 wöchentliche Sitzungen	Valide	59	ADHS-CL, BDI, SCL-16, VAS, Akzeptanz, Anwendbarkeit	0,91	+ Multizentrisch + Große Fallzahl - Nicht kontrolliert
Solanto et al., 2008 [14]	Metakognitives Training	Offen	38	26	8 oder 12 wöchentliche Sitzungen	Valide	Mindestens 22 (unklare Angabe)	CAARS-SL (Subskala Unaufmerksamkeit), BADDS, Reduktion	Signifikante Reduktion der Unaufmerksamkeit (0,6)	+/- Fokussierung auf wenige Bereiche (Zeitmanagement und Organisation)
Stevenson et al., 2002 [15]	KBT + individuelles Coaching	Randomisiert, kontrolliert	43	23	8 wöchentliche Sitzungen	Valide	?	ADHS-CL, STAXI, Selbstwertskala (Davidson & Lang), Organisationsfähigkeiten, Katamnese nach 2 und 12 Monaten	1,4	+ Individuelles Telefoncoaching + Katamnese
Virta et al., 2008 [16]	KBT	Offen	29	19	10-11 wöchentliche Sitzungen	Valide	9	ADHS-CL, BADDS, SCL-90, BDI	Keine signifikante Reduktion im ADHS-CL	+ Erhebung der Symptomatik 3 Monate vor und zu Beginn der Therapie
Virta et al., 2010 [17] Salakari et al., 2010 [30]	KBT vs. Computertaining vs. Kontrollen	Randomisiert, kontrolliert + Follow-up	29	17	10 wöchentliche KBT-Sitzungen, 20 CT-Sitzungen	Valide	14	BADDS, ASRS, SCL-90, BDI, O-LES-Q, CGI, neuropsychologische Testung (u. a. CPT, Stroop-Test)	CBT vs. CT: 0,15 CBT vs. Kontrolle: 0,29 0,80	+ Katamnese + Kontrolle zu CT - Zu kleine Fallzahl - KBT-Konzept wenig innovativ
Zylowska et al., 2008 [20]	Achtsamkeit	Offen	32	19	8 wöchentliche Sitzungen	Valide	28	ADHS-CL, BDI, BA, neuropsychologische Testung (u. a. Stroop-Test, Digit Span-Test)	0,80	+ Adaptation von MBSR auf ADHS + Neuropsychologische Testung - Unkontrolliert

Fortsetzung ▶

Tabelle 1 (Fortsetzung): Evaluierte Gruppentherapiekonzepte für Erwachsene mit ADHS

Autoren	Verfahren	Design	n	Med.	Dauer/Anzahl Sitzungen	Angabe zur ADHS-Diagnose	n mit komorbider Störung	Outcome-Kriterien	Effektstärke	Stärken (+) und Schwächen (-)
Solanto et al., 2010 [21]	Metakognitives Training vs. supportive Gruppe	Randomisiert, kontrolliert	88	49	12 wöchentliche Sitzungen	Valide	Mindestens 47 (unklare Angabe)	ADHD-CL (Unaufmerksamkeit), CAARS-S (Subskala Unaufmerksamkeit), BADDs, BDI, Selbstwert, CAARS-O	1,57	+ Vergleich zu Diskussionsgruppe + Kontrolle von Kompetenz und Adhärenz + Analyse von Moderatoren und Mediatoren
Hirvikoski et al., 2011 [22]	DBT-basiert	Randomisiert, kontrolliert vs. Diskussionsgruppe	51	35	14 wöchentliche Sitzungen	Valide	37	ADHD-CL, BDI, BAI, subjektiver Stress, Schlaf, Sheehan-Behinderungsskala	0,57	+ Transnationale Anwendung des DBT-basierten Konzeptes + Vergleich zu Diskussionsgruppe

Angabe der Effektstärke bezieht sich auf das erstgenannte primäre Outcome-Kriterium.
 ? = keine Angabe im Manuskript; ADHD-CL: ADHD-Checkliste; BADDs: Brown Attention Deficit Disorder Scale – Adult Version; BDI: Beck Depressions-Inventar; BAI: Beck Angst-Inventar; CAARS-S: Connors Adult Rating Scale (Selbsteinschätzung); CAARS-O: Connors Adult Rating Scale (Fremdeinschätzung); CT: Computertaining; DBT: dialektisch-behaviorale Therapie; Dx: Diagnostik; FG: Fragebogen; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; KBT: kognitiv-behaviorale Therapie; MBSR: Mindfulness-based Stress Reduction; „ON TOP“: On Time Management, Organization and Planning Scale; SCL-16: 16 ADHS-relevante Fragen des SCL-90-R (Symptom-Checkliste); STAXI: State-Trait Anger Expression Inventory; VAS: Visuelle Analogskala; valide Dx: valide Diagnostik (validierte Fragebögen und klinisches Interview)

tomen (gemessen mit der SCL-16 [9]). Aufgrund der geringen Fallzahl und anderer konfundierender Variablen (10 Sitzungen KBT vs. 20 Sitzungen CT) ist die Interpretierbarkeit der Studienergebnisse allerdings eingeschränkt.

■ **Kognitives „Remediationsprogramm“**

Von einer australischen Arbeitsgruppe um Stevenson wurde bereits 2002 ein symptomorientiertes, 8-wöchiges manualisiertes Gruppentherapieprogramm basierend auf den Prinzipien der KBT und des Coachings vorgelegt, das insbesondere auf die Verbesserung der Organisationsfähigkeiten, den Umgang mit Impulsivität und Ärger sowie die Erhöhung des Selbstwertgefühls abzielte [15]. Als Ansprechpartner zwischen den strukturierten Sitzungen wurden Studenten oder von den Patienten ausgewählte unterstützende Personen eingesetzt, die im Rahmen eines Telefonkontaktes zwischen den Sitzungen Fragen zu Hausaufgaben mit den Patienten klären konnten.

In einer randomisierten kontrollierten Studie mit insgesamt 43 Teilnehmern, von denen ca. 50 % stabil pharmakologisch eingestellt waren, wurde die Wirksamkeit des Programms untersucht. 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, Organisationsfähigkeiten, Selbstwert, Ausmaß von und Umgang mit Ärger). Die Verbesserungen in den Bereichen Schwere der ADHS, Organisationsfähigkeiten und Selbstwert waren auch im Langzeitverlauf nach 2 und 12 Monaten stabil.

■ **Metakognitives Training**

Neben den klassischen kognitiv-behavioralen Therapieelementen beinhaltet das 2008 vorgelegte und 2010 evaluierte metakognitive Gruppentraining die Zielsetzung, die exekutiven Funktionen und das Selbstmanagement zu verbessern und damit funktionalere Verhaltensweisen aufbauen und automatisieren zu können [14, 21]. Dabei wird besonders viel Wert auf das Zeitmanagement und die Alltagsstrukturierung gelegt. In einer offenen Anwendungsbeobachtung an 38 größtenteils bereits medizierten Teilnehmern konnten nach der Teilnahme an dem 8- bzw. 12-wöchigen Konzept signifikante Verbesserungen nach Selbsteinschätzung in den Bereichen Unaufmerksamkeit, Motivation, Zeitmanagement und Alltagsorganisation gezeigt werden. Im Bereich Hyperaktivität/Impulsivität fanden sich keine Veränderungen [14].

Daraufhin wurde die Wirksamkeit des metakognitiven Gruppenkonzepts in einer kontrollierten Studie mit einer rein supportiven Gruppentherapie verglichen (n = 88) [21]. Die untersuchte Studienpopulation bestand hauptsächlich aus Frauen (71 % metakognitive Gruppe, 61 % Kontrollgruppe) mit vorrangig unaufmerksamem Subtyp (69 % metakognitive Gruppe, 65 % Kontrollgruppe) und vergleichsweise hohem IQ (IQ 119 metakognitive Gruppe, IQ 114 Kontrollgruppe).

Die Ergebnisse zeigen eindrücklich, dass ein strukturiertes Gruppenprogramm wie das metakognitive Training einer rein

supportiven Gruppe in der Reduktion der ADHS und assoziierter Symptome (Zeitmanagement, Selbstwert, Depressivität) signifikant überlegen ist [21] und die Gruppensituation alleine nicht für einen besseren Umgang mit der ADHS-Symptomatik ausreicht.

■ Das Freiburger Konzept: Ein strukturiertes Gruppenfertigkeitenprogramm auf dialektisch-behavioraler Grundlage

Das seit Ende der 1990er-Jahre in Freiburg entwickelte Gruppentherapieprogramm verbindet Psychoedukation mit kognitiv-behavioralen Interventionen und basiert aufgrund überlappender klinischer Symptomatik der adulten ADHS und der Borderline-Persönlichkeitsstörung [32, 33] auf Elementen der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) [34]. In einer Pilotstudie [9] sowie einer offenen Multicenter-Studie mit 72 Teilnehmern [10] ließen sich positive Effekte auf die ADHS-Symptomatik und das Allgemeinbefinden sowie eine gute Anwendbarkeit des Gruppenprogramms im klinischen Alltag nachweisen. Inzwischen wurden die Wirksamkeit und Akzeptanz des Programms im Vergleich zu einer unstrukturierten Diskussionsgruppe von Kollegen aus Schweden untersucht (n = 51) [22]. Interessanterweise fand das Gruppensetting *per se* in beiden Gruppen hohe Akzeptanz und alle Teilnehmer fühlten sich am Ende der Behandlung ungeachtet der Zuteilung insgesamt besser. Einen signifikanten positiven Einfluss auf das Ausmaß der ADHS-Symptomatik hatte jedoch nur das strukturierte DBT-basierte Gruppenkonzept.

Als wesentliches Ziel dieser DBT-basierten Gruppentherapie wurde formuliert, „ADHS zu kontrollieren, statt von ADHS kontrolliert zu werden“. Für die Durchführung der Gruppentherapie können verschiedene Module (Stressregulation, Kontrolle der Impulsivität, Emotionsregulation, Verhaltensanalysen, Komorbiditäten u. a.) und entsprechende schriftliche Arbeitsmaterialien ausgewählt werden, die in einem Arbeitsbuch veröffentlicht wurden [35, 36]. Das Vorgehen ist strukturiert und umfasst mindestens 13 wöchentliche Sitzungen von je 2 Stunden Dauer für 6–10 Teilnehmer. Schriftliche Hausaufgaben und kontinuierliche Achtsamkeitsübungen sind wesentliche Bestandteile der Behandlung. Anhand der Haltung der DBT, die Wert auf eine dialektische Balance zwischen Akzeptanz und Veränderung legt und Techniken zum Validieren und Commitment-Strategien beinhaltet, gelingt es, die fragile Motivation der Gruppenteilnehmer zur Veränderung immer wieder neu zu verstärken. Ziel ist es, nach Abschluss der Behandlung die Gruppe als Selbsthilfegruppe in das Eigenmanagement überzuführen und – wenn von den Teilnehmern gewünscht und möglich – punktuell weitere Information und/oder Unterstützung anzubieten.

■ Achtsamkeitsmeditationskonzept

Die Annahme, dass Achtsamkeit bei der Behandlung von ADHS hilfreich zu sein scheint, konnte eindrücklich anhand einer offenen Anwendungsbeobachtung zu einem 8-wöchigen Achtsamkeitsmeditationkurs nach Jon Kabat-Zinn unterstützt werden [20]. Sowohl Jugendliche als auch Erwachsene mit ADHS profitierten hinsichtlich der Schwere der ADHS, Depressivität und Impulskontrolle von den 2,5-stündigen Sit-

zungen und regelmäßiger täglicher Praxis. Interessanterweise fanden sich auch neuropsychologisch Verbesserungen der Aufmerksamkeitskontrolle. Kontrollierte Studien fehlen jedoch bislang.

■ Inhalt und Ablauf einer Gruppentherapie am Beispiel des DBT-basierten Freiburger Gruppenkonzepts

Bei der Durchführung der Gruppe ist es sinnvoll, die einzelnen Gruppensitzungen in 2 Abschnitte zu gliedern. Im ersten Abschnitt erfolgt nach einer kurzen Achtsamkeitsübung (2–5 Min.) und Klärung aktueller Anliegen die Besprechung der Hausaufgaben. Im zweiten Abschnitt der Sitzung werden dann wiederum nach einer kurzen Achtsamkeitsübung die jeweils neuen Inhalte vermittelt. Etwa nach der Hälfte der Zeit empfiehlt sich eine 15–20-minütige Pause. Die Teilnehmer sollen bei Bedarf darauf hingewiesen werden, in der Pause Strategien anzuwenden (z. B. Achtsamkeitsübungen), die die Konzentrationsfähigkeit wiederherstellen. In den Sitzungen bearbeitete Inhalte sollten auch in Form schriftlicher Materialien verfügbar sein, um eine Nachbereitung zu ermöglichen. Es ist hilfreich, wenn 2 Therapeuten für die Durchführung der Gruppe zur Verfügung stehen, um die dialektische Balance sowohl in Haltung als auch Wahl der Strategien herstellen und halten zu können. Die Gruppen sind grundsätzlich aber auch mit einem Therapeuten durchführbar. In Tabelle 2 sind die Inhalte der einzelnen Sitzungen dargestellt.

■ Welche Psychotherapiekonzepte sind bei adulter ADHS nicht wirksam?

Bisher wurden nur verhaltenstherapeutische und achtsamkeitsbasierte Konzepte bei ADHS im Erwachsenenalter wissenschaftlich untersucht. Inwieweit Konzepte anderer Therapieschulen von Nutzen sind, kann gegenwärtig nicht suffizient beantwortet werden. Unter Berücksichtigung der aktuellen Datenlage und der eigenen klinischen Erfahrung lässt sich festhalten, dass ein strukturiertes, störungsorientiertes therapeutisches Vorgehen mit klaren Zielen und transparenten Therapieinhalten bei erwachsenen Patienten mit ADHS in Studien wirksam und im klinischen Alltag sinnvoll ist.

■ Ausblick

Das Freiburger Konzept wird gegenwärtig mit Unterstützung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) seit 2007 an 7 Universitätskliniken in einer ersten randomisierten, kontrollierten doppelblinden Multicenter-Studie im Vergleich zu „clinical management“ jeweils in Kombination mit Methylphenidat oder Placebo weiter untersucht. Es wurden inzwischen 433 Patienten eingeschlossen. Entsprechend Tabelle 2 finden in den ersten 12 Wochen wöchentliche, in den verbleibenden 9 Monaten zur Erhaltungstherapie 4-wöchentliche 2-stündige Gruppensitzungen statt. Bei der Planung 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 [10]. Begleitend sind 3 Einzelpsychotherapiesitzungen möglich. Die Studie wird voraus-

Tabelle 2: Inhalt und Ablauf der Sitzungen im Freiburger Konzept

12-wöchige intensive Therapiephase

1. Vorstellung, Vereinbarungen, Klärung
Vorstellung der Teilnehmer, Terminabsprachen, Schweigepflicht, Entschuldigung bei Fehlterminen, Nüchternheit als Voraussetzung zur Teilnahme, Symptomatik und Diagnostik bei ADHS, Allgemeine Zieldefinition: „ADHS zu kontrollieren, statt von ADHS kontrolliert zu werden.“
2. Neurobiologie, Achtsamkeit I
Information über Neurobiologie bei ADHS. Einführung: Zen-buddhistisches Achtsamkeitstraining nach M. Linehan:
– 3 „Was-Fertigkeiten“: Wahrnehmen, Beschreiben und Teilnehmen
– 3 „Wie-Fertigkeiten“: Nicht wertend, fokussiert und effektiv
3. Achtsamkeit II
Achtsamkeitsübungen trainieren und in den Alltag integrieren lernen.
4. Chaos und Kontrolle
Definition: „Chaos ist, wenn ADHS mich kontrolliert. Kontrolle ist, wenn ich ADHS kontrolliere.“ Zeitplanung, Organisationsplanung.
5. Verhaltensanalyse I
Konzept: „Problemverhalten ist Verhalten, das ich ändern will“; Teilnehmer erlernen Verhaltensanalysen: Beschreibung des Problemverhaltens im Detail, typische Situationen, vorausgehende Bedingungen, kurz- und langfristige Konsequenzen, alternative Problemlösestrategien, vorbeugende Maßnahmen, Wiedergutmachung.
6. Verhaltensanalyse II
Ziel: Verhaltensanalysen in Eigenregie durchführen.
7. Gefühlsregulation
Einführung in Theorie der Gefühle.
Übungen zur Emotionswahrnehmung und -regulation, häufigstes Problem bei ADHS: Kontrolle von Wut und Ärger.
8. Depression, Medikamente bei ADHS
Depression als häufige Komorbidität bei ADHS, Information über Symptome und Behandlungsmöglichkeiten bei Depression, Information über medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten bei ADHS, Wirkungen und Nebenwirkungen, Erfahrungsaustausch.
9. Impulskontrolle
Verhaltensanalysen bezüglich Impulskontrollstörungen, kurz- und langfristige Konsequenzen von Impulsivität, typische Situationen, zielorientiertes Verhalten erlernen, „was macht die Zündschnur länger?“
10. Stressmanagement
Zusammenhang von desorganisiertem Verhalten mit subjektivem Erleben von Stress, „Jonglieren mit zu vielen Bällen gleichzeitig“; Stress-Leistungs-Kurve, ressourcenorientiertes Stressmanagement, Sport.
11. Sucht
Süchtiges Verhalten als häufige Komorbidität bei ADHS/Substanzen (Sex, Sport, Internet, Hochrisikoverhalten etc.), kurz- und langfristige Konsequenzen, Indikationen für Alternativverhalten bzw. „Entzug oder Entwöhnung“?
12. Beziehungen, Selbstachtung
Folgen von ADHS für Biographie, Beziehungen und Selbstvertrauen, Vorteile durch ADHS gegenüber Menschen ohne ADHS.
13. Rückmeldung
Rückmeldung, Ausblick, Weiterbehandlung, Netzwerke, Überführung in eine Selbsthilfegruppe.

Ggf. 9-monatige Erhaltungstherapie

Weitere Sitzungen (13–22)

Vierwöchentliche Erhaltungstherapie über die Dauer von weiteren 9 Monaten mit den obligaten Inhalten: Achtsamkeit, „Chaos und Kontrolle“, Verhaltensanalyse, Stressmanagement sowie weitere, individuell festzulegende Inhalte der vorangegangenen Sitzungen

Sitzung 22: siehe Sitzung 13

sichtlich im August 2011 abgeschlossen sein und dann Aussagen zur Wirksamkeit eines Gruppenprogramms im Vergleich zu Medikation und deren Kombination sowie Prädiktoren der Therapieresponse erlauben und damit einen Beitrag zur differenziellen Indikationsstellung bei ADHS im Erwachsenenalter leisten.

■ Relevanz für die Praxis

Alle bisher wissenschaftlich evaluierten Gruppentherapieansätze erbrachten signifikante Verbesserungen hinsichtlich der ADHS- und anderer häufig assoziierter Symptome (z. B. Depressivität, Selbstwert). In der täglichen Praxis scheint ein Gruppenkonzept für Erwachsene mit ADHS gut anwendbar und wirksam zu sein. Begleitend sollte bei Bedarf die Möglichkeit zu Einzeltherapie- und/oder Angehörigengesprächen gegeben sein. Patienten, bei denen die Teilnahme an einer Gruppe gegenwärtig nicht möglich oder ungünstig erscheint (z. B. schwere soziale Phobie, schwere komorbide Persönlichkeitsstörung), sollten aus klinischer Sicht im Rahmen eines kognitiv-behavioralen Einzelsettings behandelt werden, bei dem die inhaltlichen Schwerpunkte individuell an die Bedürfnisse und komorbiden Störungen angepasst werden können. Zu bearbeitende Themen und Copingstrategien können aus den Gruppenprogrammen übernommen werden und sich an verfügbare Manuale anlehnen.

■ Interessenkonflikt

Reisesponsoring durch Eli Lilly und Janssen-Cilag; Vortragshonorare von Eli Lilly, Medice, Janssen-Cilag und Novartis; Beratertätigkeit für Janssen-Cilag, Eli Lilly, Medice, Novartis und Shire; Prüfarztstätigkeit im Rahmen klinischer Studien für Janssen-Cilag, Eli Lilly, Medice und Novartis.

Autorin von Büchern oder Buchbeiträgen (Verlage: Dansk Psykologisk Forlag, Elsevier, Hogrefe, Karger, Schattauer, Springer und Thieme). Dozententätigkeit an mehreren verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstituten.

Literatur:

1. Ebert D, Krause J, Roth-Sackenheim C. ADHD in adulthood – guidelines based on expert consensus with DGPPN support. *Nervenarzt* 2003; 74: 939–46.
2. Rösler M, Philipsen A. ADHS im Erwachsenenalter. In: Voderholzer U, Hohagen F (Hrsg). *Therapie psychischer Erkrankungen – State of the Art*. Urban & Fischer, München, 2010; 325–39.
3. National Collaborating Centre for Mental Health. *Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. Full Guideline. Clinical Guideline 72. NICE, 2009.* <http://guidance.nice.org.uk/CG72>
4. Bemporad JR. Aspects of psychotherapy with adults with attention deficit disorder. In: Wasserstein J, Wolf LE, LeFever FF (eds). *Adult Attention Deficit Disorder – Brain Mechanisms And Life Outcomes*. The New York Academy of Sciences, New York, 2001; 302–9.
5. Aviram RB, Rhum M, Levin FR. Psychotherapy of adults with comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder and psychoactive substance use disorder. *J Psychother Pract Res* 2001; 10: 179–86.
6. Wiggins D, Singh K, Getz HG, et al. Effects of a brief group intervention for adults with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Ment Health Couns* 1999; 21: 82–92.
7. D’Amelio R, Retz W, Philipsen A, et al. Psychoedukation und Coaching ADHS im Erwachsenenalter. *Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen*. Urban & Fischer, München, 2008.
8. Bramham J, Young S, Bickerdike A, et al. Evaluation of group cognitive behavioral therapy for adults with ADHD. *J Atten Disord* 2008; 12: 434–41.
9. Hesslinger B, Tebart van Elst L, Nyberg E, et al. Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults – a pilot study using a structured skills training program. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002; 252: 177–84.
10. Philipsen A, Richter H, Peters J, et al. Structured group psychotherapy in adults with attention deficit hyperactivity disorder: results of an open multicenter study. *J Nerv Ment Dis* 2007; 195: 1013–9.
11. Rostain AL, Ramsay JR. A combined treatment approach for adults with ADHD – results of an open study of 43 patients. *J Atten Disord* 2006; 10: 150–9.

12. Safren SA, Otto MW, Sprich S, et al. Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behav Res Ther* 2005; 43: 831–42.
13. Safren SA, Sprich S, Mimiaga MJ, et al. Cognitive behavioral therapy vs relaxation with educational support for medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: a randomized controlled trial. *JAMA* 2010; 304: 875–80.
14. Solanto MV, Marks DJ, Mitchell KJ, et al. Development of a new psychosocial treatment for adult ADHD. *J Atten Disord* 2008; 11: 728–36.
15. Stevenson CS, Whitmont S, Bornholt L, et al. A cognitive remediation programme for adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 2002; 36: 610–6.
16. Virta M, Vedenpää A, Grönroos N, et al. Adults with ADHD benefit from cognitive-behaviorally oriented group rehabilitation: a study of 29 participants. *J Atten Disord* 2008; 12: 218–26.
17. Virta M, Salakari A, Antila M, et al. Short cognitive behavioural therapy and cognitive training for adults with ADHD – a randomized controlled pilot study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2010; 6: 443–53.
18. Weiss M, Hechtman L. A randomized double-blind trial of paroxetine and/or dextroamphetamine and problem-focused therapy for attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *J Clin Psychiatry* 2006; 67: 611–9.
19. Stevenson CS, Stevenson RJ, Whitmont S. A self-directed psychosocial intervention with minimal therapist contact for adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Clin Psychol Psychother* 2003; 10: 93–101.
20. Zylowska L, Ackerman DL, Yang MH, et al. Mindfulness meditation training in adults and adolescents with ADHD: a feasibility study. *J Atten Disord* 2008; 11: 737–46.
21. Solanto MV, Marks DJ, Wasserstein J, et al. Efficacy of meta-cognitive therapy of adult ADHD. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 958–68.
22. Hirvikoski T, Waaler E, Alfreðsson J, et al. Reduced ADHD symptoms in adults with ADHD after structured skills training group: results from a randomized controlled trial. *Behav Res Ther* 2011; 49: 175–85.
23. Canu VH, Newman ML, Morrow TL, et al. Social appraisal of adult ADHD: stigma and influences of the beholder's big five personality traits. *J Atten Disord* 2008; 11: 700–10.
24. Nijmeijer JS, Minderaa RB, Buitelaar JK, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning. *Clin Psychol Rev* 2008; 28: 692–708.
25. Wilens TE, McDermott SP, Biederman J, et al. Cognitive therapy in the treatment of adults with ADHD: A systematic chart review of 26 cases. *J Cogn Psychother* 1999; 13: 215–26.
26. McDermott SP. Cognitive therapy in adults with attention deficit/hyperactivity disorder. In: Brown T (ed). *Attention Deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents, and Adults*. American Psychiatric Press, Washington, DC, 2000; 569–606.
27. Young S, Bramham J. ADHD in adults: A psychological guide to practice. Wiley, Chichester, 2007.
28. Safren SA, Perlman CA, Sprich S, et al. Mastering your adult ADHD. A cognitive-behavioral treatment program. Oxford University Press, New York, 2005.
29. Safren SA, Perlman CA, Sprich S, et al. KVT der ADHS des Erwachsenenalters. Deutsche Bearbeitung von E. Sobanski, M. Schumacher-Stien und B. Alm. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2009.
30. Salakari A, Virta M, Grönroos N, et al. Cognitive-behaviorally-oriented group rehabilitation of adults with ADHD: results of a 6-month follow-up. *J Atten Disord* 2010; 13: 516–23.
31. Brown TE. *Brown Attention-Deficit Disorder Scales for Adolescents and Adults*. Manual. The Psychological Corporation, San Antonio, 1996.
32. Philipsen A. Differential diagnosis and comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BPD) in adults. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 256: i42–i46.
33. Philipsen A, Feige B, Hesslinger B, et al. Borderline typical symptoms in adult patients with attention deficit/hyperactivity disorder. *Atten Defic Hyperact Disord* 2009; 1: 11–8.
34. Linehan MM. Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse. *NIDA Res Monogr* 1993; 137: 201–16.
35. Hesslinger B, Philipsen A, Richter H. Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter. Ein Arbeitsbuch. Hogrefe-Verlag, Göttingen, 2004.
36. Hesslinger B, Philipsen A, Richter H. Psychotherapi für vuxna med ADHD – en arbetsbok. Swedish version by Hirvikoski T, Pihlgren C, Waaler E, Larsson M, Alfreðsson J. Hogrefe-Verlag, Stockholm, 2010.

PD Dr. med. Alexandra Philipsen

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Supervisorin für Verhaltenstherapie und Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT), Dozentin an mehreren Ausbildungsinstituten für Verhaltenstherapie. 2006–2010 Lehrbeauftragte für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie. Fachgutachterin und Prüferin. Geschäftsführende Oberärztin der Abteilung für Psychiatrie und Psychiatrie des Universitätsklinikums Freiburg, Oberärztin der Station für Borderline-Störungen und Krisenintervention sowie der ADHS-Ambulanz, Leiterin der AG Borderline und AG ADHS im Erwachsenenalter.



Forschungsschwerpunkte: Entwicklung und Evaluation neuer Psychotherapieverfahren („Freiburger Konzept“ bei ADHS im Erwachsenenalter, BMBF-gefördert, 01GV0606, 01GV0605), Neurobiologie der Emotionsregulation und Impulskontrolle am Beispiel der Borderline-Störung und ADHS im Erwachsenenalter, klinisch-pharmakologische Studien (z. B. Wirksamkeit von Oxytocin zur Verbesserung der sozialen Kognition), epidemiologische Untersuchungen und Komorbiditätsforschung.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)