

Fakultät für Psychologie der Universität Basel
Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie



**Selbststeuerung und kognitiv-behaviorale Strategien in der Behandlung
von Erwachsenen mit ADHS**

Inauguraldissertation

zur

Erlangung der Würde eines Doktors der Philosophie
vorgelegt der
Fakultät für Psychologie der
Universität Basel

von

Marina Anatoljewna Elsässer

aus Witebsk, Weissrussland

Basel, 2014

Genehmigt von der Fakultät für Psychologie

auf Antrag von Herr Prof. Dr. rer. nat. Rolf-Dieter Stieglitz und
Herr Prof. Dr. Jens Gaab

Basel, den 10. November 2014

Prof. Dr. phil. Roselind Lieb

Danksagung

Mein herzlichster Dank geht an Herrn Prof. Dr. rer. nat. Rolf-Dieter Stieglitz, der mich mit seiner unermüdlichen Energie, seinen mitreissenden Ideen und seiner herzlichen Art in jeder Phase meiner Dissertation mit grosser Kompetenz unterstützt hat und mir alle Freiheiten in meiner Arbeit und der Erstellung der Dissertation liess. Sowohl in seiner wissenschaftlichen Arbeit als auch in seinem Umgang mit Patientinnen und Arbeitskollegen ist er ein Vorbild für mich. Im Weiteren möchte ich Herrn Prof. Dr. Jens Gaab danken, dass er sich bereit erklärte, meine Dissertation zu begutachten. Auch Frau Prof. Dr. phil. Roselind Lieb danke ich für die Übernahme der Aufgabe des Vorsitzes der Prüfungskommission.

Frau Dr. phil. Elisabeth Nyberg möchte ich danken für die kompetente Vermittlung therapeutischer Erfahrungen und therapeutischen Fachwissens in Psychotherapien bei Erwachsenen ADHS-Patienten während der Supervisionen. Ein besonderer Dank geht an meine Kollegin und Freundin Frau Dr. phil. Jacqueline Buchli-Kammermann für viele wertvolle Ratschläge und ihren Beistand während aller Phasen meiner Arbeit an der Dissertation. Zudem möchte ich meiner Koautorin lic. phil. Patricia Newark für ihr Engagement bei der wissenschaftlichen Arbeit, bei der Rekrutierung der Teilnehmer für die Studie und für ihre herzliche, motivierende Art danken. Für die Unterstützung in Fragen der Statistik gilt mein Dank Frau M. Sc. Birgit Gräfe und Herrn Dr. Andrea Meyer.

Meinen Kollegen vom ADHS-Team danke ich sehr herzlich. Im Laufe von fünf Jahren veränderte sich unser Team stetig. Was jedoch immer konstant blieb, war eine anspruchsvolle Teamarbeit in den Bereichen Diagnostik, Psychotherapie und Betreuung von Patienten sowie die Freude am Austausch mit netten Kollegen während der Pausen, während Betriebsausflügen und auf Kongressen. Um keine Person zu vergessen, möchte ich meinen herzlichsten Dank allen unseren Assistenzpsychologen, Ärzten, Zivildienstleistenden und speziell unserer Sekretärin Frau Doris Blaser aussprechen.

Meinen innigsten Dank möchte ich meinem Ehemann Hanno Elsässer widmen, der mir liebevoll, zuverlässig und mit viel Geduld und Engagement in allen Momenten meiner Dissertation zur Seite stand. Ein herzlicher Dank geht an meine Eltern Ljubowj Michajlowna und Anatolij Wikentjewitsch Starikowitsch, die mich unterstützten und trotz der grossen Entfernung zwischen der Schweiz und Weissrussland für mich da waren, wenn ich sie brauchte. Ich bedanke mich bei meinen Schwiegereltern Dr. Horst Elsässer und Wiltrud Elsässer und bei meinen Freundinnen Tanja Günthard, Sara Kvirgic und Moniyo Kind, die über das Korrekturlesen der Artikel und der Rahmenschrift hinaus auch für mein seelisches Wohl im Laufe der letzten Jahre gesorgt haben.

Nicht zuletzt danke ich all unseren Patienten mit einer ADHS und den freiwilligen Probanden, die durch ihre Teilnahme an unseren Studien das Erstellen dieser Dissertation ermöglicht haben.

Erklärung über die Selbständigkeit

Die zur Promotion eingereichten Zeitschriftenbeiträge wurden in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Koautoren angefertigt. Es handelt sich dabei um zwei Originalarbeiten und einen Review-Artikel. Die Arbeiten wurden weder von den beteiligten Autoren noch von anderen Personen an anderer Stelle veröffentlicht. Es wurden nur die angegebenen Hilfsmittel verwendet.

Folgende Publikationen wurden im Rahmen der vorliegenden kumulativen Dissertation bei Zeitschriften zur Veröffentlichung eingereicht bzw. veröffentlicht. Kopien der Zeitschriftenbeiträge sind im Anhang A-1 bis A-3 angefügt:

Artikel 1

Elsässer, M., Nyberg, E. & Stieglitz, R.-D. (2010). Kognitiv-behaviorale Strategien in der Behandlung von Erwachsenen mit ADHS. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58, 35-44.

Artikel 2

Elsässer, M., Newark, P. E. & Stieglitz, R.-D. (2014). Selbstregulation, Lageorientierung und Aufmerksamkeit bei erwachsenen ADHS-Patienten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 43, 43-52.

Artikel 3

Newark, P. E., Elsässer, M. & Stieglitz, R.-D. (in press). Self-esteem, self-efficacy and resources in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*.

Basel, August 2014

Marina A. Elsässer

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	2
Erklärung über die Selbständigkeit	3
Zusammenfassung	5
1 Einleitung	7
1.1 Ziele und Fragestellungen.....	8
2 Theoretischer Hintergrund	10
2.1 ADHS im Erwachsenenalter.....	10
2.2 Verhaltenstherapeutische Techniken.....	11
2.3 Verhaltenstherapeutische Techniken bei erwachsenen ADHS-Patienten (Artikel 1).....	12
2.4 Selbstregulation bei erwachsenen ADHS-Patienten.....	14
2.5 Konzept der Handlungsorientierung nach Kuhl.....	15
2.6 Selbstwert und Selbstwirksamkeit bei erwachsenen ADHS-Patienten.....	18
2.7 Ressourcen bei erwachsenen ADHS-Patienten.....	20
3 Methode	22
3.1 Stichprobe und Studiendesign.....	22
3.2 Untersuchungsinstrumente.....	22
3.3 Allgemeine Angaben zur Statistik.....	23
4 Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse	25
4.1 Gibt es Unterschiede zwischen erwachsenen ADHS-Patienten und gesunden Kontrollpersonen bezüglich Selbststeuerungskompetenzen und Disposition zur Handlungsorientierung (Artikel 2)?.....	25
4.2 Unterscheiden sich erwachsene ADHS-Patienten und gesunde Kontrollpersonen bezüglich Selbstwert, Selbstwirksamkeitserwartung, Ressourcen und psychischer Belastung (Artikel 3)?.....	26
5 Diskussion	28
5.1 Stärken und Schwächen.....	31
5.2 Klinische Implikationen und Ausblick.....	32
Literaturverzeichnis	34
Anhang	42

Zusammenfassung

In dieser kumulativen Dissertation werden psychotherapeutische Techniken in der Behandlung von erwachsenen ADHS-Patienten diskutiert und therapierelevante Faktoren wie Selbstregulation, Selbstwert, Selbstwirksamkeit und Ressourcen untersucht. Die gewonnenen Erkenntnisse können bei der Planung und der Durchführung von Therapien erwachsener ADHS-Patienten hilfreich sein und damit zur Reduktion der ADHS-Symptomatik und zur Verbesserung des Wohlbefindens der erwachsenen ADHS-Patienten beitragen.

In Artikel 1 *Kognitiv-behaviorale Strategien in der Behandlung von Erwachsenen mit ADHS* (Elsässer, Nyberg & Stieglitz) werden bis 2009 publizierte ADHS-Therapiestudien zusammengetragen im Hinblick auf jeweils angewandte therapeutische Verfahren und Bausteine in der Psychotherapie erwachsener ADHS-Patienten. Dabei gilt die besondere Aufmerksamkeit therapeutischen Techniken, welche auf Veränderungen in ausgewählten ADHS-relevanten Bereichen (wie z. B. Aufmerksamkeit, Organisation, Motivation und andere) abzielen. Die systematische Analyse der bisher vorliegenden Literatur kommt zu dem Schluss, dass die häufig verwendeten therapeutischen Techniken aus den Bereichen Kognitive Psychotherapie, Organisation und Zeitmanagement sowie Emotionsregulation stammen.

Die aus dem Artikel 1 gewonnenen Erkenntnisse hinsichtlich angewandter therapeutischer Techniken boten Anregung zur Erforschung möglicher Faktoren, die für Psychotherapie erwachsener ADHS-Patienten relevant sein könnten. Im Artikel 2 *Selbstregulation, Lageorientierung und Aufmerksamkeit bei erwachsenen ADHS-Patienten* (Elsässer, Newark & Stieglitz) werden therapierelevante Faktoren wie Selbststeuerung und Disposition zur Lageorientierung bei erwachsenen ADHS-Patienten und gesunden Kontrollpersonen untersucht, sowie der Einfluss der Unaufmerksamkeit auf diese beiden Faktoren. Die Beeinträchtigung in der Selbststeuerung und eine erhöhte Disposition zur Lageorientierung erwies sich bei erwachsenen ADHS-Patienten als deutlich stärker ausgeprägt als bei gesunden Kontrollpersonen. Der Einfluss der Unaufmerksamkeit auf die Willenshemmung und die prospektive Lageorientierung konnte ebenfalls belegt werden. Diese Befunde zeigen auf, dass die therapeutische Arbeit an Selbststeuerungskompetenzen und Lageorientierung von erwachsenen ADHS-Patienten von Relevanz ist. Eine Reduktion von dysfunktionalen Bewältigungsstrategien (z. B. Aufschieben) könnte dadurch erreicht werden.

Im Artikel 3 *Self-esteem, self-efficacy and resources in adults with ADHD* (Newark, Elsässer, & Stieglitz) werden weitere therapierelevante Faktoren untersucht. Dabei wird geprüft, inwiefern sich erwachsene ADHS-Patienten in ihren Einschätzungen bezüglich Selbstwert, Selbstwirksamkeit und Ressourcen von gesunden Kontrollpersonen unterscheiden und ob Zusammenhänge zwischen dem Erleben von Stress, Selbstwert, Selbstwirksamkeit und

Ressourcen bestehen. Es zeigte sich vor allem, dass im Vergleich mit gesunden Kontrollpersonen erwachsene ADHS-Patienten sich einen niedrigeren Selbstwert, niedrigere Selbstwirksamkeit und weniger Ressourcen zuerkennen.

Alle drei Artikel machen klinisch tätige Psychotherapeuten von erwachsenen ADHS-Patienten aufmerksam auf therapierelevante Faktoren wie Selbstregulation, Selbstwert und Selbstwirksamkeit. Sie helfen bei der Auswahl bestimmter therapeutischer Techniken, welche positive Auswirkungen auf die Reduktion der ADHS-Symptomatik erzielen können. Ein weiteres Anliegen ist es, Kliniker für die Relevanz von Therapie vorbereitenden und begleitenden Verfahren wie etwa die Aktivierung der Ressourcen zu sensibilisieren, um die Durchführung der therapeutischen Methoden zu optimieren.

1. Einleitung

Intention der vorliegenden kumulativen Dissertationsschrift ist die Untersuchung der bisher verwendeten therapeutischen Techniken und der therapierelevanten Faktoren wie Selbstregulation, Selbstwert und Selbstwirksamkeit sowie Ressourcen bei erwachsenen ADHS-Patienten.

ADHS im Erwachsenenalter beginnt im Kindesalter und bleibt bei ca. 50% der Betroffenen auch im Erwachsenenalter bestehen (Mannuzza, Klein, Bessler, Malloy & LaPadula, 1993).

Eine langjährige Lebensgeschichte voller Misserfolge darf bei erwachsenen ADHS-Patienten nicht unterschätzt werden. Neben der klassischen ADHS-Kernsymptomatik leiden die Betroffenen sowohl an Störungen in exekutiven Funktionen als auch an Störungen in emotional-motivationalen Funktionen (Surman, Biedermann, Spencer, Miller & McDermott, 2013). Aufgrund ihrer häufig schwierigen Vorgeschichte neigen erwachsene ADHS-Patienten zu negativen Grundüberzeugungen im Hinblick auf sich selbst und die eigenen Fähigkeiten (Ramsay & Rostain, 2008), die ihr Selbstwertgefühl dauerhaft beeinträchtigen (Fennel, 1999; Stevenson, Stevenson & Whitmont, 2003). Schwierigkeiten bei der Regulation von negativen und positiven Affekten (Conzelmann, Mucha, Jacob, Weyers & Romanos 2009), motivationale Schwierigkeiten (Sonuga-Barke, 2002) und häufiger Einsatz von ungünstigen Bewältigungsstrategien (z. B. Aufschieben) sind für diese Patienten ebenfalls kennzeichnend (Bramham, Young, Bickerdike, Spain & McCartan, 2009). Die daraus resultierenden Folgen manifestieren sich in einem hohen Leidensdruck, einer Chronifizierung der Störung verbunden mit zahlreichen Beeinträchtigungen und einem deutlichen Verlust an Lebensqualität (Nyberg, Hofecker-Fallahpour & Stieglitz, 2013).

Nicht nur bei erwachsenen ADHS-Patienten, sondern auch bei gesunden Personen sind Schwierigkeiten bei der Selbststeuerung, der Aufmerksamkeitskontrolle und der Emotionsregulation, sowie damit verbundene Beeinträchtigungen (Kuhl, 1983; Stiensmeier-Pelster, John, Stulik & Schürmann, 1989) bekannt. Dabei spielen sowohl die ausgebildeten Kompetenzen in Selbststeuerung eine Rolle als auch die Fähigkeit, in stressreichen Situationen die bestehenden Kompetenzen trotz innerer und äusserer Widerstände einzusetzen (Kuhl, 2001). Die persönlichen Unterschiede bei Selbststeuerungsprozessen werden im Rahmen der Motivations- und Volitionspsychologie untersucht. Während gesunde Personen trotz dieser Beeinträchtigungen ihren Alltag bewältigen, haben erwachsene ADHS-Patienten erhebliche Schwierigkeiten damit. Zur Unterstützung in der Alltagsbewältigung und zur Verbesserung der Lebensqualität erwachsener ADHS-Patienten wurde in der Vergangenheit in einer Vielzahl therapeutischer Ansätze beschrieben, wie eine ADHS im Erwachsenenalter positiv zu beeinflussen ist. Neben den weit verbreiteten Pharmakotherapien werden mehr und mehr psychotherapeutische Konzepte in der Behandlung dieser Patienten entwickelt und eingesetzt. Einige Studien zur Überprüfung der

psychotherapeutischen Wirksamkeit sind bereits publiziert. Trotz einiger Qualitätsunterschiede im Design und bei den verwendeten Methoden der Studien ist die Wirkung der verhaltenstherapeutisch orientierten Psychotherapie bei erwachsenen ADHS-Patienten mittlerweile gut belegt (Stieglitz, Nyberg & Hofecker-Fallahpour, 2012). Inzwischen existieren einige Manuale zur Behandlung dieser Patienten mit Beschreibung konkreter therapeutischer Techniken, die auf positive Änderungen in ausgewählten Zielbereichen abzielen. Die therapeutische Entscheidung hinsichtlich einer Indikation für eine spezifische Therapietechnik spielt dabei eine wichtige Rolle (Fliegel, Groeger, Künzel, Schulte & Sorgatz, 1998). Vorbereitende und begleitende Massnahmen auf verhaltensanalytischer und motivationaler Ebene begünstigen den Einsatz von ausgewählten Methoden im therapeutischen Ablauf und tragen zur Stabilität der erreichten Erfolge bei (Gassmann & Grawe, 2006). Dabei wird die Arbeit mit den Stärken der Patienten während Therapiestudien häufig hervorgehoben (Fiedler, 2007; Klemenz, 2009). Es gibt jedoch nur selten Befunde in der Literatur, die Ressourcen bei erwachsenen ADHS-Patienten beschreiben. Diese selten berücksichtigten Ressourcen wie beispielsweise erhöhte Kreativität (Hallowell & Ratey, 1994; Weiss, 1997), Resilienz (Young, 2005) und Neugier (Hesslinger, van Elst, Nyberg, Dykierek & Richter, 2002) können sich in der therapeutischen Arbeit mit diesen Patienten als hilfreich erweisen.

1.1 Ziele und Fragestellungen

Die vorliegende Dissertation fokussiert auf die Anwendung therapeutischer Techniken und relevanter psychotherapeutischer Faktoren, welche zur Reduktion der ADHS-Symptomatik und zu einem besseren Wohlbefinden bei erwachsenen ADHS-Patienten beitragen.

Ein Schwerpunkt der Dissertation liegt darauf, anhand der bestehenden Literatur zur Wirksamkeit der Psychotherapie bei erwachsenen ADHS-Patienten einen Überblick über häufige Zielbereiche und die Anwendung kognitiv-behavioraler Techniken zu geben (siehe Artikel 1).

Kern der Dissertation bildet die Studie, die 43 erwachsene ADHS-Patienten und 43 gesunde Kontrollpersonen in Bezug auf Unterschiede in Selbststeuerungskompetenzen untersuchte. Dabei ist von grossem Interesse, welche Unterschiede zwischen erwachsenen ADHS-Patienten und gesunden Kontrollpersonen in der Einschätzung ihrer Selbststeuerungskompetenzen bestehen und ob die ADHS-Patienten bei einer Konfrontation mit schwierigen oder belastenden Situationen auf die vorhandenen Kompetenzen zurückgreifen können, um handlungsfähig zu bleiben. Zusätzlich wurde der Einfluss der Unaufmerksamkeit auf die Selbststeuerungskompetenzen und die Disposition zur Lageorientierung untersucht. Erwartet wurde, dass die Unaufmerksamkeit mit Hemmungsprozessen im Zusammenhang steht und dass sie den Einstieg in Zustände der Lageorientierung begünstigt (siehe Artikel 2).

Ein weiterer Fokus wurde darauf gelegt, wie sich erwachsene ADHS-Patienten von gesunden Kontrollpersonen bezüglich therapierrelevanter Faktoren wie Selbstwert, Selbstwirksamkeitserwartung und Ressourcen unterscheiden und ob ADHS-Patienten in gleicher Weise wie gesunde Kontrollpersonen über Ressourcen verfügen. Zusätzlich wurden erwachsene ADHS-Patienten und gesunde Kontrollpersonen in Bezug auf grundsätzliche psychische Belastungen untersucht und Zusammenhänge zwischen psychischen Belastungen, Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit sowie Ressourcen analysiert (siehe Artikel 3).

2. Theoretischer Hintergrund

Im Folgenden wird ein Überblick über die bei erwachsenen ADHS-Patienten in den Therapien angewandten verhaltenstherapeutischen Techniken gegeben. Es wird zunächst das Störungsbild ADHS im Erwachsenenalter erläutert. Weiter wird auf relevante Informationen über verhaltenstherapeutische Techniken im Allgemeinen und im Speziellen in Bezug auf die ADHS im Erwachsenenalter eingegangen. Danach werden therapierrelevante Faktoren wie Selbstregulation, Selbstwert und Selbstwirksamkeit beschrieben. Im Anschluss werden die Ressourcen bei erwachsenen ADHS-Patienten veranschaulicht.

2. 1 ADHS im Erwachsenenalter

Die Prävalenz einer ADHS im Erwachsenenalter beträgt ca. 5% (Kessler, Adler, Barkley, Biederman & Conners, 2006; Murphy & Barkley, 1996). Die Symptomatologie der ADHS im Erwachsenenalter lässt sich zunächst ähnlich wie diejenige bei Kindern und Jugendlichen beschreiben, d. h. sie ist durch Symptome in den Bereichen Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität gekennzeichnet, welche sich z. T. jedoch im Erwachsenenalter anders zeigen als bei Kindern und Jugendlichen (Stieglitz, Nyberg & Hofecker-Fallahpour, 2012). Beim Übergang vom Jugend- zum Erwachsenenalter können Hyperaktivität und Impulsivität abnehmen (Hart, Lahey, Loeber, Applegate & Frick, 1995). Die Aufmerksamkeitsdefizite scheinen jedoch stabile Merkmale einer adulten ADHS zu bleiben, gekennzeichnet durch erhöhte Ablenkbarkeit, reduzierte Ausdauer, Vergesslichkeit und geringe Flexibilität bei der Verhaltensanpassung an neue Gegebenheiten (Rösler & Retz, 2006; Schmidt & Petermann, 2008). Die Störung der Aufmerksamkeit scheint bei männlichen wie weiblichen Jugendlichen während des Überganges ins Erwachsenenalter zu einer stärkeren Beeinträchtigung in der Schule, im Beruf und in sozialen Beziehungen zu führen als die Hyperaktivität oder die Impulsivität (Achenbach, Howell, McConaughy, & Stanger, 1995). Insgesamt laufen die über Jahre bestehenden neurobiologischen Beeinträchtigungen bei Betroffenen auf eine Lebensgeschichte mit zahlreichen Misserfolgserfahrungen hinaus (Faraone & Biedermann, 2005). So bilden sich bei ADHS-Patienten schon in der Kindheit oder der frühen Adoleszenz tief verwurzelte negative Grundüberzeugungen im Hinblick auf sich selbst und die eigenen Fähigkeiten (Ramsay & Rostain, 2008), die zur Beeinträchtigung der Selbstachtung und Selbstbestimmung beitragen (Philipsen, Richter, Peters, Alm & Sobanski, 2007). Erwachsene ADHS-Patienten berichten oft von negativen Gefühlen, Versagensängsten, Selbstzweifeln und Zuständen der Energielosigkeit, von Überforderungen sowie Unzufriedenheit mit ihrer Lebensqualität (Ramsay & Rostain, 2008). Im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen weisen erwachsene ADHS-Patienten in vielen Lebensbereichen wie Ausbildung, Arbeit und Partnerschaft ein geringeres Funktionsniveau auf (Barkley &

Gordon, 2002) und haben ein erhöhtes Risiko für komorbide psychische Störungen (Schmidt, Brücher & Petermann, 2006).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das klinische Bild einer ADHS im Erwachsenenalter vielschichtig ist. Die betroffenen Patienten leiden sowohl unter der ADHS-Symptomatik (Aufmerksamkeitsdefizit, Hyperaktivität, Impulsivität), als auch unter den Folgen (Aufschieben, Vermeiden unangenehmer Tätigkeiten u.a.). Mittlerweile gibt es jedoch therapeutische Verfahren, die das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Patienten verbessern können. In den nächsten beiden Abschnitten wird zuerst im Allgemeinen auf therapeutische Techniken eingegangen und danach im Speziellen auf therapeutische Techniken im ADHS-Bereich.

2.2 Verhaltenstherapeutische Techniken

Neben den tiefenpsychologisch orientierten Verfahren wird heutzutage in der Krankenversorgung die Verhaltenstherapie häufig angewendet. Ihre Wirksamkeit ist bei vielen psychischen Krankheiten und Problemen hinreichend belegt (Hoffmann, 2005).

Die Verhaltenstherapie verwendet bereits seit ihren Anfängen zahlreiche Methoden. Mitte der sechziger Jahre entstand der Begriff „Verhaltenstherapie“ als Sammelbezeichnung für Verfahren, deren Gemeinsamkeit in ihrer lerntheoretischen Fundierung gesehen wurde (Fliegel et al., 1998). Nicht selten wird die Verhaltenstherapie noch heute „als eine Sammlung effizienter Methoden oder Techniken“ gesehen (Senf & Broda, 1996).

Dennoch darf man die Anwendung therapeutischer Methoden nicht mit der Durchführung einer Therapie gleichsetzen. Bevor einzelne Methoden zum Einsatz kommen, beginnt die Therapie mit einigen anderen Schritten. So müssen zunächst die Bedingungen des einzelnen Falles geklärt werden. Danach erfolgt die Therapieplanung mit einer gemeinsamen Zielvereinbarung. Als nächstes werden vom Therapeuten die Indikation für spezifische Verfahren getroffen. Ziel der Therapieplanung ist es, die Methoden zu wählen, die für das bestimmte Problem am geeignetsten erscheinen. Bei der Umsetzung der therapeutischen Methoden ist es wichtig fortlaufend auf sich verändernde Umstände der individuellen Problemsituation zu achten und darauf angemessen zu reagieren. Vorbereitende Massnahmen auf verhaltensanalytischer und motivationaler Ebene ermöglichen und begünstigen den Einsatz von Methoden im therapeutischen Ablauf.

Therapeutische Methoden lassen sich als „Werkzeuge für spezielle Aufgaben verstehen“ und „Handlungsanweisungen machen einen wichtigen Teil dieser Werkzeuge aus“ (Fliegel et al, 1998). Die verhaltenstherapeutischen Verfahren unterscheiden sich zum Teil beträchtlich hinsichtlich der Breite ihrer Anwendungsmöglichkeiten und der Häufigkeit ihres Einsatzes. Während einige Methoden nur für ganz bestimmte Problemstellungen entwickelt wurden, zum Beispiel für die Behandlung des Stotterns, finden andere, wie zum Beispiel kognitive Techniken, bei einem breiteren Spektrum psychischer Störungen Anwendung (Fliegel et al,

1998). Die verhaltenstherapeutischen Methoden sind unterschiedlicher Herkunft. So können sie auf dem Boden neuer wissenschaftlicher Theorien entstehen oder auf Alltagserfahrungen beruhen, welche zu interessanten klinischen Innovationen führen. Ausserdem können sie aus klinisch-therapeutischer Erfahrung heraus entstehen oder durch Modifikationen und Anpassungen schon existierender Verfahren an spezielle Bedürfnisse der Patienten entwickelt werden (Hoffmann, 2005).

Das Beherrschen vielfältiger verhaltenstherapeutischer Techniken ist in jedem Fall nützlich und sinnvoll für die therapeutische Arbeit eines jeden praktizierenden Verhaltenstherapeuten. Verhaltenstherapeutische Techniken bieten einen Handlungsrahmen für das therapeutische Vorgehen und sind somit für die Entwicklung eines Therapieplans hilfreich. Zudem kann ein gut beherrschtes Repertoire an Einzeltechniken jedem praktizierenden Verhaltenstherapeuten zu der Sicherheit verhelfen, die für die Zuwendung zum Patienten und seinen Bedürfnissen während der therapeutischen Arbeit notwendig ist. (Hoffmann, 2005). Da verhaltenstherapeutischen Techniken gut definiert, strukturiert und damit auch leicht erlernbar sind, regen sie fortlaufend einen Erfahrungsaustausch zwischen praktizierenden Therapeuten und die Evaluation der durchgeführten Verfahren an.

Aus Sicht des Patienten, der oft ein starkes Bedürfnis nach aktiver Lösung seiner Probleme hat, wird die Arbeit mit den speziellen Techniken häufig das eigentliche Ereignis in der Psychotherapie gesehen. Die Erfahrung, dass Probleme mit konkret nachvollziehbaren Techniken erfolgreich angegangen werden können, stärkt das Selbstvertrauen und die Selbstwirksamkeit des Patienten.

2.3 Verhaltenstherapeutische Techniken bei erwachsenen ADHS-Patienten

(Artikel 1)

Erste wissenschaftliche Publikationen über den Einsatz psychotherapeutischer Interventionen bei erwachsenen ADHS-Patienten, sowohl im Einzelsetting als auch im Gruppensetting, erschienen im Jahr 1999 (Wilens, McDermott, Biederman, Abrantes & Haheesy, 1999; Wiggins, Singh, Getz & Hutchins, 1999). Bis zum Jahr 2009 wurden zwölf Artikel zur Überprüfung der Wirksamkeit der therapeutischen Behandlung von erwachsenen ADHS-Patienten veröffentlicht. Diese Artikel unterscheiden sich jedoch bezüglich der methodologischen Qualität der Untersuchungsdurchführung (z. B. im Vorhandensein von Vergleichsgruppen oder Randomisierung) deutlich voneinander.

Wilens und Kollegen berichteten als erste über positive Effekte von 36 kognitiven Verhaltenstherapiesitzungen auf die ADHS-Symptomatik und deren Komorbidität sowie der damit erreichten Verbesserung des allgemeinen Funktionierens von erwachsenen ADHS-Patienten. Im Jahr 2009 lagen bereits neun Publikationen vor, welche kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppentherapien auf ihre Wirksamkeit überprüften. Zudem lagen vier Manuale vor, welche das therapeutische Vorgehen bei der

Behandlung einer ADHS im Erwachsenenalter beschrieben. Wissenschaftlich untersucht war zu diesem Zeitpunkt ferner die Wirksamkeit von Psychoedukation (Wiggins et al., 1999), das Selbsthilfeprogramm mit Telefoncoaching (Stevenson et al., 2003) und das Achtsamkeitstraining (Solanto, Marks, Wasserstein & Kofman, 2008).

Betrachtet man die therapeutischen Konzepte, fallen Unterschiede auf, sowohl hinsichtlich inhaltlicher Aspekte (Wahl der Zielbereiche, konkrete therapeutische Verfahren) als auch hinsichtlich formaler Aspekte (Dauer der Behandlung, Wahl des Settings). Besonders kennzeichnend für die Psychotherapie erwachsener ADHS-Patienten sind die sorgfältige Strukturierung der Therapieprogramme und der einzelnen Sitzungen, die Arbeit in kleinen Schritten an unterschiedlichen Bereichen (z. B. Unaufmerksamkeit, Organisation und Emotionsregulation), eine fortlaufende Motivationsarbeit sowie die kontinuierliche Verstärkung der therapeutischen Erfolge (siehe Artikel 1). Die Psychoedukation mit einer Einführung von Arbeitsmodellen, Zielvereinbarungen, Verhaltensanalysen und Hausaufgaben sind dabei die wichtigen verhaltenstherapeutischen Bausteine. Um die vereinbarten Ziele zu erreichen, werden zahlreiche therapeutische Techniken eingesetzt. Das Besondere an den therapeutischen Techniken bei erwachsenen ADHS-Patienten ist die geschickte Anpassung existierender therapeutischer Verfahren an die speziellen Bedürfnisse Patienten. So haben erwachsene ADHS-Patienten neben langjährigen Beeinträchtigungen in Aufmerksamkeit, Impulskontrolle und Hyperaktivität auch Beeinträchtigungen in exekutiven Funktionen und Emotionsregulation. Sie verfügen über zahlreiche dysfunktionale Copingstrategien (z. B. Aufschieben), die ihre Lebensqualität deutlich beeinträchtigen. Daher braucht es effektive Techniken, die beitragen zur Bewältigung der Ablenkbarkeit und Impulsivität, zur Entwicklung hilfreicher Gedanken in schwierigen Situationen (Safren, Perlman, Sprich & Otto, 2009), sowie zur Aneignung von Strategien in Organisation (Stevenson et al., 2003) und Emotionsregulation (Hesslinger et al., 2002). Die in den neun Artikeln und vier Manualen beschriebenen therapeutischen Methoden zur Behandlung erwachsener ADHS-Patienten wurden aus Modifikationen bereits bestehender Verfahren durch Anpassung an die Bedürfnisse erwachsener ADHS-Patienten entwickelt. So werden beispielsweise einige kognitive Techniken (wie das 5-Spalten-Protokoll) verwendet, die ursprünglich für die Behandlung von depressiven Patienten entwickelt wurden (Beck, 1976). Kognitive Techniken zielen zwar nicht direkt auf die ADHS-Symptomatik ab, verändern jedoch das negative Denken von erwachsenen ADHS-Patienten und führen somit zu besseren Copingmöglichkeiten in schwierigen Situationen (Wilens et al., 1999). Einige Techniken zur Verbesserung der Organisationsfähigkeit kommen dagegen ursprünglich aus dem Bereich der Organisationspsychologie, wo sie für gesunde Menschen entwickelt wurden, welche ihre Fähigkeit in Planung und Organisation verbessern möchten. Da viele ADHS-Patienten Defizite in Planung und Organisation haben, sind diese Techniken unterdessen ein wichtiger Teil jeder ADHS-Behandlung geworden (z. B. das Nutzen eines Terminkalenders).

Grundsätzlich variieren die Einsatzbreite und -häufigkeit der Anwendung einzelner Techniken bei der Behandlung erwachsener ADHS-Patienten erheblich. Einige Methoden wie kognitive Techniken oder Techniken zur Verbesserung der Selbstkontrolle (z. B. die Selbstbeobachtung) werden fortlaufend und für die Therapie verschiedenster Zielbereiche empfohlen. Andere Methoden, wie Techniken und Strategien zur Verbesserung der Organisation und Planungsfähigkeit (z. B. Prioritäten setzen, Erstellen von Notizen), werden nur spezifisch während der Arbeit in diesen Bereichen verwendet. Für die Arbeit an der Reduktion der Impulsivität werden häufig Verhaltensanalysen empfohlen. Die am häufigsten verwendeten therapeutischen Techniken sind Kognitive Techniken (Ramsay & Ramsay, 2008; Safren et al., 2009, Young & Bramham, 2007), Techniken zur Verbesserung der Organisationsfähigkeit und Techniken zur Verbesserung der Emotionsregulation.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass wirksame therapeutische Verfahren für die Behandlung einer ADHS im Erwachsenenalter vorhanden sind, welche ursprünglich für die Behandlung anderer psychischer Störungen entwickelt wurden. Techniken zur Verbesserung der Organisationsfähigkeit kommen aus dem Bereich der Organisationspsychologie. Diese Techniken sind ein wichtiger Teil jeder ADHS-Behandlung, da sie die Veränderung in exekutiven Funktionen fördern. ADHS-Patienten haben Defizite in den exekutiven Funktionen. Im Folgenden Kapitel wird auf den Stand der Forschung im Bereich der exekutiven Funktionen eingegangen.

2.4 Selbstregulation bei erwachsenen ADHS-Patienten

ADHS-Patienten haben häufig Schwierigkeiten mit dem Beginn, der Durchführung und der Überprüfung von Aktivitäten, welche zu Routine und Pflichten gehören und in der Regel wenig Spass bereiten. Schwankende Leistung und dysfunktionales Verhalten wie Aufschieben und Abbrechen von Aktivitäten zeigen sich sowohl im Leistungsbereich bei der Ausbildung oder der Arbeit als auch im Privatbereich bei Fertigkeiten des Alltagslebens (Ramsay & Rostain, 2008).

Neben den klassischen ADHS-Kernsymptomen wie Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität weisen erwachsene ADHS-Patienten Störungen in exekutiven Funktionen, insbesondere der emotional-motivationalen exekutiven Funktionen auf (Surman et al., 2013). ADHS-Patienten unterscheiden sich von gesunden Personen in den Bereichen Aufmerksamkeitskontrolle, Verhaltensinhibition und Arbeitsgedächtnis (Hervey, Epstein & Curry, 2004). Mit zunehmendem Alter gewinnen die exekutiven Funktionen an Bedeutung, da die Lebensanforderungen an Betroffene wachsen (Kordon & Kahl, 2004). Häufig bereitet es den Patienten Schwierigkeiten, Prioritäten zwischen verschiedenen Aktivitäten richtig zu setzen. Ausserdem werden eine unzureichende vorzeitige Planung bevorstehender Aktivitäten sowie eine geringe Fähigkeit im Zeitmanagement beobachtet (Bramham et al,

2009). Es kommt häufig zu Schwierigkeiten beim Organisieren, was die Umsetzung der Aktivitäten im Alltag deutlich erschwert. Die Beeinträchtigung durch emotionale Dysregulation ist ebenfalls ein wichtiger Bereich, der beim Erfassen des Gesamtbildes einer ADHS im Erwachsenenalter nicht übersehen werden darf (Corbisiero, Stieglitz, Retz & Rösler, 2013). Unterschiede in den emotional-motivationalen exekutiven Funktionen wie niedrige Frustrationstoleranz, Wutausbrüche, emotionale Impulsivität und Stimmungslabilität sind bei erwachsenen ADHS-Patienten häufiger als bei gesunden Probanden (Surman et al., 2013). Analysen der subjektiven Wahrnehmung von emotionalen Stimuli zeigen, dass erwachsene ADHS-Patienten Defizite bei der Erkennung emotionaler Gesichtsausdrücke aufweisen (Rapport, Friedman, Tzelepis & Van Voorhis, 2002). ADHS-Patienten zeigen eine verminderte Reaktivität auf positive Stimuli und eine erhöhte Sensibilität für negative Affekte (Conzelmann et al, 2009).

In schwierigen Situationen fällt es ADHS-Patienten schwer, einen Überblick zu gewinnen, alternative Lösungen zu entwickeln (kognitive Impulsivität) und Gedankenspiralen zu entkommen (kognitive Zwanghaftigkeit) (Kordon & Kahl, 2004). Eine Vermeidungshaltung von ADHS-Patienten gegenüber aversiv erlebten Verzögerungen führt möglicherweise dazu, dass ADHS-Patienten bei der Wahl zwischen unmittelbaren und verzögerten Belohnungen bzw. Handlungsschritten die zeitlich naheliegenden vorziehen (Sonuga-Barke, 2002). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass zahlreiche Funktionsprozesse der Selbststeuerung bei erwachsenen ADHS-Patienten beeinträchtigt sind.

2.5 Konzept der Handlungsorientierung nach Kuhl

Selbstregulatorische Prozesse spielen bei der Befriedigung von Bedürfnissen und Motiven eine wichtige Rolle und können auch wirksam werden, wenn es um die Umsetzung von Zielen geht, die nicht mit dem dominanten Motiv oder stärksten Bedürfnis übereinstimmen (Kuhl, 2006).

Gesunde Personen unterscheiden sich hinsichtlich des Ausmasses, in dem sie ihre Intentionen ausführen. Erwachsene ADHS-Patienten führen sehr häufig Aktivitäten, die sie sich vorgenommen haben, nicht durch. Sowohl die ADHS-Kernsymptome Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität als auch Phänomene wie Desorganisation, unzureichende Affektkontrolle, Motivationsdefizit und mangelndes Selbstvertrauen können dabei eine Rolle spielen. 1983 führte Kuhl seine Theorie der Handlungskontrolle ein, in der er Prozesse genauer untersucht, die zwischen bewussten Absichten und umgesetzten Handlungen ablaufen. Drei Prozesse werden postuliert, die für die Ausführung einer vorgenommenen Handlung wesentlich sind: Effektive Steuerung selektiver Aufmerksamkeit, sparsame Informationsverarbeitung und Emotionskontrolle.

Wenn alle Selbststeuerungskompetenzen gut entwickelt sind, verfügt eine Person über gute Selbststeuerungsfähigkeit und ist bei der Umsetzung ihrer Ziele handlungsorientiert.

Allenfalls kann sie, beispielsweise bei einer Konfrontation mit Schwierigkeiten, in Zustände der Lageorientierung geraten, in denen sie mit der Regulation ihres inneren Zustandes so beschäftigt ist, dass sie vorübergehend handlungsunfähig ist. Erwachsene ADHS-Patienten erleben sich häufig als gelähmt und „in die Ecke gedrängt“, wenn sie mit neuen oder komplexen Aufgaben konfrontiert werden. Negative Gedanken (z. B. über eigene Fähigkeiten wie „ich schaffe es nicht“) und lähmende Affekte (wie z. B. Hilflosigkeit) werden dabei ausgelöst (Ramsay & Rostain, 2008). In der Literatur werden zwei Formen der Lageorientierung beschrieben (Kuhl, 1983): Die *Lageorientierung nach Misserfolg* und die *prospektive Lageorientierung*. Lageorientierte nach Misserfolg haben Schwierigkeiten, die durch den Misserfolg ausgelösten negativen Emotionen zu regulieren. Prospektiv Lageorientierte haben Mühe, die in Belastungssituationen entstandene Hemmung positiver Affekte aufzuheben. Erwachsene ADHS-Patienten sehen sich häufig nicht in der Lage, subjektiv als langweilig erlebte Routineaktivitäten in Angriff zu nehmen oder, einmal damit begonnen, auch dabeizubleiben. Sie wenden sich stattdessen spontan etwas anderem zu.

Im Vergleich zu gesunden lageorientierten Personen führen gesunde handlungsorientierte Personen ihre beabsichtigten Handlungen häufiger aus. Sie üben gerade bei selbstkontrollierten Tätigkeiten auf die situativen Umstände mehr Kontrolle aus als lageorientierten Personen (Kuhl, 1982). Bei Handlungsorientierten steigt im Verlauf eines Entscheidungsprozesses die Attraktivität von Handlungsalternativen (Beckmann & Kuhl, 1984). Es gelingt handlungsorientierten Personen besser, in Stresssituationen ihr Leistungsniveau aufrecht zu erhalten (Brunstein & Olbrich, 1985) und sie verfügen über gute Selbstmotivierungsstrategien (Beckmann & Kuhl, 1984). Handlungsorientierte Personen können im Vergleich zu Lageorientierten vorbewusst zwischen negativ besetzten und neutralen Wörtern differenzieren: Lageorientierte zeigen zu diesem Zeitpunkt noch keine Differenzierung für negative und neutrale Wörter (Rosahl, Tennigkeit, Kuhl & Haschke, 1993). Möglicherweise machen bereits aktivierte unbewusste Verdrängungsmechanismen Handlungsorientierte robust gegenüber die Handlung lähmenden Affekten (Kuhl, 2006). Handlungsorientierte Personen beachten mehr aufgabenrelevante Informationen und haben kürzere Reaktionszeiten, wenn die Bearbeitung einer Aufgabe durch die Einblendung emotionaler Distraktoren (wie z. B. das Wort „Versager“) erschwert ist (Stiermeier et al, 1989). Handlungsorientierte Personen verfügen zusammenfassend im Gegensatz zu lageorientierten Personen über eine gute Fähigkeit zur Aufmerksamkeitskontrolle und Affektregulation.

Nach Kuhl (2001) ist eine erfolgreiche Regulation positiver und negativer Affekte erforderlich, um eine Aktivierung der folgenden vier psychischen Systeme zu ermöglichen, welche die Basis kognitiver und affektiver Selbststeuerungsprozesse bilden: 1. Das Intentionsgedächtnis (IG), 2. Das intuitive Verhaltenssteuerungssystem (IVS), 3. Das Extensionsgedächtnis (EG) und 4. Das Objekterkennungssystem (OES). Jedes der vier

psychischen Systeme ist mit einem eigenen Aufmerksamkeitssystem verbunden, das die zum aktivierten System passende Information wie eine Lupe vergrößert. So sind beispielsweise das Intentionsgedächtnis mit selektiver Aufmerksamkeit und das Extensionsgedächtnis mit Vigilanz verbunden (Abb. 1). Bei erwachsenen ADHS-Patienten bestehen stabile Beeinträchtigungen bei der selektiven Aufmerksamkeit, der geteilten Aufmerksamkeit, der Vigilanz sowie der Flexibilität bereits seit der Kindheit. Im Verlauf des Lebens nehmen dagegen die Beeinträchtigungen in anderen Kernsymptomen wie Hyperaktivität und Impulsivität ab (Rösler & Retz, 2006.).

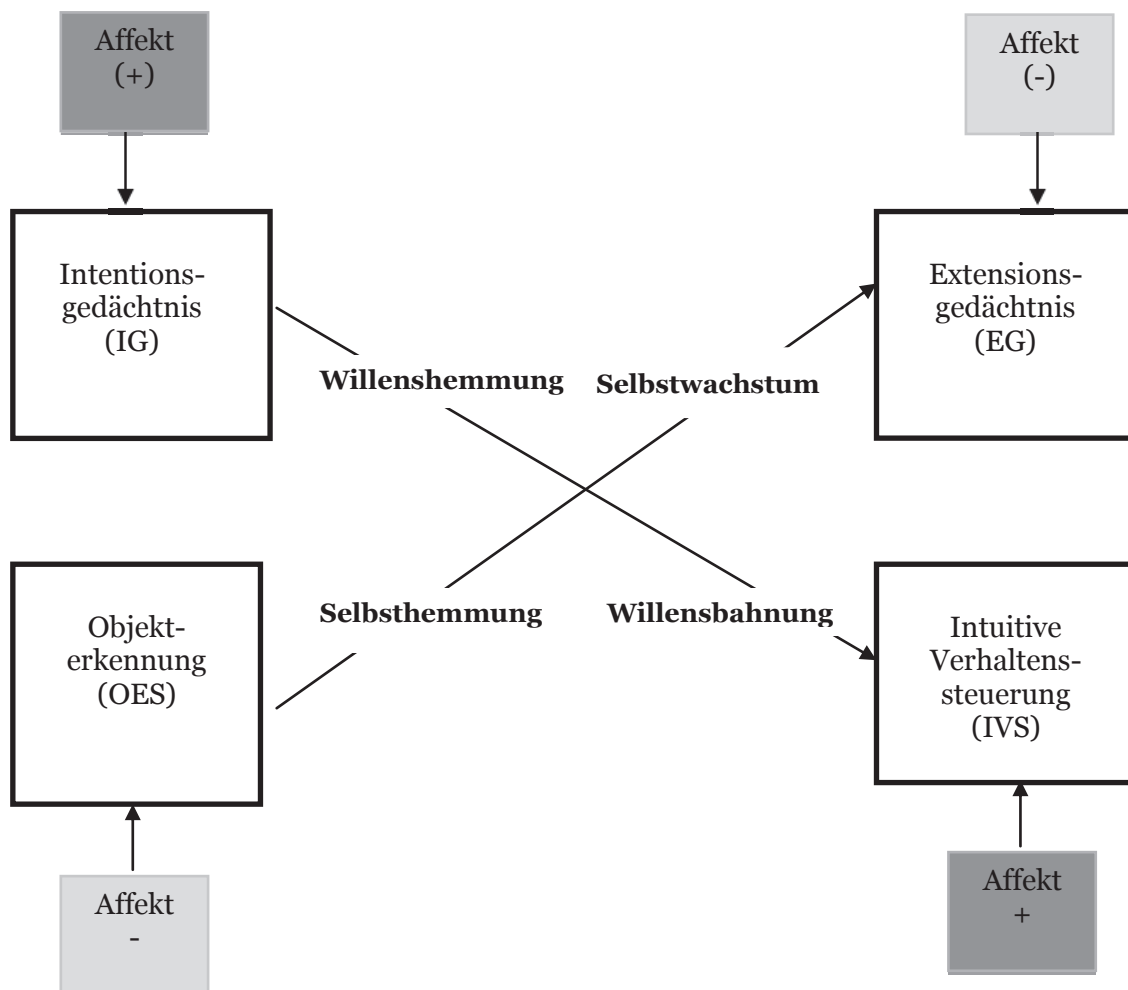


Abb. 1 Schematische Darstellung der Theorie der Persönlichkeits-System-Interaktionen (Kuhl, 2001)

Ein wichtiger Anteil des Extensionsgedächtnisses ist das *Selbst*, welches sich auf die eigene Person bezieht, mit ihren Bedürfnissen, Werten, Vorlieben und ihren bisher erlebten Erfahrungen (Kuhl, 2001). Da erwachsene ADHS-Patienten aufgrund der bestehenden Beeinträchtigungen wie Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität langjährige

Misserfolgserfahrungen haben, sind bei ihnen Einstellungen sich selbst gegenüber häufig negativ. Die Konfrontation mit inneren schmerzhaften Erfahrungen wird aus diesem Grund durch den Einsatz von zahlreichen dysfunktionalen Copingstrategien (z. B. Verleugnen oder Relativieren) dauerhaft vermieden. Es ist jedoch wichtig, dass eine Person über einen guten Selbstzugang verfügt, denn das aktivierte Selbst prüft Ziele auf Selbstkompatibilität und rekrutiert Energie im System für die Umsetzung der eigenen Ziele.

In Kuhls *Theorie der Persönlichkeits-System-Interaktionen (PSI-Theorie)* installieren Affekte jene Konfigurationen der psychischen Systeme, die zur Befriedigung des jeweils aktuell dominanten Bedürfnisses oder Zieles optimal sind (Kuhl, 2006). So ist beispielsweise bei angeregter Leistungsmotivation die Aktivierung des Intentionsgedächtnisses wichtig, welches mit dem Nachdenken über Lösungen des Problems und mit der Hemmung des positiven Affektes einhergeht (*Willenshemmung*). Für die Umsetzung einer überlegten Lösung ist eine Aktivierung des intuitiven Verhaltenssteuerungssystems notwendig. Die Aktivierung der intuitiven Verhaltenssteuerung ist experimentell durch Vorstellungen induzierbar, die sich auf das Wo, Wann und Wie der Ausführung beziehen (Kuhl, 2006; Armor & Taylor, 2003). Die aktivierte intuitive Verhaltenssteuerung geht mit einem erhöhten positiven Affekt einher. Erwachsene ADHS-Patienten haben häufig Defizite in Planung und Organisation. Diese Defizite könnten ein Grund dafür sein, warum komplexe Aufgaben vermieden werden: Anstatt sich Zeit zum Überlegen zu lassen, werden impulsive Handlungen ausgeführt, welche zwar kurzfristig zu einer Befriedigung und einem positiven Affekt führen, langfristig jedoch negative Konsequenzen für den Betroffenen zeitigen (Safren, Otto, Sprich, Winett & Wilens, 2005).

Die Fähigkeit zur Herabregulierung eines negativen Affekts ermöglicht die Integration neuer Lebenserfahrungen im Extensionsgedächtnis (*Selbstwachstum*) und stellt den Selbstzugang zu den eigenen Bedürfnissen und Werten wieder her. Ein übermäßiger negativer Affekt hemmt den Zugang zum Selbst (*Selbsthemmung*). Dadurch kann das System eigene Ziele nicht auf eine Selbstkompatibilität überprüfen und läuft Gefahr, Energie in fremde Ziele zu investieren (Baumann & Kuhl, 2003).

2.6 Selbstwert und Selbstwirksamkeit bei erwachsenen ADHS-Patienten (Artikel 3)

Erwachsene ADHS-Patienten haben häufig eine Lebensgeschichte voller Erfahrungen von Nichtgenügen und Nichterreichen auf verschiedenen Gebieten wie Bildung, Beruf und zwischenmenschlichen Beziehungen (Faraone & Biedermann, 2005). Die schmerzhaften Erfahrungen begünstigen das Entstehen und Festigen von dysfunktionalen Grundüberzeugungen und automatischen Gedanken über sich selbst und die eigenen Fähigkeiten. Verglichen mit gesunden Kontrollpersonen neigen erwachsene ADHS-Patienten

zu mehr negativen Gedanken, zu weniger Zukunftshoffnungen und zu weniger Selbstakzeptanz (Ramsay & Rostain, 2008). Grundüberzeugungen/Schemata, die bei erwachsenen ADHS-Patienten vorwiegen, sind ungenügende Selbstkontrolle („Ich kann mich nicht auf mich verlassen“), Versagen („Ich schaffe es nicht“) und Fehlerhaftigkeit („Ich bin ungenügend“) (Ramsay & Rostain, 2003). Dysfunktionale Grundüberzeugungen von und automatische Gedanken über sich selbst und die eigenen Fähigkeiten haben Einfluss auf Wahrnehmungen, Emotionen und Verhalten (Bandura, 1997). Ein häufiger Einsatz von dysfunktionalen Bewältigungsstrategien (z.B. Aufschieben) begünstigt die Aufrechterhaltung dysfunktionaler Grundüberzeugungen und automatischer Gedanken. Weitere Misserfolgserebnisse und ein Andauern negativer Emotionalität sind häufige Folgen: Bis zu 75% der Patienten mit ADHS berichteten über Probleme, die aus Vermeidungsverhalten und Aufschieben von Aufgaben resultierten, sowie aus Schwierigkeiten mit der Emotionsregulation (Safren et al, 2005).

Abhängig davon, ob die Erfahrungen von frühesten Kindheit an generell eher positiv oder eher negativ waren, wird die Sicht auf einen selbst konsolidiert (Rosenberg, 1965). *Der Selbstwert* wird als eine bis ins Erwachsensein stabile Variable beschrieben (Neiss, Sedikides und Stevenson, 2002) und reflektiert eine generelle Meinung, die wir über uns haben, wie wir uns selber bewerten und welchen Wert wir uns als Person geben (Fennel, 1999). Ein niedriger Selbstwert geht häufig mit zahlreichen negativen Überzeugungen einer Person von sich selbst einher.

Die *wahrgenommene Selbstwirksamkeit* ist charakterisiert durch die Überzeugungen eines Individuums in Bezug auf seine Fähigkeiten, spezifische Handlungen auszuführen, die nötig sind, um ein erwünschtes Ergebnis zu erreichen. Selbstwirksamkeit impliziert einen stabilen Sinn für die persönliche Kompetenz im Umgang mit diversen stressreichen Situationen (Luszczynska, Diehl, Gutiérrez-Doña, Kuusinen & Schwarzer, 2004). Eine solide Selbstwirksamkeit scheint hilfreich zu sein im Umgang mit stressreichen Bedingungen (Bandura, 1997) und stellt einen wichtigen Faktor bei der Beeinflussung von Verhaltensänderungen dar (Luszczynska, Scholz & Schwarzer, 2005). Die kognitive Verhaltenstherapie kann signifikante Verbesserungen in Bezug auf Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit bei erwachsenen ADHS-Patienten vorweisen (Bramham et al., 2009; Stevenson et al., 2003; Ramsay & Rostain, 2005; Stevenson et al., 2002; Virta, Vedenpää, Grönross, Chydenius & Partinen, 2008).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Selbstwert und Selbstwirksamkeit wichtige therapierelevante Faktoren bei erwachsenen ADHS-Patienten sind. Die Stärkung von Selbstwert und Selbstwirksamkeit kann unter anderem durch die Arbeit mit vorhandenen Ressourcen erreicht werden. Die Arbeit mit Ressourcen begünstigt ausserdem den Einsatz wirksamer Copingstrategien in schwierigen Situationen und die daraus resultierenden

Änderungen eingefahrener Verhaltensmuster, was Ressourcen an sich zu therapierelevanten Faktoren macht. Im folgenden Abschnitt wird der aktuelle Wissenstand im Bereich Ressourcen in der Therapie von erwachsenen ADHS-Patienten zusammengetragen.

2.7 Ressourcen bei erwachsenen ADHS-Patienten (Artikel 3)

Mittlerweile gibt es einige Definitionen von Ressourcen. Nach Grawe sind Ressourcen „alle Möglichkeiten, die einem Menschen zur Befriedigung seiner Grundbedürfnisse zur Verfügung stehen“ (Grawe, 1998). Petermann und Schmidt (2006) schlagen vor, Ressourcen als „aktuell verfügbare Potentiale zu bezeichnen, die die Entwicklung unterstützen.“ Ausgeprägte Ressourcen erlauben eine raschere Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und sparen somit Zeit und Energie, die für wichtige weitere Entwicklungsmöglichkeiten verwendet werden können. Ressourcen können auch zur Bewältigung pathogener oder pathologischer Zustände eingesetzt werden. Werden jedoch die Ressourcen dauerhaft zur Bewältigung der Symptomatik verwendet, so sind sie gebunden und fehlen bei der Entwicklung von persönlichen Kompetenzen und somit bei der zukünftigen Entstehung neuer Ressourcen. Individualressourcen entwickeln sich über die ganze Lebensspanne weiter (Petermann und Schmidt, 2006). Je nach Alter ist der Besitz unterschiedlicher Ressourcen besonders vorteilhaft. Es gibt mehrere Möglichkeiten, Ressourcen zu klassifizieren. Eine Möglichkeit der Klassifikation bieten Masten und Powell (2003) an, in dem sie Ressourcen in personenbezogene Ressourcen (wie z. B. Kognitive Fähigkeiten oder Fertigkeiten zur Selbstregulation) und umweltbezogene Ressourcen (wie z. B. der Besuch von guten Schulen) unterteilen.

Klinisch tätige Psychotherapeuten wissen, wie vorteilhaft sich die Arbeit an den Stärken ihrer Patienten auswirkt. Patienten, welche ihre Ressourcen erfolgreich aktivieren, erleben weit nachhaltigere Therapieerfolge als die, denen das nicht gelingt (Gassmann & Grawe, 2006). Während Therapiestudien die bemerkenswerten Effekte des Fokussierens auf Ressourcen im Allgemeinen hervorheben (Fiedler, 2007; Klemenz, 2009), spielen sie in der ADHS-Therapie bisher eine untergeordnete Rolle. Nur sehr wenige Handbücher verweisen auf die Ressourcen von erwachsenen ADHS-Patienten und darauf, wie nützlich es sein kann, diese Ressourcen zu erschliessen (Hesslinger et al., 2002; Young & Bramham, 2007). Dass erwachsene ADHS-Patienten über spezifische innere Ressourcen, wie erhöhte Kreativität (Hallowell & Ratey, 1994; Weiss, 1997), Resilienz (Young, 2005), Neugier, Vorstellungskraft und Flexibilität (Hesslinger et al., 2002) verfügen, wurde verschiedentlich erwähnt. Diese Ressourcen sind Stärken, welche für die Psychotherapie mit Gewinn aktiviert werden können. Dennoch gibt es momentan nur wenige empirische Untersuchungen auf diesem Gebiet, sodass unsere Kenntnisse über die spezifischen Ressourcen Erwachsener mit ADHS nach wie vor lückenhaft sind.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Psychotherapieforschung bei erwachsenen ADHS-Patienten im Bereich für die Therapie potentiell relevanter Faktoren wie Selbstregulation, Selbstwert und Selbstwirksamkeit und Ressourcen bislang weitgehend vernachlässigt wurde. Da diese Faktoren in der Therapie der erwähnten Patientengruppe eine voraussichtlich wichtige Rolle spielen, sollten sie untersucht werden.

3 Methode

Vor der Studienplanung wurde in den elektronischen Datenbanken PubMed, PsychINFO und Psynindex nach der aktuellen Literatur zur Psychotherapie bei erwachsenen ADHS-Patienten bis 2010 gesucht. Insgesamt zwölf Studien, welche die Einschlusskriterien erfüllten, wurden in einem Review-Artikel zusammengefasst (siehe Artikel 1) Die systematische Analyse der bisher verwendeten therapeutischen Verfahren in der vorliegenden Literatur ergab, dass bereits ein breites Spektrum verschiedener verhaltenstherapeutischer Methoden angewendet wurde und bei der Behandlung der erwachsenen ADHS-Patienten wirksam ist. Kognitive Verfahren, Techniken der Selbstkontrolle und Organisationstechniken sind häufig verwendete Bestandteile der Therapien. Die häufige Verwendung solcher Techniken weist darauf hin, dass sie für die Behandlung von erwachsenen ADHS-Patienten nützlich sein dürften. Es gibt jedoch wenig Wissen darüber, welche Faktoren für die konkrete Auswahl und den konkreten Einsatz der jeweiligen Techniken in der Behandlung von erwachsenen ADHS-Patienten von Bedeutung sind. Aufgrund vorheriger theoretischer Überlegungen werden die Faktoren Selbstregulation, Selbstwert, Selbstwirksamkeit und Ressourcen in Erwägung gezogen. Um diese Faktoren genau zu untersuchen, ergab sich die folgende Studienplanung.

3.1 Stichprobe und Studiendesign

Es wurden 43 erwachsene ADHS-Patienten in die Studie aufgenommen, die sich aufgrund eines Verdachtes bei der ADHS-Sprechstunde der Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) in Basel angemeldet hatten. Diese Patienten wurden durch einen erfahrenen Kliniker anhand von Fremd- und Selbstbeurteilung, nach ICD-10 und DSM-IV Kriterien beurteilt und bekamen eine positive ADHS-Diagnose. 43 gesunde Kontrollpersonen wurden im beruflichen und privaten Umfeld rekrutiert. Sie gaben ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme an der Studie. Die gesunden Kontrollpersonen wurden mittels WHO-Screener (ASRS-v1.1) (Buchli-Kammermann, Corbisiero & Stieglitz, 2011) auf eine positive ADHS-Diagnose gescreent. Das wichtigste Einschlusskriterium für die gesunden Kontrollpersonen war das Ausbleiben eines Verdachts auf eine positive ADHS-Diagnose. Die erwachsenen ADHS-Patienten und die gesunden Kontrollpersonen wurden bezüglich Alter und Geschlecht gematcht und in die Studie eingeschlossen. Sowohl die ADHS-Patienten als auch die gesunden Kontrollpersonen füllten zu Hause Selbstbeurteilungsbögen zu den untersuchten Fragestellungen aus und retournierten sie den Untersuchern postalisch.

3.2 Untersuchungsinstrumente

Studie 2: Zur Messung der Selbststeuerungskompetenz und des Ausmasses an Handlungskontrolle wurden *Selbststeuerungs-Inventars* (SSI-K, Kurzversion; Kuhl & Fuhrmann, 1998) und *Handlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und prospektiv* (Kuhl,

1990) sowohl bei den gesunden Kontrollpersonen als auch bei den erwachsenen ADHS-Patienten eingesetzt. Bei den ADHS-Patienten wurden zusätzlich die Werte in der Unaufmerksamkeit verwendet, die mittels des Fremdeinschätzungsverfahrens *Conners Adult ADHD Rating Scale* (CAARS-R, Conners, Erhard & Sparrow, 1999) und des Selbsteinschätzungsverfahrens *ADHS-Selbstbeurteilungsbogen* (ADHS-SB, Rösler, Retz, Retz-Junginger & Stieglitz, 2008) im Rahmen einer ADHS-Abklärung in der ADHS-Sprechstunde erhoben wurden.

Studie 3: Das globale Selbstwertgefühl wurde anhand der deutschen Adaptation der *Rosenbergskala* (Collani & Herzberg, 2003) und die Selbstwirksamkeit mittels der *Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung Skala* (SWE, Schwarzer & Jerusalem 1999) erhoben. Zu einer systematischen Einschätzung der bestehenden Ressourcen wurde die *Ressourcen Checkliste* (Dick, 2003) eingesetzt. Anhand der *Symptom Checkliste* (SCL-90-R) (Franke, 2002) wurde die psychische Belastung gemessen.

3.3 Allgemeine Angaben zur Statistik

Die statistischen Analysen wurden mit dem Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Version 19 für Windows durchgeführt (SPSS Inc., Chicago, USA). Zur Aufbereitung der Daten wurden alle abhängigen Variablen bezüglich Normalverteilung und Varianzhomogenität getestet. Bei Regelverletzungen wurden die Daten entsprechend transformiert. Im Weiteren wurden t-Tests oder Chi-Quadrat Tests durchgeführt, um mögliche Gruppenunterschiede in soziodemographischen Variablen wie Geschlecht, Alter, Bildung, beruflichem Status und Komorbidität zu untersuchen.

Studie 2: Die Datenanalyse in Artikel 2 untersuchte in einem ersten Schritt Unterschiede zwischen beiden Gruppen (erwachsene ADHS-Patienten versus gesunde Kontrollpersonen) bezüglich der Ausprägung der Selbststeuerungskompetenzen sowie der Disposition zur Handlungsorientierung. Für diesen Zweck wurde die Kovarianzanalyse angewendet, indem alle abhängigen Variablen in ein allgemeines lineares Modell (ANCOVA) mit Kovariaten - Bildung einbezogen wurden. Um den Einfluss der Unaufmerksamkeit auf die Selbststeuerungskompetenzen und die Disposition zur Handlungsorientierung zu untersuchen, wurden einfache lineare Regressionsanalysen getrennt für Selbst- und Fremdbeurteilung gerechnet. Anschliessend wurde das Signifikanzniveau mittels Bonferroni-Korrektur ($\alpha/14=.004$) korrigiert. *P*-Werte $<.004$ waren demnach als signifikant erachtet. Effektstärken wurden als partielles Eta Quadrat (η^2) angegeben.

Studie 3: In der Studie 3 wurde untersucht, inwiefern sich erwachsene ADHS-Patienten von gesunden Kontrollpersonen bezüglich Selbstwert, Selbstwirksamkeit, Ressourcen und psychischer Belastung unterscheiden. Die Unterschiede in globalem Selbstwert, allgemeiner

Selbstwirksamkeitserwartung, Ressourcen sowie psychischer Belastung bei ADHS-Patienten versus gesunden Kontrollpersonen wurden anhand einer zweifaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA) und einer multivariaten Varianzanalyse (MANOVA) eruiert. Anschliessend wurde die Bonferroni- Korrektur ($\alpha/14=.004$) des Signifikanzlevels vorgenommen. Somit waren p -Werte $<.004$ als signifikant anzusehen. Im Weiteren wurden mögliche Zusammenhänge zwischen einer erhöhten psychischen Belastung, Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit und Ressourcen untersucht. Zu diesem Zweck wurden die Korrelationskoeffizienten nach Pearson getrennt für ADHS-Patienten und für gesunde Kontrollpersonen gerechnet.

4 Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse

Die wichtigsten Ergebnisse aus den beiden Artikeln (Artikel 2 und Artikel 3) werden an dieser Stelle zusammengefasst. Für detaillierte Ausführungen, sowie soziodemographische Angaben, Tabellen und Graphiken sei auf die Ergebnisteile der jeweiligen Originalarbeiten verwiesen.

4.1 Gibt es Unterschiede zwischen ADHS-Patienten und gesunden Kontrollpersonen bezüglich Selbststeuerungskompetenzen und Disposition zu Handlungsorientierung (Artikel 2)?

Erwachsene ADHS- Patienten berichten insgesamt über eine höhere Willenshemmung ($F(1,83)=101.63, p < 0.001, \eta^2=0.55$) und eine höhere Selbsthemmung ($F(1,83)=40.08, p < 0.001, \eta^2=0.33$) als gesunde Kontrollpersonen, was sich in der gerechneten ANCOVA zeigte. In der ADHS-Gruppe ergab sich im Vergleich zur Kontrollgruppe eine geringere Fähigkeit zur Selbstmotivierung ($F(1,83)=14.1, p < 0.001, \eta^2=0.15$), eine höhere Neigung zur volitionalen Passivität ($F(1,83)=66.9, p < 0.001, \eta^2=0.45$), eine höhere Konzentrationsschwäche ($F(1,83)=85.9, p < 0.001, \eta^2=0.51$) sowie eine höhere Zielfixierung ($F(1,83)=19.6, p < 0.001, \eta^2=0.19$) und Konformität ($F(1,83)=24.1, p < 0.001, \eta^2=0.23$). Zudem wiesen ADHS- Patienten deutlich tiefere Werte auf als gesunde Kontrollpersonen bei prospektiver Handlungsorientierung ($F(1,83)=48.21, p < 0.001, \eta^2=0.37$) und bei Handlungsorientierung nach Misserfolg ($F(1,83)=22.23, p < 0.001, \eta^2=0.21$).

Im Weiteren wurde der Einfluss der Unaufmerksamkeit auf Selbststeuerungskompetenzen und auf die Disposition zur Handlungsorientierung anhand von Regressionsanalysen untersucht. Es zeigt sich ein positiver signifikanter Einfluss der Unaufmerksamkeit auf die Willenshemmung und zwar unabhängig davon, ob die Unaufmerksamkeit mittels Selbst- ($\beta=.62, p=.001, R^2=.390$) oder Fremdeinschätzung ($\beta=.62, p=.001, R^2=.390$) erhoben wurde. Zudem wurde ein negativer signifikanter Zusammenhang zwischen der Unaufmerksamkeit und der prospektiven Handlungsorientierung festgestellt mittels Selbst- ($\beta=-.52, p=.001, R^2=.271$) oder Fremdeinschätzung ($\beta=-.44, p=.003, R^2=.197$). Beide Befunde weisen darauf hin, dass die Unaufmerksamkeit positiv mit den Prozessen der Willenshemmung und negativ mit der prospektiven Handlungsorientierung korreliert.

Insgesamt fanden wir, dass erwachsene ADHS-Patienten im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen über geringere Selbststeuerungskompetenzen und eine erhöhte Disposition zur Lageorientierung verfügen. Ein positiver Zusammenhang zwischen der Unaufmerksamkeit und der Willenshemmung und ein negativer Zusammenhang zwischen

der Unaufmerksamkeit und der prospektiven Handlungsorientierung konnte ebenfalls belegt werden.

4.2 Unterscheiden sich ADHS-Patienten und gesunden Kontrollpersonen bezüglich Selbstwert, Selbstwirksamkeit, Ressourcen und psychischer Belastung (Artikel 3)?

Die Ergebnisse der Studie 3 weisen darauf hin, dass ADHS-Patienten im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen einen niedrigeren Selbstwert ($F(3, 82)=34.7, p<.001, \eta^2=0.298$), eine niedrigere Selbstwirksamkeit ($F(3, 82)=39.4, p<.001, \eta^2=0.325$) und eine erhöhte psychische Belastung ($F(3, 82)=48.7, p<.001, \eta^2=0.376$) zeigen. Es konnten keine signifikanten Effekte des Geschlechts auf den Selbstwert ($F(3, 82)=0.02, p<.894$), die Selbstwirksamkeit ($F(3, 82)=3.35, p<.071$) oder die psychische Belastung ($F(3, 82)=0.2, p<.657$) gefunden werden.

ADHS-Patienten berichteten sowohl über geringere umweltbezogene ($F(1, 82)=21.1, p<.001, \eta^2=0.205$) als auch geringere persönlichkeitsbezogene ($F(1, 82)=25.0, p<.001, \eta^2=0.234$) Ressourcen als gesunde Kontrollpersonen, was sich in den MANOVA-Ergebnissen zeigte. Es zeigten sich jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen ADHS-Patienten und gesunden Kontrollpersonen in Bezug auf die Ressourcen Familie/Freunde ($F(1, 82)=6.6, p<.011, \eta^2=0.076$), Freizeit ($F(1, 82)=3.02, p<.086, \eta^2=0.036$), Wohnort ($F(1, 82)=5.5, p<.021, \eta^2=0.064$), Liebesfähigkeit ($F(1, 82)=1.39, p<.241, \eta^2=0.017$), Mut ($F(1, 82)=6.56, p<.012, \eta^2=0.074$) und Glaube ($F(1, 82)=3.39, p<.069, \eta^2=0.040$).

Als Nächstes wurden mittels Korrelationskoeffizienten nach Pearson Zusammenhänge zwischen einer erhöhten psychischen Belastung, dem Selbstwert, der Selbstwirksamkeit und Ressourcen untersucht. Bei den erwachsenen ADHS-Patienten wurde ein negativer Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und Selbstwert ($r=-.44, n=43, p<.01$) gefunden. Dagegen konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und Selbstwirksamkeit bei den ADHS-Patienten belegt werden ($r=-.19, n=43, p<.072$).

Weiter besteht ein negativer Zusammenhang zwischen grundsätzlicher psychischer Belastung und folgenden Ressourcen bei erwachsenen ADHS-Patienten: Familie ($r=-.33, n=43, p<.01$), Beruf ($r=-.42, n=43, p<.01$), Freizeit ($r=-.31, n=43, p<.01$), Gesundheit ($r=-.56, n=43, p<.01$), Selbstwert ($r=-.49, n=43, p<.01$), Selbstvertrauen ($r=-.52, n=43, p<.01$) Gelassenheit ($r=-.35, n=43, p<.01$) und Glaube ($r=-.37, n=43, p<.01$).

Es konnte ein signifikant positiver Zusammenhang festgestellt werden zwischen Selbstwirksamkeit und solchen Ressourcen wie Familie ($r=.32, n=43, p<.01$), Selbstsicherheit ($r=.42, n=43, p<.01$) und Mut ($r=.35, n=43, p<.01$). Ebenfalls konnte ein

signifikant positiver Zusammenhang zwischen Selbstwert und Ressourcen wie Familie ($r=.34$, $n=43$, $p<.01$), Gesundheit ($r=.37$, $n=43$, $p<.01$), Selbstwert ($r=.56$, $n=43$, $p<.01$), Selbstsicherheit ($r=.65$, $n=43$, $p<.01$), Liebesfähigkeit ($r=.36$, $n=43$, $p<.01$), Mut ($r=.52$, $n=43$, $p<.01$), Kreativität, ($r=.39$, $n=43$, $p<.01$), Kontrollgefühl ($r=.66$, $n=43$, $p<.01$), Gelassenheit ($r=.54$, $n=43$, $p<.01$) und Glaube ($r=.41$, $n=43$, $p<.01$) belegt werden.

Zusammenfassend konnten wir zeigen, dass erwachsene ADHS-Patienten im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen einen niedrigeren Selbstwert, eine niedrigere Selbstwirksamkeit, eine erhöhte psychische Belastung und weniger Ressourcen aufweisen. Ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen einer erhöhten psychischen Belastung und Ressourcen sowie signifikante positive Zusammenhänge zwischen Selbstwert, Selbstwirksamkeit und Ressourcen wurden in beiden Gruppen gefunden: sowohl bei erwachsenen ADHS-Patienten als auch bei gesunden Kontrollpersonen.

5. Diskussion

Ziel der vorliegenden kumulativen Dissertation war es, anhand der bestehenden Literatur zur Wirksamkeit der Psychotherapie bei erwachsenen ADHS-Patienten einen Überblick über die in den Therapien angewandten kognitiv-behavioralen Techniken zu geben und Therapierelevante Faktoren wie Selbststeuerung, Selbstwert, Selbstwirksamkeit und Ressourcen erwachsener ADHS-Patienten zu untersuchen. Im Folgenden werden die Ergebnisse, welche in den beiden Artikeln „Selbstregulation, Lageorientierung und Aufmerksamkeit bei erwachsenen ADHS-Patienten,“ (siehe Artikel 2) und „Self-Esteem, Self-Efficacy and Resources in Adults With ADHD,“ (siehe Artikel 3) beschrieben sind, nacheinander diskutiert.

Erste Schwerpunktfragen waren, ob Unterschiede zwischen erwachsenen ADHS-Patienten und gesunden Kontrollpersonen in Selbststeuerungskompetenzen und in der Disposition zur Lageorientierung vorliegen und ob Zusammenhänge zwischen Unaufmerksamkeit, Selbststeuerungskompetenzen und Disposition zur Lageorientierung bestehen (siehe Artikel 2). Die Studie machte daher einen direkten Vergleich zwischen erwachsenen ADHS-Patienten und gesunden Kontrollpersonen in Bezug auf Selbststeuerungskompetenzen und auf die Disposition zur Lageorientierung. Anschliessend wurde ausschliesslich die Gruppe der erwachsenen ADHS-Patienten auf Zusammenhänge zwischen Unaufmerksamkeit, Selbststeuerungskompetenzen und Disposition zur Lageorientierung geprüft.

Die Resultate der Studie weisen auf Unterschiede in den Selbststeuerungskompetenzen und in der Disposition zur Lageorientierung zwischen ADHS-Patienten und gesunden Kontrollpersonen hin. ADHS-Patienten zeigen eine stärkere Willenshemmung, eine stärkere Selbsthemmung sowie eine erhöhte Disposition zu beiden Arten von Lageorientierung (prospektive Lageorientierung und Lageorientierung nach Misserfolg) im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen. Unter Kontrolle der Einflüsse des Bildungsniveaus konnten in Bezug auf Selbstregulation und deren Subskalen Selbstbestimmung und Aktivierungskontrolle keine Unterschiede zwischen den Gruppen belegt werden. Die Daten zeigen zudem einen positiven Zusammenhang zwischen Unaufmerksamkeit, Willenshemmung und prospektiver Lageorientierung. Dagegen konnten keine Zusammenhänge zwischen Unaufmerksamkeit, Selbsthemmung und Lageorientierung nach Misserfolg nachgewiesen werden.

Die Ergebnisse bezüglich Beeinträchtigungen in der Selbststeuerung bei erwachsenen ADHS-Patienten stimmen mit den Befunden aus anderen Studien überein (Surman et al., 2013; Hervey et al., 2004; Bramham, et al, 2009; Kordon & Kahl, 2004). Von den Schwierigkeiten bei der Regulation positiver sowie negativer Affekte bei erwachsenen ADHS-Patienten wurde in der Literatur bereits berichtet (Rapport et al., 2002; Conzelmann et al., 2009). Gesunde

lageorientierte Personen sind sensibler für lageorientierte Emotionen (Rosahl et al., 1993), haben mehr Schwierigkeiten mit der Aufmerksamkeitskontrolle (Stiermeier-Pelster et al., 1989), verfügen über schlechtere Selbstmotivierungsstrategien (Beckmann & Kuhl, 1984) und haben wechselnde Leistungen im Vergleich zu handlungsorientierten Personen (Brustein & Olbrich, 1985). Bei erwachsenen ADHS-Patienten führt der Einsatz von kontinuierlichen Verstärkungsplänen zur Leistungssteigerung (Lee & Zentall, 2006). Die lageorientierten erwachsenen ADHS-Patienten bleiben unter Behandlung mit Methylphenidat lageorientiert (Edel, Pfützte, Lieder, Assion & Ribbert 2009).

Zusammenfassend zeigt die Untersuchung, dass erwachsene ADHS-Patienten im Vergleich zu Kontrollpersonen eine stärkere Beeinträchtigung in den Selbststeuerungskompetenzen haben, welche vor allem durch Prozesse der Willenshemmung und der Selbsthemmung gekennzeichnet sind. Dennoch verfügen diese Patienten über Kompetenzen in der Selbstregulation, welche mit der Bildung von selbstkongruenten Zielen und mit der Aktivierungskontrolle einhergehen. Die Bildung selbstkongruenter Ziele und die Aktivierungskontrolle stellen wichtige Ressourcen dieser Patienten dar, die sowohl am Anfang der Therapie während der Zielvereinbarung, als auch im Verlauf der Therapie gezielt genutzt werden können. Eine Disposition zur Lageorientierung kann jedoch den Zugriff auf bestehende Selbststeuerungskompetenzen, gerade in schwierigen Situationen, beeinträchtigen. Damit sich erwachsene ADHS-Patienten aus lageorientierten Zuständen befreien und schwierige Situationen meistern können, brauchen sie effektive Copingstrategien. Die Ergebnisse dieser Studie haben in zweierlei Hinsicht eine hohe Relevanz für die Therapie erwachsener ADHS-Patienten: Zum einem sollen sie auf Zustände der Lageorientierung und deren Zusammenhänge mit Unaufmerksamkeit bei erwachsenen ADHS-Patienten aufmerksam machen, zum anderem können die Ergebnisse bei der Therapieplanung Überlegungen zur Auswahl geeigneter Techniken, welche die Handlungsorientierung der ADHS-Patienten fördern, anregen.

Ein weiterer Schwerpunkt dieser Dissertation lag auf der Untersuchung des Selbstwertes, der Selbstwirksamkeit und der Ressourcen bei erwachsenen ADHS-Patienten und bei gesunden Kontrollpersonen. Es wurde untersucht, ob ADHS-Patienten in Selbstwert und Selbstwirksamkeit gleiche Werte wie gesunde Kontrollpersonen aufweisen und ob ADHS-Patienten in gleicher Weise wie gesunde Kontrollpersonen Ressourcen bei sich sehen. Zudem wurde die grundsätzliche psychische Belastung in beiden Gruppen verglichen und es wurden mögliche Beziehungen zwischen psychischer Belastung, Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit und Ressourcen analysiert. Soweit wir wissen, ist dies die erste Studie, welche Ressourcen erwachsener ADHS-Patienten untersuchte.

Als erstes zeigen unsere Ergebnisse, dass ADHS-Patienten im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen einen niedrigen Selbstwert und eine niedrigere Selbstwirksamkeit aufweisen. Diese Befunde sind konsistent mit der aktuellen Literatur (Philipsen et al., 2007; Ramsay & Rostain, 2008; Safren, 2006).

Bezüglich der Ressourcen fanden wir, dass ADHS-Patienten verglichen mit gesunden Kontrollpersonen weniger Ressourcen bei sich sehen. Es wurden Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich folgender Ressourcen belegt: Partnerschaft, Beruf, Gesundheit, Selbstwert, Selbstvertrauen, Kreativität, Kontrollgefühl und Gelassenheit. Speziell die Ressourcen Partnerschaft, Beruf und Gesundheit zeigten niedrigere Levels. Diese Ergebnisse sind vereinbar mit aktuellen Studien, welche allgemein herausfanden, dass erwachsene ADHS-Patienten interpersonelle (Barkley, Murphy & Fischer, 2008) und berufliche (Barkley, 2010; Biedermann & Faraone, 2006) Schwierigkeiten haben, sowie vermehrt gesundheitliche Probleme aufweisen (Barkley et al., 2008). Es zeigten sich jedoch keine Unterschiede zwischen ADHS-Patienten und gesunden Kontrollpersonen in Bezug auf die Ressourcen Familie, Freizeit, Wohnort, Liebesfähigkeit, Mut und Glaube. Nach Barkley (2010) können externe Ressourcen wie Familie und Freunde den ADHS-Erwachsenen helfen, ihre Arbeit zu bewältigen und zu verbessern. Der günstige Einfluss von Glauben und Spiritualität auf die psychische Gesundheit wird in der Literatur der letzten Jahre zunehmend beschrieben (Klein & Albani, 2007; Lee, Stacey & Fraser, 2003). Die oben genannten Ressourcen, vor allem Liebesfähigkeit und Mut, können als protektive Faktoren angesehen werden und in Therapien mit erwachsenen ADHS-Patienten gezielt gefördert und genutzt werden.

Beim Vergleich der psychischen Belastung fanden wir, dass erwachsene ADHS-Patienten einen höheren Stresslevel haben als gesunde Kontrollpersonen. Dieses Ergebnis deckt sich gut mit denen anderer Studien (Barkley, 2010). Bei der Überprüfung der Zusammenhänge zwischen psychischer Belastung, Selbstwirksamkeit, Selbstwert und Ressourcen für beide Gruppen fiel auf, dass bei ADHS-Patienten ein negativer Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und Selbstwert besteht. Ein Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und Selbstwirksamkeit konnte bei erwachsenen ADHS-Patienten nicht belegt werden. Möglicherweise spielen protektive Ressourcen wie Mut und Liebesfähigkeit dabei eine Rolle (Pury & Kowalsky, 2007). Unsere Befunde weisen darauf hin, dass eine höhere psychologische Belastung bei beiden Gruppen in einer negativen Beziehung zu den meisten Ressourcen steht.

Die Untersuchung der Korrelationen zwischen Ressourcen, Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit bei erwachsenen ADHS-Patienten zeigte, dass die meisten Zusammenhänge positiv und signifikant waren. Der Zusammenhang zwischen Selbstwert und Kontrollgefühl fiel am höchsten aus. Interessanterweise wurden bei erwachsenen ADHS-

Patienten lediglich drei positive signifikante Zusammenhänge zwischen Selbstwirksamkeit und Ressourcen festgestellt, bei Selbstvertrauen, Mut und Familie. Dagegen bestanden acht positiv signifikante Zusammenhänge zwischen Selbstwirksamkeit und den Ressourcen bei gesunden Kontrollpersonen. Dieses Resultat könnte möglicherweise darauf zurückgeführt werden, dass erwachsene ADHS-Patienten aufgrund ihrer ungünstigen Einstellungen bezüglich der eigenen Selbstwirksamkeit keinen Zusammenhang zwischen den vorhandenen Ressourcen und der Umsetzung der gewollten Handlungen sehen. Es bleibt jedoch unbeantwortet, welche Mechanismen dem zugrunde liegen und ob dieses Phänomen spezifisch für erwachsene ADHS-Patienten ist. Deshalb braucht es weitere Studien, welche die gezeigten Zusammenhänge zwischen Selbstwirksamkeit und Ressourcen bei anderen klinischen Stichproben untersuchen.

5.1 Stärken und Schwächen

Die vorliegende Dissertation untersucht als erste Studie bei erwachsenen ADHS-Patienten Selbststeuerungsprozesse, den Einfluss der Unaufmerksamkeit auf die Selbststeuerungsprozesse, auf den Selbstwert, die Selbstwirksamkeit und auf verschiedene Ressourcen und vergleicht die Ergebnisse mit denen gesunder Kontrollpersonen. Nebst diesen Stärken der Dissertation sind auch einige kritische Anmerkungen nötig. Da die Selbststeuerung bei beiden Gruppen ausschliesslich mittels Selbsteinschätzung erhoben wurde, besteht - gerade bei erwachsenen ADHS-Patienten - die Gefahr, dass diese ihre Fähigkeiten zu tief einschätzten, um ihre schwierige Situation zu rechtfertigen. Eine weitere nötige kritische Anmerkung ist, dass in der Studie eine nicht validierte Ressourcen-Checkliste verwendet wurde. Es besteht somit eine gewisse Unsicherheit, ob und wie zuverlässig der Fragebogen wirklich die angegebenen Ressourcen erfasst.

Weiter wurde ein grosser Teil der gesunden Kontrollpersonen im privaten und beruflichen Umfeld rekrutiert, sodass die Studienstichprobe nicht vollständig repräsentativ für die allgemeine Population sein kann. Eine mögliche Schwäche dieser Studie war zudem, dass die ADHS-Patienten im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen durchschnittlich eine kürzere Bildungsdauer, einen niedrigeren Bildungsabschluss und einen niedrigeren beruflichen Status aufwiesen. Auf der anderen Seite entspricht diese Tatsache den Befunden aus der Literatur, dass erwachsene ADHS-Patienten im Allgemeinen ein tieferes Niveau in Ausbildung und Beruf aufweisen als gesunde Personen (Biedermann & Faraone, 2006). Eine weitere Limitation der Studie ist, dass keine weiteren Vergleichsgruppen herangezogen wurden. Es wäre von Interesse, sowohl gesunde Personen zu untersuchen, welche sich aktuell in einer schwierigen Lebenssituation (z. B. vor einer Operation) befinden, als auch Personen aus klinischen Populationen (z. B. Angstpatienten, Patienten mit Depression oder Borderline Persönlichkeitsstörung).

5.2 Klinische Implikationen und Ausblick

In der vorliegenden Dissertation wurden therapeutische Techniken (wie z. B. kognitive Techniken oder Techniken der Selbstkontrolle) diskutiert und therapierelevante Faktoren wie Selbststeuerung, Selbstwert, Selbstwirksamkeit und Ressourcen untersucht. Kognitive Techniken, Techniken in Zeitmanagement, Organisation und Emotionsregulation haben sich als die am häufigsten angewendeten Verfahren in der psychotherapeutischen Behandlung erwachsener ADHS-Patienten etabliert. Laut der Befunde unserer Studie macht für die Behandlung dieser Patientengruppe der Einsatz gerade dieser Techniken Sinn. Erwachsene ADHS-Patienten haben Beeinträchtigungen in der Selbststeuerung und geraten wahrscheinlich durch Beeinträchtigungen in der Aufmerksamkeit häufig in Zustände der Lageorientierung. Sie werden mit lageorientierten Gefühlen und Gedanken überflutet, vergessen ihre Absichten und verlieren dauerhaft ihre Ziele und Werte aus den Augen. Auf der Handlungsebene kommt es zum Ausführen impulsiver Handlungen, zu Fremdaufträgen und zum Aufschieben oder Vergessen ursprünglich gewollter Aktivitäten. Dieses dysfunktionale Verhalten trägt dazu bei, dass ADHS-Patienten eine negative Selbstwirksamkeit und einen negativen Selbstwert haben, was den bestehenden negativen Teufelskreis aufrechterhält und mit jeder erlebten negativen Erfahrung erweitert. Obwohl die Patienten einige Ressourcen wie Familie, Liebesfähigkeit, Freizeit, Wohnen, Mut und Glaube besitzen, nutzen sie diese Ressourcen nur wenig, um eigene Ziele umzusetzen und sehen keinen Zusammenhang zwischen den meisten Ressourcen und der eigenen Selbstwirksamkeit.

Aufgrund unserer Befunde scheint es wichtig, dass erwachsene ADHS-Patienten während der Therapie fortlaufend die positiven Erfahrungen der eigenen Wirksamkeit durch Umsetzung selbst gewollter Handlungen erleben. Das hilft, die Handlungsorientierung und das Wachstum eines positiven Selbstwertes dieser Patienten zu fördern. Für diesen Zweck spielt die richtige Wahl und die korrekte Vermittlung therapeutischer Techniken eine wichtige Rolle. Für die Förderung der Umsetzung gewollter Handlungen sind sowohl konkrete Strategien bei der Handlungsplanung und -ausführung von Bedeutung (z. B. Erstellen eines Mindmaps, Setzen von Prioritäten mit Hilfe des ABC Systems, Führen von To-Do-Listen und Zeitplanbuch) als auch Strategien bei der Klärung realistischer Ziele (z. B. das Ausfüllen der Goal Attainment Scaling (Kiresuk & Sherman, 1968)). Es muss beachtet werden, dass erwachsene ADHS-Patienten unter anderem auch Schwierigkeit mit der Regulation von positiven Affekten haben: Sie nehmen positive Affekte schlecht wahr (Conzelmann et al., 2009) und können diese Affekte bei sich schlecht gezielt aktivieren. Eine Ausführung bewusst gewollter Handlungen braucht jedoch einen positiven Affekt (Kuhl, 2001). Aktivierung von Ressourcen (Gassmann & Grawe, 2006), kognitive und operante Techniken, Techniken in Selbstmotivierung und Emotionsregulation können dabei sicherlich behilflich sein und müssen fortlaufend in der Therapie eingesetzt werden, wenn es um die Umsetzung der

vorgenommenen Aktivitäten geht. Es kommt auch auf eine wertschätzende, ermunternde, optimistische und zuversichtliche Haltung des Therapeuten gegenüber erwachsenen ADHS-Patienten an („lassen sie sich von Misserfolgen nicht unterkriegen und fangen sie immer wieder von neuem an“).

Es konnte in unserer Studie gezeigt werden, dass erwachsene ADHS-Patienten sensibel auf einen negativen Affekt reagieren und Mühe haben, schmerzhaft Gefühle zu regulieren. Die Rolle der Unaufmerksamkeit in Bezug auf Selbsthemmungsprozesse und Lageorientierung nach Misserfolg konnte jedoch in unserer Studie nicht geklärt werden. Letzteres hing wahrscheinlich damit zusammen, dass die ausgesuchten Messinstrumente die Daueraufmerksamkeit (Vigilanz) unzureichend erfassten. Zukünftige Studien sollten vermehrt Zusammenhänge zwischen Beeinträchtigungen der Vigilanz und den Selbsthemmungsprozessen untersuchen. Möglicherweise würde es zum Verständnis bereits bestehender Verfahren im Bereich der Emotionsregulation beitragen und gegebenenfalls sogar wichtige Anstöße zur Entwicklung neuer therapeutischen Verfahren geben.

Literatur

Achenbach, T. M., Howell, C. T., McConaughy, S. H. & Stanger, C. (1998). Six-year predictors of problems in a national sample: IV. Young adult signs of disturbance. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 718-727.

Armor, D. A. & Taylor, S. E. (2003). The effects of mindset on behavior: Self-regulation in deliberative and implemental frames of mind. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 86-95.

Bandura, A. (1997). *The exercise of control*. New York: Freeman.

Barkley, R. A. (2010). *Attention deficit disorder in adults: the latest assessment and treatment strategies*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.

Barkley, R. & Gordon, M. (2002). Research on comorbidity, adaptive functioning, and cognitive impairments in adults with ADHD: Implications for a clinical practice. In S. Goldstein & A. Teeter Ellison (Eds.), *Clinician's guide to adult ADHD: Assessment and intervention* (pp. 43–69). New York: Academic Press.

Barkley, R. A., Murphy, K. R. & Fischer, M. (2008). *ADHD in adults: What the science says*. New York: Guilford.

Baumann, N. & Kuhl, J. (2003). Self-infiltration: Confusing assigned tasks as self-selected in memory. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 487-497.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Meridian.

Beckmann, J. & Kuhl, J. (1984). Altering information to gain action control: Functional aspects of human information processing in decision-making. *Journal of Research in Personality*, 18, 223-279.

Biederman, J. & Faraone, S. V. (2006). The effects of attention deficit/ hyperactivity disorder on employment and household income. *Medscape General Medicine*, 8, 12.

Bramham, J., Ambery, F., Young, S., Morris, R., Russell, A., Xenitidis, K., Asherson P. & Murphy, D (2009). Executive functioning differences between adults with attention deficit

hyperactivity disorder and autistic spectrum disorder in initiation, planning and strategy formation. *Autism*, 13, 245-64.

Brunstein, J. C. & Olbrich, E. (1985). Personal helplessness and action control: Analysis of achievement related cognitions, self-assessments, and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1540-1551.

Buchli-Kammermann, J., Corbisiero, S. & Stieglitz, R.-D. (2011). Screening der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter: Validierung der deutschen Version der ASRS-v1.1. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 4, 219-235.

Corbisiero, S., Stieglitz, R.-D., Retz W. & Rösler, M. (2013). Is emotional dysregulation part of the psychopathology of ADHD in adults? *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 5, 83-92.

Collani, G. & Herzberg, P. Y. (2003). Eine revidierte Fassung der deutschsprachigen Skala zum Selbstwertgefühl von Rosenberg. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 24, 3-7.

Conners, C. K., Erhard, D. & Sparrow, D. (1999). *Conners' Adult ADHD Rating Scales (CAARS)*. New York: Multi-Health Systems.

Conzelmann, A., Mucha, R. F., Jacob, C. P., Weyers, P., Romanos, J., Gerdes, A. B., Baehne, C. G., Boreatti-Hümmer, A., Heine, M., Alpers G. W., Warnke, A., Fallgatter, A. J., Lesch, K. P. & Pauli, P. (2009). Abnormal affective responsiveness in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Subtype differences. *Biological Psychiatry*, 65, 578-585.

Dick, A. (2003). *Psychotherapie und Glück: Quellen und Prozesse seelischer Gesundheit*. Bern: Huber.

Gassmann, D., & Grawe, K. (2006). General change mechanisms: The relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13, 1-11.

Grawe, L. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.

Hallowell, E. M., & Ratey, J. J. (1994). *Driven to distraction*. New York: Pantheon.

- Hart, E. L., Lahey, B. B., Loeber, R., Applegate, B. & Frick, P. J. (1995). Developmental change in attention-deficit hyperactivity disorder in boys: A four-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology* 23, 729-749.
- Hervey, A. S., Epstein, J. N. & Curry J. F. (2004). Neuropsychology of adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A meta-analytic review. *Neuropsychology*, 18, 3, 485–503.
- Hesslinger, B., van Elst, L. T., Nyberg, E., Dykieriek, 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 Neurosciences*, 252, 177-184.
- Hoffmann, N. (2005). Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Therapietechniken. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual*. (S. 3-9). Heidelberg: Springer.
- Edel, M. A., Pfitze, E. M., Lieder, A., Assion, H. J., Ribbert, H., Juckel, G. & Brüne, M. (2009). Self concept, action control and ADHD symptoms under Methylphenidate treatment in adults with ADHD. *Pharmacopsychiatry*, 42, 109-113.
- Faraone, S. V. & Biederman, J. (2005). What is the prevalence of adult ADHD? Results of a population screen of 966 adults. *Journal of Attention Disorders*, 9, 384-391.
- Fennell, M. (1999). *Overcoming low self-esteem: A self-help guide using cognitive behavioural techniques*. London: Robinson.
- Fiedler, P. (2007). Ressourcenorientierte Psychotherapie. In R. Frank (Ed.), *Therapieziel Wohlbefinden. Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie* (S. 19-32). Heidelberg: Springer.
- Fliegel, S., Groeger, W., M., Künzel, R., Schulter, D. & Sorgatz, H. (1998). *Verhaltenstherapeutische Standardmethoden*. Weinheim: Beltz.
- Franke, G. H. (2002). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version - Manual*. Göttingen: Beltz.
- Kiresuk, T. J. & Sherman, R. E. (1968). Goal Attainment Scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programmes. *Community Mental Health Journal*, 4, 443-453.

Kessler, R. C., Adler, L. A., Barkley, R. A., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O. et al. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHS in the United States: Results from the national comorbidity survey replication. *American Journal of Psychiatry*, 163, 716–723.

Klein, C. & Albani, C. (2007). Religiosität und psychische Gesundheit. Eine Übersicht über Befunde, Erklärungsansätze und Konsequenzen für die klinische Praxis. *Psychiatrische Praxis*, 34, 58-65.

Klemenz, B. (2009). *Ressourcenorientierte Psychologie. Ermutigende Beiträge einer menschenfreundlichen Wissenschaft* (Band 1). Tübingen: dgvt-Verlag.

Kordon, A. & Kahl, K. G. (2004). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 54, 124-136.

Kuhl, J. (1982). Handlungskontrolle als metakognitiver Vermittler zwischen Intention und Handeln: Freizeitaktivitäten bei Hauptschülern. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 14, 141-148.

Kuhl, J. (1983). *Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle*. Berlin: Springer.

Kuhl, J. (1990). *Der Fragebogen zur Erfassung von Handlungs-versus Lageorientierung (HAKEMP 90)*. Unveröffentlichter Fragebogen, Universität Osnabrück.

Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit. Interaktionen psychischer Systeme*. Göttingen: Hogrefe.

Kuhl, J. (2006). Individuelle Unterschiede in der Selbststeuerung. In J. Heckhausen & H. Heckhausen (Hrsg.), *Motivation und Handeln* (3. Aufl.; S. 303-324). Berlin: Springer.

Kuhl, J. & Fuhrmann, A. (1998). *Das Selbststeuerungsinventar (SSI): Manual*. Universität Osnabrück.

Lee, J. W., Stacey, G. E. & Fraser, G. E. (2003). Social support, religiosity, other psychological factors, and health. In G. E. Fraser (Ed.): *Diet, life expectancy, and chronic disease: Studies of seventh-day adventists and other vegetarians* (pp. 149-176). New York: Oxford University Press.

- Lee, D. L. & Zentall, S. S. (2006). The effects of continuous and partial reward on the vigilance task performance of adults with attentional deficits: A pilot investigation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 94–112.
- Luszczyńska, A., Diehl, M., Gutierrez-Dona, B., Kuusinen, P. & Schwarzer, R. (2004). Measuring one component of dispositional self-regulation: Attention control in goal pursuit. *Personality and Individual Differences*, 37, 555-566.
- Luszczyńska, A., Scholz, U. & Schwarzer, R. (2005). The general self-efficacy scale: Multicultural validation studies. *Journal of Psychology*, 139, 439-457.
- Mannuzza, S., Klein, R. G., Bessler, A., Malloy, P. & Lapadula, M. (1993). Adult outcome of hyperactive boys. Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 50, 565–567.
- Masten, A. S. & Powell, J. L. (2003). A resilience framework for research, policy and practice. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 1-25). New York: Cambridge University Press.
- Murphy, K. R. & Barkley, R. (1996). Prevalence of DSM-IV symptoms of ADHD in adult licensed drivers: Implications for clinical diagnosis. *Journal of Attention Disorders*, 1, 147–161.
- Neiss, M. B., Sedikides, C. & Stevenson, J. (2002). Self-esteem: A behavioural genetic perspective. *European Journal of Personality*, 16, 1-17.
- Nyberg, E., Hofecker-Fallahpour, M. & Stieglitz, R.-D. (2013). *Ratgeber ADHS bei Erwachsenen. Informationen für Betroffene und Angehörige*. Göttingen: Hogrefe.
- Philipsen, A., Richter, H., Peters, J., Alm, B., Sobanski, E., Colla, M. & Hesslinger, B. (2007). Structured group psychotherapy in adults with attention deficit hyperactivity disorder. Results of an open multicentre study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 1013-1019.
- Petermann, F. & Schmidt, M. H. (2006). Ressourcen - ein Grundbegriff der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie? *Kindheit und Entwicklung*, 15, 118-127.

Pury, C. L., & Kowalski, R. (2007). Human strengths, courageous actions, and general and personal courage. *Journal of Positive Psychology, 2*, 120-128.

Ramsay, J. R. & Rostain, A. L. (2003). A cognitive therapy approach for adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 17*, 319-334.

Ramsay, J. R. & Rostain, A. L. (2005). Adapting psychotherapy to meet the needs of adults with attention-deficit disorder. *Psychotherapy, 42*, 72-84.

Ramsay, J. R. & Rostain, A. L. (2008). *Cognitive-behavioral therapy for adult ADHD: An integrative psychosocial and medical approach*. Routledge: Chapman & Hall.

Rapport, L. J., Friedman, S. L., Tzelepis, A & Van Voorhis, A. (2002): Experienced emotion and affect recognition in adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychology, 16*, 102–110.

Rosahl, S. K., Tennigkeit, M., Kuhl, J. & Haschke, R. (1993). Handlungskontrolle und langsame Hirnpotentiale: Untersuchungen zum Einfluß subjektiv kritischer Wörter. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 2*, 172-180.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.

Rösler, M., Retz, W., Retz-Junginger P. & Stieglitz, R.-D. (2008). *HASE. Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene*. Göttingen: Hogrefe.

Rösler, M. & Retz, W. (2006). Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 54*, 77–86.

Safren, S. A. (2006). Cognitive-behavioral approaches to ADHD treatment in adulthood. *Journal of Clinical Psychiatry, 67*, 46-50.

Safren, S. A., Otto, M.W., Sprich, S., Winett, C. L., Wilens, T. E. & Biederman, J. (2005). 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. (2009). *Kognitive Verhaltenstherapie der ADHS des Erwachsenenalters*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Schmidt, S. & Petermann, F. (2008). Entwicklungspsychopathologie der ADHS. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56, 265–274.

Schmidt, S., Brücher, K. & Petermann, F. (2006). Komorbidität der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter. Perspektiven für die Diagnostik mit dem Screeningverfahren BAS-E. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54, 123–132.

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor: NFER-Nelson.

Senf, W. & Broda, M. (1996). *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie*. Stuttgart: Thieme.

Solanto, M. V., Marks, D. J., Wasserstein, J. & Kofman, M. D. (2008). Development of a new psychosocial treatment for adult ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 6, 728–736.

Sonuga-Barke, J. S. (2002). Psychological heterogeneity in ADHD—a dual pathway model of behaviour and cognition. *Behavioural Brain Research*, 13, 29–36.

Surman, C. B., Biedermann, J., Spencer, T., Miller, C. A., McDermott, K. M. & Faraone, S. K. (2013). Understanding deficient emotional self-regulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: A controlled study. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 5, 273-81.

Stevenson, C. S., Stevenson, R. J. & Whimont, S. (2003). A selfdirected psychosocial intervention with minimal therapist contact for adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 93–101.

Stieglitz, R.-D., Nyberg, E. & Hofecker-Fallahpour, M. (2012). *ADHS im Erwachsenenalter. Fortschritte der Psychotherapie* (Band 47).Göttingen: Hogrefe.

Stiensmeier-Pelster, J., John, M., Stulik, A. & Schürmann, M. (1989). Die Wahl von Entscheidungsstrategien: Der Einfluss von Handlungs- und Lageorientierung und die Bedeutung psychologischer Kosten. *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie*, 2, 292-310.

Virta, M., Vedenpää, A., Grönross, N., Chydenius, E., Partinen, M., Vataja, R. & Livanainen, M. (2008). Adults with ADHD benefit from cognitive-behaviorally oriented group rehabilitation. *Journal of Attention Disorders*, 3, 218–226.

Weiss, L. (1997). *ADD and creativity: Tapping your inner muse*. New York: Taylor Trade Publishing.

Wiggins, D., Singh, K., Getz, H. G. & Hutchins, D. E. (1999). Effects of brief group intervention for adults with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Mental Health Counseling*, 21, 82–92.

Wilens, T. E., McDermott, S. P., Biederman, J., Abrantes, A., Haahes, A. & Spencer, T. (1999). Cognitive therapy in the treatment of adults with ADHD. A systematic chart review of 26 cases. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13, 215–226.

Young, S. (2005). Coping strategies used by adults with ADHD. *Personality and Individual Differences*, 38, 809-816.

Young, S. & Bramham, J. (2007). *ADHD in adults: A psychological guide to practice*. Chichester: Wiley.

Anhang

- Artikel 1:** Elsässer, M., Nyberg, E., Stieglitz, R.-D (2010). A-1
Kognitiv-behaviorale Strategien in der Behandlung von Erwachsenen mit ADHS.
Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 58, 35-44.
- Artikel 2:** Elsässer, M., Newark, P. E., Stieglitz, R.-D. (in press). A-2
Selbstregulation, Lageorientierung und Aufmerksamkeit bei erwachsenen
ADHS-Patienten.
Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie.
- Artikel 3:** Newark, P. E., Elsässer, M., Stieglitz, R.-D. (in press). A-3
Self-esteem, self-efficacy and resources in adults with ADHD.
Journal of Attention Disorders.

Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie

Zusätzliche Sonderdrucke für Autorinnen und Autoren

Preisliste

Als Autor(in) erhalten Sie 30 kostenlose Sonderdrucke. Wenn Sie noch zusätzliche Sonderdrucke benötigen, so gelten dafür folgende Preise:

Format	20 Ex.	50 Ex.	100 Ex.	150 Ex.	200 Ex.
21 x 27.7 cm					
Bis 4 Seiten	12	30	48	72	96
Bis 8 Seiten	24	60	96	144	192
Bis 12 Seiten	36	90	144	216	288
Bis 16 Seiten	48	120	192	288	384
Bis 24 Seiten	72	180	288	432	576

+ Versandkostenanteil
+ 7.6 % MWST (Schweiz)

Bestellung:

Von meinem Artikel:

in der *ZPPP*, Ausgabe

bestelle ich: zusätzliche Sonderdrucke

Liefer-/

Rechnungsadresse

.....

.....

.....

Datum:

Unterschrift:

Bitte senden Sie die Bestellung an:

VERLAG HANS HUBER
Zeitschriftenherstellung
c/o Joseph A. Smith
Bachstraße 16
D-37176 Nörten-Hardenberg

Gut zum Druck Ready for press

Hiermit erteile ich Ihnen die Druckgenehmigung für beiliegenden Artikel nach Ausführung der angezeichneten Korrekturen.

I confirm that the enclosed article is ready for press after the corrections indicated have been carried out.

Datum / Date

Unterschrift / Signature

Wir bitten Sie, diesen Probeabzug möglichst umgehend auf orthographische Fehler zu prüfen und unumgängliche Korrekturen vorzunehmen.

Auf zusätzliche vom Manuskript abweichende Änderungen oder Ergänzungen soll aus Zeit- und Kostengründen verzichtet werden. Je nach Ausmaß müssten solche Extraleistungen in Rechnung gestellt werden.

Senden Sie bitte Ihr Gut-zum-Druck samt Manuskript an nebenstehende Adresse.

Mit Ihrer Unterschrift räumen Sie dem Verlag Hans Huber, Bern – räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts – das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Die Rechtsübertragung erfolgt in dem Umfang, der sich aus den in der Zeitschrift abgedruckten Autorenrichtlinien ergibt.

Please check the enclosed proofs for typesetting errors, and indicate any unavoidable corrections that must be carried out before the article is sent to press. Proof corrections that represent a change from or an addition to the original manuscript should be avoided. Depending on the extent of such changes or additions, the author may be invoiced for the extra costs that result.

Please send the signed «Passed for Press» statement along with the manuscript and the corrected proofs to the publishing editor.

The author hereby transfers to the publisher the exclusive and unlimited rights, as detailed in the guidelines for authors published in the journal, to reproduce, publish, and distribute the enclosed article in physical, electronic, or other form, for the duration of the copyright's validity as defined by Swiss law.

**Bitte schicken Sie das Gut zum Druck
zusammen mit dem Manuskript
an den herausgebenden Redaktor.**

Themenschwerpunkt

Kognitiv-behaviorale Strategien in der Behandlung von Erwachsenen mit ADHS

Marina Elsässer, Elisabeth Nyberg und Rolf-Dieter Stieglitz

Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital Basel

Zusammenfassung. Neben der Psychopharmakotherapie mit Stimulanzien ist Psychotherapie ein wichtiger Teil der ADHS-Behandlung bei Erwachsenen. Folgende Zielbereiche werden psychotherapeutisch behandelt: Aufmerksamkeit und Vergesslichkeit, Impulsivität, Hyperaktivität, Desorganisation, dysfunktionale Kognitionen, Gefühlsregulation, Stresstoleranz, Selbstwertgefühl, Kommunikation und Komorbiditäten. Im Beitrag soll ein Überblick zu den psychotherapeutischen Techniken gegeben werden, die in der Behandlung der ADHS bei Erwachsenen verwendet werden.

Schlüsselwörter: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Erwachsene, Psychotherapie, psychotherapeutische Technik

Cognitive-Behavioral Treatment Strategies for Adults with ADHD

Abstract. Psychotherapy is an indispensable part for the treatment of ADHD in adulthood in addition to stimulant medication. By means of psychotherapy following objectives are being concerned with: Inattention and forgetfulness, impulsivity, hyperactivity, disorganization, dysfunctional cognitions, emotional dysregulation, stress tolerance, self-esteem, interpersonal relationship and comorbidity. The aim of this article is to give an overview about psychotherapeutic techniques, based on the previously available published literature.

Keywords: attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), adults, psychotherapy, psychotherapeutical techniques

ADHS gehört zu den häufigsten Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters. In den USA sind ca. 5 % der Kinder betroffen (American Psychiatric Association, 2000). Je nach Studie liegt der Prozentsatz der bis in das Erwachsenenalter persistierenden ADHS-Symptomatik zwischen 30 und 60 % (Barkley, Fischer, Edelbrock & Smallish, 1990; Mannuzza, Klein, Bessler, Malloy & LaPadula, 1993). Die Prävalenz im Erwachsenenalter beträgt ca. 5 % (Kessler et al., 2006; Murphy & Barkley, 1996). Die Diagnose einer ADHS im Erwachsenenalter ist ein komplexer Prozess, vor allem wenn die Störung im Kindes- und Jugendalter nicht vordiagnostiziert wurde (Stieglitz & Rösler, 2006). Bei der Diagnostik einer adulten ADHS schlägt zum Beispiel Paul Wender vor, neben der Kernsymptomatik der Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität zusätzliche Bereiche wie Desorganisation, Stressintoleranz, emotionale Labilität und Temperament zu berücksichtigen (vgl. im Überblick Stieglitz, Nyberg & Hofecker, im Druck). Beim Übergang vom Jugend- zum Erwachsenenalter können Hyper-

aktivität und Impulsivität abnehmen. Die Aufmerksamkeitsdefizite scheinen jedoch stabile Merkmale einer adulten ADHS zu bleiben, gekennzeichnet durch eine erhöhte Ablenkbarkeit, eine reduzierte Ausdauer, Vergesslichkeit und eine geringe Flexibilität bei der Verhaltensanpassung an neue Gegebenheiten (Rösler & Retz, 2006; Schmidt & Petermann, 2008). Neuropsychologische Defizite, welche mit Beeinträchtigungen des Arbeitsgedächtnisses und der exekutiven Funktionen des präfrontalen Kortex einhergehen (vgl. Petermann & Toussaint, 2009), konnten bei ADHS-Erwachsenen ebenfalls festgestellt werden (z. B. Denckla, 1996). Im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen weisen sie in vielen Lebensbereichen wie Ausbildung, Arbeit und Partnerschaft ein geringeres Funktionsniveau auf (Barkley, 2002) und haben ein erhöhtes Risiko für komorbide psychische Störungen (v. a. affektive Störungen, Angststörungen und Störungen des Sozialverhaltens; Schmidt, Waldmann, Brücher & Petermann, 2006; Schmidt, Waldmann, Petermann & Brähler, 2010; Stieglitz & Volz, 2007).

Tabelle 1
Empirische Studien zur Psychotherapie im Einzelsetting bei ADHS-Erwachsenen

Autor(en)	Therapie	Untersuchungsdesign	Zielbereiche
Wilens et al. (1999)	KBT ¹ modifiziert für ADHS 36 Sitzungen	Offene retrospektive Studie (N = 26) Prä-Post-Vergleich	Dysfunktionale Kognitionen Organisation Problemlösen Unaufmerksamkeit Impulsivität
Stevenson et al. (2003)	Selbsthilfeprogramm 8 Wochen Selbsthilfebuch und 3 Sitzungen mit Therapeut sowie Unterstützung durch Coaches	Randomisiert Versuchsgruppe (N = 17) Kontrollgruppe (N = 18) Prä-Post-Vergleich 2-Monats-Follow-Up	Unaufmerksamkeit Motivation Impulsivität Organisation Emotionsregulation Kommunikation Selbstwert
Safren et al. (2005)	KBT 15 Wochen Anzahl der Sitzungen unklar	Randomisiert Versuchsgruppe (N = 16) Kontrollgruppe (N = 15) Prä-Post-Vergleich	Aufmerksamkeit Organisation Zeitmanagement Dysfunktionale Kognitionen Aufschieben Emotionsregulation Kommunikation Stresstoleranz Selbstwert
Rostain & Ramsay (2006)	KBT 16 Sitzungen	Offene Studie Versuchsgruppe (N = 43) Kontrollgruppe (N = 19)	Zeitmanagement Organisation Dysfunktionale Kognitionen Ressourcen
Weiss & Hechtman (2006)	Problem-fokussiert, Begleitbehandlung in Medikamenten-studie 9 Sitzungen	Offene retrospektive Studie (N = 98) Prä-Post-Vergleich	Umgang mit konkreten Problemen in Familie, Partnerschaft und am Arbeitsplatz

Anmerkungen: ¹ Kognitiv-behaviorale Therapie.

Als Standard in der Behandlung der ADHS im Erwachsenenalter etablierte sich die medikamentöse Behandlung mit Stimulanzien (vor allem Methylphenidat; Kordon & Hofecker Fallahpour, 2006). Dennoch zeigen kontrollierte Studien, dass 20 bis 50 % der Erwachsenen auf die Medikation nicht ansprechen oder eine Intoleranz entwickeln. Bei einem größeren Teil der Betroffenen entstehen im Verlauf ihrer Lebens- und Lerngeschichte entwicklungsbedingte Probleme wie soziale Anpassungsschwierigkeiten, die durch die Medikation allein nicht grundlegend verändert werden können. Zudem wünschen einige Erwachsene keine medikamentöse Behandlung. Allgemeine Empfehlungen zu einer Psychotherapie in der Literatur plädieren für eine kognitiv-behavioral orientierte, multimodale Behandlung (Barkley, Murphy & Fischer, 2008; Lauth & Raven, 2009). Es finden sich nur selten Empfehlungen zur Anwendung tiefenpsychologisch orientierter Ansätze (z. B. Krause & Krause, 2005). Die meisten Wirksamkeitsnachweise psychotherapeutischer Interventionen kommen daher auch hauptsächlich aus dem Bereich der kognitiv-behavioralen Therapie (Nyberg & Stieglitz, 2006).

Ziel des vorliegenden Beitrages ist es, einen Überblick über die bisherige Anwendung kognitiv-behavioraler Techniken in der ADHS-Behandlung im Erwachsenenalter zu geben. Im ersten Teil des Artikels werden die bislang (bis 2009) publizierten empirischen Studien zur Psychothe-

rapie bei ADHS-Erwachsenen beschrieben. Anschließend werden kognitive Modelle, allgemeine Bausteine der ADHS-Therapie sowie einzelne therapeutische Techniken vorgestellt.

Empirische Studien zur Psychotherapie bei ADHS im Erwachsenenalter

Die nachfolgende Zusammenstellung psychotherapeutischer Techniken basiert auf a) vier Manualen (Hesslinger, Philipsen & Richter, 2004; Ramsay & Rostain, 2008; Safren, Perlman, Sprich & Otto, 2009; Young & Bramham, 2007), von denen zwei auf Deutsch verfügbar sind, sowie b) 12 Artikeln zur Behandlung von ADHS-Patienten. Die bislang publizierten empirischen Arbeiten zum Thema Psychotherapie im Erwachsenenalter werden in Tabelle 1 und Tabelle 2 zusammengefasst. Zunächst werden Einzeltherapieansätze und danach Gruppentherapiekonzepte vorgestellt.

Einzeltherapie

Wilens et al. (1999) analysieren retrospektiv die Daten von 26 ADHS-Patienten, die über ein Jahr lang durchschnittlich

Tabelle 2
Empirische Studien zur Psychotherapie im Gruppensetting bei ADHS-Erwachsenen

Autor(en)	Therapie	Untersuchungsdesign	Zielbereiche
Wiggins et al. (1999)	Psychoedukation 4 Sitzungen	Nicht randomisiert Versuchsgruppe ($N = 9$) Kontrollgruppe ($N = 8$) Prä-Post-Vergleich	Organisation Aufschieben Selbstwert
Stevenson et al. (2002)	Kognitive Remediation 8 zweistündige Sitzungen pro Woche sowie Unterstützung durch Coaches	Randomisiert Versuchsgruppe ($N = 22$) Kontrollgruppe ($N = 21$) Prä-Post-Vergleich 2-Monats- und 1 Jahres- Follow-Up	Aufmerksamkeit Motivation Organisation Zeitmanagement Impulsivität Ärgerkontrolle Kommunikation Selbstwert
Hesslinger et al. (2002)	DBT-basiert 13 Sitzungen	Versuchsgruppe ($N = 8$) Kontrollgruppe/Warteliste ($N = 7$) Prä-Post-Vergleich	Aufmerksamkeit Impulsivität Zeitmanagement Organisation Gefühlsregulation Stresstoleranz Selbstwert Soziale Beziehungen Depression, Sucht
Bramham et al. (2008)	KBT ¹ 3 Monate/3 eintägige Workshops mit je- weils 2 Sitzungen	Randomisiert Versuchsgruppe ($N = 61$) Kontrollgruppe/Warteliste ($N = 37$) Prä-Post-Vergleich	Zeitmanagement Problemlösung Frustration Ärger Selbstwert Kommunikation
Solanto et al. (2008)	Meta-kognitive Therapie 8 oder 12 Sitzungen	Offene Studie ($N = 32$) Prä-Post-Vergleich	Zeitmanagement Verhaltensaktivierung Aufschieben Organisation Planen

36 kognitiv-behaviorale Einzelsitzungen erhielten. Eingegangen wird auf kognitive Interventionen zur Umstrukturierung dysfunktionaler Annahmen sowie auf den Aufbau alternativer Verhaltensweisen in Bezug auf Organisation, Zeitmanagement, Problemlösen, Aufmerksamkeit und Impulsivität.

Stevenson, Stevenson und Whimont (2003) konzipierten ein strukturiertes Selbsthilfeprogramm mit minimalem Therapeutenkontakt. Das ganze Programm erstreckt sich über acht Wochen. Grundlage des Programms bilden ein Selbsthilfebuch sowie drei Therapiesitzungen jeweils zu Beginn, in der Mitte und am Ende der Therapie. Zusätzlich ist eine Unterstützung durch einen persönlichen Coach gegeben. Inhalte des Selbsthilfebuches sind Unaufmerksamkeit, Motivation, Kommunikation, Organisation, Impulskontrolle, Ärgermanagement und Selbstwerterfassung. Bei Ärgermanagement und Selbstwerterhebung wird explizit auf die Anwendung kognitiver Strategien hingewiesen. Die therapeutischen Sitzungen dienen vor allem der Aufrechterhaltung der Arbeitsmotivation und Festigung des Gelernten.

Safren et al. (2005) publizierten die erste randomisierte kontrollierte Studie zur Wirksamkeit der kognitiven Einzeltherapie bei ADHS, die zwischenzeitlich auch als Ma-

nual auf Deutsch erschienen ist (Safren et al., 2009). Das aus drei Grundmodulen und drei Zusatzmodulen bestehende Therapieprogramm erstreckt sich mit mindestens zehn Einzelsitzungen über 15 Wochen. Die Inhalte der Grundmodule sind Organisation und Planung, Ablenkbarkeit und kognitive Umstrukturierung. Im Modul «Organisation und Planung» werden zum Beispiel Techniken wie das Benutzen eines Notizbuchs und die sog. Salamitechnik (s. u.) eingesetzt. Im Modul «Ablenkbarkeit» wird die Technik «Verzögerte Ablenkung» beschrieben. Der Patient wird aufgefordert, durch Selbstbeobachtung seine Aufmerksamkeitsspanne zu bestimmen und dann zu üben, sie systematisch unter Einsatz zum Beispiel eines Weckers zu erweitern. Inhalte optionaler Module sind Aufschieben, Emotionsregulation und Kommunikation.

Rostain und Ramsay (2006) untersuchten in einer offenen klinischen Studie ein sich über 16 Sitzungen erstreckendes kognitiv-verhaltenstherapeutisches Programm. Zwecks optimaler Unterstützung eines ADHS-Patienten bei der Bewältigung von ADHS und ADHS-assoziierten Schwierigkeiten sollen sowohl adaptive Copingstrategien individuell erarbeitet als auch dysfunktionale Gedanken und Einstellungen sowie emotionale Schwierigkeiten bearbeitet werden. Die Inhalte des Programms sind daher

dysfunktionale Kognitionen, Organisation und Zeitmanagement, persönliche Stärken und Ressourcen.

Weiss und Hechtmann (2006) präsentieren ein Kurzzeittherapiekonzept mit neun Sitzungen. Das Konzept stellt eine Kombination von Psychopharmaka- und Psychotherapie dar. Die problem-fokussierte Therapie bietet eine Psychoedukation an, unterstützt den Patienten, effektive Copingstrategien zu entwickeln, und leistet Hilfe zum besseren Umgang mit ADHS assoziierten Schwierigkeiten. Häufige Themen bei ADHS-Patienten werden im Programm eingeschlossen (z. B. Finanzen, Beziehungen, Arbeitsprobleme, Elternschaft) und nach gemeinsamer Einigung zwischen Patienten und Therapeuten bearbeitet. Bei der Auswahl sollte es sich dabei um einen aktuellen Problemfokus handeln.

Gruppentherapie

Bei der Arbeit von Wiggins, Singh, Getz und Hutchins (1999) handelt es sich um ein auf vier Sitzungen angelegtes Gruppenprogramm, bei dem Psychoedukation eine wichtige Rolle spielt. Weitere wichtige Punkte des Programms sind: Zielvereinbarung, Vermittlung von Strategien in Organisation, Zeitmanagement, Strategien im Umgang mit Aufschieben sowie Erarbeiten und Praktizieren persönlicher Selbstbelohnung für eine gelungene Aufgabenausführung mit kontinuierlichem Üben der erlernten Strategien zu Hause.

Das achtwöchige kognitive «Remediationsprogramm» von Stevenson, Whitmont, Bornholt, Livesey und Stevenson (2002) beinhaltet therapeutische Gruppensitzungen und eine individuelle Betreuung durch einen Coach, der den Patienten sowohl während der therapeutischen Sitzungen als auch im Alltag unterstützt. In den Gruppensitzungen werden Strategien in den Bereichen Aufmerksamkeit, Motivation, Organisation, Zeitmanagement, Impulsivität, Ärgerkontrolle und Zuhörerfähigkeiten vermittelt. In Bezug auf kognitive Techniken wird explizit auf Anwendung der eigenen Verbalisation hingewiesen, welche u. a. auf die Erhöhung des Selbstwertgefühls abzielt.

Hesslinger et al. (2002, 2004) adaptierten die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) nach M. Linehan auf die Bedürfnisse der ADHS-Patienten. Das aus 13 Sitzungen bestehende Gruppenprogramm ist modular aufgebaut und zielt sowohl auf die Veränderung der Kernsymptomatik (z. B. Impulsivität) als auch auf die Veränderung anderer Symptome und assoziierter Probleme (z. B. Komorbiditäten) ab. Regelmäßige Achtsamkeitsübungen, wiederholte Verhaltensanalysen und psychoedukative Elemente bilden das Grundgerüst des Programms. Bei der Arbeit in den Modulen werden spezifische Techniken und Strategien eingesetzt. Beispielsweise werden beim Thema Emotionsregulation neben Psychoedukation auch eine Emotionsanalyse und Elemente des Emotionstrainings nach Linehan verwendet.

Das kognitiv-behaviorale Gruppenkonzept nach Bram-

ham et al. (2009) besteht aus drei eintägigen Workshops, die einmal monatlich stattfinden. Neben der Psychoedukation erfolgt in den Workshops die Vermittlung von Strategien, die mit größerer Zuversicht zum Erfolg und somit zur Entwicklung des Selbstwerts und der Selbstwirksamkeit führen. Folgende Inhalte bilden die Struktur des Programms: Frustration und Ärger (Selbstmanagementstrategien), Zeitmanagement und Problemlösung, Kommunikation sowie Erlangen von Selbstwert.

Solanto, Marks, Wasserstein und Kofman (2008) konzipierten eine meta-kognitive Therapie, die entweder auf acht (Kurzzeittherapie) oder zwölf Sitzungen (Langzeittherapie) angelegt werden kann. Das Programm ist modular aufgebaut. Meta-kognitive Fähigkeiten stellen einen Fokus der Behandlung dar. Folgende Themen werden bearbeitet: Zeitmanagement, Verhaltensaktivierung und Aufschieben, Organisationsfähigkeit und Planen. Die Patienten erwerben Fähigkeiten, wie ihre Zeit für bestimmte Aktivitäten realistisch abzuschätzen, Organisationshilfen (z. B. Agenda) zu nutzen, komplexe Aufgaben in kleine Schritte zu zerlegen, Prioritäten zu setzen, mit Ablenkung umzugehen und langfristige positive und negative Konsequenzen einer Handlung zu visualisieren. Die Rolle einer kontinuierlichen Selbstverstärkung und einer realistischen Zielsetzung werden besonders betont.

Virta et al. (2008) veröffentlichten ein kognitiv-behaviorales Gruppenprogramm, das für 11 wöchentliche Sitzungen konzipiert ist. Das Programm ist modular aufgebaut und beinhaltet folgende Themen: Motivation und Aktivierung, Organisation und Zeitmanagement, Aufmerksamkeit, Emotionsregulation, Gedächtnis, Kommunikation (Zuhörerfähigkeiten), Impulsivität, Komorbidität, Stressreduktion und Selbstwert. So wird u. a. mittels kognitiver Techniken (z. B. Umformulierung negativer Einstellungen) am Selbstwert gearbeitet. Bei der Psychoedukation wurden jeweils Vorträge von einem Neurologen und einem Psychiater gehalten.

Zylowska et al. (2008) führten im Laufe von acht Wochen ein Achtsamkeitstraining für ADHS-Patienten durch. Das Training bestand aus Meditationsübungen während der Sitzungen und zu Hause. Die Sitzungen fanden einmal wöchentlich statt. Jede Sitzung beinhaltete Meditation in der Gruppe, Einführung von neuen Achtsamkeitsübungen und Erfahrungsaustausch bezüglich der Erfahrungen in der Gruppe und zu Hause sowie Vereinbarungen zur Durchführung der Achtsamkeitsübungen im Alltag und die Meditation zu Hause. Die Länge der Meditation stieg im Verlauf des Trainings stetig an (von 5 bis zu 15 Minuten).

In allen zwölf Studien konnte die Wirksamkeit der psychotherapeutischen Behandlung belegt werden, wobei die Patienten in den meisten Studien neben der Psychotherapie auch eine Medikation erhielten. Nach wie vor gibt es jedoch nur wenige Studien, die empirischen Standards genügen (z. B. Randomisierung, Vorhandensein von Kontrollgruppen, hinreichende Stichprobengröße, Kontrolle von Rahmenbedingungen).

Kognitiv-behaviorale Verfahren in der ADHS-Behandlung

Als Nächstes werden erst kurz kognitive Modelle und allgemeine Bausteine der Therapie in der ADHS-Behandlung vorgestellt. Nachfolgend wird auf einzelne therapeutische Techniken eingegangen. Basis der Zusammenstellung bilden auch hier die vier Therapiemanuale sowie die empirischen Studien zur Psychotherapie (vgl. Tabelle 1 und 2).

Theoretische Modelle

Theoretische Modelle bilden die Basis für eine optimale Auswahl und Durchführung der psychologischen Behandlungsverfahren (vgl. im Überblick Stieglitz, Elsässer & Nyberg, im Druck). Zwei Modelle seien exemplarisch skizziert. Ein kognitives Modell stammt von Safren et al. (2005, 2009). Das Modell beschreibt die persönliche Lerngeschichte als einen fortlaufenden Lernprozess, der durch das Zusammenspiel neurobiologischer Ausstattung (z. B. mangelnde Aufmerksamkeit), Umweltanforderungen und maladaptiver Copingstrategien sowohl auf Verhaltens- als auch auf kognitiver und emotionaler Ebene geprägt ist. Aktuelle als auch vergangene Lernerfahrungen führen danach zur Entstehung und Aufrechterhaltung von mit ADHS assoziierten Funktionsstörungen.

Das kognitive Modell von Young und Bramham (2007) geht davon aus, dass die neuropsychologische Beeinträchtigung die Lebenserfahrung von ADHS-Patienten in einer negativen Art prägt. Aufgrund einer langen Misserfolgsgeschichte neigen ADHS-Patienten schnell zu einer negativen Sicht der Situation und zweifeln an der eigenen Kompetenz, was zu einem raschen Anstieg an innerer Spannung führt. Bei zunehmender Unerträglichkeit der inneren Anspannung kann es gelegentlich zu spontan auftretenden positiven Umbewertungen zum Beispiel der eigenen Fähigkeiten in der jeweiligen Situation kommen, was positive Gefühle auslösen und erneute Lösungsversuche initiieren kann.

Bausteine der Psychotherapie

Zu den Bausteinen einer ADHS-Therapie bei Erwachsenen gehören die Vereinbarung der Ziele, die Psychoedukation, die Verhaltensanalyse sowie die Hausaufgaben.

Zielvereinbarung

Therapieziele sind ein wichtiger Punkt einer jeden Psychotherapie. Bei der Vereinbarung der Ziele sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting hat sich das Goal Attainment Scaling (GAS) als sehr hilfreich erwiesen (Kiresuk & Sherman, 1968). Bei der Formulierung der Ziele von ADHS-

Patienten mittels GAS wird besonders darauf geachtet, realistische Ziele zu identifizieren (Safren et al., 2009).

Psychoedukation

Der Psychoedukation liegt die Annahme zugrunde, dass Patienten selbst einen wesentlichen Beitrag zur Veränderung der Symptomatik und deren Stabilisierung leisten können, wenn sie angemessene Informationen und Anleitungen erhalten (Angenendt & Stieglitz, 2002). Die Psychoedukation ist auch ein wichtiger Bestandteil der ADHS-Behandlung und kann in Form von schriftlichen Informationen erfolgen, sowohl in der Patientengruppe als auch bei Angehörigen von ADHS-Patienten (Hesslinger et al., 2004). In Tabelle 3 werden Inhalte der Sitzungen zur Psychoedukation aufgeführt.

Tabelle 3

Inhalte der Psychoedukation der ADHS im Erwachsenenalters (nach Hesslinger et al., 2004; Safren et al., 2009)

Begrifflichkeit
Prävalenz
Krankheitsbild
Neurobiologie
Diagnosekriterien (Wender-Utah-Kriterien)
Komorbidität
Ressourcen
Konsequenzen einer ADHS
Behandlungsmöglichkeiten
Medikamentöse Behandlung (z. B. Stimulanzen)
Psychotherapie

Verhaltensanalyse

In der situativen Verhaltensanalyse werden u. a. sowohl die Auslöser als auch die aufrechterhaltenden Faktoren für das Problemverhalten identifiziert. Verhaltensanalysen werden traditionell nach dem SORK-Schema von Kanfer und Saslow (1969) erstellt. Bei der Behandlung von ADHS-Patienten finden Verhaltensanalysen ihren Platz nicht nur am Anfang der Therapie, wenn der Fokus der Verhaltensanalyse auf die Exploration der Problembereiche gelegt wird (Bramham et al., 2009; Hesslinger et al., 2002, 2004; Rostain & Ramsay, 2008; Safren et al., 2005, 2009; Young & Bramham, 2007), sondern auch beim Arbeiten am konkreten Problemverhalten wie zum Beispiel maladaptivem impulsivem Verhalten. Im Manual von Hesslinger et al. (2004) werden zwei Sitzungen eingeplant, um die Fähigkeit zu erlernen, Verhaltensanalysen selbstständig durchzuführen. Das Ziel ist dabei, dem Patient mittels Verhaltensanalysen den Weg vom «Ist-Zustand» zum «Da-will-ich-hin-Zustand» aufzuzeigen. Zuerst wird durch den Therapeuten ein beliebiges Beispiel einer Verhaltensanalyse vorgestellt, dann üben die Teilnehmer anhand eines für

sie typischen Problemverhaltens. Im nächsten Schritt unterstützen sich die Teilnehmer gegenseitig bei der Erstellung von Verhaltensanalysen in der Gruppe und üben diese dann kontinuierlich zu Hause.

Hausaufgaben

Da gerade der Aufbau von Verhaltensroutinen eine der wesentlichsten Schwierigkeiten darstellt, die mit der ADHS des Erwachsenenalters einhergehen, sollte ausreichend Zeit eingeplant werden, um die zuverlässige Durchführung von Hausaufgaben zu etablieren (Safren et al., 2005). In den Manualen zur ADHS-Behandlung wird jede Sitzung üblicherweise mit der Darstellung des aktuellen Arbeitsplans der Sitzung und der Besprechung der letzten Hausaufgabe begonnen.

Kognitive Techniken

Kognitive Techniken finden in der ADHS-Behandlung meist Anwendung (Ramsay & Ramsay, 2008; Safren et al., 2009; Young & Bramham, 2007). Sie stammen aus der Kognitiven Therapie nach Beck (1996)[**nicht in Lit; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1996?**], dem Ansatz zur Modifikation von Selbstinstruktionen nach Meichenbaum (1977) oder dem Training im Problemlösen nach D' Zurilla und Goldfried (1971). Wegen der allgemeinen Bekanntheit der Verfahren wird auf sie nicht weiter eingegangen. Weitere Gruppen psychotherapeutischer Techniken werden nachfolgend vorgestellt. Dabei wird nach einer kurzen Beschreibung jeder Technik jeweils exemplarisch ein Anwendungsbeispiel aus der ADHS-Behandlung skizziert.

Techniken der Selbstkontrolle

Die therapeutisch relevanten Methoden der Selbstkontrolle in der Behandlung von ADHS-Patienten sind Selbstbeobachtung, Stimuluskontrolle und Kontingenzkontrolle.

In vier Artikeln (Solanto et al., 2008; Stevenson et al., 2002; Virta et al., 2008; Wiggins et al., 1999) sowie den vier Manualen werden solche erwähnt. Einige sollen exemplarisch genannt werden.

Selbstbeobachtung

Die Selbstbeobachtung beinhaltet das Beobachten und Registrieren von eigenen, sichtbaren oder verdeckten Verhaltensweisen. Das Prinzip bei diesem Verfahren besteht darin, dass der Patient dazu angeleitet wird, entscheidende Merkmale seines Verhaltens oder situationale Bedingungen des Verhaltens zu beobachten und zu registrieren. Durch das Richten des Aufmerksamkeitsfokus auf das eigene Verhalten und die Aufzeichnung der Verhaltenswei-

sen findet eine Veränderung zum Zielverhalten hin statt (Hautzinger, 2005).

Im Manual von Safren et al. (2009) wird bei der Ablenkbarkeit die Selbstbeobachtung eingesetzt, indem man Gedanken und Handlungsimpulse während der Arbeit in einem früher festgelegten Zeitrahmen beobachtet und notiert. Nach dem Aufschreiben der Gedanken muss der Patient zu seiner Arbeit zurückkehren. Sobald die eingestellte Zeit zu Ende ist, kann die Liste mit den notierten Gedanken durchgegangen werden. Es wird dabei festgelegt, was wirklich sofort erledigt werden muss.

Stimuluskontrolle

Unter Stimuluskontrolle versteht man die Beeinflussung von Verhalten durch die geplante Anwendung und Kontrolle der dem Zielverhalten vorausgehenden Reizbedingungen (Hautzinger, 2005). Die Person kann frühzeitig Determinanten der Umgebung bewusst so verändern, dass das gewünschte Zielverhalten wahrscheinlicher wird.

In der ADHS-Behandlung wird Stimuluskontrolle zur Verringerung der Ablenkung eingesetzt. So wird empfohlen, alles, was bei der Arbeit ablenkt, aus dem Blickfeld zu entfernen, das Telefon auf «lautlos» zu stellen (Young & Bramham, 2007), den Fernseher auszuschalten, andere bitten nicht zu stören usw. (Safren et al., 2009). Im Manual von Safren et al. (2009) wird die Stimuluskontrolle auch im Rahmen der Gefühlsregulation erwähnt. Zum einen kann durch das Vermeiden des auslösenden Stimulus der Emotionen eine Reizkontrolle vorgenommen werden (z. B. Ärger regulieren, indem man einer streitauslösenden Situation aus dem Weg geht). Eine zweite Möglichkeit besteht darin, durch aktives Eingreifen den auslösenden Stimulus zu verändern (z. B. indem man sein Gegenüber bittet, im Streit auf Beleidigungen zu verzichten).

Kontingenzkontrolle

Ein wichtiger Unterschied zwischen Selbst- und Fremdverstärkung besteht darin, dass die Person bei der Selbstverstärkung selbst über die Vergabe einer Verhaltenskontingenz entscheidet (Solanto et al., 2008; Wiggins et al., 1999). Bramham et al. (2009) empfehlen beim Erstellen der Aufgabenlisten, gezielt für den Patienten angenehme Aktivitäten als Selbstbelohnungen einzuplanen. So kann die Motivationssteigerung bei der Durchführung langweiliger Aufgaben sowie das Durchhaltevermögen trainiert werden.

Zeitmanagement und Organisation

Zeitmanagement beschäftigt sich mit den Problemen, die eine hohe Anzahl von Aufgaben, Terminen usw. mit sich bringen, wenn die zur Verfügung stehende Zeit begrenzt ist. Die Techniken stammen meist aus dem Bereich der Or-

ganisationspsychologie. Die Idee dahinter ist folgende: man kann zwar keinen Einfluss auf die Zeit nehmen, aber man kann die eigene Person und die Arbeitsumgebung besser managen und somit Zeit gewinnen. Auf die Anwendung der Techniken im Zeitmanagement bei ADHS wird in den 12 Originalartikeln und in allen vier veröffentlichten Manualen hingewiesen. Ein Überblick über die Techniken zum Zeitmanagement und zur Organisation wird nachfolgend gegeben:

Mindmap

Eine der Methoden, die einen Überblick über Aufgaben, Mittel und Wege beim Erledigen der Aufgaben zu gewinnen hilft, ist Mindmap. Im Manual von Safren et al. (2009) wird diese Methode sowohl für das Verschaffen eines Überblicks als auch für das Setzen der Prioritäten zwischen konkurrierenden Aufgaben empfohlen. Ausgehend vom Hauptthema wird gemeinsam mit einem Patienten auf einem leeren DIN A4-Blatt Schritt für Schritt eine Gedankenkarte hergestellt, die einen Zusammenhang zwischen dem Hauptthema (z. B. Tagesplan), mehreren Unterthemen (z. B. Bad putzen) und nahe liegenden Handlungsschritten (z. B. Badreiniger besorgen) aufzeigt.

Prioritäten setzen

Eine Prioritätenliste soll dazu verhelfen, eine Entscheidung zu treffen, welche der verschiedenen Aufgaben, die im gleichen Zeitraum bewältigt werden sollten, Vorrang hat. In der Literatur für die Behandlung von ADHS findet sich eine Reihe von spezifischen Vorgehensweisen, die die Fähigkeit zum Setzen von Prioritäten schult.

Im Manual von Safren et al. (2009) wird beispielsweise das ABC-System zum Setzen von Prioritäten empfohlen. Alle Aufgaben werden mittels Analyse nach zwei Kriterien (Dringlichkeit und Wichtigkeit für das Erreichen der Ziele) in die drei Kategorien ABC eingeteilt. «A-Aufgaben» haben größte Dringlichkeit und Wichtigkeit in Bezug auf das Ziel, haben daher eine hohe Priorität. «B-Aufgaben» sind weniger wichtig und von mittlerer Bedeutung für das Erreichen der Ziele. «C-Aufgaben» sind die Aufgaben mit der geringsten Bedeutung und können irgendwann erledigt oder ersatzlos gestrichen werden.

Salamitaktik

Große unüberschaubare Aufgaben werden nach dem «Teile und Herrsche»-Prinzip in kleine überschaubare Schritte zerteilt. Hesslinger et al. (2004) geben in ihrem Manual zur Erklärung der Salamitechnik eine bildhafte Vorstellung zum Verzehr von einer «dicken, langen Salami», die man vor dem genussvollen Verzehr zuerst in dünne Scheiben schneiden muss.

To-Do-Listen

Eine To-Do-Liste ist eine der Plantechniken, in der die zu erledigenden Sachen schriftlich eingetragen werden, welche in einem bestimmten Zeitraum (z. B. Tages- oder Wochenplan) erledigt werden sollen. Nach Young und Bramham (2007) gehören in eine To-Do-Liste auch geplante positive Aktivitäten, weil die Motivation sinkt, wenn in einer To-Do-Liste nur entweder als «langweilig» empfundene oder Pflichtaktivitäten eingetragen sind. Das Führen der To-Do-Liste schult nicht nur organisatorische Fähigkeiten der Patienten, sondern vermittelt gleichzeitig ein Gefühl der Kontrolle über die Situation, da gerade ADHS-Patienten sich schnell unter Belastung in die Ecke gedrängt fühlen. Das tägliche Abhaken der erledigten Aufgaben kann nicht nur als Erfolgskontrolle dienen, sondern wirkt sich auch sehr motivierend auf das weitere Führen der Liste und auf das Selbstwertgefühl insgesamt aus.

Zeitplanbuch

Die Wochen-, Monats- und Jahresplanung kann auch in einem Zeitplanbuch (Agenda) geführt werden. Ein Zeitplanbuch existiert in Papier- oder in einer elektronischen Form. Es wird mit dem Patienten besprochen, wie ein Zeitplanbuch am besten aussieht. Man geht bei der Planung von den Zielen aus, die man sich im Zeitplanbuch setzt und geht zu den zu erledigenden Aufgaben. Nach Safren et al. (2009) erfüllt ein Zeitplanbuch verschiedene Funktionen: Ein Zeitplanbuch kann einen besseren Überblick über Aufgaben und deren Erledigung ermöglichen und helfen, Ideen, Projekte und Ziele zu skizzieren und an einem Ort festzuhalten.

Organisation von Arbeitsplatz und Umgebung

Die Organisation des Arbeitsplatzes ist ein relevantes Thema für ADHS-Patienten, da sie besonders empfindlich auf visuelle, auditive und taktile Reize reagieren. Daher ist es besonders wichtig, durch Exploration herauszufinden, für welche Art der Ablenkung der Patient vulnerabel ist, um danach gemeinsam mit dem Patienten an einer ihm angepassten Strategie für die Gestaltung der Umgebung zu arbeiten (Ramsay & Rostain, 2008). Young und Bramham (2007) empfehlen bereits bei der Wahl des Arbeitsortes darauf zu achten, dass zum Beispiel der Blick vom Arbeitsplatz aus möglichst in den Raum gerichtet ist.

Ablagesystem für Post

Im Manual von Safren et al. (2009) finden sich zahlreiche Strategien, die auf die Erarbeitung von Ordnungssystemen für die private Verwaltung abzielen. So werden mehrere Schritte beschrieben, die notwendig sind, ein gefestigtes

Ablagesystem zum Beispiel für die Post zu etablieren. Als erster Schritt wird empfohlen, einen Ort in der Wohnung als definitiven Aufbewahrungs- und Bearbeitungsplatz auszuwählen. Alle dazu notwendigen Bedarfsgegenstände (z. B. Stifte) sollen auf einem vom Patienten definierten Platz aufbewahrt werden. Für die Bearbeitung der Post und Rechnungen wird ausreichend Zeit (zwei bis drei Zeitpunkte pro Woche) bestimmt und in ein Zeitplanbuch eingetragen.

Ablagesystem für Unterlagen

Mit dieser Technik wird angestrebt, Unterlagen zu organisieren. Zuerst werden vergangene und aktuelle Erfahrungen mit der Anwendung des Ablagesystems für Unterlagen exploriert. Danach werden Arbeitsschritte zur Etablierung eines einfachen Ablagesystems vorgenommen. Zuerst wird der Ort definiert, an dem die Dinge aufbewahrt werden sollen (z. B. Aktenschubladen). Weiterhin werden notwendige Bedarfsgegenstände zur Organisation gekauft (z. B. Aktenordner und Register). Im nächsten Schritt werden sowohl Hauptkategorien (z. B. Versicherung) als auch Unterkategorien (z. B. Lebensversicherung) festgelegt. Für die Ablage wird ein fester Zeitpunkt pro Woche im Zeitplanbuch eingetragen.

Techniken der Emotionsregulation

Innerhalb der Psychotherapie hat Linehan (1996a,b) das differenzierteste Konzept eines Emotionsregulationstrainings erarbeitet. Sie geht davon aus, dass neben einer biologisch determinierten Schwäche der Emotionsregulation besonders Borderline-Patienten in ihrer kindlichen Lerngeschichte als Copingstrategie das Nichtwahrnehmen primärer Gefühle erworben haben; teils dadurch, dass andere, sekundäre Gefühle an ihre Stelle treten.

Von Hesslinger et al. (2002, 2004) wird direkt darauf hingewiesen, dass emotionsregulierende Techniken in Anlehnung an Linehan eingesetzt werden. In fünf weiteren Artikeln wird darauf hingewiesen, dass Ärger und Frustrationsmanagement Themen für die Behandlung der ADHS sind. Die in den Studien eingesetzten Methoden werden jedoch nicht explizit beschrieben. In allen vier Manualen werden die Methoden zur Emotionsregulation vorgestellt.

Gefühle identifizieren und benennen

Alle auftretenden Gefühle werden hinsichtlich ihrer situativen Einbettung und ihrer Auswirkungen auf Gedanken und Handlungen beobachtet und besprochen. So sollen nach Hesslinger et al. (2004) individuell für jeden Teilnehmer während der Sitzung die körperlichen Reaktionen auf bestimmte Gefühlszustände erarbeitet werden. Viele Men-

schon mit ADHS können schnell Rückschlüsse von ihren Körperreaktionen auf ihren Gefühlszustand ziehen.

Die Verwundbarkeit gegenüber schmerzlichen Gefühlen verringern und Techniken der Stresstoleranz anwenden

Alles, was die körperliche Gesundheit und Widerstandskraft mindert, wird verändert (z. B. körperliche Krankheiten werden behandelt). Deshalb führt Stressreduktion allgemein in physischer (Schlaf, Ernährung, Alkoholabstinenz) und psychischer Hinsicht (belastende Lebensumstände) zu einer Besserung der Emotionsregulation. Durch Abbau von Stress, Etablierung einer festen Tagesstruktur, Schlaf und sportliche Betätigung kann die Verwundbarkeit der ADHS-Patienten vermindert werden. Im Manual von Hesslinger et al. (2004) wird die Bedeutung von Sport im Rahmen der Stressregulation ausdrücklich betont, da sich ADHS-Patienten einerseits durch ihre maladaptiven Copingstrategien wie zum Beispiel Aufschieben von Aufgaben vermehrt Stressoren aussetzen und andererseits häufig dysfunktionale Methoden der Spannungsregulation (z. B. süchtiges Verhalten) zeigen.

Den aktuellen Gefühlen entgegengesetzt handeln

Gefühle werden gelöscht, wenn sie nicht mehr durch die positiven Konsequenzen der zu ihnen gehörenden Handlungskomponenten verstärkt werden (Linehan, 1996b). So empfehlen Hesslinger et al. (2004) in ihrem Manual gemeinsam in der Gruppe im Rahmen der Gefühlskontrolle entgegen dem Gefühl zu handeln (z. B. nett zu denen sein, auf die man wütend ist).

Die Achtsamkeit für gegenwärtige Gefühle steigern

Der bewusste steuernde Umgang mit Gefühlen kann durch achtsame Gefühlserfahrungen erfolgen. Dabei ist zum einen die Akzeptanz des Gefühls («Verurteile dein Gefühl nicht») wichtig, zum anderen eine bestimmte innere Haltung dem Gefühl gegenüber («Ich bin nicht ein Gefühl, ich habe ein Gefühl»). Im Manual von Hesslinger et al. (2004) werden Achtsamkeitsübungen bereits ab der zweiten Sitzung eingeführt. Die nachfolgenden Sitzungen werden so gestaltet, dass am Anfang der neuen Sitzung mit einer Achtsamkeitsübung und darauf folgendem Erfahrungsaustausch bezüglich Erfahrungen zu Hause begonnen wird.

Fazit und Perspektive

Es ist heute unbestritten, dass ADHS im Erwachsenenalter medikamentös und psychotherapeutisch behandelbar ist

(sog. multimodale Therapie). Bereiche, in denen psychotherapeutische Interventionen zur Anwendung kommen, sind Aufmerksamkeit und Vergesslichkeit, Impulsivität und Hyperaktivität, Desorganisation, dysfunktionale Kognitionen, Gefühlsregulation, Stresstoleranz, Selbstwertgefühl, soziale Beziehungen und Umgang mit Komorbiditäten (vgl. hierzu Stieglitz, Elsässer et al., im Druck). Psychoedukation ist ein wichtiger Baustein der Therapie und stellt eine Grundlage der nachfolgenden Psychotherapie dar. Aufgrund der bisherigen Datenlage werden bekannte kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen erfolgreich in mehreren der genannten Bereiche eingesetzt, die sowohl auf die ADHS-Kernsymptomatik als auch auf assoziierte Symptome (z. B. niedriger Selbstwert) und Komorbiditäten (z. B. Depression) abzielen. Achtsamkeit wird als eine Methode zur ADHS-Behandlung eingesetzt, welche entweder über mehrere Sitzungen parallel zu anderen Techniken oder als Monomethode verwendet wird. Andere Techniken (z. B. für Zeitmanagement und Planen) sind eher für die Anwendung in einem Bereich konzipiert und kommen zum Einsatz, wenn der Fokus therapeutischer Interventionen grundsätzlich auf diesen Bereich gerichtet wird.

Allgemein gilt, dass viele etablierte kognitiv-behaviorale Techniken auch in der Behandlung der ADHS Anwendung finden, zum Teil modifiziert im Hinblick auf die spezifische ADHS-Symptomatik. Vorliegende Manuale können Hilfestellung bei der Auswahl einzelner Techniken geben. Aufgrund der teilweise sehr unterschiedlichen Symptomatik bzw. dadurch betroffener Bereiche scheinen modular aufgebaute Programme besonders hilfreich. Trotz großer Fortschritte im Bereich der psychotherapeutischen Behandlung bei ADHS-Patienten im Erwachsenenalter sind weitere Forschungsanstrengungen notwendig, wobei nachfolgende Aspekte berücksichtigt werden sollten (Stieglitz, Elsässer et al., im Druck):

- Weitere randomisierte, kontrollierte Studien sind dringend notwendig.
- Dabei sollte es auch um Unterschiede in der Wirksamkeit von Einzel- vs. Gruppentherapie gehen.
- Ebenso gilt es, den Stellenwert und die Relevanz einzelner therapeutischer Strategien und Techniken zu prüfen.
- Auch die Klärung von therapeutischen Rahmenbedingungen (u. a. Dauer und Beginn der Psychotherapie) ist notwendig.
- Vergleichsstudien mit anderen eher psychologisch orientierten Programmen (z. B. rein psychoedukative Programme, Coachingansätze) stehen ebenfalls noch aus.

Literatur

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

- Angenendt, J. & Stieglitz, R.-D. (2002). Psychoedukation, Patientenratgeber und Selbsthilfemanuale. In H.J. Freyberger, W. Schneider & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Kompendium Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin* (S. 316–324). Basel: Karger.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C. S. & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 546–557.
- Barkley, R. & Gordon, M. (2002). Research on comorbidity, adaptive functioning, and cognitive impairments in adults with ADHD: Implications for a clinical practice. In S. Goldstein & A. Teeter Ellison (Eds.), *Clinician's guide to adult ADHD: Assessment and intervention* (pp. 43–69). New York: Academic Press.
- Barkley, R. A., Murphy, K. R. & Fischer, M. (2008). *ADHD in adults. What science says*. New York: Guilford.
- [wird nicht zitiert]Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1996). *Kognitive Therapie der Depression*. Weinheim: Psychologie.
- Bramham, J., Young, S., Bickerdike, A., Spain, D., McCartan, D. & Xenitidis, K. (2009). Evaluation of group cognitive behavioral therapy for adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 12, 434–441.
- Denckla, M. B. (1996). Biological correlates of learning and attention: What is relevant to learning disability and attention-deficit hyperactivity disorder? *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 17, 114–119.
- D' Zurilla, T. J. & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107–126.
- Hautzinger, M. (2005). Selbstbeobachtung. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie-Manual* (5. Aufl., S. 249–252). Berlin: Springer.
- Hesslinger, B., Philipsen, A. & Richter, H. (2004). *Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Hesslinger, B., Tebartz van Elst, L., Nyberg, E., Dykieriek, P., Richter, H., Berner, M. et al. (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.
- Kanfer, F. H. & Saslow, G. (1969). Behavioral analysis: An alternative to diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry*, 12, 529–538.
- Kessler, R. C., Adler, L. A., Barkley, R. A., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O. et al. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the national comorbidity survey replication. *American Journal of Psychiatry*, 163, 716–723.
- Kiresuk, T. J. & Sherman, R. E. (1968). Goal Attainment Scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4, 443–453.
- Kordon, A. & Hofecker Fallahpour, M. (2006). Pharmakotherapie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54, 99–110.
- Krause, J. & Krause, K. H. (2005). *ADHS im Erwachsenenalter. Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Lauth, G. W. & Raven, H. (2009). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hy-

- peraktivitätsstörungen (ADHS) im Erwachsenenalter. *Psychotherapeutenjournal*, 1, 17–30.
- Linden, M. & Hautzinger, M. (2005). *Verhaltenstherapie-Manual* (5. Aufl.). Berlin: Springer.
- Linehan, M. (1996a). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Linehan, M. (1996b). *Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Mannuzza, S., Klein, R. G., Bessler, A., Malloy, P. & Lapadula, M. (1993). Adult outcome of hyperactive boys. Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 50, 565–567.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum.
- Murphy, K. R. & Barkley, R. (1996). Prevalence of DSM-IV symptoms of ADHD in adult licensed drivers: Implications for clinical diagnosis. *Journal of Attention Disorders*, 1, 147–161.
- Nyberg, E. & Stieglitz, R.-D. (2006). Psychotherapie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54, 111–121.
- Petermann, F. & Toussaint, A. (2009). Neuropsychologische Diagnostik bei Kindern mit ADHS. *Kindheit und Entwicklung*, 18, 83–94.
- Ramsay, J. R. & Rostain, A. L. (2008). *Cognitive-behavioral therapy for adult ADHD: An integrative psychosocial and medical approach*. Routledge: Chapman & Hall.
- Rösler, M. & Retz, W. (2006). Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54, 77–86.
- Rostain, A. L. & Ramsay, J. R. (2006). A combined treatment approach for adults with ADHD – Results of an open study of 43 patients. *Journal of Attention Disorders*, 2, 150–159.
- Safren, S. A., Otto, M. W., Sprich, S., Winett, C. L., Wilens, T. E. & Biederman, J. (2005). 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. (2009). *Kognitive Verhaltenstherapie der ADHS des Erwachsenenalters*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schmidt, S., Brücher, K. & Petermann, F. (2006). Komorbidität der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter. Perspektiven für die Diagnostik mit dem Screeningverfahren BAS-E. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54, 123–132.
- Schmidt, S. & Petermann, F. (2008). Entwicklungspsychopathologie der ADHS. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56, 265–274.
- Schmidt, S., Waldmann, H.-C., Petermann, F. & Brähler, E. (2010). Wie stark sind Erwachsene mit ADHS und komorbiden Störungen in ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität beeinträchtigt? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58, XXXX.
- Solanto, M. V., Marks, D. J., Wasserstein, J. & Kofman, M. D. (2008). Development of a new psychosocial treatment for adult ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 6, 728–736.
- Stevenson, C. S., Stevenson, R. J. & Whimont, 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. J. (2002). A cognitive remediation programme for adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 610–616.
- Stieglitz, R.-D., Elsässer, M. & Nyberg, E. (im Druck). Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter. In M. Rösler, A. von Gontard, W. Retz & C. M. Freitag (Hrsg.), *Diagnose und Therapie der ADHS*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Stieglitz, R.-D., Nyberg, E. & Hofecker, M. (im Druck). *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)*. Göttingen: Hogrefe.
- Stieglitz, R.-D. & Rösler, M. (2006). Diagnostik der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54, 87–98.
- Stieglitz, R.-D. & Volz, H.-P. (2007). *Komorbidität bei psychischen Störungen*. Bremen: Unimed.
- Virta, M., Vedenpää, A., Grönross, N., Chydenius, E., Partinen, M., Vataja, R. et al. (2008). Adults with ADHD benefit from cognitive-behaviorally oriented group rehabilitation. *Journal of Attention Disorders*, 3, 218–226.
- Weiss, M. & Hechtman, L. (2006). A randomized double-blind trial of paroxetine and/or dextroamphetamine and problem-focused therapy for attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 611–619.
- Wiggins, D., Singh, K., Getz, H. G. & Hutchins, D. E. (1999). Effects of brief group intervention for adults with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Mental Health Counseling*, 21, 82–92.
- Wilens, T. E., McDermott, S. P., Biederman, J., Abrantes, A., Hahesy, A. & Spencer, T. (1999). Cognitive therapy in the treatment of adults with ADHD. A systematic chart review of 26 cases. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13, 215–226.
- Young, S. & Bramham, J. (2007). *ADHD in adults: A psychological guide to practice*. Chichester: Wiley.
- Zylowska, L., Ackerman, D. L., Yang, M. H., Futrell, J. L., Horton, N. L., Hale, T. S. et al. (2008). Mindfulness meditation training in adults and adolescents with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 6, 737–746.

Prof. Dr. rer. nat. Rolf-Dieter Stieglitz, Dipl.-Psych.

Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel
 Psychiatrische Poliklinik
 Petersgraben 4
 CH-4003 Basel
 E-Mail: rstieglitz@uhbs.ch

43. Jahrgang / Heft 1 / 2014

Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie

1/14

www.hogrefe.de/zeitschriften/zkp

Herausgeber:

Brunna Tuschen-Caffier

Alexander L. Gerlach · Jürgen Hoyer · Tina In-Albon

Gudrun Sartory · Ulrich Stangier

HOGREFE



Inhalt

Originalia	Ruf-Leuschner, M., Roth, M. & Schauer, M.: Traumatisierte Mütter – traumatisierte Kinder? Eine Untersuchung des transgenerationalen Zusammenhangs von Gewalterfahrungen und Traumafolgestörungen in Flüchtlingsfamilien <i>Traumatized mothers – traumatized children? Transgenerational trauma exposure and trauma sequelae in refugee families</i>	1
	Rojas, R., Geissner, E. & Hautzinger, M.: Kognitive Reaktivität und Stressbelastung als Prädiktoren eines Rezidivs bei remittiert depressiven Personen <i>Cognitive reactivity and stressful life events as predictors of relapse in remitted depressed persons</i>	17
	Wojdylo, K., Baumann, N., Kuhl, J. & Horstmann, J.: Selbstregulation von Emotionen als Schutzfaktor gegen gesundheitliche Auswirkungen von Mobbing <i>Self-regulation as a buffer against the health effects of bullying</i>	27
	Lange, S. & Tröster, H.: Strategien der Emotionsregulation bei sozial ängstlichen Kindern und Jugendlichen <i>Strategies for emotion regulation in children and adolescents with social anxiety disorder</i>	35
	Elsässer, M., Newark, P. E. & Stieglitz, R.-D.: Selbstregulation, Lageorientierung und Aufmerksamkeit bei erwachsenen ADHS-Patienten <i>Self-regulation and state orientation in adults with Attention-Deficit/Hyperactivity disorder</i>	43
Schienze, A. & Heric, A.: Eine Skala zur Erfassung der Ekelsensitivität bei Kindern (SEEK) <i>A scale for the assessment of disgust sensitivity in children</i>	53	

Buchbesprechungen	Fischer, S. & Schmid, M.: Besprechung von: Sack, M., Sachsse, U. & Schellong, J. (2013). Komplexe Traumafolgestörungen	61
	Horn, A. B.: Besprechung von: Ehring, T. & Ehlers, A. (2012). Ratgeber Trauma und Posttraumatische Belastungsstörung	62
	Neumann, K.: Besprechung von: Fuchs, R. & Schlicht, W. (Hrsg.). (2012). Seelische Gesundheit und sportliche Aktivität	62

Klinische Untersuchungsverfahren	Bohus, M.: Besprechung von: Zerssen, D. von & Petermann, F. (2012). Der Münchner Persönlichkeitstest (MPT) zur Erfassung der präorbiden Persönlichkeit bei Personen mit psychischen Störungen	64
---	---	----

Nachrichten	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V	67
	GwG Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V	68
	Sektion Klinische Psychologie im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP)	70
	Veranstaltungen und Ankündigungen	73

Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie

Ihr Artikel wurde in einer Zeitschrift des Hogrefe Verlages veröffentlicht. Dieser e-Sonderdruck wird ausschließlich für den persönlichen Gebrauch der Autoren zur Verfügung gestellt. Eine Hinterlegung auf einer persönlichen oder institutionellen Webseite oder einem sog. „Dokumentenserver“ bzw. institutionellen oder disziplinären Repository ist nicht gestattet.

Falls Sie den Artikel auf einer persönlichen oder institutionellen Webseite oder einem sog. Dokumentenserver bzw. institutionellen oder disziplinären Repository hinterlegen wollen, verwenden Sie bitte dazu ein „pre-print“ oder ein „post-print“ der Manuskriptfassung nach den Richtlinien der Publikationsfreigabe für Ihren Artikel bzw. den „Online-Rechte für Zeitschriftenbeiträge (www.hogrefe.de/zeitschriften).

Selbstregulation, Lageorientierung und Aufmerksamkeit bei erwachsenen ADHS-Patienten

Marina Elsässer, Patricia Elizabeth Newark und Rolf-Dieter Stieglitz

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

Zusammenfassung. Einleitung: Es wurden Selbststeuerungskompetenzen und der Einfluss der Unaufmerksamkeit auf die Selbststeuerung bei Erwachsenen mit einer Aufmerksamkeits-Defizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) untersucht. **Methode:** Erwachsene mit ADHS und gesunde Kontrollen füllten die Kurzversion des Selbststeuerungs-Inventars (SSI-K) und den Fragebogen zur Messung der Handlungskontrolle (HAKEMP 90) aus. Die Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit wurden bei den ADHS-Patienten mittels entsprechenden Subskalen aus dem ADHS-Selbstbeurteilungsbogen (ADHS-SB) und den Conners Adult ADHD Rating Scales (CAARS-R) erfasst. Mittels Kovarianzanalyse wurden Gruppenunterschiede in der Selbststeuerung zwischen ADHS-Patienten und Kontrollpersonen untersucht. Als nächster Schritt wurde der Zusammenhang zwischen Selbststeuerung und Unaufmerksamkeit bei ADHS-Patienten anhand einer einfachen linearen Regression überprüft. **Ergebnisse und Schlussfolgerung:** Erwachsene mit ADHS zeichnen sich durch eine geringe Selbstmotivation, eine stärkere Hemmung der willentlichen Prozesse in Form von Willenshemmung und Selbsthemmung, sowie einer Disposition zur Lageorientierung aus. Die Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit bei der ADHS-Gruppe scheint die Willenshemmung zu begünstigen.

Schlüsselwörter: ADHS, Selbststeuerung, Lageorientierung, Aufmerksamkeit

Self-regulation and state orientation in adults with Attention-Deficit/Hyperactivity disorder

Abstract. Background: We investigated the capacity for self-regulation and the influence of attention on the self-regulation abilities in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). **Method:** Adults with ADHD and healthy control subjects filled in a short version of a self-regulation inventory (Selbststeuerungs-Inventar, SSI-K) and a questionnaire for the evaluation of activity control (Handlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und Prospektiv, HAKEMP 90). Adverse effects on attention in ADHD patients were investigated by employing the corresponding self-judgment subscales of the ADHD-SB and the Conners' Adult ADHD Rating Scales (CAARS-R). To analyse the data, analyses of covariance and a simple regression were also conducted. **Results and conclusion:** Our results reveal that adults with ADHD exhibit an impaired capacity for self-motivation and show stronger inhibition of the volitional processes as well as a tendency for state orientation. The impairment of attention in the ADHD group seems mainly related to the inhibition of will.

Key words: ADHD, self-regulation, state orientation, attention

ADHS beginnt in der Kindheit und persistiert ins Erwachsenenalter, wobei vor allem im Bereich der Unaufmerksamkeit relativ geringe Verbesserungen über die Jahre zu finden sind (Biedermann, Mick & Faraone, 2000). Neben der Kernsymptomatik (Aufmerksamkeitsdefizit, Hyperaktivität, Impulsivität) geht das klinische Bild einer ADHS im Erwachsenenalter häufig mit Störungen im Bereich der exekutiven Funktionen (EF) einher (Krause & Krause, 2009). ADHS-Patienten unterscheiden sich von unauffälligen Personen sowohl bezüglich der Ausbildung der exekutiven Funktionen in den Bereichen Aufmerksamkeitskontrolle, Verhaltensinhibition und Arbeitsgedächtnis (Hervey, Epstein & Curry, 2004), als auch bezüglich emotional-motivationaler EF wie niedriger Frustrationstoleranz, Wutausbrüchen, emotionaler Impulsivität, Stimmungsstabilität (Surman,

Biedermann, Spencer & Miller, 2013 und mangelnder Kompetenzen in Motivation (Sonuga-Barke, 2002). Bramham und Kollegen (2009) untersuchten EF bei ADHS-Patienten und Patienten mit autistischen Störungen im Vergleich zu gesunden Probanden und bemerkten, dass ADHS-Patienten ausgeprägte Schwierigkeiten bei der Antwortinhibition sowie einen spezifischen Planungsstil haben. Die ADHS-Patienten planen kürzer vor der Ausführung, aber verstärkt fortlaufend während der Ausführung einer Aufgabe im Vergleich zu gesunden Probanden. Aufgrund aversiv erlebtem Aufschub von Belohnungen ziehen ADHS-Patienten unter Umständen bei der Wahl zwischen unmittelbaren kleinen Belohnungen und verzögerten grösseren Belohnungen bzw. Handlungsschritten die zeitlich näher liegende vor (Sonuga-Barke, 2002). Als hinderlich beim Problemlösen

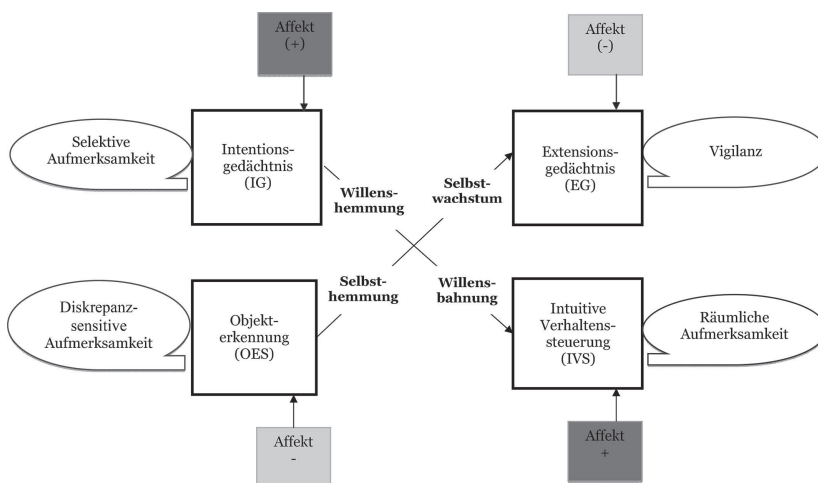


Abbildung 1. Schematische Darstellung der Theorie der Persönlichkeits-System-Interaktionen (Kuhl, 2001).

werden von Kordon und Kahl (2004) vor allem Schwierigkeiten von ADHS-Patienten gesehen, in schwierigen Situationen einen Überblick zu gewinnen, alternative Lösungen zu entwickeln (kognitive Impulsivität) und die Unfähigkeit Gedankenspiralen zu entkommen (kognitive Zwanghaftigkeit).

Gerade in schwierigen Situationen ist es wichtig, handlungsfähig zu bleiben und vorgenommene Handlungen trotz Widerständen auszuführen. Im Konstrukt der Handlungs- vs. Lageorientierung von Kuhl (1983) werden drei Prozesse angenommen, die für die Ausführung einer geplanten Handlung wesentlich sind: Aufmerksamkeit selektiv auf handlungsrelevante Inhalte zu richten, irrelevante Informationen zu ignorieren und handlungsfördernde Affekte zu aktivieren. Während es handlungsorientierten Personen gelingt, auch in Stresssituationen auf ihrem Kurs zu bleiben, kommt es bei den Lageorientierten zu einer Lähmung des gewollten Handelns. *Zwei Formen der Lageorientierung* werden in der Literatur beschrieben (Kuhl, 1983): Die Lageorientierung nach Misserfolg und die prospektive Lageorientierung. *Lageorientierte nach Misserfolg* haben Schwierigkeiten, die durch den Misserfolg ausgelösten negativen Emotionen zu regulieren. *Prospektiv Lageorientierte* haben Mühe, die in Belastungssituationen entstandene Hemmung von positiven Affekten aufzuheben und weisen Defizite in der Selbstmotivierung auf. Es wird vermutet, dass ADHS-Patienten deshalb Mühe mit der Ausführung von eigentlich gewollten Handlungen haben. Ebenfalls wird vermutet, dass Unaufmerksamkeit einen Einstieg in lageorientierte Zustände begünstigt. Als theoretische Grundlage wurde hier die Theorie der Persönlichkeits-System-Interaktionen nach Kuhl (2000, 2001) gewählt.

Theorie der Persönlichkeits-System-Interaktionen (PSI-Theorie, Kuhl, 2000, 2001)

Die Theorie beschreibt Interaktionen zwischen vier psychischen Systemen, die für die Umsetzung von komplexen Handlungsabsichten von Bedeutung sind (Abb. 1):

Dem *Intensionsgedächtnis (IG)*, welches für die Repräsentation und Aufrechterhaltung von Absichten zuständig ist; 2. Dem *intuitiven Verhaltenssteuerungssystem (IVS)*, welches für die Ausführung automatisierter Handlungsabläufe zuständig ist; 3. Dem *Extensionsgedächtnis (EG)*, in dem alle Lebenserfahrungen, Werte sowie Selbstrepräsentationen archiviert sind; 4. dem *Objekterkennungssystem (OES)*, welches das bewusste Registrieren einzelner Sinnesindrücke ermöglicht. Jedes dieser vier psychischen Systeme ist mit einem eigenen Aufmerksamkeitsystem verbunden, welches für Signalverstärkung in der Innen- und Aussenwelt zuständig ist (Kuhl, 2001).

Diese vier psychischen Systeme kommunizieren mittels Basisaffekten miteinander (Kuhl, 2001). Für die Umsetzung von gewollten Absichten spielt die Verbindung zwischen dem Intensionsgedächtnis und dem intuitiven Verhaltenssteuerungssystem eine wichtige Rolle. Die Konfrontation mit schwierigen Aufgaben führt zur Hemmung von positiven Affekten und hemmt die Kommunikation zwischen dem Intensionsgedächtnis und dem intuitiven Verhaltenssteuerungssystem (*Willenshemmung*). Die Aufhebung der entstandenen Willenshemmung benötigt einen positiven Affekt, der durch das Lösen des Problems mittels Selbst- oder Fremdermutigung zustande kommen kann. Wenn externe Reize oder Instruktionen abgespeicherte Verhaltensroutinen in Verhaltenssteuerungssystem ansprechen, dann kann dies zu Impulsivität und einer Fremdsteuerbarkeit des Verhaltens führen.

Ein Misserfolg löst einen negativen Affekt aus und führt damit zur Hemmung der Verbindung zwischen Ex-

tensionsgedächtnis und dem Objekterkennungssystem (*Selbsthemmung*). Die Herabregulierung des negativen Affekts durch z. B. Selbst- oder Fremdberberuhigung, stellt den Zugang zum Extensionsgedächtnis wieder her.

Die Kommunikation zwischen den vier psychischen Systemen kann vorübergehend beeinträchtigt werden, wenn affektregulatorische Kompetenzen einer Person den situativen Anforderungen nicht genügen (Kuhl, 2006).

Ziel dieser Untersuchung ist es, Selbststeuerungsprozesse und Einflüsse von Unaufmerksamkeit auf Selbststeuerungsprozesse bei erwachsenen ADHS-Patienten mit gesunden Kontrollen zu vergleichen. Aus den theoretischen Hintergründen und bisherigen empirischen Befunden wurden folgende Hypothesen abgeleitet, die in der vorliegenden Studie überprüft werden sollen:

1. Im Vergleich zu gesunden Kontrollen zeigen erwachsene ADHS-Patienten:
 - a.) stärkere Beeinträchtigungen in Selbststeuerungskompetenzen wie Selbstregulation, Willenshemmung und Selbsthemmung.
 - b.) eine höhere Disposition zur Lageorientierung.
2. Im Vergleich zu erwachsenen ADHS-Patienten mit niedriger Unaufmerksamkeit zeigen erwachsene ADHS-Patienten mit hoher Unaufmerksamkeit:
 - a.) mehr Volitions- und Willenshemmung in Form von Willenshemmung und Selbsthemmung.
 - b.) eine höhere Disposition zur Lageorientierung.

Methoden

Stichprobe

In die Studie wurden 43 erwachsene ADHS-Patienten (25 Männer; 18 Frauen) und 43 gesunde Erwachsene (25 Männer; 18 Frauen) im Alter zwischen 19 und 60 Jahren eingeschlossen. Die Testgruppe bestand aus ADHS-Patienten, welche die ADHS-Sprechstunde der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel aufsuchten. Die Diagnose einer adulten ADHS nach DSM-IV Kriterien (American Psychiatric Association, 2000) wurde anhand von Fremd- und Selbstbeurteilungsinstrumenten einschliesslich anamnesterischer Angaben durch einen erfahrenen Kliniker gestellt (eine genaue Beschreibung der verwendeten diagnostischen Verfahren in der ADHS-Sprechstunde in Basel findet sich bei Buchli-Kammermann, Corbisiero & Stieglitz, 2011). Alle ADHS-Patienten erfüllten die Kriterien für eine ADHS des kombinierten Typus. Als nächster Schritt wurde eine Kontrollgruppe aus 43 gesunden Erwachsenen gebildet.

Die Rekrutierung der gesunden Kontrollen erfolgte im beruflichen und privaten Umfeld. Die Fragebögen der

gesunden Kontrollen wurden vollständig zu Hause ausgefüllt. Die ADHS-Kriterien der Kontrollgruppe wurden mittels Screeningverfahren der World Health Organisation (WHO) – die Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) (Adler, Spencer & Faraone, 2006) – überprüft. Das Screening mit 18 Items dient zur Erfassung der aktuellen Kernsymptomatik der ADHS nach DSM-IV. Es gab keine Hinweise auf mögliche ADHS im Erwachsenenalter. Durch Parallelisierung hinsichtlich der Variablen Alter und Geschlecht wurde eine Homogenität zur Testgruppe erzielt: ADHS-Patienten und gesunde Kontrollen wiesen dasselbe Geschlecht und Alter auf.

Tabelle 1 fasst die soziodemographischen Merkmale der untersuchten Patienten und gesunden Kontrollen zusammen.

Es gab keine signifikanten Gruppenunterschiede in Bezug auf Alter ($p = .894$), Geschlecht ($p = 1.000$) oder Familienstand ($p = .891$). Es zeigten sich jedoch statistisch signifikante Gruppenunterschiede bezüglich Bildungsdauer ($p < .001$), höchstem Bildungsabschluss ($p = .007$) und beruflichem Status ($p = .01$).

Die auf die Lebenszeit bezogene Komorbidität mit anderen Störungen wurde durch einen erfahrenen Kliniker nach DSM-IV Kriterien beurteilt und liess sich wie folgt beschreiben: 34.9% der untersuchten ADHS-Patienten litten in ihrem Leben an Major Depression, 20.95% an Substanzmissbrauch/-abhängigkeit, 18.7% an einer Angststörung und 2.3% an Essstörungen. In der Kontrollgruppe gaben 9.3% an, in der Vergangenheit an einer diagnostizierten psychiatrischen Störung gelitten zu haben. Aktuell lagen keine weiteren psychiatrischen Störungen vor.

Folgende Einschlusskriterien mussten erfüllt sein: a) männliche und weibliche Teilnehmer im Alter von 18 bis 60, b) eine positive ADHS Diagnose im Erwachsenenalter in der Testgruppe ohne Behandlung.

Messinstrumente

Selbststeuerungskompetenzen: Die Kurzversion des „Selbststeuerungs-Inventars“ (SSI-K, Kurzversion; Kuhl & Fuhrmann, 1998) wird zur Messung der volitionalen Kompetenz verwendet. Das SSI-K mit 56 Items ermittelt zudem, ob eine Person dazu neigt, in einem affektiven Zustand zu verweilen. Der Fragebogen besteht aus drei Hauptskalen: Selbstregulation, Selbstbeherrschung/Willenshemmung und Selbstdisziplin/Selbsthemmung. Jede Hauptskala enthält wiederum drei Unterskalen mit jeweils vier Items. Auf einer vierstufigen Likert-Skala (von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft ausgesprochen zu“) wird der Grad der Zustimmung mit der Aussage über Strategien zu Handlungsweisen (z. B. „Ich schiebe viele Dinge vor mir her“) angegeben.

Tabelle 1. Soziodemographische Angaben

	ADHS (N = 43)	Kontrollen (N = 43)	t-test/ χ^2	df	p
Alter					
Alter in Jahren: Mittelwert (SD)	34.3 (9.5)	34.6 (9.9)	t = -.13	84	.894
Alter in Jahren: Range	19-60	19-59			
Geschlecht					
Männer	25 (55.8%)	25 (55.8%)	$\chi^2 = .00$	1	1
Frauen	18 (44.2%)	18 (44.2%)			
Familienstand					
ledig	16 (37.2%)	17 (39.5%)	$\chi^2 = .23$	2	.891 .989 ^a
verheiratet/in einer Partnerschaft lebend	24 (55.8%)	24 (55.9%)			
geschieden/getrennt	3 (7.0%)	2 (4.6%)			
Bildungsdauer					
Bildung in Jahren: Mittelwert (SD)	10.4 (1.7)	12.2 (2.2)	t = - 4.29	84	.000**
Bildung in Jahren: Range	8-14	9-18			
Höchster Bildungsabschluss:					
Realabschluss (untere Stufe)	7 (16.3%)	-	$\chi^2 = 12.10$	3	.007** .021* ^a
Sekundarabschluss (mittlere Stufe)	13 (30.2%)	6 (14.0%)			
Lehrabschluss	8 (18.6%)	18 (41.9%)			
Matur	7 (16.3%)	8 (18.6%)			
Fachmittelschulabschluss	6 (14.0%)	7 (16.3%)			
Universitätsabschluss/Fachhochschulabschluss	2 (4.7%)	4 (9.2%)			
Aktueller beruflicher Status					
Vollzeit	16 (37.2%)	21 (48.9%)	$\chi^2 = 13.28$	4	.010* .061 ^a
Teilzeit	10 (23.3%)	12 (27.9%)			
arbeitslos	7 (16.3%)	1 (2.3%)			
in Ausbildung	4 (9.3%)	9 (20.9%)			
Rehabilitationsprogramm/Verrentung	6 (13.9%)	-			

Anmerkungen: * p < .05, ** p < .001, ^ap-Werte mit Yates' Korrektur.

Handlungsorientierung: Der Fragebogen „Handlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und prospektiv“ (Kuhl, 1990, 1994) wird zur Messung der Handlungskontrolle nach Misserfolgserlebnissen, bei der Tätigkeitsausführung sowie in Entscheidungs- und Handlungsplanungsprozessen eingesetzt. Der HAKEMP 90 erfasst mittels 36 Items, ob die Person über die Fähigkeit verfügt, aus einem affektiven Zustand „auszusteigen“, wobei ein Ausstiegswunsch vorausgesetzt wird. Da die vorliegende Arbeit darauf fokussiert, den Grad der Handlungskontrolle nach Misserfolgserlebnissen sowie in Entscheidungs- und Handlungsplanungsprozessen zu erfassen, werden hier nur zwei der drei Skalen „Handlungsorientierung nach

Misserfolg (HOM)“ und „Handlungsorientierung bei Handlungsplanung (HOP)“ berücksichtigt. Jede Skala umfasst 12 Situationsbeschreibungen mit jeweils einer lage- und einer handlungsorientierten Antwortalternative (z. B. „Wenn ich ein schwieriges Problem angehen will: a) kommt mir die Sache vorher wie ein Berg vor; b) überlege ich wie ich die Sache auf eine einigermaßen angenehme Weise hinter mich bringen kann“). Alle handlungsorientierten Items werden pro Versuchsperson aufsummiert. Die Werte für jede Skala reichen von 0 bis 12. Hohe Werte deuten auf Handlungsorientierung, niedrige Werte auf Lageorientierung hin.

Unaufmerksamkeit aus der Sicht der Fremdbeurteilung: Mittels der „Conners Adult ADHD Rating Scale“ (CAARS-R, Conners, Erhard & Sparrow, 1999) wird durch einen Experten die aktuelle ADHS-Symptomatik erfasst. Das Instrument besteht aus den beiden Subskalen Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität/Impulsivität, mit jeweils neun Items. Der Kliniker beurteilt auf einer dreistufigen Skala, inwieweit die ADHS-Symptomatik beim Patienten ausgeprägt ist. Die Skalenrohwerter ergeben sich als Summe der Itemwerte. Als Normen liegen T-Werte getrennt nach Geschlecht und Alter vor. Für die vorliegende Studie wird lediglich die Subskala „Unaufmerksamkeit“ verwendet.

Unaufmerksamkeit aus der Sicht der Selbstbeurteilung: Der ADHS-Selbstbeurteilungsbogen (ADHS-SB, Rösler, Retz, Retz-Junginger & Stieglitz, 2008) enthält ebenfalls insgesamt drei Subskalen (Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität) und vier zusätzliche Items, die das Alter bei Störungsbeginn und Beeinträchtigungen in Lebensbereichen erfragen. Die Subskala „Unaufmerksamkeit“ wird mittels neun Items erfasst. Jedes Kriterium kann nach seiner Ausprägung (0 = „trifft nicht zu“ bis 3 = „schwer ausgeprägt“) skaliert werden. Nur die Subskala „Unaufmerksamkeit“ findet in der vorliegenden Studie Gebrauch.

Datenanalyse

Die statistischen Analysen wurden mit SPSS 19 für Windows durchgeführt. Häufigkeitsunterschiede in soziodemographischen Merkmalen wurden mit dem χ^2 -Test mit Yates Korrektur überprüft. Signifikante Gruppenunterschiede ergaben sich für die drei Variablen „Bildungsdauer“ (gemessen in Anzahl der Schuljahre), „höchster Bildungsabschluss“ und „beruflicher Status“. Zwei im Anschluss durchgeführte Varianzanalysen bestätigten die Vermutung, dass sich Personen mit unterschiedlichem Bildungsabschluss bzw. beruflichen Status hinsichtlich der Variable „Bildungsdauer“ signifikant unterscheiden. Aufgrund des so nachgewiesenen Zusammenhangs zwischen den möglichen Kovariaten wurde für die Überprüfung der Gruppenunterschiede in Selbststeuerungskompetenzen nur die „Bildungsdauer“ als Kovariate eingeschlossen.

Das Signifikanzniveau ($\alpha = .05$) der insgesamt 14 Parameter wurde nach der Bonferroni-Methode korrigiert und betrug $\alpha/14 = .004$. Als Maß für die Effektstärke wurde das partielle Eta-Quadrat (η_p^2) berechnet. Effektstärken ab 0.01 sind als klein, ab 0.06 als mittel und ab 0.14 als gross einzuschätzen (Cohen, 1988).

Um den Einfluss der Unaufmerksamkeit auf die Selbststeuerungskompetenzen und die Disposition zur Lageorientierung zu überprüfen, wurden einfache lineare

Regressionsanalysen getrennt für Selbst- und Fremdbeurteilung ebenfalls mit Bonferroni-Korrektur gerechnet.

Ergebnisse

Selbststeuerungskompetenzen und Lageorientierung/Handlungsorientierung

Mittels der Kovarianzanalyse wurden Gruppenvergleiche zwischen ADHS-Patienten und Kontrollpersonen bezüglich der Ausprägung Selbststeuerungskompetenzen auf fünf Skalen und neun Subskalen vorgenommen. Wie oben bereits angeführt, wurde dabei für den Einfluss von Bildungsdauereffekten kontrolliert. Weder für Skalen noch für Unterskalen zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen Bildungsdauer und Selbststeuerung oder Handlungsorientierung: Selbstregulation ($F(1,83) = 1.19, p < 0.279, \eta_p^2 = 0.01$), Willenshemmung ($F(1,83) = 3.32, p < 0.072, \eta_p^2 = 0.04$), Selbsthemmung ($F(1,83) = 1.69, p < 0.196, \eta_p^2 = 0.02$), prospektive Handlungsorientierung ($F(1,83) = 0.5869, p < 0.448, \eta_p^2 = 0.01$), Handlungsorientierung nach Misserfolg ($F(1,83) = 0.36, p < 0.549, \eta^2 = 0.01$), Selbstmotivierung ($F(1,83) = 1.78, p < 0.186, \eta^2 = 0.02$), Aktivierungskontrolle ($F(1,83) = 0.54, p < 0.466, \eta^2 = 0.01$), Selbstbestimmung ($F(1,83) = 0.32, p < 0.576, \eta^2 = 0.01$), prospektive Lageorientierung ($F(1,83) = 0.68, p < 0.411, \eta^2 = 0.01$), volitionale Passivität ($F(1,83) = 2.57, p < 0.113, \eta^2 = 0.03$), Konzentrationschwäche ($F(1,83) = 3.27, p < 0.074, \eta^2 = 0.04$), Zielfixierung ($F(1,83) = 1.19, p < 0.279, \eta^2 = 0.01$), Konformität ($F(1,83) = 1.96, p < 0.166, \eta^2 = 0.02$), Lageorientierung nach Misserfolg ($F(1,83) = 0.36, p < 0.550, \eta^2 = 0.01$).

Die Ergebnisse der Gruppenvergleiche fasst die Tabelle 2 zusammen.

Es wurden signifikante Gruppeneffekte mit hohen Effektstärken auf den Skalen Willenshemmung ($F(1,83) = 101.63, p < 0.001, \eta^2 = 0.55$) und Selbsthemmung ($F(1,83) = 40.08, p < 0.001, \eta^2 = 0.33$) festgestellt. Patienten mit ADHS erzielten auf sieben von neun erfassten Subskalen zur Selbststeuerung (Selbstmotivierung, Prospektive Lageorientierung, Abwägen/Volitionale Passivität, Selbstkritik/Konzentrationschwäche, Zielvergegenwärtigung/Zielfixierung, Anpassungsfähigkeit/Konformität, Lageorientierung nach Misserfolg) signifikant höhere Werte (s. Tab. 2). Alle Effektstärken liegen im hohen Bereich. Es bestehen hingegen keine signifikanten Gruppenunterschiede auf der Skala Selbstregulation und auf deren Subskalen Aktivierungskontrolle und Selbstbestimmung.

Es ergaben sich deutliche Hinweise, dass die adulten ADHS-Patienten eine niedrige Handlungsorientierung und demnach eine höhere Lageorientierung als gesunde Kontrollen aufweisen. Signifikante Gruppeneffekte mit

Tabelle 2. Gruppenunterschiede zwischen ADHS-Patienten und gesunden Kontrollen in Bezug auf Selbststeuerungsfunktionen nach statistischer Kontrolle des Bildungsstandes

	ADHS (N = 43)		Kontrollen (N = 43)		F (df = 84)	p	η^2
	MW	(SD)	MW	(SD)			
Selbststeuerungskompetenz (SSI-K)							
<i>Selbstregulation</i>	15.0	(4.7)	18.8	(6.1)	6.2	.015	.07
Selbstmotivierung	3.5	(2.2)	5.8	(2.4)	14.1	.001*	.145
Aktivierungskontrolle	4.3	(2.0)	5.0	(2.2)	1.3	.262	.015
Selbstbestimmung	7.3	(1.9)	8.0	(2.8)	1.2	.276	.014
<i>Willenshemmung</i>							
Prospektive Lageorientierung	26.6	(5.8)	14.5	(5.3)	101.6	.001*	.550
Abwägen/Volitionale Passivität	9.9	(2.3)	6.9	(2.1)	36.9	.001*	.308
Selbstkritik/Konzentrationschwäche	8.7	(3.0)	4.0	(2.3)	66.9	.001*	.446
	7.9	(2.2)	3.6	(2.2)	85.9	.001*	.509
<i>Selbsthemmung</i>							
Zielvergegenwärtigung/Zielfixierung	21.8	(6.3)	13.5	(5.9)	40.1	.001*	.326
Anpassungsfähigkeit/Konformität	7.7	(2.5)	5.5	(2.2)	19.6	.001*	.191
Lageorientierung nach Misserfolg	6.5	(3.0)	3.7	(2.5)	24.1	.001*	.225
	7.6	(2.6)	4.3	(2.4)	33.9	.001*	.290
Handlungsorientierung (HAKEMP 90)							
Prospektive Handlungsorientierung	2.6	(1.7)	6.1	(2.6)	48.2	.001*	.367
Handlungsorientierung nach Misserfolg	2.6	(2.6)	5.6	(3.1)	22.2	.001*	.211

Anmerkungen: Kovarianzanalyse mit Bonferroni-Korrektur, * $p < .004$; Einteilung Effektstärken nach Cohen (1988): $\eta^2 > .01$ = klein, $\eta^2 > .06$ = mittel, $\eta^2 > .14$ = gross.

grossen Effektstärken wurden in den Variablen der prospektiven Handlungsorientierung ($F(1,83) = 48.21, p < 0.001, \eta^2 = 0.37$) und der Handlungsorientierung nach Misserfolg ($F(1,83) = 22.23, p < 0.001, \eta^2 = 0.21$) festgestellt (s. Tab. 2).

Einfluss der Unaufmerksamkeit auf Selbststeuerungskompetenzen bei Patienten mit ADHS

Die Ergebnisse einer einfachen Regressionsanalyse weisen darauf, dass Unaufmerksamkeit einen signifikanten Einfluss auf die Willenshemmung hat, unabhängig davon, ob die Unaufmerksamkeit mittels Selbst- ($\beta = .62, p = .001, R^2 = .390$) oder Fremdeinschätzung ($\beta = .62, p = .001, R^2 = .390$) erhoben wurde (s. Tab. 3). Von drei Unterskalen der Willenshemmung zeigt sich der stärkste positive Zusammenhang zwischen Unaufmerksamkeit und volitionaler Passivität, sowohl wenn die Unaufmerksamkeit mittels Selbst- ($\beta = .52, p = .001, R^2 = .271$) als auch mittels Fremdeinschätzung ($\beta = .54, p = .001, R^2 = .294$) erfasst wurde. Weiterhin wurde ein positiver Zusammenhang zwischen Unaufmerksamkeit und den Unterskalen prospektive Lageorientierung ($\beta = .57, p = .001, R^2 = .326$) und Konzentrationsschwäche ($\beta = .46, p =$

$.002, R^2 = .208$) belegt, jedoch nur dann, wenn die Unaufmerksamkeit mittels Selbsteinschätzung erhoben wurde.

In Analysen, in denen Fremdeinschätzung verwendet wurde, konnten nach Bonferroni-Korrektur keine signifikanten Zusammenhänge auf diesen beiden Skalen festgestellt werden. Unabhängig davon, ob die Unaufmerksamkeit mittels Selbst- oder Fremdbeurteilungsverfahren erhoben wurde, konnten keine signifikanten Zusammenhänge sowohl zwischen Unaufmerksamkeit und Selbsthemmung als auch zwischen Unaufmerksamkeit und Selbstregulation belegt werden (s. Tab. 3). Knapp signifikante Effekte wurden für den Einfluss der Unaufmerksamkeit auf der Skala Selbsthemmung und deren Unterskalen Konformität und Misserfolg gefunden, wenn die Unaufmerksamkeit mittels Selbsteinschätzungsbogen erhoben wurde. Nach Bonferroni-Korrektur blieben diese Effekte jedoch nicht signifikant.

Einfluss der Unaufmerksamkeit auf die Lageorientierung/Handlungsorientierung bei ADHS-Patienten

Es wurde ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen Unaufmerksamkeit und prospektiver Hand-

Tabelle 3. Überprüfung des Einflusses der Unaufmerksamkeit auf Selbststeuerungsfunktionen innerhalb der ADHS – Stichprobe

	Unaufmerksamkeit (ADHS-SB)				Unaufmerksamkeit (CAARS-R)				
	<i>b</i>	β	<i>T</i>	<i>P</i>	<i>b</i>	β	<i>T</i>	<i>P</i>	
		(SE)			(SE)				
				<i>R</i> ²				<i>R</i> ²	
Selbststeuerungskompetenz (SSI-K)									
<i>Selbstregulation</i>									
Selbstmotivierung	.12	(.06)	.19	.851	.02	(.08)	.27	.790	.002
Aktivierungskontrolle	.03	(.06)	.52	.604	.03	(.07)	.48	.637	.005
Selbstbestimmung	-.11	(.05)	-2.17	.04	-.08	(.06)	-1.17	.248	.032
<i>Willenshemmung</i>									
Prospektive Lageorientierung	.20	(.06)	3.35	.002*	.19	(.07)	2.63	.012	.144
Abwägen/Volitionale Passivität	.29	(.07)	.39	.001*	.35	(.09)	4.13	.001*	.294
Selbstkritik/Konzentrationsschwäche	.19	(.06)	3.29	.002*	.19	(.07)	2.60	.013	.141
<i>Selbsthemmung</i>									
Zielvergegenwärtigung/Zielfixierung	.41	(.17)	2.36	.023	.36	(.21)	1.72	.092	.068
Anpassungsfähigkeit/Konformität	.18	(.08)	2.23	.031	.13	(.10)	1.29	.203	.039
Lageorientierung nach Misserfolg	.17	(.07)	2.51	.016	.14	(.09)	1.59	.120	.058
Handlungsorientierung (HAKEMP 90)									
Prospektive Handlungsorientierung	-.17	(.04)	-3.90	.001*	-1.17	(.05)	-3.18	.003*	.197
Handlungsorientierung nach Misserfolg	-.08	(.08)	-1.03	.310	-.08	(.09)	-.93	.357	.021

Anmerkungen: Einfache lineare Regressionsanalyse mit Bonferroni-Korrektur, * $p < .004$; signifikante Ergebnisse ($p < .004$) sind fett markiert.

lungsorientierung ($\beta = -.52, p = .001, R^2 = .271$) festgestellt, d. h. höhere Werte in Unaufmerksamkeit gehen mit niedrigeren Werten in Handlungsorientierung einher. Es konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen Unaufmerksamkeit und Handlungsorientierung nach Misserfolg festgestellt werden (s. Tab. 3).

Diskussion

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde der Fragestellung nachgegangen, ob erwachsene ADHS-Patienten im Vergleich zu gesunden Kontrollen Beeinträchtigungen in der Selbststeuerung aufweisen. In der zweiten Fragestellung wurde untersucht, ob die Ausprägung der Unaufmerksamkeit bei ADHS-Patienten einen Einfluss auf deren Selbststeuerungsfunktionen hat.

Hypothesenkonform zeigten die ADHS-Patienten im Gegensatz zu Gesunden eine stärkere Willenshemmung. Unabhängig vom vorliegenden Subtyp scheinen ADHS-Patienten nicht nur eine verminderte Reaktion auf angenehme Stimuli zu besitzen (Conzelmann et al., 2009), sondern auch Probleme damit zu haben, einen für die Aufhebung der Willenshemmung notwendigen positiven Affekt zu aktivieren. Der Einsatz von kontinuierlichen Verstärkungsplänen bei erwachsenen ADHS-Patienten könnte möglicherweise dieses Defizit ausgleichen (Lee & Zentall, 2006). In einer früheren Untersuchung von Beckmann und Kuhl (1984) konnte gezeigt werden, dass prospektiv Lageorientierte im Gegensatz zu prospektiv Handlungsorientierten über schlechtere Selbstmotivierungsstrategien verfügen. Das führt dazu, dass keine emotionale Aufwertung eines neutralen Reizes stattfindet, die für die Herbeiführung oder Umsetzung einer Entscheidung notwendig ist. Ein positiver Zusammenhang zwischen Lageorientierung, Entscheidungsaufschub und Neigung zur Langweile wurde auch in einer studentischen Stichprobe gezeigt (Blunt & Pychyl, 1998).

ADHS-Patienten geben an, eine stärkere Selbsthemmung im Vergleich zu gesunden Kontrollen zu haben. Dies bedeutet, dass ADHS-Patienten neben der in der Literatur berichteten Sensibilität für negativen Affekt (Conzelmann et al., 2009) auch Schwierigkeiten aufweisen, negative Affekte im Verlauf selbständig zu verringern. Die berichteten Ergebnisse stimmen mit Befunden zur emotionalen Dysregulation bei erwachsenen ADHS-Patienten überein (Corbisiero, Stieglitz, Retz & Rösler, 2013). Unter einem hohen negativen Affekt bleibt der Zugang zu den eigenen Werten und Erfahrungen im Extensionsgedächtnis dauerhaft blockiert, wodurch ein erhöhtes Risiko für psychische und körperliche Krankheit entstehen kann (Kuhl & Kaschel, 2004).

Es konnten in Bezug auf Selbstregulation, Selbstbestimmung und Aktivierungskontrolle keine Unterschiede zwischen ADHS-Patienten und gesunde Kontrollen be-

legt werden. Dabei bestanden zunächst signifikante Unterschiede in der Selbstregulation. Diese haben unter Kontrolle von Einflüssen der Bildung ihre Signifikanz verloren. Erwachsene ADHS-Patienten berichten, dass sie selbstkongruente Ziele bilden und ihre Aktivierungslevel situationsangemessen herauf- bzw. herabregulieren können und somit über wichtige Ressourcen verfügen (Newark, Elsässer & Stieglitz, in Druck).

In der vorliegenden Studie berichteten Erwachsene mit ADHS im Vergleich zu gesunden Kontrollen eine erhöhte Disposition zu beiden Arten von Lageorientierung (prospektive Lageorientierung und Lageorientierung nach Misserfolg). Eine Sensibilität für lageorientierte Emotionen kann möglicherweise dadurch zustande kommen, dass Lageorientierte in einer „vorbewussten Phase“ zunächst auf alle neuen Reize überrascht reagieren und erst im zweiten Schritt aufgabenirrelevante, emotional kritische Informationen erkennen (Rosahl, Tennigkeit, Kuhl & Haschke, 1993). Das macht jedoch das frühzeitige „Verdrängen“ dieser Informationen nicht mehr möglich (Kuhl, 2006) und führt zu lageorientierten Reaktionen. Edel et al. (2009) versuchten, die Handlungsorientierung bei ADHS-Patienten mittels einer fünfmonatigen Behandlung mit Methylphenidat zu verbessern. Obwohl sich die Werte unter Medikation signifikant in Richtung Handlungsorientierung besserten, blieben die ADHS-Patienten lageorientiert.

In einem zweiten Schritt gingen wir der Frage nach, ob innerhalb der ADHS-Gruppe ein Zusammenhang zwischen Unaufmerksamkeit und Willenshemmung und Selbsthemmung besteht. Ein positiver Zusammenhang zwischen Unaufmerksamkeit und Willenshemmung (inklusive prospektiver Lageorientierung) konnte belegt werden. Theoriekonform ist das Intentionsgedächtnis mit einer absichtsorientierten Aufmerksamkeit (selektive Aufmerksamkeit) verknüpft, welche die Aufrechterhaltung von Absichten im Intentionsgedächtnis unterstützt. Die Aufmerksamkeit verstärkt Signale, die zu den im Intentionsgedächtnis aktivierten Absichten und Objekten passen, welche wiederum für die Ausführung einer beabsichtigten Handlung oder das Erkennen einer Ausführungsgelegenheit relevant sind (Kuhl, 2001). Es ist jedoch in Erwägung zu ziehen, dass eine Konstruktähnlichkeit von Unaufmerksamkeit, Willenshemmung und prospektiver Lageorientierung bei dem belegten Zusammenhang eine Rolle spielen kann, was in weiteren Untersuchungen überprüft werden sollte.

Ein Einfluss von Unaufmerksamkeit auf selbstberichtete Selbsthemmung (inklusive Lageorientierung nach Misserfolg) konnte dagegen nicht belegt werden. Wenn die ADHS-Patienten ihre Unaufmerksamkeit selbst beurteilt hatten, zeigte sich zunächst ein Zusammenhang, der jedoch nach Korrektur des Alpha-Niveaus nicht signifikant blieb. Wir vermuten, dass bereits beim Ausfüllen der Selbsteinschätzungsbögen lageorientierte Emotionen und Kognitio-

nen bei ADHS-Patienten aktiviert werden (Stiensmeier-Pelster, John, Stulik & Schürmann, 1989). Dies führt zum Anstieg der Werte in der Unaufmerksamkeit, da sich die Personen im Zustand einer Lageorientierung nach Misserfolg als unkonzentriert erleben, sogar wenn sie objektiv eine gute Leistung erbringen (Beckmann, 1989). Laut Kuhl (2001) spielen bei den Prozessen der Selbsthemmung Vigilanz und eine Form der Aufmerksamkeit (diskrepanzsensitive Aufmerksamkeit) eine Rolle, solche Objekte hervorzuheben, die nicht zu den aktuellen Erwartungen oder Zielen passen. Möglicherweise werden diese Formen der Aufmerksamkeit (vor allem die diskrepanzsensitive Aufmerksamkeit) bei den verwendeten Messinstrumenten zur Erfassung der Unaufmerksamkeit unzureichend erfasst.

Einschränkungen der Studie

In der Studie wurde Selbststeuerung ausschliesslich mittels Selbsteinschätzung erhoben. Es ist denkbar, dass ADHS-Patienten ihre schwierige Situation begründen wollten und aufgrund dessen ihre Selbststeuerungskompetenzen gering einschätzen. Vor diesem Hintergrund wäre es wichtig, in zukünftigen Untersuchungen zusätzlich Fremdeinschätzungsverfahren zu verwenden. In der vorliegenden Untersuchung wurde die Kontrollgruppe aus dem privaten und beruflichen Umfeld rekrutiert, was möglicherweise zur höheren Bildung bzw. dem beruflichen Status der Kontrollgruppe führte. Als Konsequenz wäre dann die Generalisierung ihrer Ergebnisse auf die Gesamtpopulation erschwert. Eine weitere Empfehlung wäre die Rekrutierung einer Stichprobe, die sich aktuell zwar in einer schwierigen Lebenssituation (z. B. Operation, Prüfungen) befindet, jedoch keine psychischen Auffälligkeiten aufweist.

Schlussfolgerungen für die klinische Praxis

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass erwachsene ADHS-Patienten mangelnde Selbststeuerungskompetenzen und eine erhöhte Disposition zur Lageorientierung aufweisen. Somit sind ADHS-Patienten auf Ermutigung und Trost aus der Umgebung angewiesen, wenn sie vor komplexen Aufgaben stehen. Da jedoch gerade ADHS-Patienten aufgrund ihrer Symptomatik häufig Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen erleben, können sie nur selten Unterstützung von der Umgebung in Anspruch nehmen. Eine Entwicklung in Richtung emotionaler Autonomie (z. B. durch Vermittlung von Strategien zur Emotionsregulation und Selbstmotivierung) spielt daher bei diesen Patienten möglicherweise eine wichtige Rolle.

Darüber hinaus ist die Vermittlung von Strategien zur Handlungsplanung und -ausführung ein wichtiger Bestandteil der Therapie bei ADHS-Erwachsenen (Elsässer, Nyberg & Stieglitz, 2010). Erlebte Kongruenz zwischen geplanten und umgesetzten Handlungen wirkt sich positiv auf Selbstwert und Selbstwirksamkeit von Patienten aus und führt zur Verbesserung der Lebensqualität.

Literatur

- Adler, L. A., Spencer, T. & Faraone, S. V. (2006). Validity of Pilot Adult ADHD Self Report Scale (ASRS) to Rate Adult ADHD Symptoms. *Annals of Clinical Psychiatry*, 18, 145-148.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Beckmann, J. (1989). Erhöhte Leistung bei unzureichender Motivationskontrolle. *Zeitschrift für Experimentelle und Angewandte Psychologie*, 36, 1-15.
- Beckmann, J. & Kuhl, J. (1984). Altering information to gain action control: Functional aspects of human information processing in decision-making. *Journal of Research in Personality*, 18, 223-279.
- Biederman J., Mick E. & Faraone S. V. (2000). Age dependent decline of ADHD symptoms revisited: Impact of remission definition and symptom subtype. *American Journal of Psychiatry* 157, 816-818.
- Blunt, A. & Pychyl, T. A. (1998). Volitional action and inaction in the lives of undergraduate students: State orientation, procrastination and proneness to Boredom. *Personality and Individual Differences*, 24, 837-846.
- Bramham, J., Ambery, F., Young, S., Morris, R., Russell, A., Xenitidis, K. et al. (2009). Executive functioning differences between adults with attention deficit hyperactivity disorder and autistic spectrum disorder in initiation, planning and strategy formation. *Autism*, 13, 245-64.
- Buchli-Kammermann, J., Corbisiero, S. & Stieglitz, R.-D. (2011). Screening der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter: Validierung der deutschen Version der ASRS-v1.1. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 4, 219-235.
- Corbisiero, S., Stieglitz, R.-D., Retz, W. & Rösler, M. (2013). Is emotional dysregulation part of the psychopathology of ADHD in adults? *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders* 5, 83-92.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Conners, C. K., Erhard, D. & Sparrow, D. (1999). *Conners' Adult ADHD Rating Scales (CAARS)*. New York: Multi-Health Systems.
- Conzelmann, A., Mucha, R. F., Jacob, C. P., Weyers, P., Romanos, J., Gerdes, A. B. et al. (2009). Abnormal affective responsiveness in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Subtype differences. *Biological Psychiatry*, 65, 578-585.
- Edel, M. A., Pfützte, E. M., Lieder, A., Assion, H. J., Ribbert, H., Juckel, G. & Brüne, M. (2009). Self concept, action control and ADHD symptoms under Methylphenidate treatment in adults with ADHD. *Pharmacopsychiatry*, 42, 109-113.
- Elsässer, M., Nyberg, E. & Stieglitz, R.-D. (2010). Kognitiv-behaviorale Strategien in der Behandlung von Erwachsenen

- mit ADHS. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58, 35-44.
- Hervey, A. S., Epstein, J. N. & Curry, J. F. (2004). Neuropsychology of adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neuropsychology*, 18, 3, 485-503.
- Krause, J. & Krause, K.-H. (2009). *ADHS im Erwachsenenalter. Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Kordon, A. & Kahl, K. G. (2004). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 54, 124-136.
- Kuhl, J. (1983). *Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle*. Berlin: Springer.
- Kuhl, J. (1990). *Der Fragebogen zur Erfassung von Handlungsversus Lageorientierung (HAKEMP 90)*. Unveröffentlichter Fragebogen, Universität Osnabrück.
- Kuhl, J. (1994). Action and state orientation: Psychometric properties of the Action Control Scale (ACS-90). In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Volition and personality: Action versus state orientation* (pp. 47-60). Göttingen: Hogrefe Publishing.
- Kuhl J. (2000). Testgestützte Therapiegestaltung und Evaluation: Soziale Motive, affektiv-kognitive Stile und Selbststeuerungsfunktionen. In J. H. Mauthe (Hrsg.), *Affekt und Kognition* (S. 72-95). Sternenfels: Verlag Wissenschaft und Praxis.
- Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit. Interaktionen psychischer Systeme*. Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J. (2006). Individuelle Unterschiede in der Selbststeuerung. In J. Heckhausen & H. Heckhausen (Hrsg.), *Motivation und Handeln* (3. Aufl., S. 303-324). Berlin: Springer.
- Kuhl, J. & Fuhrmann, A. (1998). *Das Selbststeuerungsinventar (SSI): Manual*. Universität Osnabrück.
- Kuhl, J. & Kaschel, R. (2004). Entfremdung als Krankheitsursache: Selbstregulation von Affekten und integrative Kompetenz. *Psychologische Rundschau*, 55, 61-71.
- Lee, D. L. & Zentall, S. S. (2006). The effects of continuous and partial reward on the vigilance task performance of adults with attentional deficits: A pilot investigation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 37, 94-112.
- Newark, P. E., Elsässer, M. & Stieglitz, R.-D. (2013). Self-esteem, self-efficacy, and resources in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*.
- Rösler, M., Retz, W., Retz-Junginger, P. & Stieglitz, R.-D. (2008). *HASE. Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene*. Göttingen: Hogrefe.
- Rosahl, S. K., Tennigkeit, M., Kuhl, J. & Haschke, R. (1993). Handlungskontrolle und langsame Hirnpotentiale: Untersuchungen zum Einfluß subjektiv kritischer Wörter. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 2, 172-180.
- Sonuga-Barke, J. S. (2002). Psychological heterogeneity in ADHD – A dual pathway model of behaviour and cognition. *Behavioural Brain Research* 13, 29-36.
- Surmann, C. B., Biedermann, J., Spencer, T., Miller, C. A., McDermott, K. M. & Faraone, S. K. (2013). Understanding deficient emotional self-regulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: A controlled study. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, March 15.
- Stiensmeier-Pelster, J., John, M., Stulik, A. & Schürmann, M. (1989). Die Wahl von Entscheidungsstrategien: Der Einfluss von Handlungs- und Lageorientierung und die Bedeutung psychologischer Kosten. *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie*, 2, 292-310.

M. Sc. Marina Elsässer
lic. phil. Patricia Elizabeth Newark
Prof. Dr. rer. nat. Rolf-Dieter Stieglitz

Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel
Wilhelm-Klein Strasse 27
4012 Basel
Schweiz
E-Mail: marina.elsaesser@upkbs.ch
E-Mail: patricia.newark@upkbs.ch
E-Mail: rolf-dieter.stieglitz@upkbs.ch

Self-Esteem, Self-Efficacy, and Resources in Adults With ADHD

Journal of Attention Disorders
XX(X) 1–12
© 2012 SAGE Publications
Reprints and permission:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/1087054712459561
http://jad.sagepub.com



Patricia Elizabeth Newark¹, Marina Elsässer¹, and Rolf-Dieter Stieglitz¹

Abstract

Objective: The purpose of this study is to shed light on therapy-relevant factors, such as self-esteem, self-efficacy, and resources in adults with ADHD in comparison with a healthy control group. **Method:** A total of 43 adults who met *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text rev.; *DSM-IV-TR*) criteria for ADHD in adulthood were matched with a nonclinical sample in terms of age and gender. All participants ($N = 86$) were assessed with self-ratings: Symptom Checklist-90–Revised (SCL-90-R), Rosenberg Self-Esteem Scale, General Perceived Self-Efficacy Scale, and Dick’s Resources Checklist. **Results:** Adults with ADHD showed lower levels of self-esteem and self-efficacy when compared with the control group. The authors found some, but not all, of the resources of adults with ADHD to be reduced. In other words, people with ADHD seem to possess specific resources. **Conclusion:** Our results have important implications for the treatment of adult ADHD and suggest that specific therapy programs should include resources-oriented modules for enhancing self-esteem, self-efficacy, and fostering strengths. (*J. of Att. Dis.* 2012; XX(X) 1–XX)

Keywords

ADHD, self-esteem, self-efficacy, resources, strengths

Introduction

Adults suffering from ADHD are often exposed to a multiplicity of negative life outcomes and underachievement due to their neuropsychological impairments. In particular interpersonal, academic, and vocational difficulties are common in individuals with ADHD (Barkley, 2010; Ramsay & Rostain, 2008; Stieglitz, Nyberg, & Hofecker-Fallahpour, 2011). Furthermore, approximately 70% to 75% of adults with ADHD suffer from psychiatric comorbidity, most prevalently anxiety disorder, depression, or substance use disorder (Biederman, 2004; Shekim, Asarnow, Hess, Zaucha, & Wheeler, 1990; Wilens, Biederman, & Spencer, 2002).

Consequently, numerous negative experiences affect the formation of the individual’s *self-esteem* and *self-efficacy* (Philipsen et al., 2007; Ramsay & Rostain, 2008). Negative beliefs about the self and their own competences emerge, and the individuals struggle to deal with stressful events. By developing maladaptive coping strategies (dysfunctional behavior), such as avoidance and procrastination (Young & Bramham, 2007), adults with ADHD maintain and reinforce their negative view of the self but remain incapable of coping with the problem. Captured in this vicious cycle, the individual experiences an ongoing loop of disappointments (Newark & Stieglitz, 2010). Thus, it comes as no surprise that adults with ADHD are often found to have reduced

self-esteem (Philipsen et al., 2007; Ramsay & Rostain, 2008) and low self-efficacy (Safren, 2006).

Over the past years, several studies showed predominantly significant improvements on self-efficacy and self-esteem in adults with ADHD through cognitive behavioral therapy (CBT; Bramham et al., 2009; Stevenson, Stevenson, & Whitmont, 2003; Stevenson, Whitmont, Bornholt, Livesey, & Stevenson, 2002). The importance of using strategies to improve self-esteem is highlighted in various cognitive behavioral programs for adult ADHD (Ramsay & Rostain, 2005; Stevenson et al., 2002; Virta et al., 2008).

Despite all the problems people with ADHD have to cope with, they tend to possess various internal *resources*, such as enhanced creativity (Hallowell & Ratey, 1994; Weiss, 1997) or resilience (e.g., the capacity to try again and hope for a successful outcome after experiencing a disappointment; Young, 2005). Hesslinger et al. (2002) emphasized that adults with ADHD possess curiosity, imaginativeness or flexibility, and resources, which can be used for psychotherapy in a

¹Psychiatric University Clinic Basel, Switzerland

Corresponding Author:

Patricia Elizabeth Newark, Psychiatric Outpatient Department,
Psychiatric University Clinic Basel, Wilhelm-Klein Strasse 27, CH-4012
Basel, Switzerland
Email: patricia.newark@upkbs.ch

favorable way. At this time, very few studies have been conducted in this field, and our knowledge about the specific resources of adult ADHD still leaves us in the dark.

However, we do know that pointing out resources and making use of them has a highly positive effect on patients in general. Gassmann and Grawe (2006) showed that a successful therapeutic outcome depended considerably on how much the patient was able to activate her resources. But even though therapy studies indicate beneficial effects of focusing on resources (Fiedler, 2007; Klemenz, 2009; Willutzki, 2003), and ambassadors of positive psychology such as Seligman and Csikszentmihalyi (2000) or Snyder and Lopez (2007) stress the importance of a resources-oriented view in psychotherapy, resources have been playing a subordinate role in the treatment of adults with ADHD. Few therapy manuals or guidebooks emphasize the strengths adults with ADHD do possess (Hesslinger et al., 2002; Young & Bramham, 2007).

If adults with ADHD become aware of their resources, it can help them deal with impairments and achieve their goals. Hence, self-esteem and self-efficacy can develop by experiencing strengths and the capability of dealing with difficult situations and to positively influence one's life. The vicious cycle of negative appraisal could be broken by acknowledging individual resources, believing in oneself and in the capability to influence one's own life.

The purpose of this study is to shed light on therapy-relevant factors, such as self-esteem, self-efficacy, and resources in adults with ADHD. To this end, the authors want to investigate whether untreated patients suffering from ADHD differ from adults in a healthy control group on these factors.

Self-esteem, self-efficacy, and resources are therapy-relevant factors as they can create positive beliefs about the self and one's own abilities. Although there are multitudinous significant factors for the psychotherapy of ADHD in adulthood, we only want to point out at those immanent factors that already existed before treatment (for instance, the patients' inner psychic experiences concerning the image of themselves and their own capabilities). The authors assume that accounting for these therapy-relevant factors is of great importance for the treatment of adults with ADHD. Before specifying this study, we want to give a short theoretical overview of the three therapy-relevant factors that were surveyed.

Self-Esteem

Self-esteem reflects the overall opinion we have of ourselves, how we evaluate ourselves, and the value we attach to ourselves as a person (Fennell, 1999). Considered a personality trait, it is referred to as general self-esteem and has been shown to be a stable variable throughout adulthood (Neiss, Sedikides, & Stevenson, 2002). In Rosenberg's

(1965) definition, self-esteem is specified as a favorable or unfavorable attitude toward the self. Looking for the essence of self-esteem, we come up against the *core beliefs* about oneself (Beck, 1976, 1995), beliefs that developed out of our life experiences and are fundamental and deeply unrooted. We consider core beliefs to be utterly true and unchangeable, and tend to ignore or devalue conflicting information, even if evidence therefor is given. Depending on whether our experiences, starting from early childhood, have been generally positive or negative, the view of the self is consolidated. Low self-esteem implies that people have many negative beliefs about themselves.

Self-Efficacy

Perceived self-efficacy is characterized by the individual's belief in their abilities to perform a specific action needed to attain a desired outcome. Self-efficacy beliefs seem also helpful in dealing with stressful conditions as they influence cognitions, emotions, and behavior (Bandura, 1997). These beliefs appear to be a major factor in influencing behavioral changes (Luszczynska, Scholz, & Schwarzer, 2005). In this article, the term *self-efficacy* stands for generalized self-efficacy (GSE) that is characterized by a broad and stable sense of personal competence about coping effectively with diverse stressful situations (Luszczynska, Diehl, Gutiérrez-Doña, Kuusinen, & Schwarzer, 2004; Sherer, Maddux, Mercadante, & Prentice-Dunn, 1982). Luszczynska et al. (2005) and Bandura (2002) found GSE to be a universal and transcultural construct, which is characterized by a basic belief that is immanent in all humans.

Resources

By resources we mean "strengths" or "potentials" of either a person (internal resources) or the environment (external resources; Willutzki, 2008). Resources can be perceived either subjectively (perception of the own person) or objectively (perception of one's resources by an observer), and they can be stable or variable over time (Grawe, 1997). Depending on its validation and disposability, the quality of a resource varies. The perceived subjective resources seem to be decisive for coping with daily hassles as well as with bigger challenges (Frank, 2007; Jerusalem, 1990). At large, all humans are said to have resources and hence the feasibility for personal growth and to favorably influence their environment (Grawe, 1998).

In our study, we compared an untreated clinical sample of adults diagnosed with ADHD with individuals in a healthy control sample to examine the magnitude of self-esteem, self-efficacy, and resources both groups possess. Furthermore, we wanted to examine their general psychological distress level and its potential influence on self-esteem, self-efficacy, and resources.

The following questions were being explored:

Research Question 1: Are there significant differences between adults with ADHD and a healthy control group in matters of self-esteem and self-efficacy?

Research Question 2: Are there significant differences between adults with ADHD and a healthy control group with respect to their resources?

Research Question 3: Is there a significant relationship between the general psychological distress level and factors, such as self-esteem, self-efficacy, and resources?

Research Question 4: Is there a significant relationship between self-esteem, self-efficacy, and resources?

Method

Study Design

Participant characteristics. The study included 36 females and 50 males between the ages of 19 and 60 (ADHD: $M = 34.3$, $SD = 9.47$; control group: $M = 34.58$, $SD = 9.88$). In total, 43 men and women who met *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text rev.; *DSM-IV-TR*; American Psychiatric Association, 2000) criteria for ADHD in adulthood (experimental group, henceforth EG) were matched with 43 adults from a nonclinical sample (control group, henceforth CG). The EG consisted of patients who came for a clarification of the diagnosis of ADHD in adulthood to the ADHD consultation of the Psychiatric Outpatient Department/Psychiatric University Clinic Basel. For every participant in the EG, a “matching part” was searched, which was to have the same gender and substantial similarities in age. Recruitment of the CG was conducted by searching for an adequate match in the author’s circle of acquaintances.

Sociodemographic information for the sample is depicted in Table 1. There were no significant differences between the groups for age ($p = .894$) and gender ($p = 1.0$). The relational status of our sample showed no significant differences between the groups ($p = .891$). Participants were mostly married or in a relationship (EG = 55.8%, CG = 55.9%), or single (EG = 37.2%, CG = 39.5%), few were divorced/separated (EG = 7%, CG = 4.6%).

Individuals with ADHD featured fewer years of education than individuals in the CG ($p < .001$; ADHD: $M = 10.4$ years vs. CG: $M = 12.2$ years).¹ The highest achieved graduation level among our ADHD sample was 46.5% at the lower secondary level, 30.2% at the upper secondary level, followed by 18.6% with a vocational education, and 4.7% who finished university. In the CG, the majority of the participants completed a vocational education (41.9%) as highest graduation level, followed by 34.9% who finished the

upper secondary level. In all, 14% completed the lower secondary level and 9.2% finished university.

Adults with ADHD were more likely to be unemployed (EG = 16.3% vs. CG = 2.3%) or to live from a disability pension (EG = 13.9% vs. CG = 0%). Individuals in the CG were more likely to work full-time or to be a housewife/househusband (CG = 48.9%, EG = 37.2%) and to study or to be in a vocational education (CG = 20.9%, EG = 9.3%).

Consistent with the literature, psychiatric lifetime comorbidity was clearly present in our adult ADHD group. Comorbidity in the 43 adults with ADHD was assessed by a certified psychologist or psychiatrist according to *DSM-IV-TR* criteria. A total of 36 individuals in the ADHD group suffered from at least one additional psychiatric diagnosis. Predominantly, individuals suffered from mood disorders (34.9%), substance abuse/dependence (20.95%), or anxiety disorders (18.7%). A small part of the group suffered from eating disorders (2.3%) or other not specified psychiatric conditions (2.3%). Our CG was not screened for psychiatric disorders but was to self-report any psychiatric diagnosis received at any time in their lives. Only two individuals in the CG indicated having been diagnosed with a psychiatric diagnosis (in both cases “mood disorder”).

Inclusion criteria for participating in this study were as follows: (a) men and women of 18 to 60 years of age, (b) no current severe comorbid psychiatric disorder or mental retardation, and (c) informed consent given.

To be included, participants in the EG must have had a principal diagnosis of ADHD. The study was approved by the ethics committee of Basel (EKBB).

Adults who came for a clarification of the diagnosis of ADHD to the Psychiatric Outpatient Department were examined by experienced clinical psychologists, through structured clinical interviews and rating scales (see Stieglitz, 2010). All clinical psychologists had been specially trained in the field of adult ADHD. The patients were given a set of questionnaires, which they sent back when completed. The set included the Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R; Derogatis, 1992), the Rosenberg Scale (Collani & Herzberg, 2003), the General Perceived Self-Efficacy Scale (SWE; Schwarzer & Jerusalem, 1995), and the Resources Checklist (Dick, 2003).

Participants in the CG consisted of a nonclinical sample and were not previously diagnosed with ADHD. Every participant was given the same set of questionnaires as for the ADHD group as well as the ADHD-Screener (World Health Organization [WHO], 2003).

Measures

Because the focus of this article is on self-esteem, self-efficacy, and resources, only associated measures are depicted in more detail. For an extensive overview in

Table 1. Sociodemographic Variables

	ADHD (n = 43)	CG (n = 43)	t test/ χ^2	p	df
Age					
Age in years: M (SD)	34.3 (9.46)	34.58 (9.88)	t = -0.134	.894	84
Age in years: range	19-60	19-59			
Sex			$\chi^2 = 0.000$	1.0	1
Male	25 (55.8%)	25 (55.8%)			
Female	18 (44.2%)	18 (44.2%)			
Relational status			$\chi^2 = 0.23$.891 .989 ^a	2
Single	16 (37.2%)	17 (39.5%)			
Married/in a relationship	24 (55.8%)	24 (55.9%)			
Divorced/separated	3 (7%)	2 (4.6%)			
Education					
Total education in years: M (SD)	10.40 (1.71)	12.22 (2.17)	t = -4.294	.000**	84
Total education in years: range	8-14	9-18			
Highest completed graduation			$\chi^2 = 12.1$.007** .021 ^{a*}	3
Lower secondary level (Grades 6-9)	20 (46.5%)	6 (14%)			
Upper secondary level (Grades 10-13)	13 (30.2%)	14 (34.9%)			
Vocational education (final apprentice examination)	8 (18.6%)	18 (41.9%)			
University/university of applied sciences	2 (4.7%)	4 (9.2%)			
Actual employment situation			$\chi^2 = 13.28$.010* .061 ^a	4
Full-time work/housewife/house husband	16 (37.2%)	21 (48.9%)			
Part-time work	10 (23.3%)	12 (27.9%)			
Unemployed	7 (16.3%)	1 (2.3%)			
Student/vocational education	4 (9.3%)	9 (20.9%)			
Disability pension/other pension/ socioprofessional reintegration	6 (13.9%)	0			

^ap values with Yates' correction.

*p < .05. **p < .01.

screening methods and diagnostics of adult ADHD, see Barkley (2010).

SWE. This scale (Schwarzer & Jerusalem, 1995) is one of the most frequently used self-report measures to determine general perceived self-efficacy. The SWE is a unidimensional scale containing 10 items, which are answered on a 4-point scale (1 = *not at all true*, 2 = *hardly true*, 3 = *moderately true*, 4 = *exactly true*). Reliability analysis of samples from 23 countries indicated a high internal consistency: Cronbach's alpha ranged from .76 to .90. The test-retest reliability scores ranged from $r = .74$ to $r = .78$. The means for most samples were 29 points with a standard deviation of ± 4 . For our study, we used raw scores.

Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES). This scale (Rosenberg, 1965) has been revised by Collani and Herzberg in 2003 (German version). Most frequently, this scale is being adopted to measure global self-esteem.

The RSES is a unidimensional scale containing 10 items, which measure "global self-esteem." Five items (2, 5, 6, 8,

and 9) are phrased in a negative way, and 5 items (1, 3, 4, 7, and 10) are positively framed. Each of the 10 items is answered on a 4-point scale (1 = *not at all true*, 2 = *hardly true*, 3 = *moderately true*, 4 = *exactly true*). Reliability analysis indicated a high internal consistency (Cronbach's $\alpha = .84$). The test-retest reliability ranged from $r = .85$ to $r = .82$. Although some studies have demonstrated a unidimensional structure to the scale, others found a two-factor structure consisting of self-confidence and self-deprecation (for an overview, see Corwyn, 2000). We used raw scores, and the scale was applied unidimensionally. The mean range was between 25 and 35 points.

Resources Checklist. The Resources Checklist (henceforth RCL; Dick, 2003) comprises an assembly of the most important resources a person features, such as social/environmental resources and personality-related strengths. In this checklist, people are to describe on a scale from 0 = *not at all* to 4 = *very important* whether they actually possess this resource (realization) and how important this resource

is to them (importance). For the evaluation, the mean values of the importance of each resource are subtracted from the mean values of the actual disposability of the resource. If after subtraction the result is close to 0, we conclude that this specific resource is in balance between importance and disposability. For example, Person A considers the resource relationship as important and is in a satisfying relationship at this time.

A deficient disposability of a resource is given by negative differences. It indicates that this resource needs to be fostered as its importance is higher than the current disposability. For example, Person B considers vocation as very important but is unhappy with his job.

The two main categories *environmental/social resources* and *personality-related resources* consist of 14 subcategories: partnership, family, vocation, leisure time, housing, health, self-esteem, confidence, ability to love, courage, creativity, sense of control, composure, and faith.

At this point in time, there is no scientific evaluation of this checklist. Overall, the use of this list has been intended to be a mnemonic for resources-oriented interviews or therapies. Despite these disadvantages, we chose this questionnaire for its clear classification of the resources and due to its relative shortness.

SCL-90-R. This checklist (Derogatis, 1992) is a self-report questionnaire indicating psychological symptoms. In total, 90 items are scored on a 5-point Likert-type scale (from 0 = *not at all* to 4 = *extremely*). The questionnaire is designed to measure symptom intensity on nine subscales and on three global indices. The nine subscales are Somatization, Obsessive-Compulsive, Interpersonal Sensitivity, Depression, Anxiety, Anger-Hostility, Phobic Anxiety, Paranoid Ideation, and Psychoticism. The three global indices consist of the following: (a) Global Severity Index (GSI)—Designed to measure the overall psychological distress. The index is the mean value of all 90 items. High scores reflect high symptomatic distress. (b) Positive Symptom Distress Index (PSDI)—Measures the intensity of symptoms. (c) Positive Symptom Total (PST)—Reports number of self-reported symptoms.

This study only considered the GSI using raw scores. Reliability analysis of the nine scales indicated a high internal consistency: Cronbach's alpha ranged from .75 to .87. The test-retest reliability ranged from $r = .78$ to $r = .90$. For the global indices (GSI, PSDI, and PST), reliability analysis displayed an even higher internal consistency (Cronbach's $\alpha = .96-.98$). The t -values for clinical nonrelevant findings were between 40 and 60 points.

Statistical Analyses

Statistical analyses were conducted using SPSS for Windows (Version 19.0). In order to check for the normality of the distribution of demographic and clinical characteristics of the

sample we applied Kolmogorov-Smirnov tests. Unless otherwise specified, a p value of .05 was chosen as the criterion of significance.

Preliminary assumption testing was conducted to check for normality, linearity, univariate and multivariate outliers, homogeneity of variance-covariance matrices, and multicollinearity. No serious violations were noted. We detected possible differences between the groups with respect to sex, age, education, employment situation, and comorbidity via t test or chi-square test, where appropriate. To explore group differences in self-esteem, self-efficacy, and resource, we conducted two-way between-groups ANOVA and one-way between-groups MANOVA. The relationship between the general psychological distress level and self-esteem, self-efficacy, or resource was analyzed with Pearson product-moment correlation coefficient. The strength of the relationship was chosen after Cohen (1988), suggesting the following guidelines: small $r = .10$ to $.29$, medium $r = .30$ to $.49$, and large $r = .50$ to 1.0 .

Results

To explore significant differences in self-esteem and self-efficacy between adults with ADHD and a healthy CG, we used two-way between-groups ANOVA. We analyzed *group* and *sex* differences on levels of self-esteem (as measured by the Rosenberg Scale) and self-efficacy (as measured by the SWE scale). The independent variables were group and sex. We conducted separate analysis for the dependent variables, self-esteem and self-efficacy. Table 2 shows that groups differed significantly in self-esteem, $F(3, 82) = 34.7, p < .001$, as well as in self-efficacy, $F(3, 82) = 39.4, p < .001$. Beyond that the results also showed large effect sizes for self-esteem and self-efficacy. No significant gender effects were found for self-esteem, $F(3, 82) = 0.018, p = .894$, or for self-efficacy, $F(3, 82) = 3.35, p = .071$. The interaction effect between group and sex was not statistically significant, neither for self-esteem, $F(3, 82) = 1.12, p = .291$, nor for self-efficacy, $F(3, 82) = 0.332, p = .566$.

Group differences on the level of *general psychological distress* (SCL-90-R: GSI) were analyzed with a two-way between-groups ANOVA (see Table 2). We found a statistical significant difference between the groups in terms of general psychological distress, $F(3, 82) = 48.7, p < .001$. Participants in the ADHD group showed a significant higher level of symptom distress ($M = 1.26, SD = 0.67$) than those in the CG ($M = 0.44, SD = 0.33$). There were no significant differences found in the symptom distress level of males compared with females, $F(3, 82) = 0.198, p = .657$. The interaction effect between group and sex was statistically not significant, $F(3, 82) = 0.008, p = .930$.

We performed a one-way between-groups MANOVA to investigate group differences with respect to the resources they possess (RCL).

Table 2. ANOVA: Group Differences on Self-Esteem, Self-Efficacy, and the General Psychological Distress Level (SCL-90-R: GSI)

Variables	ADHD (<i>n</i> = 43)	CG (<i>n</i> = 43)	<i>F</i> (3, 82)	Significance	η^2
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)			
Self-esteem (Rosenberg Scale)	15.0 (6.5)	23.2 (6.5)	34.7	.000**	.298
Self-efficacy (SWE scale)	14.7 (4.7)	20.3 (3.5)	39.4	.000**	.325
General psychological distress level (SCL-90-R: GSI)	1.26 (0.67)	0.44 (0.33)	48.7	.000**	.376

Note: SCL-90-R = Symptom Checklist-90–Revised; GSI = Global Severity Index; SWE = General Perceived Self-Efficacy Scale.

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Table 3. MANOVA: Group Differences on 14 Resources (Resources Checklist)

Variables	ADHD	CG	<i>F</i> (1, 82)	Significance	η^2
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)			
Resources main categories					
Environmental/social resources	−1.12 (0.77)	−0.45 (0.52)	21.1	.000**	.205
Personality-related resources	−1.06 (0.66)	−0.44 (0.45)	25.0	.000**	.234
Resources subcategories					
Partnership ^a	−1.50 (1.54)	−0.45 (1.00)	13.3	.000**	.140
Family ^a	−0.70 (1.00)	−0.24 (0.55)	6.6	.011	.076
Vocation ^a	−1.42 (1.23)	−0.60 (0.78)	13.2	.000**	.139
Leisure time ^a	−1.10 (0.90)	−0.78 (0.81)	3.02	.086	.036
Housing ^a	−0.53 (0.81)	−0.17 (0.57)	5.5	.021	.064
Health ^a	−1.52 (0.87)	−0.63 (0.65)	27.9	.000**	.255
Self-esteem ^b	−1.97 (1.50)	−0.60 (0.91)	24.9	.000**	.234
Confidence ^b	−1.10 (0.88)	−0.50 (0.78)	10.7	.002*	.116
Ability to love ^b	−0.52 (0.77)	−0.32 (0.73)	1.39	.241	.017
Courage ^b	−0.97 (0.94)	−0.50 (0.72)	6.56	.012	.074
Creativity ^b	−1.36 (1.14)	−0.60 (0.81)	11.9	.001**	.127
Sense of control ^b	−1.34 (1.06)	−0.41 (0.70)	22.1	.000**	.213
Composure ^b	−1.89 (1.01)	−0.56 (1.68)	19.4	.000**	.192
Faith ^b	−0.64 (0.97)	−0.32 (0.52)	3.39	.069	.040

^aEnvironmental/social resources.

^bPersonality-related resources.

* $p < .05$ (Bonferroni adjustment alpha level of .0031). ** $p < .025$ (Bonferroni adjustment alpha level of .0015).

According to Dick's (2003) classification, we analyzed the two main categories, *environmental/social resources* and *personality-related resources*, as well as the 14 subcategories. The MANOVA results in Table 3 revealed significant group differences at $p < .01$ or less with respect to the following variables: environmental/social resources, personality-related resources, partnership, vocation, health, self-esteem, confidence, creativity, sense of control, and composure. Taken as a whole, the ADHD group exhibited a significantly lower level of these resources than the CG. However, there are resources that did not significantly differ between the groups: family, leisure time, housing, ability to love, courage, and faith.

Correlations were analyzed to provide more detailed insight into specific relationships among the variables. Particularly, two groups of variables were explored: (a) The general psychological distress level (SCL-90-R: GSI) and self-esteem (Rosenberg Scale) or self-efficacy (SWE scale), respectively. (b) The general psychological distress level (SCL-90-R: GSI) and the resources (14 subcategories of the RCL). Relationships between the variables were investigated using Pearson product–moment correlation coefficient and were calculated for each group separately.

1. There was a significant and negative correlation between the variables GSI and self-esteem for the

Table 4. Pearson's Correlations Between the General Psychological Distress Level (SCL-90-R: GSI), Self-Efficacy, and Self-Esteem

Variables	GSI		Self-efficacy		Self-esteem	
	ADHD/CG	ADHD/CG	ADHD/CG	ADHD/CG	ADHD/CG	ADHD/CG
GSI	—	—	-.19/-.57**	—	-.44**/-.50**	—
Self-efficacy	—	—	—	—	.42**/.53**	—
Self-esteem	—	—	—	—	—	—

Note: SCL-90-R = Symptom Checklist-90-Revised; GSI = Global Severity Index.

* $p < .05$ (two-tailed). ** $p < .01$ (two-tailed).

ADHD ($r = -.44$, $n = 43$, $p < .01$) as well as for the CG ($r = -.50$, $n = 43$, $p < .001$). The strength of the relationship was moderate in both groups (see Table 4). As for the correlations between the variables GSI and self-efficacy, only the CG revealed a significant relationship at $p < .01$ suggesting a strong relationship. The ADHD group showed a negative relationship, which was barely not significant at a 5% level ($r = -.19$, $n = 43$, $p = .072$).

Results imply that high levels of general psychological distress are associated with lower levels of self-esteem and self-efficacy in the CG. In the ADHD group, only self-esteem was significantly negatively correlated with high levels of general psychological distress but not self-efficacy. The strength of the relationship for self-esteem was moderate in the ADHD group and strong in the CG.

Higher levels of self-esteem were significantly and positively associated with higher levels of self-efficacy in both groups at $p < .01$.

- The correlations in Table 5 showed significant and negative relationships between the general psychological distress level and following resources: family, vocation, leisure time, health, self-esteem (only ADHD), confidence, courage (only CG), creativity (only CG), composure, and faith. These significant correlations imply that an elevated general psychological distress level is accompanied by a reduced disposability of the aforementioned resources in both groups. The strength of the relationship was large for health and confidence in ADHD, and for leisure time in the CG. All other significant correlations showed a moderate relationship. Conversely, an elevated GSI in the ADHD group did not significantly correlate with a reduced disposability of the resources partnership, housing, ability to love, courage, creativity, and sense of control. For the CG, an elevated

Table 5. Pearson's Correlations Between the General Psychological Distress Level (SCL-90-R: GSI) and 14 Resources (Resources Checklist)

Resources Checklist	GSI	
	ADHD ($n = 43$)	CG ($n = 43$)
1. Partnership	-.22	-.14
2. Family	-.33*	-.40**
3. Vocation	-.42**	-.40**
4. Leisure time	-.31*	-.61**
5. Housing	-.22	-.17
6. Health	-.56**	-.49**
7. Self-esteem	-.49**	-.25
8. Confidence	-.52**	-.41**
9. Ability to love	-.08	-.16
10. Courage	-.24	-.32*
11. Creativity	-.15	-.31*
12. Sense of control	-.26	-.17
13. Composure	-.35*	-.43**
14. Faith	-.37*	-.36*

Note: SCL-90-R = Symptom Checklist-90-Revised; GSI = Global Severity Index.

* $p < .05$ (two-tailed). ** $p < .01$ (two-tailed).

GSI did not significantly correlate with a reduced disposability of the resources partnership, housing, self-esteem, ability to love, and sense of control.

Finally, we measured the relationships between self-efficacy, self-esteem, and the 14 resources using the Pearson product-moment correlation coefficient. For each group, we calculated the relationships separately (see Table 6). The ADHD group revealed a highly significant correlation ($p < .01$) between self-efficacy and confidence. For self-efficacy and family, or self-efficacy and courage, correlations showed significance at $p < .05$.

Table 6 depicts highly significant relationships ($p < .01$) between self-esteem and self-esteem, confidence, courage, creativity, sense of control, composure, and faith, as well as significant relationships ($p < .05$) between self-esteem and family, health, and ability to love.

In the CG, we found highly significant correlations ($p < .01$) between self-efficacy and family, leisure time, health, confidence, courage, creativity, and sense of control, as well as a significant relationship ($p < .05$) between self-efficacy and self-esteem. The correlations between self-esteem and confidence, or faith showed a significant relationship at $p < .05$.

Discussion

The primary objective of this study was to explore differences in self-esteem, self-efficacy, and resources in untreated adults with ADHD in comparison with healthy

Table 6. Pearson's Correlations Between Self-Efficacy (SWE Scale), Self-Esteem (Rosenberg Scale), and 14 Resources (Resources Checklist)

Resources Checklist	Self-efficacy (SWE)/self-esteem (RSES)	
	ADHD (n = 43)	CG (n = 43)
	SWE/RSES	SWE/RSES
1. Partnership	.05/.24	.21/-.29
2. Family	.32*/.34*	.54**/.11
3. Vocation	.04/.26	.17/.00
4. Leisure time	.06/.32	.43**/.24
5. Housing	.05/-.023	.17/-.03
6. Health	.20/.37*	.56**/.26
7. Self-esteem	.26/.56**	.36**/.28
8. Confidence	.42**/.65**	.53**/.30*
9. Ability to love	.19/.36*	.24/.14
10. Courage	.35**/.52**	.40**/.18
11. Creativity	.14/.39**	.48**/.23
12. Sense of control	.15/.66**	.39**/.07
13. Composure	.20/.54**	.23/.29
14. Faith	.08/.41**	.27/.33*

Note: SWE = General Perceived Self-Efficacy Scale; RSES = Rosenberg Self-Esteem Scale.

* $p < .05$ (two-tailed). ** $p < .01$ (two-tailed).

adults in a CG. Relationships between self-esteem, self-efficacy, and resources were surveyed. In addition, the general psychological distress level in both groups was compared, and a possible relationship between the general psychological distress level and self-esteem, self-efficacy, or resources was analyzed. To our knowledge, this is the first study that surveyed resources in adults with ADHD.

Our findings show that adults with ADHD exhibit significantly lower levels of self-esteem and self-efficacy than comparable healthy adults in a CG. These results are consistent with the current literature (Philipsen et al., 2007; Ramsay & Rostain, 2008; Safren, 2006).

As for the resources, we found the ADHD group to have significantly lower values compared with the CG in some but not all of the resources. In particular, the resources partnership, vocation, and health exhibited lower levels. These findings are in line with present studies, which commonly found individuals with ADHD to have interpersonal (Barkley, Murphy, & Fischer, 2008) and vocational difficulties (Barkley, 2010; Biederman & Faraone, 2006) as well as increased health problems (Barkley et al., 2008). Self-esteem and confidence were lower in the ADHD group as measured with both the RCL and the Rosenberg Scale.

Although in our study the ADHD group exhibited a lower level of self-reported creativity compared with a healthy CG, further research is needed as studies on this subject are rare (Hallowell & Ratey, 1994). More knowledge about creativity in ADHD is potentially beneficial for their educational and vocational choices and development.

The ADHD group also seemed to possess an impaired feeling of control (sense of control = "sense of being able to influence one's life in important areas"). This result is consistent with our findings that ADHD entails lower levels of self-efficacy.

The resource *composure* was lower in the ADHD group ("having a carefree mind," "to look into the future in an optimistic way with respect to my dreams and wishes," "to let go of things I cannot influence"). This could be explained by the multitude of impairments and their long-standing history of negative experiences starting from childhood.

However, the resources that did *not* significantly differ between the groups are just as telling: family, leisure time, housing, ability to love, courage, and faith. We discuss each point in turn.

The ADHD group was shown to hold the resource family ("feeling loved and accepted the way I am by the family members," "experiencing an atmosphere of mutual trust"). Furthermore, we found a significant relationship between the resource family and self-efficacy as well as self-esteem. Barkley (2010) pointed out that external resources, such as family or friends, can assist adults with ADHD to manage and improve their work. For psychotherapy, particularly for doing homework and to train new behavior, it could therefore be especially helpful and promising to include family members or close friends as coaches. According to our findings, in using this resource, self-efficacy and self-esteem can be fostered.

Likewise, satisfaction with *leisure time* ("satisfaction with leisure time activities," "balance between work and leisure time," "working in a honorary capacity") and *housing* ("satisfaction with domicile") in adults with ADHD could be a source of energy, helping them to maintain the balance between work, everyday business, and recreation. There seems to be no relationship between *leisure time* and self-efficacy or self-esteem on one hand, or *housing* and self-efficacy or self-esteem on the other hand. This suggests that *leisure time* and *housing* are less relevant resources with respect to self-efficacy or self-esteem.

Despite the difficulties adults with ADHD have in relationships, their *ability to love* did not seem to be affected. There is, however, a significant relationship between *ability to love* and self-esteem. This resource includes aspects, such as "having the capacity to give and accept love," "being sensitive toward other people's emotions," and "being tolerant and open." Considering the frequent interpersonal difficulties (Barkley et al., 2008) and elevated marital divorce rates (Biederman & Faraone, 2006) in adults with ADHD, the

resource “ability to love” could be made use of to foster interpersonal coping strategies and self-esteem, as well as to improve their relationship.

No differences were found between the groups with respect to courage. Courage is characterized by following descriptions: “courage to go into uncertain or dreaded situations,” “endurance when committed to something to hang in until the goal is reached,” and “courage to develop oneself, and to do things that seem right and important.” In a psychotherapeutic setting, courage can have a beneficial effect on patients when making new or uncertain experiences, and it can literally encourage them not to give up easily. Beyond that, courage showed a significant and positive relationship with self-efficacy and self-esteem in our study.

The resource faith was also comparable in both groups. Faith is characterized by statements, such as “believing in the meaningfulness of life,” “believing in a superior power which protects me,” and “believing in being loved and accepted as I am by this power.” To the authors’ knowledge, there are no studies that have analyzed faith in adult ADHD. Yet, in recent years an increasing literature suggests that faith/spirituality might be a protective factor for psychological health in general (Klein & Albani, 2007; Lee, Stacey, & Fraser, 2003; Seybold & Hill, 2001). This opens up yet another resource channel for psychotherapy by virtue of the positive significant relationship between faith and self-esteem.

In comparing the psychological distress level (SCL-90-R: GSI), we found individuals with ADHD to have a significantly higher distress level than individuals in the CG. This result is not surprising as several previous studies (e.g., UMASS study; Barkley, 2010) found individuals with ADHD to have higher elevations on all scales of the SCL-90-R than a clinical group or a CG. An elevated psychological distress level could be explained first and foremost by the ADHD itself, second by the psychiatric comorbidity that is predominant in the ADHD group.

It stands to reason that a greater amount of psychological distress could have impact on self-esteem and self-efficacy. Although the CG exhibited highly significant negative correlations between GSI and both self-efficacy and self-esteem, the ADHD group only showed this relation for self-esteem. This difference could be explained by the fact that the ADHD group exhibited already from the beginning of this study much lower values of self-esteem and self-efficacy. Their values might have hit a lower plateau. What speaks against this hypothesis is that self-esteem showed a negative correlation with psychological distress. If low self-esteem can be reduced further by psychological distress, then self-efficacy should be reduced as well, unless there are protective factors for self-efficacy in ADHD. These potentially protective factors will be discussed in the next intercept.

For the greater part, correlations between the general psychological distress level and the 14 resources showed

significant and negative relationships. This relationship was prevalent in both groups. In the first instance, our results indicate that higher levels of psychological distress have a negative relationship with most of the resources. Second, our findings suggest that this relationship is by and large independent of the psychopathology of ADHD, as both groups rated the impact of general psychological distress on their resources in a similar way. There are two noteworthy exceptions: The resources courage and ability to love did not significantly differ between the groups and showed no significant relationship with elevated psychological distress in the ADHD group. Thus, we assume courage and ability to love may be protective resources in ADHD. Theoretically (Hannah, Sweeney, & Lester, 2007) as well as empirically (Kowalski et al., 2006; Pury & Kowalski, 2007), courage has been correlated with efficacy-related states. We found *courage* to have a positive significant relationship with self-esteem and self-efficacy in our study. This provides us with a potential explanation as to why self-efficacy was not affected by a high GSI.

However, the reason why *ability to love* impacts on self-efficacy in a protective way seems more cloudy. We could only find a positive significant relationship with self-esteem. The *ability to love* may be related to experiencing life satisfaction and psychological well-being (Dick, 2003; Seligman, 2002) and as such it may have a general protective effect.

Limitations

One potential weakness of this study is that our groups were not entirely comparable on behalf of years of education, highest achieved graduation, and vocational situation. Nevertheless, it seems to be an inherent problem of ADHD that people suffering from this neurobiological disorder tend to have educational and vocational difficulties. In a nonclinical sample such as ours, the educational and vocational situation is expected to be superior. On account of this, future studies should compare ADHD not only with a healthy control but also with another clinical sample. Nevertheless, our sample was equal with respect to sex and age. Although our groups were not equal with regard to education and profession, they were both highly heterogenic.

One might also argue that the applied resources questionnaire was not being validated. As yet, resources in adult ADHD have not been subject of empirical studies, and we wanted to obtain a first insight and tried to keep the survey as short as possible. In a next step, the resources questionnaire should be validated and applied in a bigger sample of adults with ADHD.

To close with, the relatively small samples size calls for replication with a larger sample to generalize our results.

Despite these potential limitations, our study provides a novel contribution to the current literature on adult ADHD,

self-efficacy, self-esteem, and resources. To our knowledge, this is the first study that has surveyed resources in adults with ADHD.

Conclusion and Implications

The present study shows that adults with ADHD have lower levels of self-esteem and self-efficacy when compared with a healthy CG. On closer examination, however, some of the underlying resources do not seem to differ between the groups. In other words, people with ADHD seem to possess the resources family, leisure time, housing, ability to love, courage, and faith, which lend themselves for making use of and being fostered in psychotherapy. Our findings suggest that the resources, family, ability to love, courage, and faith, have a positive relationship with self-esteem. In addition, family and courage show a positive relationship with self-efficacy.

Our results bear important implications for the treatment of adult ADHD and suggest that corresponding therapy programs should include modules for enhancing self-esteem, self-efficacy, and activating/fostering patient's resources.

A crucial element in psychotherapy for adult ADHD is to break the vicious cycle of negative appraisal and to adopt positive strategies (Bramham et al., 2009; Safren, 2006) when difficulties arise. To make new, positive experiences, adults with ADHD need to become aware of their resources and learn to apply them in everyday life. Once they are able to influence their lives in a favorable way, self-esteem and self-efficacy can grow.

In addition to an inalienable problem-oriented focus, a complementary resources-oriented approach provides the following benefits for adults with ADHD:

1. experiencing competence, self-esteem (Grawe & Grawe-Gerber, 1999), and hope (Hayes et al., 2007);
2. motivation for psychotherapy is likely to increase;
3. fostering coping strategies, through awareness of the own strengths;
4. protective function of resources assists in coping with recurrent difficulties or stress (Hobfoll, 1988; Rutter, 1990); and
5. improved problem actuation through the combination with resources activation (Flückiger, Caspar, Grosse Holtforth, & Willutzki, 2009; Gassmann & Grawe, 2006).

Living with a lifelong impairment makes it particularly relevant to shift one's perspective from deficits to strengths. As little is known about the strengths of people with ADHD, further research is indicated to reveal more knowledge about their specific resources. For instance, empirical studies investigating creativity in adult ADHD are still owing.

From a psychotherapeutical point of view, there is a necessity and eligibility to elaborate resources-oriented modules for adult ADHD. Evaluating their clinical benefit will be the challenge of future research.

Declaration of Conflicting Interests

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Funding

The author(s) disclosed receipt of the following financial support for the research, authorship, and/or publication of this article: This project was supported by the Swiss National Science Foundation, Grant 325100-120756/1.

Note

1. In Switzerland, the school system is characterized by its heterogeneity. Each of the 26 cantons is individually responsible for the organization of its school system. "Primary school" (Grades 1-5) and the "lower secondary level" (Grades 6-9) are mandatory. The qualifications on the "upper secondary level" (Grades 10-13) branch out to "upper secondary level" (specialized middle schools) and a general qualification for university entrance (comparable with grammar school in Great Britain). After the "lower secondary level," individuals who do not continue further schools can complete a vocational education (apprenticeship), which is inalienable to break into the professional market. Universities or universities of applied sciences are counted among the "tertiary level."

References

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Bandura, A. (1997). *The exercise of control*. New York, NY: Freeman.
- Bandura, A. (2002). Social cognitive theory in cultural context. *Journal of Applied Psychology: An International Review*, 51, 269-290.
- Barkley, R. A. (2010). *Attention deficit disorder in adults: the latest assessment and treatment strategies*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Fischer, M. (2008). *ADHD in adults: What the science says*. New York, NY: Guilford.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, NY: Meridian.
- Beck, A. T. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York, NY: Guilford.
- Biederman, J. (2004). Impact of comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 3-7.
- Biederman, J., & Faraone, S. V. (2006). The effects of attention-deficit/hyperactivity disorder on employment and household income. *Medscape General Medicine*, 8, 12.

- Bramham, J., Young, S., Bickerdike, A., Spain, D., McCartan, D., & Xenitidis, K. (2009). Evaluation of group cognitive behavioral therapy for adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 12*, 434-441.
- Cohen, J. W. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Collani, G., & Herzberg, P. Y. (2003). Eine revidierte Fassung der deutschsprachigen Skala zum Selbstwertgefühl von Rosenberg. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 24*, 3-7.
- Corwyn, R. F. (2000). The factor structure of global self-esteem among adolescents and adults. *Journal of Research in Personality, 34*, 357-379.
- Derogatis, L. R. (1992). *SCL-90-R, administration, scoring and procedures manual-II for the revised version and other instruments of the psychopathology rating scale series*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research.
- Dick, A. (2003). *Psychotherapie und Glück: Quellen und Prozesse seelischer Gesundheit*. Bern, Switzerland: Hans Huber.
- Fennell, M. (1999). *Overcoming low self-esteem: A self-help guide using cognitive behavioural techniques*. London, England: Robinson.
- Fiedler, P. (2007). Ressourcenorientierte Psychotherapie. In R. Frank (Ed.), *Therapieziel Wohlbefinden. Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie* (pp. 19-32). Heidelberg, Germany: Springer.
- Flückiger, C., Caspar, F., Grosse Holtforth, M., & Willutzki, U. (2009). Working with patients' strengths: A microprocess approach. *Psychotherapy Research, 19*, 213-233.
- Frank, R. (2007). *Therapieziel Wohlbefinden*. Berlin, Germany: Springer.
- Gassmann, D., & Grawe, K. (2006). General change mechanisms: The relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 13*, 1-11.
- Grawe, K. (1997). Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research, 7*, 1-20.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische therapie*. Göttingen, Germany: Hogrefe.
- Grawe, K., & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung: Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut, 44*, 63-73.
- Hallowell, E. M., & Ratey, J. J. (1994). *Driven to distraction*. New York, NY: Pantheon.
- Hannah, S., Sweeney, P., & Lester, P. (2007). Toward a courageous mindset: The subjective act and experience of courage. *Journal of Positive Psychology, 2*, 129-135.
- Hayes, A. M., Feldmann, G. C., Beevers, C. G., Laurenceau, J. P., Cardaciotto, L. A., & Lewis-Smith, J. (2007). Discontinuities and cognitive changes in an exposure-based cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 409-421.
- Hesslinger, B., van Elst, L. T., Nyberg, E., Dykieriek, 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 Neurosciences, 252*, 177-184.
- Hobfoll, S. E. (1988). *The ecology of stress* (1st ed.). New York, NY: Hemisphere.
- Jerusalem, M. (1990). *Persönliche ressourcen, vulnerabilität und stresserleben*. Göttingen, Germany: Hogrefe.
- Klein, C., & Albani, C. (2007). Religiosität und psychische Gesundheit. Eine Übersicht über Befunde, Erklärungsansätze und Konsequenzen für die klinische Praxis. *Psychiatrische Praxis, 34*, 58-65.
- Klemenz, B. (2009). *Ressourcenorientierte Psychologie. Ermutigende Beiträge einer menschenfreundlichen Wissenschaft (Band 1)*. Tübingen, Germany: dgvt-Verlag.
- Kowalski, R. M., Pury, C. L. S., Sporrer, L., Hunter, E., Gorney, A., Baker, M., & Mitchell, T. (2006, November). *Courage and hope: Pathways to action*. Paper presented at the annual meeting of the Society of Southeastern Social Psychologists, Knoxville, TN.
- Lee, J. W., Stacey, G. E., & Fraser, G. E. (2003). Social support, religiosity, other psychological factors, and health. In G. E. Fraser (Ed.), *Diet, life expectancy, and chronic disease: Studies of seventh-day adventists and other vegetarians* (pp. 149-176). New York, NY: Oxford University Press.
- Luszczynska, A., Diehl, M., Gutiérrez-Doña, B., Kuusinen, P., & Schwarzer, R. (2004). Measuring one component of dispositional self-regulation: Attention control in goal pursuit. *Personality and Individual Differences, 37*, 555-566.
- Luszczynska, A., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). The general self-efficacy scale: Multicultural validation studies. *Journal of Psychology, 139*, 439-457.
- Neiss, M. B., Sedikides, C., & Stevenson, J. (2002). Self-esteem: A behavioural genetic perspective. *European Journal of Personality, 16*, 1-17.
- Newark, P., & Stieglitz, R.-D. (2010). Therapy-relevant factors in adult ADHD from a cognitive behavioural perspective. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 2*, 59-72.
- Philipsen, A., Richter, H., Peters, J., Alm, B., Sobanski, E., Colla, M., & Hesslinger, B. (2007). Structured group psychotherapy in adults with attention deficit hyperactivity disorder. Results of an open multicentre study. *Journal of Nervous and Mental Disease, 195*, 1013-1019.
- Pury, C. L., & Kowalski, R. (2007). Human strengths, courageous actions, and general and personal courage. *Journal of Positive Psychology, 2*, 120-128.
- Ramsay, J. R., & Rostain, A. L. (2005). Adapting psychotherapy to meet the needs of adults with attention-deficit disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*, 72-84.
- Ramsay, J. R., & Rostain, A. L. (2008). *Adult ADHD*. New York, NY: Routledge.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A. S. Masten, & D. Cicchetti (Eds.), *Risk*

- and protective factors in the development of psychopathology (1st ed., pp. 181-214). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Safren, S. A. (2006). Cognitive-behavioral approaches to ADHD treatment in adulthood. *Journal of Clinical Psychiatry, 67*, 46-50.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor, UK: NFER-Nelson.
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York, NY: Free Press.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55*, 5-14.
- Seybold, K. S., & Hill, P. C. (2001). The role of religion and spirituality in mental and physical health. *Current Directions in Psychological Science, 10*, 21-24.
- Shekim, W., Asarnow, R. F., Hess, E., Zaucha, K., & Wheeler, N. (1990). An evaluation of attention deficit disorder-residual type. *Comprehensive Psychiatry, 31*, 416-425.
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercadante, B., & Prentice-Dunn, S. (1982). The self-efficacy scale: Constructions and validation. *Psychological Reports, 51*, 663-671.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2007). *Positive psychology. The science and practical explorations of human strengths*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Stevenson, C. S., Stevenson, R. J., & Whitmont, S. (2003). A self-directed psychosocial intervention with minimal therapist contact for adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 10*, 93-101.
- Stevenson, C. S., Whitmont, S., Bornholt, L., Livesey, D., & Stevenson, R. J. (2002). A cognitive remediation programme for adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Australian and New Zealand Journal for Psychiatry, 36*, 610-616.
- Stieglitz, R.-D. (2010). Diagnostische ADHS-Skalen bei Erwachsenen. In M. Rösler, W. Retz, & C. M. Freitag (Eds.), *Diagnose und Therapie der ADHS. Kinder - Jugendliche - Erwachsene* (pp. 71-76). Stuttgart, Germany: Kohlhammer.
- Stieglitz, R.-D., Nyberg, E., & Hofecker-Fallahpour, M. (2011). *ADHS im Erwachsenenalter*. Göttingen, Germany: Hogrefe.
- Virta, M., Vedenpää, A., Grönroos, N., Chydenius, E., Partinen, M., Vataja, R., & Livanainen, M. (2008). Adults with ADHD benefit from cognitive-behaviorally oriented group rehabilitation: A study of 29 participants. *Journal of Attention Disorders, 12*, 218-226.
- Weiss, L. (1997). *ADD and creativity: Tapping your inner muse*. New York, NY: Taylor Trade Publishing.
- Wilens, T. E., Biederman, J., & Spencer, T. J. (2002). Attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Annual Review of Medicine, 53*, 113-131.
- Willutzki, U. (2003). Ressourcen: Einige Bemerkungen zur Begriffsklärung. In H. Schemmel & J. Schaller (Eds.), *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit* (pp. 91-110). Tübingen, Germany: dgvt-Verlag.
- Willutzki, U. (2008). Ressourcendiagnostik in der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. *Klinische Diagnostik und Evaluation, 1*, 126-145.
- World Health Organization. (2003). *Adult ADHD Self-Report Scale ("ADHD-Screener")—Version 1.1 (Adult ASRS-V1.1)*. Geneva, Switzerland: Author.
- Young, S. (2005). Coping strategies used by adults with ADHD. *Personality and Individual Differences, 38*, 809-816.
- Young, S., & Bramham, J. (2007). *ADHD in adults. A psychological guide to practice*. Chichester, UK: Wiley.

Bios

Patricia Elizabeth Newark, MA, is a doctoral student in clinical psychology and a psychotherapist at the Psychiatric University Clinic of Basel. Her research interests include the study of psychotherapeutic methods, resources, and self-esteem in adults with ADHD.

Marina Elsässer, MSc, is a doctoral student in clinical psychology and a psychotherapist at the Psychiatric University Clinic of Basel. Her research interests include the study of psychotherapeutic methods and self-regulatory processes in adults with ADHD.

Rolf-Dieter Stieglitz, PhD, is a professor of clinical psychology and psychiatry at the University of Basel. He is also chief psychologist at the Psychiatric University Clinic of Basel. His research interests include psychodiagnostics and psychotherapy in adult ADHD.

CURRICULUM VITAE

Name, Vornahme Elsässer, Marina A.

Kontakt Mischelistrasse 41
CH-4153 Reinach BL
Telefon Festnetz: +41-61-3224826
Email: marina-elsaesser@gmx.ch

Geburtsdatum 10. Dezember 1977

Zivilstand verheiratet

Kinder Sohn (geb. 20.04.2010), Tochter (geb. 10.03.2014)

Geburtsort Witebsk, Weißrussland

Staatsangehörigkeit Weißrussisch

AUSBILDUNG

09/84-06/95 Schulausbildung an der Oktjabrskaja Mittelschule,
Witebsk, Weißrussland

09/95-06/00 Studium der deutschen und russischen Sprache,
sowie der internationalen Literatur für das Lehramt
an der Staatsuniversität Witebsk, Weißrussland

04/02-03/04 Psychologiestudium an der Johann Wolfgang Goethe-
Universität Frankfurt am Main, Deutschland

04/04-10/07 Fortführung und Abschluss des Psychologiestudiums an
der Universität Basel, Schweiz

08/07-07/11 Psychotherapeutische Weiterbildung in Kognitiver
Verhaltenstherapie, Basel

Seit 02/ 09 Promotion in Psychologie an der Universität Basel,
Schweiz

ARBEITSERFAHRUNG

02-04/06	Psychologisches Praktikum im Zentrum für Psychiatrie am Klinikum der Justus-Liebig-Universität Giessen, Deutschland
08-10/06	Psychologisches Praktikum in der Psychiatrischen Klinik der Universitären Psychiatrischen Kliniken in der Verhaltenstherapie- Ambulanz, Basel
10/06-09/07	Arbeit an dem Projekt „Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie“ in der Verhaltenstherapie-Ambulanz, Basel
01-06/07	Psychologisches Praktikum an der Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals, Basel
10/07-10/08	Postgraduierte Klinische Psychologin in der Psychiatrischen Klinik der Universitären Psychiatrischen Kliniken in der Verhaltenstherapie-Ambulanz, Basel
11/08-01/09	Assistenz-Psychologin an der Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals, Basel
Seit 02/ 09	Promotion in Psychologie an der Universität Basel, Basel