

## 5.5 Case Management: Psychotherapie

L. Winter, K. G. Kahl

### ■ Einleitung

Die psychotherapeutische Behandlung ist heute für alle psychischen Erkrankungen ein wichtiger Baustein im Gesamtbehandlungsplan, auch wenn der Stellenwert psychotherapeutischer Interventionen bei einzelnen Störungsgruppen unterschiedlich ist. Psychotherapie zielt auf die Veränderung individueller Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Handlungsmuster. In einem größeren Zusammenhang werden auch Faktoren des sozialen Umfelds durch psychotherapeutische Interventionen positiv beeinflusst, z. B. durch systemische und familientherapeutische Ansätze.

Die Wirksamkeit multimodaler Therapieprogramme ist seit vielen Jahren für ADHS im Kindes- und Jugendbereich durch Studien belegt. Im Erwachsenenalter stehen psychotherapeutische und multimodale Therapiekonzepte erst seit kurzem im Fokus des wissenschaftlichen Interesses. Als Begründung für eine psychotherapeutische oder Kombinationsbehandlung lassen sich empirische Daten und klinische Argumente finden. Das Rationale einer psychotherapeutischen Intervention bei ADHS im Erwachsenenalter ist darin zu sehen, dass durch eine rein pharmakologische Behandlung der ADHS nicht alle Symptombereiche gebessert werden können (Kordon u. Kahl 2004). Zwar weisen Studien auf die überzeugende Wirksamkeit einer pharmakologischen Behandlung der ADHS hin, jedoch zeigt sich bei einigen Patienten ein unzureichendes Ansprechen auf die medikamentöse Therapie, andere Patienten lehnen eine ausschließliche Behandlung mit Medikamenten ab. Zu letzterem tragen verschiedene Aspekte bei, beispielsweise eine generelle Ablehnung von Psychopharmaka und deren Nebenwirkungen. Einige Patienten erleben die medikamentöse Behandlung nicht durchweg als positiv. So berichten Patienten mit ADHS nicht selten über eine geringere erlebte Kreativität im Alltag und ein verändertes Selbstbild (Nyberg u. Stieglitz 2006).

Die Response-Raten unter Stimulanzientherapie werden in der Literatur mit 25–78% angegeben. Daraus folgt, dass bei einer größeren Anzahl von Patienten von einer Restsymptomatik auszugehen ist. Darüber hinaus ergeben sich durch die lange bestehenden ADHS-Symptome weitere, im Lauf der Zeit entstandene Folgeprobleme, die auch bei Therapie-Response eine pharmakologische Behandlung überdauern. Für die Psychotherapie der ADHS sind daher folgende **Problemgebiete** relevant:

- **Leistungsbereich:** Hierzu zählen u. a. Probleme in der Organisation des Berufs, des Alltags, Vermeidung von als eintönig erlebten Tätigkeiten, Vergesslichkeit und impulsive Verhaltensweisen.
- **Interpersoneller Bereich:** Unter anderem Probleme im Eingehen und Aufrechterhalten von Beziehungen und Freundschaften, Irritationen durch Sprunghaftigkeit, Konflikte im Beruf und in der Partnerschaft.
- **Emotionaler Bereich:** Niedrige Frustrationstoleranz, mangelnde emotionale Kontrolle, rasches Ärgerlich- oder Aggressivwerden.
- **Komorbide Erkrankungen:** Begleitende affektive Erkrankungen, Angsterkrankungen, Substanzabhängigkeit.
- **Adaptive Verhaltensprobleme:** Unter anderem Vermeidungsverhalten (vermeiden von Arbeiten aufgrund von erwartetem Misserfolg), Probleme im Straßenverkehr, Arbeitsplatzverlust, Planen von Geldausgaben.

In der Literatur werden vor allem kognitiv-verhaltenstherapeutische oder damit in Verbindung stehende Therapieprogramme als wirksam empfohlen. Selten finden sich Hinweise zur Anwendung tiefenpsychologisch orientierter Ansätze (Krause u. Krause 2005). Einige Autoren weisen darauf hin, dass unstrukturierte, freie Assoziation fördernde Therapien bei Patienten mit ADHS ineffektiv sind, bedingt durch die mit der Erkrankung assoziierten

neuropsychologischen Defizite (Nyberg u. Stieglitz 2006).

Derzeit liegen 2 Manuale zur Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter in deutscher Sprache vor:

- Das Manual von Hesslinger und Kollegen ist orientiert an der dialektisch-behavioralen Therapie, die in der Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung mittlerweile weite Verbreitung gefunden hat (Hesslinger et al. 2004).
- Das Manual von Safren und Kollegen bezieht sich auf klassische kognitiv-verhaltenstherapeutische Techniken (Safren et al. 2009).

Ein weiteres Therapieverfahren ist die metakognitive Therapie, für die bislang kein Manual in deutscher Sprache vorliegt (Tab. 5.6).

## ■ Psychoedukation

Psychoedukation ist ein zentraler Baustein in allen Therapieprogrammen zur Behandlung der ADHS im Erwachsenenalter. Im Rahmen der Psychoedukation ist es hilfreich, ein integratives Konzept von ADHS – beispielsweise anhand eines Schaubildes – zu vermitteln, in dem die neurobiologischen Wurzeln (Genetik, Rolle von Dopamin und Noradrenalin, Aufmerksamkeitssystem), die sozialen Faktoren (Ausbildung, Beruf, Familie, Freunde) und die intrapsychischen Konsequenzen (Selbstwert) benannt sind.

Es ist ebenfalls hilfreich, das theoretische Wissen auf praktische Situationen zu beziehen, in denen ADHS zum Problem wurde. Je mehr ein Patient über ADHS und die Auswirkungen der Erkrankung in seinen täglichen Lebensabläufen weiß, um so eher können individuelle Therapieziele erarbeitet werden. Explizit sollten Patienten über Chronizität und Verlaufsformen von ADHS informiert werden, um eine Vorstellung davon zu bekommen, dass die Erkrankung in die meisten relevanten Lebensbereiche eingreift.

Zur Psychoedukation gehört eine Darstellung der medikamentösen Therapie und Psychotherapie. Bei der Wissensvermittlung über die medikamentöse Therapie ist es vorteilhaft, neben der Aufklärung über Wirkungen und Nebenwirkungen die Zielsymptome und Dauer einer medikamentösen Therapie darzustellen. Erfahrungsgemäß haben

sich viele Patienten im Vorfeld eines ersten Arztkontakts schon über ADHS und deren Therapiemöglichkeiten informiert, einige haben auch einen Selbstmedikationsversuch an sich unternommen. Eine detaillierte Darstellung der Wirkung einer Medikation auf die unterschiedlichen Zielsymptome der Erkrankung hilft, übermäßige Erwartungen zu verringern und ein geeignetes Eindsierschema zu erarbeiten.

Schon bei der Darstellung psychotherapeutischer Hilfen ist es ratsam, die Hoffnung darauf zu vermitteln, dass Techniken zur Verbesserung der Symptome erlernbar sind.

Die Stärkung des Selbstwerts und des Gefühls von Selbstwirksamkeit ist generell ein Bestandteil von Psychotherapie. Bei Erwachsenen mit ADHS besteht aufgrund der langen Krankheitsvorgeschichte mit entsprechenden Coping-Strategien häufig eine generelle Misserfolgserwartung. Deshalb sollte eine Vorstellung von geeigneten Strategien zur zeitnahen Lösung individueller Probleme gegeben werden. Eine Auflistung von Selbsthilferatgebern, Angehörigen- und Betroffenengruppen oder Internet-Foren schließt die Psychoedukation ab.

## ■ Kognitiv-behaviorales Psychotherapiemodell

Am Beginn einer Psychotherapie von Erwachsenen mit ADHS stehen die Mitteilung der Diagnose und die Psychoedukation. Dabei gilt es sich zu vergegenwärtigen, dass viele Erwachsene mit ADHS eine lange Krankheitsvorgeschichte mit Misserfolgserlebnissen, Entmutigung und Frustration hinter sich haben. ADHS verläuft, wenn es nicht schon im Kindesalter diagnostiziert wurde, als „schleichende“, „unsichtbare“ Erkrankung. Die Betroffenen werden von ihrer sozialen Umwelt oft als fähig, kreativ und intelligent wahrgenommen. Zwischen dieser Einschätzung und den durch ADHS verursachten Problemen besteht eine erhebliche Diskrepanz, die Außenstehende irritiert. Infolgedessen kommt es oft zur Stigmatisierung der Betroffenen als „unzuverlässig“, „nicht einschätzbar“ oder „jähzornig“. Das Stellen der Diagnose wird von Betroffenen deshalb als Erleichterung wahrgenommen, denn es bieten sich nun Erklärungen für die oft lebenslangen Schwierigkeiten.

Tabelle 5.6 Übersicht über Psychotherapiestudien bei Patienten mit adulter ADHS.

Intervention	Studienpopulation	Häufigkeit/Dauer	Haupteffekte	Referenz
<b>KVT (randomisiert/completer)</b>				
Kombination Pharmakotherapie und KVT (45/43)	ADHS-Patienten (Alter M = 30,8)	16 Sitzungen in 24 Wochen	BADD: 81 % geben Verbesserung an (13 % leichte, 37 % mittelgradige, 32 % signifikante)	Rostain u. Ramsay 2006
KVT versus Entspannung + Psychoedukation (86/70)	ADHS-Patienten, die alle bereits medikamentös eingestellt sind	12 Einzelsitzungen, Follow-up nach 6 und 12 Monaten	Ergebnisse der KVT-Behandelten waren signifikant besser als die der Entspannungsbehandlung	Safren et al. 2010
KVT (10) versus KT (9) versus Kontrollgruppe (10)	ADHS-Patienten (in allen 3 Gruppen etwa zur Hälfte medikamentöse Einstellung)	KVT: 10 wöchentliche Sitzungen KT: 20 Sitzungen 2/Woche	Die größten Verbesserungen konnten in der KVT-Gruppe gemessen werden.	Virta et al. 2010
KVT Gruppentherapie (61/41) versus Kontrollgruppe (37)	ADHS-Patienten (Alter M = 32,9) beide Gruppen medikamentös eingestellt	6 Workshops (3 × 1 Tag; 1 Tag/Monat)	signifikante Verbesserung durch die KVT-Gruppentherapie in den Bereichen „Wissen über ADHS“, „Selbstwirksamkeit“ und „Selbstwert“	Bramham et al. 2009
DBT (8) versus Kontrollgruppe (7/3)	ADHS-Patienten	13 Sitzungen	Verbesserung auf allen verwendeten Skalen	Hesslinger et al. 2002
<b>Coaching</b>				
Gruppen mit jeweils 8 Teilnehmern (45)	ADHS-Patienten + Menschen, die ADHS bei sich vermuten	6 2-stündige Coaching Workshops (Follow-up nach 1 Monat)	durch Coaching deutliche Verbesserung auf allen getesteten Skalen	Kubik 2010
<b>Metakognitive Therapie</b>				
MKT (45/38) versus stützende Therapiesprache (43/27)	ADHS-Patienten	12 2-stündige wöchentliche Sitzungen	MKT deutlich stärkere Verbesserungen (unabhängig davon, ob Selbst- oder Fremdbeurteilung)	Solanto 2010
<b>EEG-Feedback</b>				
EEG-Feedback versus Kontrollgruppe	Studenten mit ADHS	30 22-minütige Sitzungen	keine signifikanten Ergebnisse	Logemann 2010
<b>Mindfulness Meditation Training</b>				
Prä-post mit Erwachsenen (24) und Jugendlichen (8)		8-wöchiges Training	Verbesserungen konnten gesehen werden, kontrollierte Untersuchung fehlt	Zyklowska et al. 2008
BAAD = Brown Attention Deficit Disorder Scales, DBT = Dialektisch-Behaviorale Therapie, KT = Kognitives Training, KVT = Kognitive Verhaltenstherapie, MKT = Metakognitive Therapie				

Darüber hinaus ist es durchaus ratsam, die ADHS-Kriterien mit dem Patienten einzeln zu besprechen, um zu einer Entmystifizierung der Diagnose beizutragen.

Erwachsene mit ADHS schildern häufig eine schier unüberwindlich wirkende Anzahl von Problemen in verschiedenen Lebensbereichen, und sie bleiben oft hinter ihren Erwartungen (oder den Erwartun-

gen ihrer Umwelt) zurück. Kontinuierliche Probleme im Beruf (häufige Berufswechsel, geringer beruflicher Aufstieg, Autoritätskonflikte) oder in interpersonellen Beziehungen (Partnerkonflikt, Probleme, Freunde zu finden und Freundschaften aufrecht zu erhalten) können die negativen Kompensationsstrategien bei ADHS verstärken und die Vulnerabilität für komorbide psychische Störungen erhöhen.

3 Ziele stehen im Vordergrund einer Psychotherapie:

- Strukturierung der Lebensumwelt des ADHS-Betroffenen, so dass die Wahrscheinlichkeit für erfolgreiches Handeln erhöht ist.
- Entwicklung konstruktiver Bewältigungsstrategien, um ADHS-Symptome zu kontrollieren und realistische Ziele auch unter den Bedingungen von Veränderung und Stress zu erreichen.
- Transparentmachung und Mobilisierung individueller Ressourcen.

Der Vorteil kognitiv-behavioraler Psychotherapie zur Behandlung der Erwachsenen-ADHS liegt im **strukturierten** Vorgehen und im Fokussieren auf **Selbstmanagement-Strategien**. Die individuelle Fallkonzeption beginnt mit der Erstellung von Verhaltensanalysen, in denen die vorausgehenden Bedingungen und die kurz- und langfristigen Konsequenzen individuellen Problemverhaltens dargestellt werden. Unter verhaltenstherapeutischen Gesichtspunkten gilt es auch, die bisherigen Kompensationsstrategien zur erfassen und auf Praktikabilität hin zu überprüfen. Manchmal stellt sich dann heraus, dass einige Strategien auf maladaptiven Schemata beruhen und zukünftige Ziele behindern („Ich investiere nichts mehr in Freundschaft, um nicht enttäuscht zu werden.“).

Für den erfolgreichen Fortgang der Therapie ist es entscheidend, eine Beziehung zwischen bisherigen Erfahrungen, daraus entstandenen Grundannahmen/Schemata und ihrer Relevanz für die aktuelle Situation herzustellen.

Wiederholte negative Erfahrungen mit und negative Rückmeldungen aus der Umwelt können dazu führen, dass sich hartnäckige kognitive Annahmen über sich selbst und andere herausbilden, die das Handeln von Betroffenen systematisch in Richtung einer Vermeidung negativer Erfahrungen beeinflusst. In einer Untersuchung von Ramsey und Rostein (2003) fanden die Autoren folgende ADHS-

typische Schemata: die Selbstzuschreibung von „Unzulänglichkeit“, „Erfolglosigkeit“ und „Undiszipliniertheit“.

Zur Kompensation dysfunktionaler Grundannahmen und Schemata entwickeln viele ADHS-Patienten ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten. Patienten mit der tief verwurzelten Überzeugung, dass alles, was sie beginnen, letztlich erfolglos bleiben wird (Schema „Erfolglosigkeit“), neigen manchmal dazu, sich auf neue Herausforderungen nicht mehr einzulassen und diese regelrecht zu vermeiden. Dabei ist den Patienten in der Therapie durchaus vermittelbar, dass Offenheit für neue Freundschaften oder aktives Bemühen um eine Ausbildungsstelle sinnvoll sind. Ohne die kognitive Restrukturierung ist eine Verhaltensänderung allerdings kaum zu erwarten.

Die Erarbeitung eines individuell plausiblen Krankheitsmodells gehört ebenfalls zur strukturierten Behandlung von ADHS.

Im Modell von Safren und Kollegen (Abb. 5.4, modifiziert nach Safren et al. 2005) steht die neuropsychiatrische Beeinträchtigung seit der Kindheit im Zentrum der Betrachtung (Safren et al. 2005). Defizite in der Aufmerksamkeitslenkung und Selbstregulation (Impulsivität) behindern das Erlernen effektiver Lebensbewältigungsstrategien und verhindern soziale und schulische/berufliche Erfolgserlebnisse. Dadurch bleiben Betroffene hinter ihren eigenen oder den Erwartungen ihrer Umwelt zurück und entwickeln negative Grundannahmen/Schemata, die zu Stimmungsschwankungen, mangelndem Selbstwertgefühl und Vermeidungsverhalten führen. Die funktionellen Beeinträchtigungen von Erwachsenen mit ADHS sind nach diesem Modell durch die neuropsychiatrischen Beeinträchtigungen *und* durch dysfunktionale Kompensationsstrategien charakterisiert (Safren et al. 2005).

Zu einem verständlichen und veränderungsorientierten Krankheitsmodell von ADHS gehört es, die unterschiedlichen Facetten der Erkrankung und ihre gegenseitige Beeinflussung zu kennen. Die Kernbereiche Impulsivität und Aufmerksamkeitsstörung können nach Art eines Teufelskreises dargestellt werden, in dem jeweils eine Komponente Auswirkungen auf die andere hat (Abb. 5.5). Eine ausgeprägte Konzentrationsstörung kann beispielsweise die intensive Beschäftigung mit einem Problem behindern, so dass letztlich „aus dem

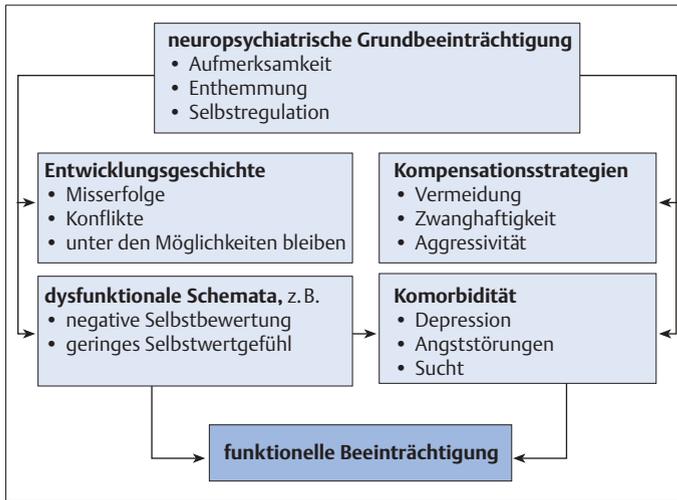


Abb. 5.4 Integratives Schaubild zur Darstellung der durch ADHS verursachten Probleme.

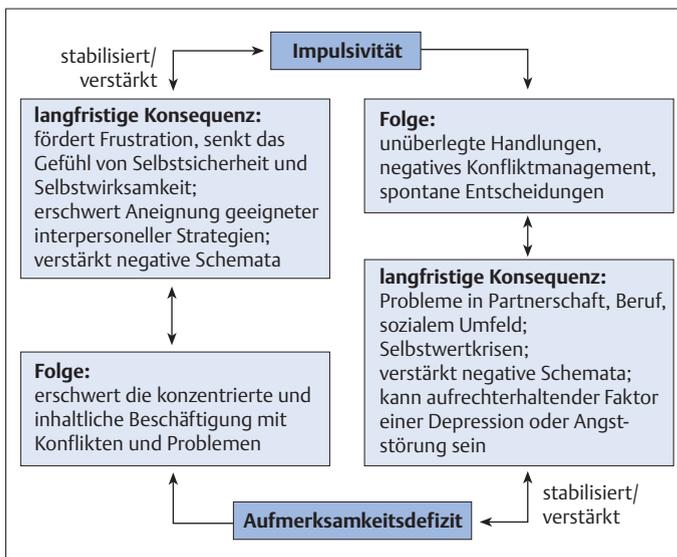


Abb. 5.5 Teufelskreis der ADHS-Symptome.

Bauch heraus“ (impulsiv) eine Entscheidung getroffen wird. Dies kann zu weiteren Problemen führen (Hektik, Ärger mit Geschäftspartnern), die wiederum die intensive und rationale Beschäftigung mit einem Problem behindern. Langfristige Folgen können nach dem Vulnerabilität-Stress-Modell depressive Entwicklungen sein, die bei Erwachsenen mit ADHS häufig anzutreffen sind. Besteht erst einmal eine Depression oder eine Angststörung, verstärkt dies die ohnehin schon bestehenden Aufmerksamkeitsprobleme.

## ■ Planen und Problemlösen

Die kognitiven Defizite von Erwachsenen mit ADHS in Verbindung mit den geringeren Möglichkeiten zur Selbststeuerung führen häufig zu unangemessenen Strategien im Hinblick auf Problemanalyse und Problemlösung. Betroffene tendieren dazu, rasche Entscheidungen zu treffen, obwohl noch nicht genügend Informationen vorliegen (Beispiel: Autokauf ohne Information über Betriebskosten und Wirtschaftlichkeit). Entsprechend kommen Fehleinschätzungen häufiger vor und können zu langfristigen Problemen führen,

weil die Betroffenen mit den teilweise kostspieligen Konsequenzen ihrer Entscheidungen leben müssen.

Häufen sich derartige Ereignisse, werden negative Grundannahmen bestätigt und tragen mit zu der Tendenz bei, die Auseinandersetzung mit Entscheidungen zu katastrophisieren und zu vermeiden. In der Psychotherapie sind daher lösungsorientierte Strategien hilfreich.

Zu Beginn kann eine Liste mit zu erledigenden Aufgaben oder Entscheidungen angefertigt werden, die der Patient nach Wichtigkeit priorisiert. Es sollte festgelegt werden, welche Aufgaben oder Entscheidungen schnell abgearbeitet werden müssen und welche noch Zeit haben. Es sollten die Mittel, die zur Erledigung der Aufgabe gebraucht werden, festgelegt werden, beispielsweise vergleichende Informationen über Wartungskosten, Steuer und Versicherung bei einem Autokauf. Danach wird eine Folgenabschätzung von Entscheidungen eingeübt („Wenn ich einen Kredit über xy aufnehme, bleiben mir monatlich noch...“). Sind auf diese Weise die ersten Aufgaben bewältigt, las-

sen sich die positiven Erfahrungen in ein generelles Problemlöseschema überführen.

Klare „Verhaltensregeln“ (siehe Tab. 5.7) helfen, den Überblick in Entscheidungssituationen zu bewahren. Für einige Patienten ist es hilfreich, sich Regeln auf einer Karteikarte zu notieren und mit sich zu führen.

## ■ Verbesserung der Impulskontrolle

Schwierigkeiten mit der Impulskontrolle führen dazu, dass Betroffene handeln ohne nachzudenken. Erwachsene mit ADHS denken selten an die Konsequenzen ihrer Handlungen. Manche haben eine ausgeprägte Neigung, Neues auszuprobieren oder Gefahren geradezu aufzusuchen (Risikosportarten). Eine verringerte Impulskontrolle führt dazu, dass Entscheidungen nach oberflächlicher Attraktivität und nicht nach eingehender Prüfung getroffen werden. Auf der anderen Seite steht die Spontaneität von ADHS-Patienten, die durchaus belebend wirken kann.

Tabelle 5.7 Checkliste Planen, Organisieren, Entscheiden.

Regel	Erklärung
<b>Klein anfangen!</b>	Teilen Sie sich Ihre Arbeit in kleine, aber erreichbare Schritte ein.
<b>Lieber jeden Tag ein bisschen als alles auf einmal!</b>	Wenn Sie sich zu viel Arbeit vornehmen, kann es leicht passieren, dass Sie nicht alles schaffen. Dann verlieren Sie die Lust, und das Chaos wird wieder stärker als Sie.
<b>Helfer suchen!</b>	Zu zweit geht vieles leichter, v. a. Routineaufgaben wie Aufräumen.
<b>Entrümpeln!</b>	Viele Ideen auf vielen Zetteln in vielen Ecken fördern die Frustration, nichts zu schaffen. Konzentrieren Sie sich auf das wirklich Wichtige. Wenn Sie nicht genau wissen, was für Sie wesentlich ist: fragen Sie einen vertrauensvollen Berater.
<b>Proaktives Planen!</b>	Nehmen Sie sich jeden Abend ein paar Minuten Zeit und planen den kommenden Tag. Legen Sie sich zurecht, was Sie brauchen (beispielsweise Bücher, Schlüssel, Telefonnummern).
<b>Das Wichtigste zuerst!</b>	Machen Sie sich eine „To-Do“-Liste. Gliedern Sie die Aufgaben nach Wichtigkeit (!! : unbedingt wichtig; ! : wichtig; 0 : nicht wichtig). Bearbeiten Sie zuerst die unbedingt wichtigen Aufgaben.
<b>Vorausschauen!</b>	Überlegen Sie genau, wie viel Zeit Sie für eine Tätigkeit brauchen (beispielsweise fürs Einkaufen). Gehen Sie dabei von eher pessimistischen Zeitrechnungen aus (beispielsweise zusätzliche Zeit fürs Parkplatzsuchen, Stau in der Innenstadt). Sollten Sie dadurch Zeit gewinnen: freuen Sie sich darüber und gönnen Sie sich eine Ruhepause.
<b>Geduld haben!</b>	Die Kosten voreiliger Entscheidungen können erheblich sein; seriöse Anbieter lassen Ihnen Zeit zum Überlegen.

Psychotherapeutisch helfen Verhaltensanalysen, ein Problembewusstsein für die negativen Folgen von Impulsivität zu erlangen. In der Therapie steht das Training von Selbstkontrolle (beispielsweise mit einfachen Regeln wie: „Stopp! Erst nachdenken!“), Folgenabschätzung und dem Entwickeln von alternativen Handlungsmustern im Vordergrund.

## ■ Emotionsmanagement

Erwachsene mit ADHS sind oft leicht erregbare Menschen mit einer Tendenz zu raschen emotionalen Reaktionen, insbesondere zu Wutausbrüchen. Kognitiv-behaviorale Techniken können dementsprechend angewandt werden, um 2 Ziele zu verfolgen: die langfristig schädlichen Konsequenzen ungesteuerter emotionaler Ausbrüche bewusst zu machen und situativ angemessene Ausdrucksformen für emotionale Erregung zu finden.

Ärger kann sich auf 2 Arten Bahn brechen: er kann nach innen gerichtet sein und langfristig zu Frustration, einem Gefühl von Hoffnungslosigkeit und Stressintoleranz führen. Zum anderen kann Ärger nach außen, gegen andere oder gegen Gegenstände gerichtet sein und langfristig die Beziehungen zu Freunden und Bekannten verschlechtern. Welche Art des Umgangs mit Ärger vorherrscht, sollte genau exploriert werden. Häufig findet sich bei Erwachsenen mit ADHS eine Art „Kurzschluss“ zwischen kleinsten Störungen und einer intensiven und schnellen Induktion von Ärger. Mit Hilfe von Verhaltensanalysen, in denen die vorausgehenden Bedingungen von Ärger (oder anderen intensiven Emotionen) und die nachfolgenden Konsequenzen systematisch dargelegt werden, wird ein Problembewusstsein für die sozialen Auswirkungen unkontrollierter Emotionen geschaffen.

Der angemessene Umgang mit Ärgerimpulsen lässt sich im Rollenspiel trainieren.

Eine effektive Übung besteht (bei geeigneten Patienten) darin, dass der Therapeut den dysfunktionalen Ärgerausdruck im Rollenspiel modellhaft vorführt, um danach mit dem Patienten angemessene Ärgerbewältigungsformen einzuüben. Darüber hinaus sollten weitere Ärgerbewältigungsstra-

tegien in die Therapie eingeführt werden. Exemplarisch seien genannt:

- kognitive Strategien (kognitive Restrukturierung des auslösenden Ereignisses)
- Ablenkstrategien (Zahlen- oder Tierreihen bilden, Sport)
- Time-out-Strategien (Verlassen einer als provozierend erlebten Situation)
- soziale Unterstützung (wichtige Berater kontaktieren)

Viele Patienten haben von sich aus schon Strategien angewandt, um Ärger (oder intensive Emotionen) besser zu kontrollieren. Dieses Wissen sollte unbedingt in der Therapie berücksichtigt werden. Entscheidend ist, dass die Problematik ungehemmter Affekte bewusst gemacht wird und die in der Therapie vorgeschlagenen Strategien gezielt vom Patienten eingeübt werden. Eine Evaluation der Effektivität des Ärgermanagements kann beispielsweise mit dem Symptomtagebuch durchgeführt werden.

## ■ Training interpersoneller Fähigkeiten

Häufig sind Patienten sich nicht über die Auswirkungen ihres Verhaltens auf ihre Umgebung bewusst, und es besteht die Schwierigkeit, zwischenmenschliche Situationen einzuschätzen. Erwachsene mit ADHS berichten oft, dass sie Probleme in der Aufrechterhaltung interpersoneller Beziehungen haben. Dies kann an mangelnden kommunikativen Fertigkeiten liegen (z. B. lautes, schnelles Sprechen, Sprunghaftigkeit), aber auch an der Schwierigkeit, anderen geduldig zuzuhören. Die für ADHS typische Unkonzentriertheit und Ablenkbarkeit wirkt in Gesprächen auf andere Personen oft befremdlich oder oberflächlich, und es kann der Eindruck entstehen, nicht ernst genommen zu werden. Die Impulsivität fällt häufig als abruptes „Ins-Wort-Fallen“ oder unangemessene Ausdrucksweise auf (Tab. 5.8).

Psychotherapeutisch helfen dem Patienten ein Kommunikationstraining und das gezielte Training sozialer Kompetenzen, die erforderlichen Fähigkeiten für eine erfolgreiche interpersonelle Kommunikation zu entwickeln. Als besonders hilfreich haben sich Rollenspiele mit Video-Dokumentation erwiesen, weil durch die Selbstbeobachtung Erfolge und Defizite rasch transparent gemacht wer-

Tabelle 5.8 Checkliste interpersonelle Kompetenz.

Regel	Erklärung
Nehmen Sie sich Zeit für Ihr Gegenüber – und erwarten Sie, dass man sich Zeit für Sie nimmt!	Eine häufige Quelle von Missverständnissen ist, nicht ausreichend Zeit für die Erörterung von Themen zu haben. Besonders bei Gesprächen „zwischen Tür und Angel“ werden viele wichtige Informationen nicht benannt oder Entscheidungen ohne Rücksicht auf Konsequenzen getroffen. Planen Sie deshalb genügend Zeit ein.
Bereiten Sie sich auf wichtige Gespräche vor!	Ob im Arbeitsleben oder in der Familie: Information und Vorbereitung sind das A und O einer erfolgreichen Gesprächsführung. Machen Sie sich deshalb klar, was Sie wollen – und was andere von Ihnen erwarten können.
Gestalten Sie Ihre Beziehungen aktiv!	Nutzen Sie ruhig einmal Ihre Spontaneität und bereiten anderen eine positive Überraschung. Kleine Gesten fördern häufig die Bereitschaft Ihres Umfelds, Ihnen mit Wohlwollen zu begegnen.
Zuhören – überlegen – handeln!	Die Neigung, anderen ins Wort zu fallen, führt regelhaft zu Schwierigkeiten. Den entstandenen Ärger wieder zu besänftigen, kostet in der Regel mehr Zeit, als anderen zuzuhören.
Strategien zur Deeskalation einüben!	Rasches Aufbrausen und Wutanfälle gefährden Beziehungen. Deshalb sind individuelle Strategien zum Umgang mit intensiven Gefühlen wichtig. Sie müssen nicht jedes Rededuell für sich entscheiden, auch wenn Sie sich hinterher kurzfristig besser fühlen. Gestalten Sie Ihre Gespräche so, dass sich Ihr Gegenüber respektvoll behandelt fühlt. In der Familie kann es sinnvoll sein, präventive Gesprächsstrategien (beispielsweise mit dem Partner) zu vereinbaren.
Einen Sensor für emotionale Erregung entwickeln!	Intensive Emotionen führen häufig zu kurzschlüssigem Verhalten. Im Volksmund heißt es, dass Angst kein guter Ratgeber ist. Dasselbe gilt für Ärger und Wut. Wenn Sie diese Emotionen an sich bemerken, ist es wichtig, dies dem Partner mitzuteilen und gemeinsam für eine Beruhigung zu sorgen.

den. In diesem Zusammenhang kann auch ein gezieltes Konfliktmanagement eintrainiert werden, in dem vergangene oder zukünftige problematische Situationen aus dem Umfeld des Patienten ausgewählt und erfolgreiche Bewältigungsstrategien eingeübt werden.

## ■ Typische Therapieprobleme – und deren Überwindung

**Therapeutische Grundhaltung.** Die mit ADHS einhergehenden Symptome können manchmal schon im ersten Kontakt mit Betroffenen im Vordergrund stehen und die Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Allianz erschweren. Hierzu zählen „klassische“ ADHS-Symptome wie Unpünktlichkeit, ein impulsiver Kommunikationsstil oder problematische Coping-Strategien wie übergenaues

Beschreiben von scheinbar unwichtigen Details. Manchmal wirkt auch der gute Informationsstand des Patienten über seine Erkrankung erschwerend, da der Therapeut so aus seiner „angestammten“ Expertenrolle gedrängt zu werden scheint. Eine allgemeine Regel zum Umgang mit Therapieproblemen gibt es zwar nicht, dennoch ist eine wohlwollende, nichtbewertende therapeutische Grundhaltung sicherlich der Grundstock für eine lang dauernde Therapeut-Patient-Beziehung. Insbesondere kann es hilfreich sein, sich zu vergegenwärtigen, dass die problematischen Verhaltensweisen, die dem Therapeuten auffallen, wahrscheinlich auch diejenigen sind, die dem Patienten das Leben bisher schwer gemacht haben.

Viele Aspekte dieser „typischen Therapieprobleme“ sind ein Symptom oder eine Folge von ADHS und sollten dem Patienten nicht zum Vorwurf gemacht werden. Vielmehr sollte der Therapeut um eine akzeptierende Grundhaltung bemüht sein.

**Unpünktlichkeit.** Die Schwierigkeiten mit dem Einhalten von Terminen machen selbstverständlich nicht vor dem Therapeuten halt. Gerade beim ersten Kontakt passiert es öfters, dass Patienten nicht zum vereinbarten Zeitpunkt erscheinen – obwohl sie sich in der Regel gut auf diesen vorbereitet haben. Die Gründe fürs Zuspät- oder Garnicht-Kommen sind vielfältig und sollten eher großzügig wahrgenommen als bewertet werden. Im Rahmen von psychotherapeutischen Praxen ist es sinnvoll, eine entsprechende Vereinbarung mit dem Patienten abzuschließen, wie mit ausgefallenen Stunden umgegangen werden soll. Eine Ausfallhonorarvereinbarung ist durchaus nicht unüblich, zumindest sollte aber dargelegt werden, dass keine Stundenverlängerung beim Zuspätkommen gewährt wird. Zudem ergibt sich im Bereich Pünktlichkeit ein ideales Übungsfeld für den Patienten, in dem die Fortschritte für den Therapeuten direkt überprüft werden können.

**Dazwischenreden.** Aufgrund ihrer Impulsivität neigen Patienten mit ADHS dazu, den Therapeuten zu unterbrechen oder Ergänzungen zu gerade Gesagtem zu machen. Dies geschieht im typischen Fall ohne böse Absicht und ist eher ein gut bekanntes Dauerproblem, das direkt angesprochen werden kann. Es ist therapeutisch sinnvoll, die spezifischen kommunikativen Probleme von ADHS zum Ziel einer Verhaltensänderung zu machen, weil diese Symptome im Therapieverlauf beobachtet und Fortschritte evaluiert werden können. Kognitive Strategien wie formelhafte Vorsatzbildung (erst denken, dann reden; ausreden lassen; in Zimmerlautstärke sprechen) sind dabei ebenso hilfreich wie optische Zeichen durch den Therapeuten, wenn er gerade unterbrochen wurde (beispielsweise „rote Karte“).

Es kann wichtig sein, mögliche Schamgefühle des Patienten anzusprechen und ihm zu versichern, dass Dazwischenreden oder andere veränderte Verhaltensweisen im Zusammenhang mit Kommunikation im Rahmen einer ADHS zu verstehen sind. Dieses Vorgehen nimmt dem Betroffenen die Angst vor dem Symptom.

**Schnelles und/oder lautes Sprechen.** Die Art unseres Sprechens bleibt uns häufig verborgen. Ob wir schnell oder langsam, leise oder laut, mit mittlerer oder höherer Tonlage sprechen, wird uns oft erst dann bewusst, wenn wir eine Tonbandaufnahme unserer eigenen Stimme hören. Unsere Sprechweise ist wie eine Visitenkarte, die in unserer Umgebung einen Eindruck hinterlässt. Betroffene mit ADHS haben manchmal eine charakteristisch veränderte Sprechweise mit stark beschleunigtem Sprechtempo oder großer Lautstärke. Manchmal können diese Phänomene zum Ausgangspunkt von Stigmatisierungsprozessen werden (Sabbelheini, Schreihals, Nervensäge), die dem Patienten schaden.

In diesem Fall ist es sinnvoll, das beobachtete Verhalten mit dem Patienten zu besprechen und ggf. per Videodokumentation zugänglich zu machen. Sinnvolle Strategien zur Veränderung der Sprechweise sind Sprech- und Leseübungen. Eine gezielte Selbstüberprüfung kann beispielsweise mit Videofeedback durchgeführt werden.

**„Ich habe da noch...“.** Bei Beendigung der therapeutischen Sitzung ist es nicht selten, dass Patienten noch ein weiteres Problem ansprechen, das ihnen auf den Nägeln brennt. Beispielsweise kann dem Patienten eingfallen sein, dass er noch ein Rezept braucht, dass er wegen Urlaubs einige Termine umlegen möchte oder dass er einen Freund gerne zum Therapeuten schicken möchte, weil dieser ein ähnliches Problem wie er selbst habe. Manche Fragen lassen sich rasch beantworten, manche brauchen etwas Zeit, und manche erfordern vielleicht eine weitere Einzeltherapiestunde. Der Therapeut ist dann nicht selten in der Zwickmühle zwischen Höflichkeit, Hilfsangebot und den Erfordernissen eines Praxisbetriebs.

Tritt das genannte Verhalten häufiger auf, kann es sinnvoll sein, die letzten Minuten des therapeutischen Kontakts vorausschauend für etwaige Fragen zu reservieren. Auf diese Weise können die Bedürfnisse des Patienten und die des Therapeuten unter einen Hut gebracht werden.