

Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) im Erwachsenenalter. Ein Review.

Gerhard W. Lauth, Hanna Raven

Universität zu Köln

Zusammenfassung: Mit einer Prävalenz von 3 – 4% wird ADHS im Erwachsenenalter heute als ernstzunehmende Störung angesehen, die häufig mit weitreichenden Beeinträchtigungen in vielen Lebensbereichen sowie mit weiteren komorbiden Störungen einhergeht. Bisher liegen lediglich diagnostische Leitlinien vor, die sich auf die Kriterien im Kindesalter stützen. Da man von einem bio-psycho-sozialen Bedingungsmodell ausgeht, in dem Dysfunktionen im Bereich der Selbststeuerung eine zentrale Rolle spielen, werden eigene diagnostische Kriterien für das Erwachsenenalter unter Berücksichtigung dieser Dysfunktionen zunehmend von der Fachwelt gefordert. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen, die zielbezogen und alltagsnah auf entstandene Defizite eingehen haben sich ebenso wie die Pharmakotherapie als effektiv erwiesen. Die derzeitige Diskussion wird zusammenfassend dargestellt.

Epidemiologie

Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) werden heute als eine verbreitete und ernst zu nehmende Störung im Erwachsenenalter gesehen (Sobanski & Alm, 2004; Torgersen, Gjervan & Rasmussen, 2006). Sie sind bei etwa 3 bis 6% aller Erwachsenen anzutreffen (Vorstand der Bundesärztekammer, 2005). Eine umfassende US-amerikanische Studie (N = 3199; Altersbereich von 18 – 44 Jahren) ermittelte eine Prävalenzrate von 4,4% (Kessler et al., 2006). Auf Basis der DSM-IV-Kriterien wird in Deutschland eine Häufigkeit von 3,1% festgestellt (Stichprobe 621 Personen; Fayyad et al., 2007). Weitere Untersuchungen, die beispielsweise an Fahrschülern oder Studierenden durchgeführt wurden (Weyandt & DuPaul, 2006; Heiligenstein, Conyers, Berns & Smith, 1998; DuPaul et al., 2001), bestätigen diese Daten (Prävalenzraten zwischen 1 und 4%). Diesen Prävalenzangaben zu Folge gibt es in Deutschland etwa eine Million behandlungsbedürftiger Erwachsener mit ADHS. Zurzeit wird deren Problematik

aber häufig fehl behandelt und beispielsweise als Borderline-Störung missverstanden. Beide Störungen weisen in ihrer Erscheinungsweise zwar Überschneidungen auf (z. B. Instabilität, mangelnde Verhaltenskonsistenz), sind aber differentialdiagnostisch deutlich zu unterscheiden, weil bei einer *Persönlichkeitsstörung „vom Borderline-Typus“* (ICD-10: F60.31) zusätzlich Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und „inneren Präferenzen“ (einschließlich sexueller Präferenzen) vorliegen. Dementsprechend gibt es zwar auch gewisse Überschneidungen bei der Therapie, die für beide Störungsbereiche indiziert ist (z. B. Motivierung, Ressourcenaktivierung, Bewältigung von Alltagsanforderungen), aber auch deutliche Unterschiede (z. B. Behandlung von Borderline-Störung mittels dialektisch Behavioraler Therapie nach Linehan, 1996a, b; Transference Focused Psychotherapy nach Clarkin, Yeomans und Kernberg, 1999). Vom Standpunkt der einschlägigen ADHS Therapie können beide Störungen bei der Behandlung nicht „über einen Kamm geschoren werden“.

Momentan finden jedoch nur 9,7% der Erwachsenen mit ADHS eine fachgerechte Behandlung (Fayyad et al., 2007). Insofern stellt die Störung nicht zuletzt wegen ihrer Verbreitung eine neue und weitreichende Herausforderung für das psychosoziale Versorgungssystem dar.

Während der Kindheit sind Jungen im Verhältnis von 8 : 1 deutlich stärker als Mädchen von ADHS betroffen. Mit steigendem Lebensalter ändert sich diese Relation. Während bei den Jugendlichen die Jungen noch im Verhältnis von etwa 5 : 1 dominieren; besteht bei den Erwachsenen eine Relation von 2 : 1, Männer zu Frauen (Wilens, Biederman & Spencer, 2002; Fayyad et al., 2007). Dieser Wandel wird darauf zurückgeführt, dass die Störung bei Mädchen während der Kindheit häufig nicht erkannt wird, weil sie weniger hyperaktiv und extravertiert auftreten. Deshalb zeigt sich die Störung oft erst dann, wenn sie es im Erwachsenenalter mit schwierigeren Anforderungen wie Studium, Beruf, oder der Versorgung einer eigenen Familie zu tun haben. Gleichzeitig gibt es Hinweise darauf, dass sich die Geschlechter mit zunehmenden Alter in ihrer Störungssymptomatik unterscheiden (Krause, Gastpar & Davids, 2006): Männer weisen eher Substanzmittelmissbrauch auf, während für Frauen ein leicht höheres Risiko für zusätzliche Ängste und Depression besteht (Resnick, 2000). Frauen und Männer sind sich in ihren beruflichen, leistungsbezogenen und sozialen Schwierigkeiten zwar generell sehr ähnlich, allerdings zeigen sich tendenziell eher „weibliche“ bzw. eher „männliche“ Lebensformen: Frauen mit ADHS sind

häufiger allein erziehend, Männer leben oft auch im mittleren Erwachsenenalter noch bei ihren Eltern.

Erwachsene mit ADHS zeichnen sich vor allem durch Vergesslichkeit, unzureichende Aufmerksamkeit, mangelnde Konzentration, hohe Ablenkbarkeit, geringe Ausdauer sowie durch fehlerhaftes und flüchtiges Arbeiten aus. Aufgaben, die Sorgfalt und Ausdauer erfordern, werden häufig wiederholte Male aufgeschoben. Hinzu kommt häufig risikoreiches Verhalten sowie ein Hang zu raschen und unbedachten Entscheidungen. Auch starke Stimmungsschwankungen, eine geringe Frustrationstoleranz sowie ein geringes Selbstwertgefühl gehen mit der ADHS-Symptomatik einher (Barkley, Murphy & Fischer, 2008). Die offene Bewegungsunruhe, die in der Kindheit oft beobachtet wird, ist jedoch meistens einer inneren Unruhe und angespannten Nervosität gewichen.

Häufig kommt es als Folge dieses Verhaltensstils zu beruflichen und sozialen Schwierigkeiten. Probleme am Arbeitsplatz sowie in der Partnerschaft und finanzielle Schwierigkeiten stellen sich ein, was die soziale Anpassung erschwert. Betroffene brechen die Schule, Ausbildung oder das Studium häufig ab und ihr Arbeitsverhältnis wird öfter beendet (Weyandt & DuPaul, 2006; Barkley, Murphy & Fischer, 2008).

Schätzungsweise bei einem Drittel der Betroffenen liegt neben ADHS noch eine weitere psychische Störung vor, wobei sich die Angaben zur Komorbidität in den verschiedenen Studien jedoch beträchtlich unterscheiden (Wilens, Biederman & Spencer, 2002; Laufkötter, Langguth, Johann, Eichhammer & Hajak, 2005; Ohlmeier et al., 2005). Nach den Untersuchungen von Ramsay und Rostain (2007), Secnik, Swensen und Lage (2005), Kessler et al. (2006), Barkley, Murphy und Fischer (2008) sowie von Miller, Nigg und Faraone (2007) kann man von den folgenden Komorbiditäten zwischen ADHS und weiteren psychischen Störungen ausgehen: Major Depression: etwa 9 bis 19%, Dysthymia: etwa 5 bis 25%, bipolare Störung: etwa 2 bis 19%, Angststörungen: etwa 12 bis 16%, Zwangsstörungen: etwa 2%, Alkoholmissbrauch: etwa 5 bis

18%, Cannabisabhängigkeit/-missbrauch: etwa 14%, anderer Drogenmissbrauch: etwa 5%, Asthma bzw. chronische Erkrankungen: etwa 5%, gestörtes Sozialverhalten/geringe Selbstbeherrschung: etwa 20%. Personen mit einem gemischten Typus (Hyperaktivität/Impulsivität und Unaufmerksamkeit) neigen am ehesten zu komorbiden Störungen (Sprafkin, Gadow, Weiss, Schneider & Nolan, 2007). Zudem nehmen Menschen mit ADHS deutlich häufiger psychosoziale Dienste in Anspruch als unauffällige (Secnik, Swensen & Lage, 2005). ADHS geht außerdem mit einer geringeren *sozialen Anpassungsfähigkeit einher* (Kessler et al., 2006; Fayyad et al., 2007) und die Betroffenen nehmen seltener angemessene soziale Rollen ein bzw. besitzen eine geringere Rollenproduktivität („Days out of Role“). Sie sind seltener verheiratet, häufiger arbeitslos und haben im Durchschnitt ein geringeres Einkommen.

Die Beschreibung des Erscheinungsbildes der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) wäre jedoch unvollständig, ließe man die ausgesprochenen *Stärken* der Betroffenen außer Acht: Sie sind meist neugierig und Neuem gegenüber sehr aufgeschlossen. Zudem entwickeln sie oft eine beträchtliche Leistungsfähigkeit, gepaart mit Vitalität, Neugier und Innovationsfähigkeit.

Klassifikation und Diagnostik

Auch wenn diese von der Fachwelt gefordert, liegen noch keine gesonderten Kriterien für das Vorliegen der Störung im Erwachsenenalter vor (American Psychiatric Association, 2007; Davidson, 2008). Man stützt sich deshalb (noch) auf die Diagnosekriterien für Kinder und Jugendliche aus dem DSM-IV-TR (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003), die ins Erwachsenenalter fortgeschrieben werden. Folglich wird die Störung als Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS; Nr. 314) bezeichnet und anhand folgender Merkmale erfasst: Charakteristische Verhaltensmerkmale für *Unaufmerksamkeit* (etwa: Unaufmerksamkeit gegenüber Details, häufige

Sorgfaltsfehler, geringe Ausdauer), *Überaktivität* (etwa: fuchtelt mit Händen und Füßen herum, läuft in unpassenden Situationen herum) und *Impulsivität* (etwa: platzt häufig mit der Antwort heraus, kann nicht warten, bis er/sie an der Reihe ist, stört und unterbricht andere häufig). Diese Verhaltensmerkmale müssen seit mindestens sechs Monaten beobachtet worden sein. Die Verhaltensprobleme beginnen vor dem siebten Lebensjahr und müssen gemessen am Alter und Entwicklungsstand des Kindes deutlich unangemessen und abweichend sein. Die Merkmale der Unaufmerksamkeit und der Hyperaktivität müssen in mehr als nur einem Lebensbereich registriert werden und darüber hinaus so beschaffen sein, dass sie ein deutliches Leiden oder eine Beeinträchtigungen der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit verursachen. Eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ist hingegen auszuschließen, wenn anderweitige klinische Auffälligkeiten wie affektive Störungen (ICD-10: F30-F39), Angststörungen (ICD-10: F39.0-F41), Schizophrenie (ICD-10: F20) oder tief greifende Entwicklungsstörungen (ICD-10: F84) vorliegen.

Aufgrund der Tatsache, dass die oben genannten Kardinalsymptome der Unaufmerksamkeit einerseits und der Hyperaktivität und Impulsivität andererseits unabhängig voneinander auftreten können, ergeben sich drei Subtypen der Störung: Ein Mischtypus, bei dem sowohl Merkmale der Unaufmerksamkeit als auch solche der Hyperaktivität und Impulsivität vorliegen; ein vorherrschend unaufmerksamer Typus, bei dem nur die Merkmale der Unaufmerksamkeit erfüllt sind, während Hyperaktivität/Impulsivität fehlen und zuletzt ein vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typ, bei dem ausschließlich die Merkmale von motorischer Unruhe und Impulsivität anzutreffen sind, nicht aber die der Unaufmerksamkeit. Außerdem wird im DSM-IV-TR eine teilremittierte Form der Störung erfasst, bei der die oben genannten Störungsmerkmale nicht zur Gänze vorhanden sind, aber noch einzelne Symptome von Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität auszumachen sind. Dies ist besonders bei Jugendlichen und Erwachsenen zu finden.

Die diagnostischen Leitlinien für Erwachsene sehen folgende Vorgehensweise vor (Ebert, Krause & Roth-Sackenheim, 2003; Lauth & Minsel, in Druck):

1. Ein Screening-Test mit Selbstbeurteilungsskala für Erwachsene V1.1 (ASRS-V1), der anhand von sechs Items klärt, ob ein Verdacht auf ADHS besteht (WHO, 2003).
2. Ein Interview mit dem Betroffenen über seine derzeitige Lebenssituation (z. B. strukturiertes klinisches Interview: „Leitfaden: Verhaltensanalyse über die Verhaltensschwierigkeiten junger Erwachsener mit ADHS“: Lauth & Minsel, in Druck; Wender-Reimherr-Interview, WIR: Rösler, Retz-Junginger, Retz, & Stieglitz, 2008).
3. Die retrospektive Überprüfung einer ADHS in der Kindheit mittels Wender-Utah-Rating-Scale. Sie besteht in der Kurzform aus 21 Items, die fünfstufig beantwortet werden (WURS-K; Retz-Junginger et al., 2002, 2003).
4. Überprüfung der aktuellen ADHS-Symptomatik mittels Selbstbeurteilungsbogen (z. B. Symptomliste nach DSM-IV-TR, Lauth & Minsel, in Druck; ADHS-Selbstbeurteilungsbogen; ADHS-SB, Stieglitz & Rösler, 2006). Der Fragebogen führt die Verhaltenssymptome des DSM-IV-TR für Unaufmerksamkeit sowie Hyperaktivität und Impulsivität auf und ermöglicht eine differentialdiagnostische Abgrenzung von Subtypen der Aufmerksamkeitsstörung.
5. Die Feststellung möglicher komorbider Störungen wie u. a. Depression, Angststörungen, Sucht (z. B. mittels „Young-Adult-Self-Report“, YASR, Achenbach, 1997).
6. Eine testpsychologische Untersuchung, die aus einem mehrdimensionalen Intelligenztest (z. B. des Wechsler-Intelligenztests für Erwachsene; WIE) oder einem speziellen Aufmerksamkeitstest (z. B. der Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung; TAP) und einem Leistungsverfahren (z. B. Continuous Performance Test, CPT) besteht.
7. Mögliche organische Ursachen der Störung (z. B. Hirntumore oder Schilddrüsenerkrankungen) sind bei Verdacht anhand einer internistischen oder neurologischen Untersuchung auszuschließen.
8. Ferner wird ein Interview mit den wichtigen Vertrauenspersonen des Betroffenen empfohlen.

Bei Erwachsenen wird eine Diagnose auf ADHS aber nur dann gestellt, wenn die diagnostischen Kriterien sowohl aktuell erfüllt sind als auch während der Kindheit erfüllt waren: Die Problematik in der Kindheit wird entweder durch eine bereits in der Vergangenheit erstellte Diagnose oder durch eine rückblickende Befragung untermauert.

Ätiologie

Es herrscht Einvernehmen darüber, dass ADHS bei Erwachsenen durch mangelnde Selbststeuerung zu erklären ist. Die Gründe dafür werden in einem multifaktoriellen Bedingungsmodell zusammengefasst. Danach gibt es zwar eine biologische Grund-

Warum kompliziert?
Wenn´s auch einfach geht!

AntragPro

Software zum Schreiben von Berichten/Gutachten

- Antrag Pro ist eine umfangreiche Mustertextsammlung mit mind. 250 Mustergutachten
 - schnelle Auswahl nach Diagnosen, Schlagwörtern, etc.
 - Übernahme von erstellten Gutachten in den Fundus
- Erst- & Umwandlung TFP Erwachsene
Erst- & Umw. TFP Kinder u. Jugendliche
Erst- & Umw. anal. PT Erwachsene

Demo-Version
Kostenlos
testen!

Weitere Informationen 01805-012214* – www.antrag-pro.de

*14 cent/Minute, Mobilnetz ggf. teurer

PSY.DV

Software für Psychotherapeuten
Dipl. Psych. D. Adler · Heckenweg 22 · 53229 Bonn
01805-012214* – www.antrag-pro.de

Seminare für Psychotherapeuten

Besser und schneller Gutachten schreiben	18.04.2009/09.05.2009
Gutachten schreiben für Anfänger	25.04.2009
Optimale Praxisorganisation (Zeitoptimierung)	16.05.2009
Praxis-Gewinn-Optimierung	30.05.2009

Seminare unter Leitung eines erfahrenen Psychoanalytikers (dpv/ipa), Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut mit praktischen Erfahrungen aus 16 Jahren Praxisbetrieb.

Weitere Informationen unter 0228- 211406
info@psychologen-service.de

2. Sommerakademie

der Akademie für Fortbildung in Psychotherapie Institut Rostock

afp
ost
Akademie für
Fortbildung in
Psychotherapie

Online-
Anmeldung!



Fortbildung an der Ostsee:
Qualifizieren und regenerieren!

Bewusstsein

Therapeutisch-meditativer Umgang mit hochstrittigen Paaren

Bewusstsein

Kreativität und Bewusstsein

Methoden der Visualisierung

Bewusstsein

Selbstfürsorge und Selbstmanagement

Bewusstsein

Humor in der Psychotherapie

Bewusstsein

Therapeutische Geschichten und Metaphern

vom 25. - 27. Juni 2009
in Graal-Müritz

www.afp-info.de

Die Zertifizierung bei der OPK ist beantragt.
Die Akademie für Fortbildung in Psychotherapie ist eine Einrichtung
der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) e. V.

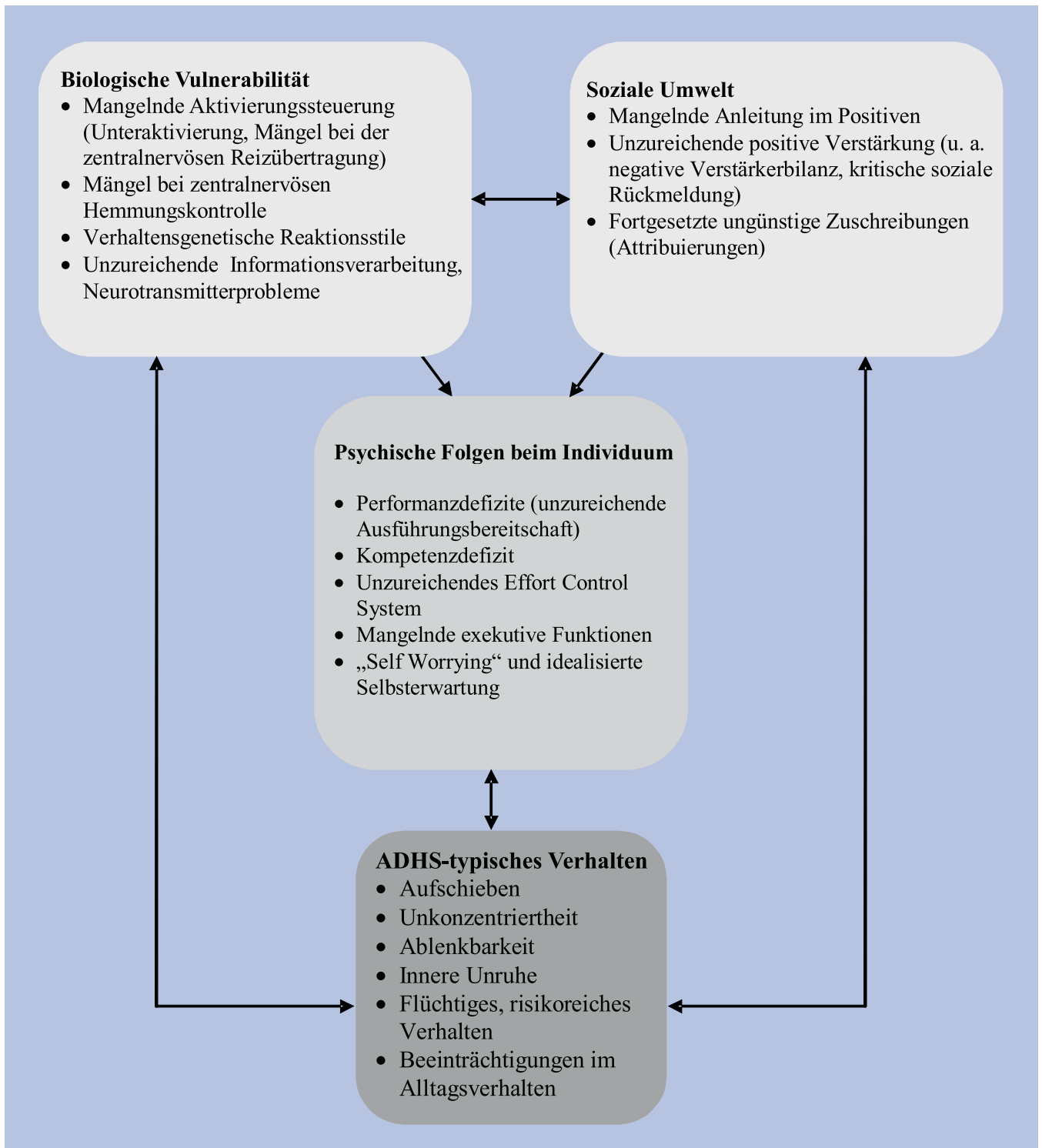


Abbildung 1: Bedingungsmodell ADHS bei Erwachsenen

lage, die Störung entwickelt sich aber erst unter Beteiligung von sozialen und psychologischen Faktoren zur eigentlichen Störung (Sonuga-Barke, 2005; Nigg, Goldsmith & Sachek, 2004; Thapar, Langley, Asherson & Gill, 2007). Damit wird zugestanden, dass Entstehung und Verlauf der Störung von mehreren Faktoren abhängen und zugleich einer individuellen Schwankung

unterliegen. Deshalb plädieren die oben genannten Autoren für eine entwicklungsbezogene Betrachtung der Störung und für eine sorgsame Gen-Umwelt-Analyse.

Biologische Vulnerabilität

Einzelne biologische Faktoren tragen zwar zum Entstehen von ADHS bei, können

aber jeweils für sich genommen nur einen vergleichsweise geringen Anteil der Störung erklären (etwa 20% bei molekularbiologischen Untersuchungen: Laucht et al., 2007; DeYoung et al., 2006). Im Allgemeinen werden die folgenden Bedingungsfaktoren diskutiert:

Mangelnde Aktivierungssteuerung

Seit Satterfield (1987) steht die These, dass Menschen mit ADHS kortikal unteraktiviert seien. Im Gegenzug wurde aber auch die These formuliert, sie seien übererregt. Die derzeitigen Befunde belegen, dass beide Positionen zu einseitig sind. Denn Personen mit ADHS zeichnen sich nicht durch ständige Unter- oder Überaktivierung aus, sondern durch eine unzureichende Steuerung ihrer Aktivierung (Lauth, Naumann, Roggenkämper & Heine, 1996; Monastra, Lubar & Linden, 2001). Solche Aktivierungsmängel werden auch in bildgebenden Verfahren nachgewiesen, wenn die Versuchspersonen beispielsweise Konzentrationsaufgaben lösen. Das Frontalhirn ist bei ADHS-Patienten weniger aktiv als bei Kontrollpersonen (Konrad & Gilsbach, 2007). Außerdem korreliert die Aktivierung mit ihrer tatsächlichen Leistung. Allerdings findet sich über die verschiedenen Studien hinweg kein stabiles Muster für die mangelnde Aktivierung bei ADHS: Teilweise bezieht sich die mangelnde Aktivierung ausschließlich auf

die Frontalhirnregion, teils aber auch auf die thalamischen und fronto-striatalen Verbindungen des Gehirns, teilweise treten auch ausgeprägte Aktivierungen in solchen Hirnregionen auf, die nur am Rande oder gar nicht für die gestellte Aufgabe benötigt werden (Smith, Taylor, Brammer, Toone & Rubia, 2006). Die genannten Aktivierungsunterschiede fallen bei Kindern weit deutlicher aus als bei Erwachsenen, dies lässt sich möglicherweise damit erklären, dass im Laufe der Entwicklung kompensatorische Strategien erlernt wurden.

Mängel bei der zentralnervösen Reizübertragung

Es gibt klare Belege für Defizite im dopaminergen Transmittersystem bei Personen mit ADHS, was deutliche Auswirkungen auf die Aktivierungssteuerung und Inhibitionskontrolle hat. Ausschlaggebend dafür ist, dass präsynaptisch entweder zu wenig Dopamin bereitgestellt und ausgeschüttet wird oder dass Dopamin zu rasch wieder resorbiert wird und dadurch zu kurz im postsynaptischen Spalt verbleibt (Wald-

man et al., 1998; Faraone & Biederman, 1998). Dieser „Dopaminmangel“ wirkt sich im Wesentlichen auf zwei Wegen aus: Einerseits sinkt die Bereitschaft, auf langfristige Belohnungen zu warten und einen Belohnungsaufschub hinzunehmen. Stattdessen drängt es die Betroffenen zur sofortigen, unmittelbaren Bedürfnisbefriedigung. Andererseits werden die exekutiven Funktionen in Mitleidenschaft gezogen, die Handlungspläne entwerfen, überwachen und prüfen. Weil es jetzt an der zuständigen Vorausplanung und Kontrolle fehlt, kommt es nun weit öfter zu einem unbedachten und risikoreichen Vorgehen. Dieser Erklärungsansatz überschneidet sich mit den Konzepten der mangelnden Inhibitionskontrolle, der unzureichenden Effort Control und der mangelnden Belohnungswirkung, auf die im Folgenden genauer eingegangen wird.

Mängel bei der zentralnervösen Inhibitionskontrolle

Menschen mit ADHS fällt es schwer, ungeeignete oder voreilige Handlungsimpulse

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR HYPNOSE UND HYPNOTHERAPIE e.V.(DGH)



HYPNOTHERAPIEWEITERBILDUNG für DiplompsychologInnen, ÄrztInnen

KONSTANZ und WIESBADEN

Referent: Prof. Dr. Walter BONGARTZ
www.hypnose-kikh.de
Beginn des curriculums: Konstanz: 03.10.2009
Wiesbaden: 17.10.2009
**Kursinformationen/
Anmeldung:** K.I.K.H. (Klingenberger Institut für
Klinische Hypnose)
Färberstr. 3A
78467 Konstanz
Fon/Fax: 07531 - 6060350
bongartz@hypnose-kikh.de

Zusatzseminar: Archaische Muster der Selbstentwicklung in der Hypnotherapie KN: 18.-20.9.09 W: 1.-3.5.09

COESFELD

Referent: Dr. Helga HÜSKEN - JANSSEN
www.dgh-hypnose.de
Beginn des curriculums: COESFELD: 09.10.2009
**Kursinformationen/
Anmeldung:** Westfälisches Institut für
Hypnose und Hypnotherapie
Druffelsweg 3
48653 Coesfeld Fon: 02541 - 6500
HHueskenJanssen@aol.com

IFT

IFT-Gesundheitsförderung
München

Verhaltenstherapiewochen 2009

Meiringen

20. – 22. März 2009
Eröffnungsveranstaltung:
Neue Entwicklungen in der Psychologie

Mainz

27. – 30. März 2009
Eröffnungsveranstaltung:
Psychische Störungen bei Mobbing, Burnout
und Belastungen am Arbeitsplatz

Dresden

01. – 05. Mai 2009
Eröffnungsveranstaltung:
Ich will aber ich kann nicht:
Volitionale Barrieren in der Therapie

Lübeck

19. – 22. Juni 2009
Eröffnungsveranstaltung:
Essstörung – ist radikales Umdenken erforderlich?

Freiburg

11. – 15. September 2009
Eröffnungsveranstaltung:
Psychotherapeutische und psychosoziale
Versorgung von Migranten

Die IFT-Gesundheitsförderung ist ein von
der Bayerischen Psychotherapeutenkammer
akkreditierter Fortbildungsveranstalter.

IFT-Gesundheitsförderung, Gesellschaft mbH
Montsalvatstrasse 14 · 80804 München
Tel. 089/36 08 04 - 94 · andersson@ift.de
www.vtwoche.de · www.ift-gesundheit.de

zurückzustellen. Neurobiologisch wird diese Unfähigkeit mit Mängeln im zentralnervösen Inhibitionssystem begründet, das in den septo-hippokampalen Strukturen und deren Verbindung mit dem Frontalhirn vertortet wird. Es hat verschiedene Aufgaben, an denen auch andere neuronale Schaltkreise beteiligt sind (Quay, 1997; Barkley, 1997a, b). Barkley, Murphy und Fischer (2008) heben in ihrer Analyse der ADHS bei Erwachsenen hervor, dass man Personen mit ADHS und Unauffällige am besten anhand der mangelnden Inhibitionskontrolle unterscheiden kann – beispielsweise anhand ihrer leichten Ablenkbarkeit durch äußere Reize, ihrer impulsiven Entscheidungen, ihrer Schwierigkeiten, die eigenen Aktivitäten oder das eigene Verhalten zu stoppen oder anhand ihrer Neigung, Projekte zu beginnen oder mit Aufgaben anzufangen, ohne die Anweisung gelesen oder sorgfältig zugehört zu haben. Diese Symptome sind nach dem derzeitigen Diskussionstand auch für die Neuauflage des DSM-V als Beschreibungsmerkmale bei Erwachsenen mit ADHS vorgesehen (American Psychiatric Association, 2007).

Als Gründe für diese unzureichende Impulskontrolle werden ein unzureichendes neurokognitives Kontrollsystem (Barkley, 1997b; Quay, 1997), ein unzureichendes neuronales Schaltsystem (z. B. geringe Vernetzung von Frontalhirn, thalamischen Strukturen, Basalganglien und Nukleus Caudatus; Sonuga-Barke, 2005) oder eine unzureichende Dopaminausschüttung bzw. Dopaminresorption (Nieoullon & Coquerel, 2003; Levy & Swanson, 2001) diskutiert.

Genetische Besonderheiten

ADHS hat eine genetische Komponente, was deutlich an der familiären Häufung abzulesen ist. Eltern und Geschwister von Kindern mit ADHS haben etwa fünfmal häufiger solche Probleme als vergleichbare Verwandte in einer Kontrollpopulation ohne ADHS (Oord, Boomsma & Verhulst, 1994). Bei gemeinsam aufwachsenden eineiigen Zwillingen beträgt die Konkordanzrate 55 bis 100% bzw. 50 bis 70% (Eltern- bzw. Lehrerurteil). Allerdings wirken diese genetischen Besonderheiten hauptsächlich in Interaktion mit sozialen Umständen. Laucht et al. (2007) ermitteln beispiels-

weise, dass das Dopamin-Transportergen DAT1 (gemessen in fünf Varianten) auch nicht näherungsweise ADHS erklären kann: Erst in Verbindung mit widrigen sozialen Umständen in der Familie werden etwa 40% der Impulsivität und etwa 30% der Hyperaktivität bei den Jugendlichen durch dieses Gen erklärt. Offensichtlich wird durch die genetische Ausstattung des DAT1 also eine Vulnerabilität definiert, die im Zusammenspiel mit ungünstigen sozialen Umständen zur Störung wird. Neuere Studien bringen weitere Gene ins Spiel, die ebenfalls mit den dopaminergen Rezeptoren in Verbindung stehen (Schimmelmann et al., 2006): Darunter Dopaminrezeptoren 4, Dopaminrezeptoren 5 sowie das Serotonerge Rezeptoren HTRTB. Aufgrund dieser Genomuntersuchungen wird der Anteil genetischer Faktoren an der Entstehung der Störung auf 60 bis 80% geschätzt (Smidt et al., 2003). Dabei werden eine Reihe von Allelen als mögliche ätiologische Faktoren für ADHS betrachtet; insbesondere das DRD4 7-Repeat-Allel soll das Risiko für eine ADHS um den Faktor 1,34 erhöhen.

Soziale Umwelt

Als ungünstige Umweltbedingungen, die zur Entstehung einer ADHS beitragen, stehen eine mangelnde Anleitung durch Bezugspersonen, geringe soziale Anreize sowie eine unzureichende positive Verstärkung von regelhaftem Verhalten im Vordergrund. Menschen mit ADHS unterliegen meist langjährigen Misserfolgserfahrungen und entsprechenden Zuschreibungen. Ihr Verhalten wird überwiegend durch Bestrafung in einem sogenannten coersiven Erziehungsstil gesteuert. Die bisherigen Studien bescheinigen ihnen deshalb einen negativen Attributionsstil sowie eine externe Kontrolle (Rucklidge & Tannock, 2001).

Mangelnde Anleitung, geringe soziale Anreize

Erste Gründe für die Entstehung einer ADHS im Kindesalter lassen sich in den Anleitungssystemen von Eltern, Erziehern, Lehrern und Gleichaltrigen finden. Kindern mit ADHS wird häufig wenig einfühlsam,

wenig anleitend und wenig vorausschauend begegnet. Meist herrscht ein coersiver Erziehungsstil vor. Dies führt zwangsläufig zu vermehrtem Misserfolgserleben und manchmal zu deutlichen Anpassungsstörungen, auf die die soziale Umwelt zunehmend ablehnend und bestrafend reagiert. Daraus eröffnet sich ein Teufelskreis, der die unzureichende Selbststeuerungsfähigkeit des Kindes bzw. Heranwachsenden aufrechterhält. Längsschnittstudien (Latimer et al., 2003) mit ADHS-Teenagern zeigen, dass die Anpassung des Jugendlichen (13 -17 Jahre) vom elterlichen Erziehungsstil (u. a. Kommunikation, elterliche Kontrolle, Verhaltenssteuerung durch die Eltern, Attribuierung) und den schulischen Leistungen abhängt (Barkley, Murphy & Fischer, 2008).

Unzureichende positive Verstärkung

Die Lerntheorie zeigt eindrucksvoll, dass sich Verhaltensweisen nur dann verfestigen, wenn sie belohnt werden. Aufgrund ihres unaufmerksamen und impulsiven Verhaltensstils werden Kinder mit ADHS aber eher selten in ihrem Verhalten bestärkt. Häufig überwiegen Bestrafungen, was eine Reihe von Folgeproblemen mit sich bringt: Die betroffene Person hat eine *negative Verstärkerbilanz* und Belohnung wird zur Ausnahme. Als Folge werden die Anforderungsbereiche, die mit mangelndem Erfolg verbunden sind, allmählich gemieden. Mit der Zeit richtet sich die betroffene Person immer weniger nach den Wünschen und Erwartungen ihrer Bezugspersonen, weil ihre Handlungen unbelohnt bleiben. Stattdessen setzt sie mehr auf die eigenen Bedürfnisse und Wünsche. Dies fördert die soziale Isolierung und dabei verringert sich die Belohnung durch andere noch weiter. Selbstbewusstsein und Kontrollerwartungen verringern sich, weil die Erfolge ausbleiben.

Langjährige Attribuierungsprozesse

Erwachsene mit ADHS erleben sich selbst meist bereits seit der Grundschulzeit als schwierig, unangepasst oder nicht altersangemessen in ihrem Handeln. Die bisherigen Studien bescheinigen Erwachsenen mit ADHS einen negativen Attributions-

stil sowie eine externe Kontrolle, bei der sie weniger auf ihre eigene Fähigkeit als vielmehr auf Hilfe von außen setzen (Rucklidge & Tannock, 2001; Slomkowski, Klein & Mannuzza, 1995). Für die Bedeutung der langjährigen Erfahrungen sprechen auch die Ergebnisse von Latimer et al. (2003). Sie zeigen in einer Längsschnittstudie, dass die Anpassung von Jugendlichen mit ADHS (13-17 Jahre) vom elterlichen Erziehungsstil, u. a. von Kommunikation, elterlicher Kontrolle, Verhaltenssteuerung durch die Eltern, Attribuierung sowie von schulischen Leistungen abhängt. Beide Bedingungen wirken eng zusammen und bestimmen das spätere Ausmaß der ADHS.

Resultierende Ausführungsfertigkeiten

Die genannten Umstände und Bedingungen bringen Erlebensweisen, Situationswahrnehmungen, Verhaltensbereitschaften, Motivationsstrukturen und Überzeugungsmuster beim betroffenen Menschen hervor, die hier als Kompetenz- und Performanzdefizite zusammengefasst werden.

Kompetenzdefizite

Im Falle eines Kompetenzdefizits sind die notwendigen Fähigkeiten nicht so sicher und so gut ausgebildet, wie es für den Alltag notwendig wäre. Dafür gibt es gleich mehrere Gründe, die eng zusammenhängen:

Die biologische Vulnerabilität hat den Erwerb dieser Fähigkeiten erschwert (z. B. aufgrund der unzureichenden neuronalen Informationsverarbeitung).

In der Vergangenheit fehlte es an einer angemessenen Anleitung und Schulung.

Anspruchsvollere Aufgaben, die nicht gut beherrscht werden bzw. eher zu Misserfolg führten, wurden immer mehr gemieden und die dazugehörigen Fähigkeiten nicht geschult.

Kompetenzdefizite treten hauptsächlich im Bereich der exekutiven Funktionen, bei der Planung und Organisation, bei der Steuerung der eigenen Emotionen, in den sozialen und kommunikativen Fähigkeiten sowie in der Nutzung des Arbeitsgedächtnisses auf. Barkley (1997a, 1999; Barkley, Murphy & Fischer, 2008) hat im Rahmen seines Hybrid-Modells auf diese Fähigkeitseinbußen hingewiesen. Seine Analysen zeigen, dass sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen vier Funktionsbereiche beeinträchtigt sind:

1. Das nonverbale Arbeitsgedächtnis.
2. Die Fähigkeit, sich mit Selbstanweisungen selbst zu lenken.
3. Die Selbstregulation von Stimmung, Aktivierung und Motivation.
4. Die Fähigkeit zur Rekonstitution.

Daraus entstehen typische Verhaltensweisen wie das Vergessen von Aufgaben, Jähzorn, ein schlechtes Zeitgefühl oder nicht

vom Vorbild anderer profitieren zu können. Die Metaanalyse von Hervey, Epstein und Curry (2004) gelangt zu dem Ergebnis, dass sich ADHS-Patienten und unauffällige Personen bezüglich der Ausbildung der exekutiven Funktionen recht zuverlässig voneinander unterscheiden. Personen mit ADHS planen weniger gut und überwachen ihre Handlungen weniger präzise. Infolgedessen machen sie eher Fehler und brauchen mehr Zeit oder erreichen weniger gute Gesamtergebnisse. Die Unterschiede zwischen unauffälligen Personen und solchen mit ADHS schwanken zwischen einer Effektstärke von 0,12 und 1,41 (Mittelwert 0,45; etwa 67%). Barkley, Murphy und Fischer (2008) zeigen, dass Personen mit ADHS und Unauffällige anhand ihrer exekutiven Funktionen mit einer Treffsicherheit von 99% voneinander unterschieden werden können. Allerdings sind die exekutiven Funktionen bei Personen mit ADHS nicht grundsätzlich beeinträchtigt. Schwierigkeiten werden erst mit zunehmender Aufgabenschwierigkeit sichtbar, wenn also größere Flexibilität, verbale Vermittlung oder Vorausplanung gefordert werden. Viele Forscher verweisen darauf, dass Kompetenzdefizite durch die *mangelnde Regulation der eigenen Emotionen* (Barkley, 1997a) sowie durch eine *unzureichende Gedächtnisorganisation* gestützt werden.

Performanzdefizite

Viele Betroffene beherrschen Verhaltensweisen wie Planen, Organisieren und Strukturieren sehr wohl, setzen diese Fä-

Bayerische Gesellschaft für Verhaltenstherapie,
Verhaltensmedizin und Sexuologie e.V.
Nettelbeckstr. 14, 90491 Nürnberg
www.ivs-nuernberg.de

I
V
S

Institut für Verhaltenstherapie
Verhaltensmedizin und
Sexuologie
- staatlich anerkannt -

zertifiziert n. ISO 9001:2000

Ergänzungsqualifikation Verhaltenstherapie für Ärzte und Psychologen: 100 Std. in 6 Blöcken v. 18.04.09 - 22.11.09

Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen: Ergänzungsqualifikation für die fachliche Befähigung zur Abrechnung von VT bei Kindern u. Jugendlichen, ca. 200 Std. in 12 Blöcken, Beginn: November 2009 (in Planung)

Promotionsstudium in Gesundheitswissenschaften (Dr. sc. hum.) in Koop. mit UMIT (Hall / Österreich)

Fachtagung: Psychotherapie nach kritischen Lebensereignissen und Traumatisierungen, 27. Juni 2009 (in Planung)

Weitere Angaben zu unseren Fort- und Weiterbildungen finden Sie auf unserer Homepage: **www.ivs-nuernberg.de**

INFOS: Psychotherapeutische Ambulanz des IVS, Nürnberger Str. 22, 90762 Fürth, Tel. 0911-7872727, Fax: 0911-7872729

higkeiten jedoch nur selten um. Hierfür gibt es vor allem drei, sich ergänzende Gründe:

1. Motivationale Gründe: Die an sich notwendige Handlung ist oft anstrengend, erfordert Einsatz und beinhaltet das Risiko des Scheiterns. Ablenkende Tätigkeiten werden daher der eigentlichen Aufgabe vorgezogen.
2. Mangelnde Vorausplanung: Eine Situation wird nicht ausreichend durchleuchtet und kaum mit den erwartbaren Folgen in Verbindung gebracht, was eng mit der mangelnden exekutiven Kontrolle zusammenhängt.
3. Vermeidungslernen: Viele Handlungen sind anstrengend und risikoreich. Wenn die Chance besteht, diese Aufgaben aufzuschieben wird das mit dem Anfangen einhergehende Unbehagen erst einmal reduziert und ein mögliches Scheitern wird zunächst ausgeschlossen. Es ergibt sich also ein unmittelbarer Gewinn, eine Art negative Verstärkung für das Aufschiebeverhalten. Dies wird zu einer systematischen Strategie, die kurzfristig von Vorteil ist, weil die notwendige Anstrengung entfällt und der befürchtete Misserfolg vermieden wird bzw. ein schlechteres Ergebnis durch den beim Aufschieben entstandenen Zeitdruck erklärbar ist.

Beide Verhaltensmerkmale führen zu *Alltagsproblemen* und weit reichenden Anpassungsstörungen, die die Störung weiter stabilisieren (Knouse et al., 2008). In der bisherigen Forschung wird vergleichsweise gut belegt, dass sich die anfängliche Verhaltensabweichung durch mangelnde schulische und berufliche Leistungen, geringe soziale Einbettung und mangelnde soziale Unterstützung verfestigt und zur ADHS verdichtet (Latimer et al., 2003; Mick et al., 2008; Torgersen, Gjervan & Rasmussen, 2006).

Interventionsstrategien

Psychostimulanzien gelten insbesondere im ärztlichen Bereich als erstes Mittel der Wahl (International Consensus Statement on ADHD, 2002). Am häufigsten werden die folgenden Wirkstoffe eingesetzt: Me-

thylphenidat (am bekanntesten unter dem Handelsnamen Ritalin®); Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (Atomoxetin, unter dem Handelsnamen Strattera®) und Amphetaminsulfat. Ihre Wirksamkeit beruht auf der Aktivierung zentralnervöser Prozesse. Methylphenidat scheint besonders die Dopaminaktivität anzuregen. Es ist anzunehmen, dass Frontalhirn- und Mittelhirnregionen (Basalganglien, limbische Region) durch die Medikation besser vernetzt werden. Beispielsweise zeigen aufmerksamkeitsgestörte Kinder unter Medikation in bildgebenden Verfahren eine stärkere Durchblutung im frontalen Kortex und in den Basalganglien, insbesondere im Striatum (Vaidya et al., 1998). Alternativ wird auch diskutiert, dass die Medikation die zentrale Aktivierung und Wachheit besser „kanalisiert“ und dadurch die Zielbezogenheit steigert, die Wirksamkeit von Belohnungshinweisen erhöht, Selbstmotivierung und exekutive Funktionen optimiert sowie die Hemmung ungeeigneter Verhaltensweisen verbessert (DuPaul, Barkley & Connor, 1998).

Die bisherigen Wirksamkeitsstudien belegen eine befriedigende Wirkung. So kommen Faraone, Spencer, Aleardi, Pagnano und Biederman (2004) im Vergleich von sechs Studien, in denen insgesamt 140 erwachsene ADHS-Patienten mit Methylphenidat und 113 mit Placebo im Doppelblindversuch behandelt worden waren zu dem Schluss, dass die Pharmakotherapie sich mit einer Effektstärke von 0,9 als wirksam erweist. Besonders groß ist die Wirksamkeit, wenn höhere Dosierungen zur Verwendung kommen und wenn der Behandlungserfolg durch Ärzte beurteilt wurde (Effektstärke: 1,3). In diesen Studien wurde die Wirkung der Behandlung ausschließlich in der Reduzierung der ADHS-Symptomatik und teilweise in der Einschätzung der allgemeinen Verbesserung erfasst. In einer neueren Untersuchung bestätigen Spencer et al. (2007) in einer Doppelblindstudie mit Dexmethylphenidat diese Schlussfolgerung: Die Pharmakotherapie ist einer Placebobehandlung überlegen und eine höhere Dosierung ist wirksamer (Dosierungsstufen: 20 mg, 30 mg, 40 mg). Diese Studie wurde in insgesamt 18 Behandlungszentren in den USA mit 221 er-

wachsenen ADHS-Patienten durchgeführt. Die ADHS-Symptomatik wurde wiederum von Ärzten erfasst, die die Verbesserung des Patienten im Abschlussinterview mit dem Patienten einschätzten. Die allgemeine Anpassung (sozial, familiär, beruflich) wurde mittels Berichten der Patienten bzw. naher Angehörigen erhoben. Allerdings verringerte sich die Symptomatik auch unter Placebobehandlung, ebenso die soziale Anpassung. Insgesamt wurden 165 negative Nebenwirkungen – sogenannte Adverse Events – wie Kopfschmerzen, verminderter Appetit, Schlaflosigkeit, Mundtrockenheit oder Zitterigkeit registriert.

Bei einem größeren Teil der betroffenen Erwachsenen mit ADHS haben sich aber bereits entwicklungsbedingte Probleme, soziale Anpassungsschwierigkeiten und weitere komorbide Störungen eingestellt, die von der Medikation nicht grundlegend verändert werden. Infolgedessen wird für eine kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte, multimodale Behandlung plädiert (Ramsay & Rostain, 2007; Barkley, Murphy & Fischer, 2008; Lauth & Minsel, in Druck). So untersuchten Gualtieri und Johnson (2008) an 177 Jugendlichen im Alter von 10 bis 18 Jahren den Einfluss von Medikation (entweder Methylphenidat, Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmern oder d-Amphetamine) auf das neurokognitive Funktionsniveau. Sie zeigten, dass Jugendliche mit ADHS selbst bei optimal eingestellter Medikation noch Beeinträchtigungen im Bereich der Reaktionszeit, der kognitiven Flexibilität, gemessen in dem Vermögen zwischen zwei Aufgabenstellungen zu wechseln und der Daueraufmerksamkeit im Vergleich zur unauffälligen Kontrollstichprobe aufweisen.

In der Abwägung zwischen Nutzen und Beschränkung der Pharmakotherapie wird deshalb in aller Regel eine Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und Medikamenteneinnahme bevorzugt. Die Behandlung soll die Symptome der ADHS verringern, den Betroffenen zu einem angemessenen Umgang mit der Störung verhelfen, die emotionalen und funktionellen Einschränkungen vermindern und ein möglichst angemessenes Verhalten im Alltag herbeiführen. Um das zu erreichen, werden bevorzugt kognitiv-verhaltensthe-

rapeutische Maßnahmen in Kombination mit Pharmakotherapie eingesetzt.

In den letzten Jahren wurden mehrere psychologische Interventionsstudien vorgelegt (Wilens et al., 1999; Wiggins, Singh & Getz, 1999; Hesslinger et al., 2002; Stevenson, Whitmont, Bornholt, Livesey & Stevenson, 2002; Stevenson, Stevenson & Whitmont, 2003; Safren et al., 2005 a; Safren, Perlman, Sprich & Otto, 2005b; Zylowska et al., 2006; Solanto, Marks, Mitchell, Wasserstein & Kofman, 2008). Diese Arbeiten weisen auf eine Evidenz für die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Intervention bei Erwachsenen mit ADHS hin. Die ADHS-Symptomatik verringert sich in den genannten Untersuchungen mit mittlerer bis hoher Effektstärke (Cohens d zwischen 0,64 und 2,6). Offensichtlich kann die Kernsymptomatik der ADHS mittels Verhaltenstherapie erfolgreich behandelt werden. Allerdings handelt es sich bei den genannten Studien um Prä-Post-Untersuchungen, die nur unbehandelte Wartekontrollgruppen zum Vergleich heranziehen. Die Ergebnisse belegen also den Therapiefortschritt, ohne diesen aber mit einer unspezifischen oder Alternativbehandlung verglichen zu haben.

Hervorzuheben ist die Studie von Safren et al. (2005a), die die Effektivität einer Kombinationsbehandlung aus einem kognitiv-behavioralen Therapieprogramms und Medikation mit einer Kontrollgruppe, die Medikation allein erhielt, vergleicht. Es ergeben sich für die varianzanalytisch ermittelten Differenzen zwischen Interventions- und Kontrollgruppe hohe Effektstärken ($d = 1,2$ bzw. $1,4$) für die Verringerung der ADHS-Symptomatik sowie mittlere Effektstärken ($d = 0,65$) für die Verringerung der komorbiden Depressivität. Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass die Kombinationsbehandlung aus kognitiver Verhaltenstherapie und Medikation der Medikation allein überlegen ist. Demzufolge gilt es auf den Einzelfall abgestimmte Behandlungskombinationen zu finden, die eine spezifische ADHS Psychotherapie mit der Verbesserung funktioneller zentralnervöser Leistungsvoraussetzungen verbinden.

Die Möglichkeiten der psychotherapeutischen Einflussnahme werden durch ein kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientier-

tes Gruppentraining nach Lauth & Minsel (in Druck) erweitert. Es beruht auf einer umfangreichen Aufarbeitung der differentiellen Besonderheiten von Erwachsenen mit ADHS und umfasst drei eng aufeinander abgestimmte Behandlungsmaßnahmen:

1. In einem **vorbereitenden Einzelgespräch** wird die bestehende Problematik erörtert. Es wird mit Hilfe des Screeningfragebogens ASRS-V1 (WHO, 2003) und dem Selbstbeurteilungsfragebogen ADHS nach DSM-IV-TR (Lauth & Minsel, in Druck) die bestehende Symptomatik diagnostiziert. Die Kurzform der Wender-Utah-Rating-Scale (WURS-K) wird für eine retrospektive Betrachtung der ADHS-Symptome in der Kindheit hinzugezogen (Retz-Junginger et al., 2002). Für die Spezifizierung des ADHS-typischen Problemverhaltens wird ein Fragebogen „Allgemeines Funktionsniveau“ eingesetzt (Lauth & Minsel, in Druck), der das Gelingen von Verhaltensweisen in bedeutsamen Alltagssituationen (z. B. „wenn viele Dinge gleichzeitig zu tun sind“, „wenn eine Aufgabe pünktlich und wie verabredet erledigt werden soll“, „wenn andere nicht mit mir übereinstimmen“) erfragt. Um auch komorbide Störungen und weitere Problembereiche wie soziale Anpassungsprobleme mit zu erheben, wird der umfassende Fragebogen Young-Adult-Self-Report (YASR) verwendet. Zudem wird ein umfassendes verhaltensanalytisches Interview durchgeführt.
2. In einem kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierten **Gruppentraining** mit bis zu zehn Teilnehmern werden in sechs Sitzungen die notwendigen Alltagsfähigkeiten vermittelt. Hierbei geht es besonders um Zielbildung, Selbstorganisation, Zeitplanung und das Ausbilden und Pflegen sozialer Kontakte. Die Teilnehmer werden angeleitet, ihre Schwierigkeiten eigenständig anzugehen und möglichst selbstständig geeignete Lösungsstrategien zu finden (siehe Kasten „Sitzung 2: Anfangen und Umsetzen“). Diese Fertigkeiten werden anhand von therapeutischen Hausaufgaben, die zwischen den Sitzungen zu erledigen sind, unmittelbar auf den Alltag übertragen. Bei der Umsetzung

igw

Institut für Integrative Gestalttherapie
Anerkannter Fortbildungsveranstalter

Weiterbildung in Gestalttherapie
Informations- und Auswahlseminare 2009

München	26.06.-27.06.2009
Freiburg	08.05.-09.05.2009
Würzburg	15.05.-16.05.2009
Zürich	05.06.-06.06.2009

Fortbildungen:

Systemisches GestaltCoaching - 12-tägige Fortbildung für Berater, Trainer und Therapeuten.

Gestalt Kinder- und Jugendlichentherapie – 16-tägige Fortbildung.

Kompakttraining in integrativer Gestalttherapie
vom 09. bis 21.08.2009 in Ellwangen

Tagung: **Gestalt und Politik**
vom 06.11. bis 08.11.2009 in Würzburg

Anmeldungen und ausführliches Informationsmaterial erhalten Sie von

IGW Würzburg

Theaterstraße 4
D-97070 Würzburg

Tel.: 0931/35 44 50, Fax: 0931/35 44 544

E-Mail: Monika.Uhlschmidt@igw-gestalttherapie.de

Internet: www.igw-gestalttherapie.de



Weiterbildungsstudiengänge Psychotherapie



Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten

Schwerpunkte:

- Verhaltenstherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder psychoanalytisch begründete Verfahren

Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Schwerpunkt:
Verhaltenstherapie

Bewerbung und Beginn ab sofort möglich
Beginn der theoretischen Ausbildung:
Oktober 2009

Weitere Informationen:

Prof. Dr. H. Schöttke

Tel.: 0541-969 4757

henning.schoettke@uni-osnabrueck.de

www.psychotherapie.uni-osnabrueck.de

Sitzung 1: Bestandsaufnahme	Was soll sich ändern? Was kann so bleiben? Das eigene Belastungsprofil erkennen Genaue Ziele für das Training bestimmen Wissen über die Störung Ansatzpunkte für Veränderung (Psychoedukation)
Sitzung 2: Anfangen und Umsetzen	Innere Hemmnisse erkennen (dysfunktionale innere Dialoge) Den Berg abtragen, Vorhaben umsetzen Projekte und Arbeitsvorhaben einteilen
Sitzung 3: Gedächtnis, Konzentration und Co.	Aufmerksamkeit und Teilleistungsschwäche Gedächtnisleistungen verbessern Komplexe Situationen meistern Inhalte entnehmen/Texte verstehen „Was ich gut kann“
Sitzung 4: Prioritäten setzen und einteilen	Wichtiges und Unwichtiges unterscheiden Zeitfenster im Tagesablauf bilden Projekte und Arbeitsvorhaben einteilen Umgang mit Geld
Sitzung 5: Verstehen und verstanden werden	Schwierigkeiten beim Kommunizieren: Andere Verstehen Angemessenes Gesprächsverhalten einüben (Umschreiben, Informieren, Advance Organizer) Die vier Gesprächsmittel
Sitzung 6: Auffrischungssitzung	Analyse der Wochenaufgaben Trainingsziele erreicht? Ist-Soll-Vergleich Was war hilfreich? Was soll fortgeführt werden? Ausblick: Mein Leben in drei Jahren

Tabelle 1: Inhalte des Trainings für Erwachsene mit ADHS nach Lauth und Minsel (in Druck)

edukation über das Störungsbild aufgeklärt und für eine überzeugte Mitarbeit bei der Behandlung gewonnen werden. Ziel-, Mittel- und Beziehungstransparenz werden aktiv hergestellt, um Compliance für die angestrebte Therapie zu erlangen. In der Therapie sollen angemessene Verhaltensweisen erlernt werden, die bestehende Alltagsschwierigkeiten vermindern und die Ausführungsbereitschaft erhöhen. Zur Reduzierung der bestehenden Kompetenzdefizite werden Fertigkeiten zur Selbststeuerung, zum Selbstmanagement, bewusste Verhaltensbereitschaft („Self Awareness“, Achtsamkeit) vermittelt. In einigen Trainingsprogrammen werden außerdem kommunikative und soziale Fertigkeiten eingeübt. Aufgrund der oben dargestellten Diskrepanz zwischen Kompetenz und Performanz kommt der Umsetzung der in der Therapie erarbeiteten Inhalte in den Alltag eine besondere Bedeutung zu.

unterstützen sich die TeilnehmerInnen im Gruppentraining gegenseitig im Sinne von „tutoriellen Beziehungen“ (Tandems), die während der ersten Gruppensitzung gebildet und sorgfältig supervidiert werden. Hausaufgaben und Tandems erweisen sich als äußerst praktikabel und erfolgsversprechend hinsichtlich einer Verbesserung der allgemeinen Funktionsfähigkeit (Global Functioning Scale) sowie der Reduktion der ADHS-Symptomatik (vgl. Lauth & Minsel, in Druck).

3. In **ergänzenden Einzeltherapien** können die Kursteilnehmer bei Bedarf ihre Schwierigkeiten zusätzlich besprechen. Dies ist hauptsächlich bei besonderen Problemen oder aktuellen Krisen (z. B. Trennung vom Partner, Krankheit) notwendig.

Das Übungsprogramm wird von den TeilnehmerInnen geschätzt und bereitwillig angenommen. Es erweist sich in der Durchführung als äußerst praktikabel. Einzelfallanalysen zeigen einen moderaten Rückgang der erlebten Alltagsbelastung. Die Teilnehmer verbessern ihre allgemei-

ne Funktionsfähigkeit und erreichen durch das Programm ihre selbst gesetzten Ziele (Goal Attainment). In einer katamnästischen Befragung zur Zielerreichung gaben 20 Teilnehmer (12 Männer und 8 Frauen im Alter zwischen 22 und 44 Jahren ($M = 29,9$)) an, dass sie ihr erstes Ziel zu durchschnittlich 68,8% ($S = 24,9$), ihr zweites Ziel zu 70,6% ($S = 30$) und ihr drittes Ziel zu 55,4% ($S = 37,9$) erreicht hatten. Dabei handelt es sich um weitreichende und alltagsrelevante Ziele, wie beispielsweise das Bestehen einer Prüfung, wichtige Renovierungsarbeiten am Haus oder das Pflegen von Kontakten im Bekanntenkreis. Dies spricht für einen deutlichen Erfolg des Trainings. Das Training wird fortlaufend weiter erprobt und weitere Ergebnisse werden im Sommer 2009 erwartet.

Die bisherigen Interventionsstudien geben also erste Hinweise darauf, welche Behandlungsmaßnahmen wirksam und indiziert sind. Auf der Basis eines kognitiv-behavioralen Vorgehens erweisen sich verschiedene Behandlungsmodule als erfolgsversprechend. Dazu gehört zuerst, dass die Patienten im Sinne einer Psycho-

Schlussfolgerung

Erwachsene mit ADHS gelten als eine bedeutsame wiewohl derzeit deutlich unterversorgte Patientengruppe, die zunehmende Beachtung in der Klinischen Psychologie und Psychotherapie findet. Die derzeitigen Untersuchungen belegen, dass die Störung oft verkannt und selten fachgerecht behandelt wird. Wichtige Grundlagen für die psychotherapeutische Behandlung stellen die Alltagsbelastungen und die zumeist unzureichende soziale Einbettung der Patienten dar. Daraus ergibt sich als Therapieziel, dass die Selbststeuerungsfähigkeit der Patienten gestärkt und ihre Alltagsbewährung zu verbessern ist. Die bisherigen Therapiestudien gehen davon aus, dass sich bei ADHS um eine langjährige Störung der Selbststeuerung handelt. Dementsprechend zielt die Therapie vor allem darauf ab, dass die Betroffenen kompensatorische Strategien zum Selbstmanagement oder zur Selbstregulation lernen, um mit ihrer ADHS-Symptomatik besser und angemessener im Alltag umzugehen. Bevorzugt werden derzeit kognitiv-verhaltensthe-

„Anfangen und Umsetzen“ (2. Sitzung)

Das Anfangen und Fertigstellen von wichtigen Aufgaben ist bei Erwachsenen Hauptbestandteil der mit ADHS einhergehenden Alltagsschwierigkeiten.

Im Gruppentraining wird erarbeitet, worin diese Schwierigkeiten begründet liegen. Zur Veranschaulichung wird ein Fallbeispiel herangezogen, das den Kreislauf aus Misserfolgserwartungen, Zögern, Zeitdruck und schlechten Ergebnissen beispielhaft veranschaulicht. Die Teilnehmer beschreiben anschließend, welche Bedingungen bei ihnen Aufschub und Verzögern hervorrufen.

Der Schwerpunkt wird in dieser Sitzung auf dysfunktionale innere Dialoge gelegt, das sogenannte „Kino im Kopf“. Die Teilnehmer beschreiben, was sie in einer Situation zu sich sagen, wenn es an das Erledigen einer wichtigen Aufgabe geht. Welche Dialoge führen sie mit sich selbst? Thematisieren sie ihr Scheitern? Heben sie die Anstrengung hervor? Blenden sie die Anforderung aus? Mit welchen konkreten Verhaltensweisen sind diese Selbstaussagen verbunden (z. B. Ablenkung suchen, müde werden). Und schließlich: Wie sind diese Selbstaussagen entstanden? Können sie durch positive Erfahrungen bzw. Stärken gekontert werden?

Erfahrungen zeigen, dass sich die Teilnehmer mit diesem Modell der negativen Kognitionen und den damit einhergehenden Verhaltensweisen erfolgreich arbeiten können und wichtige Erkenntnisse darüber gewinnen, was sie vom Vollzug abhält bzw. was sie nun unternehmen können, um wirklich anzufangen und die Dinge wie gewünscht umzusetzen. Diese Erkenntnisse werden unmittelbar in alltagsnahe Lösungen umgemünzt, die die Teilnehmer nun unmittelbar realisieren sollen.

Diese Übung wird durch ein angemessenes Zeitmanagement ergänzt. Alltagsnahe Übungen während des Trainings sowie selbst gesetzte Wochenaufgaben zwischen den einzelnen Trainingstagen sollen den Teilnehmern helfen, die erlernten Strategien in den Alltag zu integrieren.

therapeutische Interventionen durchgeführt, die zielbezogen und alltagsnah vorgehen. Die verbreitetste Therapie besteht aber in einer Pharmakobehandlung mittels Methylphenidat. Hier werden zumeist mittlere bis hohe Effektstärken erreicht. Allerdings zeigt sich auch, dass die Gesamtproblematik selten durch Pharmakotherapie alleine einzudämmen ist. Deshalb werden Kombinationstherapien gefordert. Auf Seiten der psychologischen Forschung fehlt es noch an ausgearbeiteten Interventionskonzepten, an denen sich Anwender und Therapeuten orientieren könnten. Erste Verfahren wurden von Hesslinger, Philipsen und Richter (2004), Safren et al. (2005b) sowie von Lauth und Minsel (in Druck) entwickelt. Deren Manuale richten sich speziell an Psychotherapeuten, die Therapien in der Einzelsituation (Hesslinger, Philipsen & Richter, 2004; Safren et al., 2005b) oder in Gruppen (Lauth & Minsel, in Druck) durchführen.

Kontrollierte Evaluationsstudien mit größeren Stichproben und angemessenen Kon-

trollgruppen könnten diese Ergebnisse in Zukunft weiter stützen.

Literatur

- Achenbach, T. M. (1997). *Manual for the Young Adult Self-Report and Young Adult Behavior Checklist*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.
- American Psychiatric Association. (2007). Externalizing Disorders Research Planning Conference. Mexico City, 14.-16. Februar 2007. Verfügbar unter: <http://www.psych.org/MainMenu/Research/DSMIV/DSMV/DSMRevisionActivities/ConferenceSummaries/ExternalizingDisordersofChildhood.aspx> [28.01.2009].
- Barkley, R.A., Murphy, K.R. & Fischer, M. (2008). *ADHD in adults. What the science says*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (1997a). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (1997b). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive

Familien im Fokus



Aus dem Englischen übersetzt von Irmela Erckenbrecht.
3., vollst. überarb. u. erw. Aufl. 2009.
346 S., 32 farb. Abb., 68 s/w Abb., 1 Tab., Kt
€ 34,95 / CHF 59,00
ISBN 978-3-456-84647-7

Monica McGoldrick / Randy Gerson / Sueli Petry
Genogramme in der Familienberatung

Das Genogramm ist eine praktische Methode, Fakten übersichtlich darzustellen, die in der Anfangsphase einer Familienberatung zu Tage treten: Informationen über den Patienten und seine Beziehungen zu Verwandten der eigenen, vorausgehender oder nachkommender Generationen.



Erhältlich im Buchhandel oder über
www.verlag-hanshuber.com

HUBER 

- functioning: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.
- Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., & Kernberg, O.F. (1999). *Psychotherapy for borderline personality*. New York: Wiley.
- Davidson, M.A. (2008). ADHD in Adults. A Review of the literature. *Journal of Attention Disorders*, 11 (6), 628-641.
- DeYoung, C., Peterson, J.B., Seguin, J.R., Mejia, J.M., Pihl, R.O., Beitchman, J.M., Jain, U.J., Tremblay, R.E., Kennedy, J.L. & Palmour, R.M. (2006). The dopamine D4 receptor gene and moderation of the association between externalizing behaviour and IQ. *Archives of General Psychiatry*, 63, 1410-1416.
- DuPaul, G.J., Schachar, R.S., Weyandt, L.L., Tripp, G., Kiesner, J., Ota, K. & Stanish, Heidi. (2001). Self report of ADHD symptoms in university students: Cross-gender and cross-national prevalence. *Journal of Learning Disabilities*, 34, 370-379.
- DuPaul, G.J., Barkley, R.A. & Connor, D.F. (1998). Stimulants. In R.A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment* (pp. 510-551). New York: Guilford Press.
- Ebert, D., Krause, J. & Roth-Sackenheim, C. (Hrsg.). (2003). ADHS im Erwachsenenalter – Leitlinien auf der Basis eines Expertenkonsensus mit Unterstützung der DGPPN. *Der Nervenarzt*, 74, 939-946.
- Faraone, S. V., Spencer, T., Aleardi, M., Pagano, C. & Biederman, J. (2004). Meta-analysis of the efficacy of methylphenidate for treating adult attention-deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 24, 24-29.
- Faraone, S.V. & Biederman, J. (1998). Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 44, 951-958.
- Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., De Girolamo, G., Haro, J.M., Karam, E.G., Lara, C., Lépine, J.-P., Ormel, J., Posada-Villa, J., Zaslavsky, A.M. & Jin, R. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry*, 190, 402-409.
- Gualtieri, C.T. & Johnson, L.G. (2008). Medications do not necessarily normalize cognition in ADHD patients. *Journal of attention disorders*, 11 (4), 459-69.
- Heiligenstein, E., Conyers, L.M., Berns, A.R. & Smith, M.A. (1998). Preliminary normative data on DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in college students. *College Health*, 46, 185-188.
- Hervey, A.S., Epstein, J.N. & Curry, J.F. (2004). Neuropsychology of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Neuropsychology*, 18, 485-503.
- Hesslinger, B., Philipsen, A. & Richter, H. (2004). *Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter. Ein Arbeitsbuch*. Göttingen: Hogrefe.
- Hesslinger, B., van Elst, L.T., Nyberg, E., Dykier, P., Richter, H., Berner, M. & Ebert, D. (2002). Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults. A pilot study using a structured skills training program. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252, 177-184.
- International Consensus Statement on ADHD (2002). *Clinical Child and Family Review*, 5, 89-111.
- Kessler, R.C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., Faraone, S. V., Greenhill, L.L., Howes, M.J., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T.B., Walters, E. & Zaslavsky, A.M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Result from the national comorbidity survey study. *American Journal of Psychiatry*, 163, 716-723.
- Knouse, L.E., Mitchell, J.T., Brown, L.H., Silvia, P.J., Kane, M.J., Myin-Germeys, I. & Kwapil, T.R. (2008). The expression of adult ADHD symptoms in daily life. *Journal of Attention Disorders*, 11 (6), 652-663.
- Konrad, K. & Gilsbach, S. (2007). Aufmerksamkeitsstörungen im Kindesalter. Erkenntnisse funktioneller Magnetresonanztomographie. *Kindheit und Entwicklung*, 16, 7-15.
- Krause, D.-A., Gastpar, M. & Davids, E. (2006). ADHS bei Erwachsenen – unterscheiden sich Frauen und Männer? *Krankenhauspsychiatrie*, 17, 54-61.
- Latimer, W.W., August, G.J., Newcomb, M.D., Realmuto, G.M., Hektner, J.M. & Mathy, R.M. (2003). Child and familial pathways to academic achievement and behavioral adjustment: A prospective six-year study of children with and without ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 7, 101-116.
- Laucht, M., Skowronek, M.H., Becker, K., Schmidt, M.H., Esser, G. Schulze, T.G. & Rietschel, M. (2007). Interacting effects of the dopamine transporter gene and psychosocial diversity on attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms among 15-years-olds from a high-risk community sample. *Archives of General Psychiatry*, 64, 585-590.
- Laufkötter, R., Langguth, B., Johann, M., Eichhammer, P. & Hajak, G. (2005). ADHS des Erwachsenenalters und Komorbiditäten. *Psychoneuro*, 31 (11), 563-568.
- Lauth, G.W. & Minsel, W.-R. (in Druck). *Erwachsene mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) – Diagnostik und Behandlung*. Göttingen: Hogrefe.
- Lauth, G.W., Naumann, K., Roggenkämper, A. & Heine, A. (1996). Verhaltensmedizinische Indikation und Evaluation einer kognitiv-behavioralen Therapie mit aufmerksamkeitsgestörten/hyperaktiven Kindern. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 24, 164-175.
- Levy, F. & Swanson, J.M. (2001). Timing, space and ADHD: The dopamine theory revisited. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 504-511.
- Linehan, M. M. (1996a). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Linehan, M. M. (1996b). *Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Mick, E., Faraone, S.V., Spencer, T., Zhang, H. F. & Biederman, J. (2008). Assessing the validity of the quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire – short form for adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11 (4), 504-509.
- Miller, T. W., Nigg, J. T. & Faraone, S. V. (2007). Axis I and II comorbidity in adults with ADHD. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 519-528.
- Monasterio, V.J., Lubar, F.J. & Linden, M. (2001). The development of a quantita-

- tive electroencephalographic scanning process for attention deficit-hyperactivity disorder: Reliability and validity studies. *Neuropsychology*, 15, 136-144.
- Nieoullon, A. & Coquerel, A. (2003). A key regulator to adapt action, emotion, motivation and cognition. *Current Opinion in Neurology*, 16, 53-59.
- Nigg, J.T., Goldsmith, H.H. & Sachek, J. (2004). Temperament and attention deficit hyperactivity disorder: The development of a multiple pathway model. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 42-53.
- Ohlmeier, M., Peters, K., Buddensiek, N., Seifert, J., Te Wildt, B., Emrich, H.M. & Schneider, U. (2005). ADHS und Sucht. *Psychoneuro*, 31 (11), 554-562.
- Oord, E. van den, Boomsma, D. I. & Verhulst, F. C. (1994). A study of problem behaviors in 10 to 15-year-old biologically related and unrelated international adoptees. *Behavior Genetics*, 24, 193-205.
- Quay, H.C. (1997). Inhibition and attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 7-13.
- Ramsay, J.R. & Rostain, A.L. (2007). Psychological treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: Current evidence and future directions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 338-346.
- Retz-Junginger, P., Retz, W., Blocher, D., Stieglitz, R.-D., Georg, T., Supprian, T., Wender, P.H. & Rösler, M. (2003). Reliabilität und Validität der Wender-Utah-Rating-Scale-Kurzform: Retrospektive Erfassung von Symptomen aus dem Spektrum der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. *Nervenarzt*, 74 (11), 987-993.
- Retz-Junginger, P., Retz, W., Blocher, D., Weijers, H.-G., Trott, G.-E., Wender, P.H. & Rösler, M. (2002). Wender Utah Rating Scale (WURS-k): Die deutsche Kurzform zur retrospektiven Erfassung des hyperkinetischen Syndroms bei Erwachsenen. *Nervenarzt*, 73 (9), 830-838.
- Resnick, R.J. (2000). *ADHD: The hidden disorder*. Washington, DC: American Psychological association.
- Rösler, M., Retz-Junginger, P., Retz, W. & Stieglitz, R.-D. (2008). *Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene. HASE*. Göttingen: Hogrefe.
- Rucklidge, J.J. & Tannock, R. (2001). Psychiatric, psychosocial, and cognitive functioning of female adolescents with ADHD. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 530-540.
- Safren, S.A., Otto, M.W., Sprich, S., Winnett, C.L., Wilens, T.E. & Biederman, J. (2005a). Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 831-842.
- Safren, S.A., Perlman, C.A., Sprich, S. & Otto, M.W. (2005b). *Mastering your adult ADHD. A cognitive-behavioral treatment program. Therapist guide*. Oxford: University Press.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. Textrevision. DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Satterfield, J.H. (1987). The hyperactive child syndrome: A precursor of adult psychopathology. In R.D. Hare & D. Schalling (Eds.), *Psychopathic behavior: approaches to research*. Chichester: Wiley & Sons.
- Schimmelmann, B.G., Friedel, S., Christiansen, H., Dempfle, A., Hinney, A. & Hebebrand, J. (2006). Genetische Befunde bei Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS). *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34, 425-433.
- Secnik, K., Swensen, A. & Lage, M.J. (2005). Comorbidities and costs of adult patients diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder. *Pharmacoeconomics*, 23 (1), 93-102.
- Slomkowski, C., Klein, R.G. & Mannuzza, S. (1995). Is self-esteem an important outcome on hyperactive children? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 303-315.
- Smidt, J., Heiser, P., Dempfle, A., Konrad, K., Hemminger, U., Kathofer, A., Halbach, A., Strub, J., Grabarkiewicz, J., Kiefl, H., Lindner, M., Knolker, U., Warnke, A., Remschmidt, H., Herpertz-Dahlmann, B. & Hebebrand, J. (2003). Formalgenetische Befunde zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 71, 366-377.
- Smith, A. B., Taylor, E., Brammer, M., Toone, B. & Rubia, K. (2006). Task-specific hypoactivation in prefrontal and tempoparietal brain regions during motor inhibition and task switching in medication-naive children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1044-1051.
- Sobanski, E. & Alm, B. (2004). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Erwachsenen. Ein Überblick. *Der Nervenarzt*, 75, 697-716.
- Solanto, M.V., Marks, D.J., Mitchell, K.J., Wasserstein, J. & Kofman, M.D. (2008). Development of a new psychosocial treatment for adult ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11 (6), 728-736.
- Sonuga-Barke, E.J.S. (2005). Causal models of attention-deficit/hyperactivity disorder: From common simple deficits to multiple developmental pathways. *Biological Psychiatry*, 57, 1231-1238.

KURSE FÜR PSYCHOLOG(INN)EN UND FACHINTERESSIERTE

Unseren tagesaktuellen Veranstaltungskalender finden Sie unter:
www.koenigundmueller.de

Wir bringen es auf den Punkt!

Bei unseren Kursen erhalten Sie Punkte der Psychotherapeuten- und / oder Ärztekammern



Akademie bei König & Müller

Semmelstraße 36/38, 97070 Würzburg
 Tel.: 0931 - 46079033, Fax: 0931 - 46079034
akademie@koenigundmueller.de
www.koenigundmueller.de

- Spencer, T. J., Adler, L. A., McGough, J. J., Muniz, R., Jiang, H., Pestreich, L. (2007). Efficacy and safety of dexamethylphenidate extended-release capsules in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 61, 1380-1387.
- Sprafkin, J., Gadow, K.D., Weiss, M.D., Schneider, J. & Nolan, E.E. (2007). Psychiatric Comorbidity in ADHD Symptom Subtypes in Clinic and Community Adults. *Journal of Attention Disorders*, 11 (2), 114-124.
- Stevenson, C.S., Stevenson, R. & Whitmont, S. (2003). A Self-directed psychosocial intervention with minimal therapist contact for adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 93-101.
- Stevenson, C.S., Whitmont, S., Bornholt, L., Livesey, D., & Stevenson, R. (2002). A cognitive remediation programme for adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 610-616.
- Stieglitz, R.-D. & Rösler, M. (2006). Diagnostik der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54, 87-98.
- Thapar, A., Langley, K., Asherson, P. & Gill, M. (2007). Gene-environment interplay in attention-deficit hyperactivity disorder and the importance of a developmental perspective. *British Journal of Psychiatry*, 190, 1-3.
- Torgersen, T., Gjervan, B. & Rasmussen, K. (2006). ADHD in adults: A study of clinical characteristics, impairment and comorbidity. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, 38-43.
- Vaidya, C.J., Austin, G., Kikorian, G., Ridlhuber, H.W., Desmond, J.E., Glovers, G.H. & Gabrieli, J.D.E. (1998). Selective effects of methylphenidate in attention deficit disorder: A functional magnetic resonance study. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 95, 1494-1499.
- Vorstand der Bundesärztekammer (2005). *Stellungnahme zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung*. Verfügbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.47.3161.3163> [28.01.2009].
- Waldman, J.D., Rowe, D.G., Abramowitz, A., Kozel, S.T., Mohr, J.H., Sherman, S.L., Cleveland, H.H., Sanders, M.L., Gard, J.M.C. & Stever, C. (1998). Association and linkage of the dopamine transporter gene and attention-deficit hyperactivity disorder in children: Heterogeneity owing to diagnostic subtype and severity. *American Journal of Human Genetics*, 63, 1767-1776.
- WHO Composite International Diagnostic Interview (2003). Screening-Test mit Selbstbeurteilungs-Skala V1.1 für Erwachsene mit ADHS (ASRS-V1.1). Verfügbar unter: <http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftpd/adhd/6Q-German.pdf> [28.01.2009].
- Weyandt, L.L. & DuPaul, G. (2006). ADHD in college students. *Journal of Attention Disorders*, 10, 9-19.
- Wiggins, D., Singh, K. & Getz, H.G. (1999). Effects of brief group intervention for adults with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Mental Health Counselling*, 21, 82-92.
- Wilens, T.E., Biederman, J. & Spencer, T.J. (2002). Attention deficit/hyperactivity disorder across the life span. *Annual review of Medicine*, 53, 113-131.
- Wilens, T., McDermott, S., Biederman, J., Abrantes, A., Hahesy, A. & Spencer, T.A. (1999). Cognitive therapy for adults with ADHD: a systematic chart review of 26 cases. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13, 215-226.
- Zylowska, L., Ackermann, D.L., Yang, M.H., Futrell, J.L., Horton, N.L., Hale, T.S., Pataki, C. & Smalley, S.L. (2008). Mindfulness Meditation Training in Adults and Adolescents with ADHD. A Feasibility Study. *Journal of Attention Disorders*, 11 (6), 737-746.



Prof. Dr. Gerhard W. Lauth

Universität zu Köln
Humanwissenschaftliche Fakultät
Psychologie und Psychotherapie
Klosterstr. 79 b
50931 Köln
gerhard.lauth@uni-koeln.de



Dipl.-Psych. Hanna Raven

Universität zu Köln
Department Psychologie
Lehrstuhl für Lern- und Entwicklungsstörungen/Klinische Psychologie
Gronewaldstr. 2
50931 Köln
hraven@uni-koeln.de