

Themenschwerpunkt

Responder und Nonresponder in einer ADHS-Therapie von Erwachsenen

Gerhard Lauth, Wolf-Rüdiger Minsel und Melanie Koch

Department Psychologie, Universität zu Köln

Zusammenfassung. In der vorliegenden Studie werden Patienten- und Störungsmerkmale auf ihre Eignung als Prädiktoren für den Erfolg und Misserfolg eines ADHS-Trainings untersucht. 115 Studierende mit ADHS-Diagnose nahmen an einem Gruppentraining teil, das als Intensivtraining über sechs Sitzungen durchgeführt wird. Der Therapieerfolg wurde anhand von vier Kriterien, der ADHS-Symptomatik, Therapiezufriedenheit, Zielerreichung (Goal attainment scaling) und der Verbesserung des Alltagsfunktionsniveaus, vor und nach der Therapie erhoben. Mittels multipler Regressionsanalysen werden Prädiktoren zwischen den Patientenmerkmalen als unabhängigen Variablen und den Kriterien für den Therapieerfolg berechnet. Zudem wurden eine hierarchische Clusteranalyse und eine Diskriminanzanalyse zur Unterscheidung von Respondern und Nonrespondern berechnet. Anhand der Kriterien für den Therapieerfolg in einer Gruppenbehandlung lassen sich drei Gruppen mit unterschiedlichem Therapieerfolg unterscheiden: Nonresponder ($N = 15$), Responder ($N = 85$) und Responder mit sehr gutem Therapieerfolg ($N = 15$). Dabei profitiert die erste Gruppe kaum, die zweite durchschnittlich und die dritte in hohem Maße von dem Gruppentraining für ADHS-Patienten. Korrelationsberechnungen und Regressionsanalysen machen gleichzeitig deutlich, dass es kaum direkte Vorhersagekriterien für den Therapieerfolg gibt. Alter, Ausgangssymptomatik, soziale Einbettung (Anzahl guter Freunde), Beziehung zu Eltern und Geschwistern, Geschlecht und Bildung (höchster erreichter Abschluss), Schlaflosigkeit hängen nicht mit dem ermittelten Therapieerfolg zusammen. Es wurden keine personenbezogenen Prädiktoren für den Therapieerfolg gefunden. Dies kann mit der angefallenen Auswahl der Merkmale zusammenhängen. Auch scheinen Prozessmerkmale Therapieerfolg zu bedingen.

Schlüsselwörter: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Gruppentraining, Evaluation, Responder, Nonresponder

Predictors of success and failure of behavior therapy of ADHD in adults

Abstract. The present study attempts to analyze the eligibility of patient characteristics as predictors for the treatment outcome of a behavioral-therapeutic group intervention. 115 students diagnosed with ADHD participated in six sessions of an intensive group training program. The improvement of ADHD symptomatology, patients' satisfaction with Training, the degree of goal attainment and the improvement of the level of functioning in everyday activities were measured and regarded as indicators of treatment outcome. Using multiple regression analysis, different predictors for therapy outcome were examined. In addition, a hierarchical cluster analysis and a discriminant analysis were conducted to distinguish between responders and non-responders. Based on the criteria for treatment outcome, the cluster analysis and the discriminant analysis reveal three different patient clusters: non-responders ($N = 15$), responders ($N = 85$) and responders with especially high therapeutic success ($N = 15$). Patients in the first cluster did not benefit much from the intervention, patients in the second cluster benefited to a medium extent and patients in the third cluster benefit highly from the group training program. Correlations and multiple regression analyses show that the observed patient-related variables have no predictive value for the treatment outcome. Neither age, severity of symptoms, social embedding (number of close friends), relationship to parents and siblings, gender, education level nor the occurrence of insomnia are associated with the treatment outcome. Patient characteristics are no suitable predictors for treatment outcome. This result may be due to the selected patient variables. In addition, procedural characteristics may have an influence on treatment outcome.

Keywords: Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, group training program, evaluation, responder, nonresponder

Problemstellung

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter ist eine Störung, die Therapeuten sowie Ärzten immer stärker ins Bewusstsein rückt. Die Prävalenzschätzungen liegen bei 3 % (Fayyad

et al., 2007) und es wird großer Versorgungsbedarf gesehen (Döpfner, Banaschewski, Krause & Skrodzki, 2010; Schmidt & Petermann, 2011). Dementsprechend stehen Fragen der Versorgung und der Therapieerprobung sowie der Qualitätssicherung im Vordergrund der aktuellen Diskussion.

Die Behandlung erfolgt in der Regel in Form einer Kombination aus medikamentöser und psychotherapeutischer Intervention (Ebert, Krause & Roth-Sackenheim, 2003). Während pharmakologische Interventionen vielfach untersucht wurden (vgl. Baud et al., 2007; Brown et al., 2005; Kordon & Hofecker-Fallahpour, 2006), steht die Erarbeitung von psychotherapeutischen Standardverfahren eher am Anfang. Eine Metaanalyse über die Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen (Linderkamp & Lauth, 2011) mit 12 psychotherapeutischen und 43 pharmakologischen Wirksamkeitsstudien ermittelte für Psychotherapie eine Effektstärke von 0.84. Insofern bestätigt sich eine ermutigende Wirksamkeit und ernstzunehmender therapeutischen Nutzen. Diese Einschätzung unterstellt jedoch, dass alle Patienten in nahezu gleichem Maße von der Therapie profitieren. Dass dem nicht so ist, zeigt bereits die Betrachtung der Effektvarianzen, die zwischen 0.07 und 0.94 schwanken (Linderkamp & Lauth, 2011). Die teilnehmenden Patienten verbessern sich also in höchst unterschiedlicher Weise: Einige Personen profitieren beträchtlich, andere aber nur wenig. Insofern stellt sich die Frage, ob Patientengruppen, die mit Wahrscheinlichkeit von der Behandlung profitieren, im Vorfeld einer ADHS Therapie erkannt werden können. Wodurch sind Responder gekennzeichnet? Und welche Patienten werden voraussichtlich Nonresponder sein?

Die Therapieforschung hat eine Reihe von allgemeinen Personenmerkmalen identifiziert, die das Therapieergebnis mittelbar beeinflussen (Clarkin & Levy, 2004; Lambert, 1992; Piper, Ogrodniczuk, Joyce & Weidemann, 2011). Hierzu zählen beispielsweise Alter, Geschlecht und Bildungsniveau: Jüngere Patienten haben beispielsweise ein erhöhtes Risiko zum Drop-Out und entwickeln eine geringere Bindung an die Behandlung (Piper et al., 2011). Frauen erzielen in Gruppenbehandlungen leicht bessere Erfolge als Männer (Ogrodniczu, Piper & Joyce, 2004; Piper et al., 2011), Patienten mit einer guten sozialen Einbettung und Unterstützung von Freunden und Familie und Therapiemotivation nutzen die Therapie besser (Beutler, Castonguay & Follette, 2006; Crits-Christoph, Gibbons, Narducci, Schamberger & Gallop, 2005; Garfield, 1994; Horowitz, Rosenberg & Bartholomew, 1993; Shapiro et al. 1994; Zuroff et al., 2007). Gleiches gilt für Patienten mit positiver Therapie- und Outcome-Erwartung, Ich-Stärke, Intelligenz, Veränderungsbereitschaft, Kontrollüberzeugung, Introspektionsfähigkeit und der Fähigkeit zum Therapeuten eine positive Beziehung aufzubauen (Clarkin &

Levy, 2004; Piper et al., 2011). Hingegen fanden andere Untersucher einen geringen Einfluss von Bildungsniveau und sozioökonomischen Status auf den Therapieerfolg (Armbruster & Fallon, 1994; Raffin, Fachel, Ferrao, de Souza & Cordilio, 2009).

Darüber hinaus variiert der Therapieerfolg in Abhängigkeit von den Merkmalen der Erkrankung selbst: Eine hohe Beeinträchtigung zu Beginn der Intervention (etwa Schwere, langandauernde Erkrankung, erhöhte Komorbidität) stellt einen negativen Prädiktor für den Therapieerfolg dar (Burns & Nolen-Koeksema, 1992; Piper et al., 2011; Raffin et al., 2009).

Die vorliegende Studie überprüft in einer explorativen Untersuchung, Vorhersagekriterien für den Therapieerfolg in einem ADHS-Gruppentraining (Lauth & Minsel, 2009). Es wird gefragt, welche Patienten von dem angebotenen Gruppentraining profitieren (Responder) und bei welchen sich nur unzureichender Nutzen erkennen lässt (Nonresponder). Hierfür werden hauptsächlich Eingangsmerkmale der Patienten herangezogen.

Methode/Durchführung

Die Stichprobe besteht aus 115 Studierenden, die zwischen Oktober 2007 und Januar 2011 an einem Gruppentraining teilgenommen haben. Das Gruppentraining wird gemeinschaftlich durchgeführt von dem Kölner Studentenwerk und den Lehrstühlen Prof. Lauth und Prof. Minsel. Die Maßnahmen (Gruppenbetreuung, Gespräche, Diagnosemaßnahmen, Einzelgespräche) werden vom Studierendenförderungs fonds der Universität zu Köln finanziert.

Die untersuchten Teilnehmer erfüllten die Kriterien einer ADHS. Sie waren im Durchschnitt 28 bis 29 Jahre alt (vgl. Tab. 1). Die Schwankungen der Stichprobengröße bei den folgenden Berechnungen kommen aufgrund einzelner fehlender Werte zustande.

Zur Diagnosestellung wurde ein klinisches Interview durchgeführt sowie folgende Fragebögen herangezogen:

- Ein Screening-Test mit Selbstbeurteilungs-Skala für Erwachsene (ASRS-V1.1 Screener; Kessler et al., 2005), der anhand von sechs Items klärt, ob ein Verdacht auf ADHS besteht. Der Selbstbeurteilungsbogen ist mit grau unterlegten Feldern versehen, welche die «positiven Symptome» repräsentieren. Werden vier bis sechs von sechs «positiven Symptomen» gezählt, so sind die Kriterien für eine ADHS im Erwachsenenalter gegeben.

Tabelle 1

Deskriptive Statistik wichtiger Teilnehmermerkmale

	Anzahl (N)	Alter <i>M</i> ¹ (<i>SD</i> ²)	Symptome im WURS-K <i>M</i> (<i>SD</i>)	Gesamtpunktzahl DSM-IV-TR <i>M</i> (<i>SD</i>)	ASRS v1.1 <i>M</i> (<i>SD</i>)
Männlich	62	28.56 (5.31)	42.11 (11.80)	12.66 (2.01)	4.84 (0.90)
Weiblich	51	28.20 (6.05)	43.57 (12.82)	12.99 (1.98)	4.97 (0.85)

Anmerkungen: ¹*M* = Mittelwert; ²*SD* = Standardabweichung; 2 fehlende Werte)

- Die retrospektive Überprüfung einer ADHS in der Kindheit mittels Wender-Utah-Rating-Scale (WURSK). Sie besteht in der Kurzform aus 21 Items, die fünfstufig beantwortet werden (Retz-Junginger et al., 2002; Rösler, Retz-Junginger, Retz & Stieglitz, 2008). Ab einem Cut-off Wert von 30 kann von einem Vorliegen der ADHS im Kindesalter ausgegangen werden.
- Young-Adult-Self-Report (YASR; Achenbach, 1997). Dieser Fragebogen besteht aus zwei Teilen und erfasst im ersten neben soziodemografischen Variablen psychosoziale Kompetenzen in fünf verschiedenen Bereichen. Im zweiten Teil werden mit 119 Items Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten und somatische Beschwerden erhoben. Für die Untersuchung wurden hiermit die unabhängigen Variablen Geschlecht, Bildungsniveau, familiäre und soziale Integration sowie Schlafschwierigkeiten erfasst.

Als *abhängige* Variablen wurden folgende Maße erfasst:

- *Symptomreduktion*. Hierzu wird der Fragebogen *Verhaltensmerkmale der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung* nach DSM-IV-TR (Lauth & Minsel, 2009) herangezogen. Der Fragebogen führt mit 18 Items die Verhaltenssymptome des DSM-IV-TR für Unaufmerksamkeit sowie Hyperaktivität und Impulsivität auf und ermöglicht eine differentialdiagnostische Abgrenzung von Subtypen der Aufmerksamkeitsstörung. Dabei können Werte zwischen 0 und 18 erreicht werden. Für den überwiegend unaufmerksamen Typus müssen innerhalb der ersten neun Items sechs oder mehr mit «stimmt» beantwortet werden. Beim Vorliegen eines vorwiegend hyperaktiv-impulsiven Typus werden innerhalb der Items 10 bis 18 mindestens sechs zutreffend beantwortet. Liegen in beiden Bereichen Werte größer/gleich sechs vor, wird vom Mischtypus ausgegangen. Je höher der Gesamtwert ist, desto mehr Symptome zeigen die betroffenen Personen. In die Datenauswertung geht der Differenzwert Prä-Post ein.
- *Fragebogen zum Funktionsniveau* (Lauth & Minsel, 2009). Dieser Fragebogen erfragt das Gelingen von Verhaltensweisen in bedeutsamen Alltagssituationen (z. B. «wenn viele Dinge gleichzeitig zu tun sind», «wenn eine Aufgabe pünktlich und wie verabredet erledigt werden soll», «wenn andere nicht mit mir übereinstimmen»). Dabei können Werte von 16 bis 160 erreicht werden. Hohe Werte bedeuten eine hohe Beeinträchtigung im Funktionsniveau der Teilnehmer. Diese Einschränkungen der Teilnehmer können sowohl für einzelnen Funktionsbereiche wie z. B. «Ordnen» betrachtet als auch im Gesamtwert interpretiert werden. Der Fragebogen hat sich als valide und reliabel erwiesen (KATE, Lauth & Minsel, 2011). In die Auswertung geht der Differenzwert Prä-Post ein.
- *Goal Attainment Scaling* (GAS; Kiresuk & Sherman, 1968). Hierfür werden die Teilnehmer zu Ihren Zielen befragt (Instruktion: «Bitte überlegen Sie, was Sie während der nächsten 3 Monate gerne erreichen möchten.

Schreiben Sie diese Ziele möglichst konkret auf. Beschreiben Sie sowohl den jetzigen Ausgangszustand als auch den gewünschten Zielzustand.»). Sie sollen drei Ziele nennen. Inwieweit diese im Verlaufe der Gruppenbehandlung erreicht wurden, wurde in der sechsten Sitzung (vier bis sechs Wochen nach der fünften Sitzung, Post 2) erfasst. Die Teilnehmer gaben jeweils an, inwieweit ihre Ziele erreicht wurden (Prozentangaben zwischen 0 und 100).

- Als *unabhängige* Variablen wurden Alter, Geschlecht, Bildungsniveau, familiäre («Wie gut verstehen sie sich mit Ihrer Mutter/Ihrem Vater/Ihren Geschwistern?») und soziale Integration («Wie viele gute Freunde haben Sie?») sowie Schlafschwierigkeiten festgehalten. Der Schweregrad der Symptomatik wurde anhand des Ausgangswertes Verhaltensmerkmale der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung nach DSM-IV-TR (Lauth & Minsel, 2009) und Fragebogen zum Funktionsniveau (Lauth & Minsel, 2009) erhoben.

Um den Zusammenhang zwischen den genannten unabhängigen Variablen und dem Therapieerfolg zu untersuchen, wurden bivariate Analysen (Spearman-Korrelationen, Verhältnismaß Eta) sowie multiple Regressionsanalysen durchgeführt. Da, abgesehen von dem Alter, die unabhängigen sowie abhängigen Variablen mit Intervallskalenniveau (Alter, Ausgangssymptomatik, Differenzen Prä-Post, Grad der Zielerreichung Ziel 1–3/Gesamt, Grad der Zufriedenheit) die Voraussetzung einer Normalverteilung nach dem Kolmogorov-Smirnov-Test nicht erfüllen, wurde als nicht parametrische Verfahren die Korrelationsberechnung nach Spearman herangezogen. Dieses Vorgehen wurde auch für die Daten mit Ordinalskalenniveau (Beziehung zu den Geschwistern/der Mutter/dem Vater, Anzahl der Freunde, Schlafhygiene) gewählt. Für die beiden Nominalskalen Geschlecht und höchster Abschluss wurde das Verhältnismaß Eta zur Bestimmung des Zusammenhangs gewählt. Zudem wurde eine hierarchischen Clusteranalyse und Diskriminanzanalysen zur Unterscheidung von Respondern und Nonrespondern berechnet.

Ergebnisse

Die erhobenen Maße zum Therapieerfolg und die unabhängigen Variablen Alter, Ausgangssymptomatik, Anzahl der Freunde, familiäre Integration (Beziehung zu Geschwistern, Mutter oder Vater), Schlaflosigkeit, Geschlecht und Bildungsabschluss stehen nicht mit dem Therapieerfolg in Zusammenhang. Bei den Korrelationsberechnungen nach Spearman ergeben sich abgesehen von einer signifikanten Korrelation zwischen dem Grad der Zufriedenheit und der Beziehung zum Vater ($r = .197$, $p < 0.05$, bei $N = 105$) keine weiteren Zusammenhänge. Auch die Variablen Geschlecht und höchster Bildungsabschluss tragen nicht zur Erklärung des Therapieerfolgs bei (berechnet durch das Verhältnismaß Eta). Somit er-

Tabelle 2

Modellzusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalysen mit «Einschluss Verfahren»

Abhängige Variable: Symptomveränderung Differenz Prä-Post (DSM-IV TR)

Modell	<i>R</i>	<i>R-Quadrat</i>	Korrigiertes <i>R-Quadrat</i>	Standardfehler des Schätzers	Quadratsumme	<i>df</i>	Mittel der Quadrate	<i>F</i>	Signifikanz
	.301 ^a	.091	-.003	2.84194	86.150	11	7.832	.970	.478

Abhängige Variable: Symptomveränderung Differenz Prä-Post (Funktionsniveau)

Modell	<i>R</i>	<i>R-Quadrat</i>	Korrigiertes <i>R-Quadrat</i>	Standardfehler des Schätzers	Quadratsumme	<i>df</i>	Mittel der Quadrate	<i>F</i>	Signifikanz
	.340 ^a	.115	.024	14.34868	2871.080	11	261.007	1.268	.253

Abhängige Variable: Zielerreichung, gesamt

Modell	<i>R</i>	<i>R-Quadrat</i>	Korrigiertes <i>R-Quadrat</i>	Standardfehler des Schätzers	Quadratsumme	<i>df</i>	Mittel der Quadrate	<i>F</i>	Signifikanz
	.219 ^a	.048	-.050	14.28774	1103.760	11	100.342	.492	.905

Abhängige Variable: Zufriedenheit

Modell	<i>R</i>	<i>R-Quadrat</i>	Korrigiertes <i>R-Quadrat</i>	Standardfehler des Schätzers	Quadratsumme	<i>df</i>	Mittel der Quadrate	<i>F</i>	Signifikanz
	.241 ^a	.058	-.039	17.6464	2048.100	11	186.191	.598	.827

Anmerkung: Einflussvariablen: Alter, Geschlecht, Bildungsniveau, Beziehung zu den Eltern und Geschwistern, Anzahl der Freunde, Schlafschwierigkeiten, Schweregrad der Ausgangssymptomatik

weist sich der Therapieerfolg als unabhängig von den Personenmerkmalen.

Auch mittels multipler Regressionsanalyse (vgl. Tabelle 2) ergeben sich keine Vorhersagewerte für den Therapieerfolg (Zielerreichung, Symptomreduktion, Funktionsniveau und Zufriedenheit). Alter, Geschlecht, Bildungsniveau, familiäre und soziale Integration, Schlafschwierigkeiten, der Schweregrad der Ausgangssymptomatik werden nicht als Prädiktoren ausgewiesen. Die Modellgleichungen korrelieren zu $R = 0.301$ (Differenz Prä-Post, DSM-IV), $R =$

0.340 (Differenz Prä-Post, Funktionsniveau), $R = 0.219$ (Zielerreichung gesamt), $R = 0.241$ (Zufriedenheit) mit den Kriteriumsvariablen für den Therapieerfolg. Die durch die Modellgleichungen aufgeklärten Varianzen (R^2) überschreiten den Wert von 11.5 % nicht. Keine der Vorhersagen durch die Modelle wird signifikant.

Eine *hierarchische Clusteranalyse* (Ward-Methode), die Patienten mit ähnlicher Eigenschaftsstruktur so zusammenfasst, dass die Unterschiede in den Gruppen (Clustern) möglichst gering, die Unterschiede zwischen den Gruppen

Tabelle 3

Hierarchische Clusteranalyse anhand der Zielerreichung, Therapiezufriedenheit und den Ausgangswerten für ADHS (WURS-K, DSM-IV-TR)

	Nonresponder (Cluster 1) (<i>N</i> = 15)	Responder (Cluster 2) (<i>N</i> = 85)	Sehr gute Responder (Cluster 3) (<i>N</i> = 15)			
	<i>M</i> (S)	<i>M</i> (S)	<i>M</i> (S)	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Grad der Zielerreichung 1	49.11 (34.10)	53.57 (14.08)	87.33 (13.74)	114	24.75	.000**
Grad der Zielerreichung 2	35.69 (34.43)	50.97 (16.10)	87.67 (12.66)	114	31.45	.000**
Grad der Zielerreichung 3	5.93 (8.12)	51.80 (15.43)	59.98 (37.56)	114	40.99	.000**
Grad der Zufriedenheit	77.52 (18.00)	75.27 (18.43)	90.76 (10.63)	114	4.95	.009**
WURS-K	43.40 (10.98)	42.29 (12.07)	44.87 (14.78)	114	.30	.740
DSM-IV-TR	12.43 (1.98)	12.78 (2.03)	13.36 (1.76)	114	.86	.426
DSM-IV-TR: Differenz Prä – Post	0.40 (2.48)	0.75 (2.59)	3.09 (3.55)	114	5.17	.007**
Funktionsniveau: Differenz Prä – Post	5.63 (27.20)	3.70 (12.29)	9.32 (15.56)	114	0.88	.416

Anmerkungen: ** $p = 0.01$ (2-seitig) signifikant

möglichst groß gehalten werden, identifiziert drei Gruppen, die in unterschiedlicher Weise von der Behandlung profitieren, wenn man die Zielerreichung sowie die Zufriedenheit mit dem Therapieerfolg und die ADHS-Ausgangssymptomatik (Verhaltensmerkmale der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung nach DSM-IV-TR, Lauth & Minsel, 2009 sowie WURS-K) als unabhängige Variablen einsetzt.

Es ergeben sich drei Cluster (vgl. Tabelle 3). In Cluster 1 befinden sich 15 Personen, welche ihre Ziele nur in geringem Ausmaß erreichen konnten aber zu 77.5 % mit dem Gruppentraining zufrieden sind. Trotz hoher Zufriedenheit können diese Personen aufgrund der geringen Symptomänderung und Zielerreichung als Nonresponder bezeichnet werden.

Cluster 2 beinhaltet 85 Personen, die als Responder gelten können. Sie erreichen einen durchschnittlichen Grad der Zielerreichung und weisen ebenfalls große Zufriedenheit mit der Behandlung auf: Als sehr gute Responder (Good-therapy-user) können die 15 Personen in Cluster 3 bezeichnet werden. Sie erreichen ihre Ziele in hohem Maße und waren sehr zufrieden mit dem Training. Die einzelnen Cluster unterscheiden sich in Bezug auf die Zielerreichung und die Therapiezufriedenheit nicht aber in Bezug auf die ADHS-Ausgangssymptomatik (WURS-K, DSM-IV-TR). Darüber hinaus gibt es im Vergleich der Prä-Post Werte eine unterschiedliche Verminderung der ADHS-Symptomatik ($p < .007$), während sich der Zuwachs im Funktionsniveau nicht zwischen den Gruppen unterscheidet ($p < .426$). Um die Aufteilung in Nonresponder und Responder weiter zu explorieren, wurde eine *Diskriminanzanalyse* mit schrittweiser Selektionsmethode durchgeführt (Brosius, 2008). Dabei werden mögliche Erklärungsvari-

ablen für die Gruppeneinteilung in ein Modell aufgenommen und auf ihre Vorhersagefähigkeit geprüft.

Die Diskriminanzanalyse bestätigt die Gruppenbildung nach den folgenden Merkmalen: Zielerreichung 1, Zielerreichung 2, Zielerreichung 3, Zufriedenheit mit dem Training, Ausgangssymptomatik nach WURS-K, Ausgangssymptomatik nach dem Fragebogen Verhaltensmerkmale der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung nach DSM-IV-TR (Lauth & Minsel, 2009). Somit wird die Trenngüte der drei Cluster belegt (Wilks-Lambda = 0.196, $\chi^2 = 178.56$; $df = 12$; $p < .001$). Die besten Prädiktoren des Modells sind die Grade der Zielerreichung der Ziele 1 bis 3.

In einer abschließenden deskriptiven Betrachtung weiterer Kennwerte (erhoben mit dem YASR) lassen sich keine bedeutenden Unterschiede in Bezug auf die Anzahl der teilgenommenen Trainingstage, Vorliegen einer Erkrankung, Geschlecht, Häufigkeit des Alkohol- oder Drogenkonsums feststellen. Jedoch nehmen die Responder in Cluster 3 (Good-therapy-user) prozentual häufiger als alle anderen Personen im Cluster 1 und Cluster 2 eine zusätzliche medikamentöse Behandlung in Anspruch (vgl. Tabelle 4).

Diskussion

Anhand multidimensionaler Kriterien für den Therapieerfolg in einer Gruppenbehandlung lassen sich drei Gruppen mit unterschiedlichem Therapieerfolg unterscheiden: Nonresponder, Patienten mit Therapieerfolg (Responder) und Patienten mit gutem bis sehr gutem Therapieerfolg (sehr gute Responder). Dabei profitiert die erste Gruppe

Tabelle 4

Deskriptive Merkmale von Nonrespondern und Respondern

		Nonresponder (Cluster 1) (N = 15)	Responder (Cluster 2) (N = 85)	Sehr gute Responder (Cluster 3) (N = 15)
Alter		29.02 (SD = 7.14)	28.27 (SD = 5.51)	28.29 (SD = 4.86)
Zusätzliche Psychotherapie		3 (20 %)	9 (10.6 %)	1 (6.7 %)
Zusätzliche medikamentöse Behandlung		2 (13.3 %)	7 (8.2 %)	3 (20.0 %)
Zusätzliche Kombinationsbehandlung von Psychotherapie und Medikamenten		-	9 (10.6 %)	-
Partnerschaft vorhanden		11 (73.33 %)	51 (60 %)	7 (46.66 %)
War an keinem Tag innerhalb der letzten sechs Monate betrunken		-	39 (45.88 %)	114
Hat an keinem Tag innerhalb der letzten sechs Monate Medikamente bzw. Drogen genommen		12 (80 %)	66 (77.65 %)	12 (80 %)
Geschlecht	männlich	7 (46.66 %)	40 (47.06 %)	5 (33.33 %)
	weiblich	8 (53.33 %)	45 (52.94 %)	10 (66.66 %)
Vorliegende Krankheiten		4 (26.66 %)	24 (28.24 %)	5 (33.33 %)
An mehr als vier Trainingstagen teilgenommen		12 (80 %)	38 (44 %)	9 (60 %)
Anzahl der Drop-Out-Fälle		-	33 (38.82 %)	-

Anmerkung: Es wurden sowohl die Häufigkeiten als auch die dazugehörenden Prozentangaben angeführt.

kaum, die zweite durchschnittlich und die dritte in hohem Maße von dem Gruppentraining für ADHS-Patienten. Das Gros der Patienten ($N = 85$) profitiert in einem durchschnittlichem Maße. Diese Patienten erreichen ihre Ziele zu etwa 50 %, sind zu etwa 75 % mit der Therapie zufrieden und verbessern sich leicht in ihrem Funktionsniveau. 15 Patienten hingegen erreichen ihre Ziele nur zu etwa 30 %, verbessern sich nur wenig in ihrem Funktionsniveau und verringern die ADHS-Symptomatik nicht. Sie sind aber dennoch zufrieden mit der realisierten Gruppenbehandlung. Eine Ausnahme stellt das Cluster 3 dar, in dem sich die Good-therapy-user finden. Sie verwirklichen ihre Ziele zu etwa 78 %, sind zu etwa 90 % mit der Behandlung zufrieden und zeigen Fortschritte in der Reduktion der Symptomatik sowie in der Verbesserung des Funktionsniveaus im Umfang von 3.09 (Reduktion der Symptomatik) bzw. 9.32 (Verbesserung des Funktionsniveaus) Wertpunkten (Effektstärke $d = 1.07$ bzw. $d = 0.58$). Die Güte dieser Klassifikation konnte durch eine Diskriminanzanalyse bestätigt werden. Sie weist die Zielerreichung als wichtigstes Trennkriterium aus. Diese Ergebniskonstellation stützt die Argumentation, dass ADHS im Erwachsenenalter sich primär in Alltagsbeeinträchtigungen äußert, weil die Patienten beispielsweise berufliche, soziale und leistungsbezogene Anforderungen nur noch unzureichend erfüllen (vgl. Barkley, Murphy & Fischer, 2008). Demnach gilt es, ihre Alltagsfähigkeiten zu unterstützen und Anpassungsleistungen im Alltag herbeizuführen (vgl. Lauth & Minsel, 2009), wann immer es möglich ist. Das vorliegende Training scheint dies für die Mehrzahl der Patienten zu ermöglichen.

Insbesondere zwei Gruppen (Cluster 2 und 3) rechtfertigen die Gruppenbehandlung, weil sich ansehnliche Fortschritte bei gleichzeitiger Therapiezufriedenheit einstellen. 100 von 115 Patienten erreichen mittlere bis große Fortschritte, was einem Prozentsatz von 86.9 % entspricht. Erklärungsbedürftig ist jedoch der mangelnde Erfolg in Cluster 3, in dem die Nonresponder versammelt sind. Diese Patienten erreichen keine Fortschritte in Zielerreichung, Funktionsniveau und Reduzierung der ADHS-Symptomatik, obwohl sie mit der Gruppenbehandlung zufrieden sind. Die Inspektion der deskriptiven Merkmale ergibt, dass diese Patienten häufiger als die der anderen Cluster Psychotherapie in Anspruch nehmen und häufiger in Partnerschaft leben. In Bezug auf die anderen Merkmale, wie beispielsweise das Alter der Teilnehmer, sind keine Unterschiede zwischen den Clustern auszumachen.

Die durchgeführten Korrelationsberechnungen und Regressionsanalysen machen gleichzeitig deutlich, dass es kaum direkte Vorhersagekriterien für den Therapieerfolg gibt. Alter, Ausgangssymptomatik, soziale Einbettung (Anzahl guter Freunde), Beziehung zu Eltern und Geschwistern, Geschlecht und Bildung (höchster erreichter Abschluss) sowie Schlaflosigkeit als verbreitete Erschweris zielgerichteten Handelns hängen nicht mit dem ermittelten Therapieerfolg zusammen. Offensichtlich ent-

scheiden eher die Prozess- als die Eingangsvariablen über den Behandlungserfolg.

Kritisch ist an dieser Stelle anzumerken, dass die Komorbidität und die Alltagsbeeinträchtigung nicht in voller Tragweite abgebildet, sondern nur über verschiedene Kontrollfragen erhoben wurden. Möglicherweise liegt hier ein Eingangsmerkmal vor, das Einfluss auf den Therapieerfolg nimmt. So zeigen Studien, dass das Vorhandensein komorbider Erkrankungen den Therapieerfolg abschwächt (Chambless, Rennberg, Gracely, Goldstein & Fydrich 2000). Beispielsweise untersuchten Olatunji, Cisler und Tolin (2010) in einer Metaanalyse den Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Komorbiditäten und dem Therapieergebnis bei Patienten mit Angststörungen. Die Ergebnisse legen nahe, dass diagnostizierte Komorbiditäten den Therapieerfolg für spezifische Angststörungen beeinflussen (Olatunji et al., 2010). Die vorliegende Untersuchung ging der Frage nach, welche Eingangsmerkmale Responder von Nonrespondern unterscheiden. Die Antwort auf diese Untersuchungsfrage lautet, dass die demographischen Eingangsmerkmale keinen Einfluss haben. Offensichtlich sind es motivationale Merkmale der Teilnehmer sowie Prozessmerkmale der Gruppenbehandlung selbst, die den Ausschlag geben. Dies steht in Übereinstimmung mit vielen Studienergebnissen. Beispielsweise erweist sich die Therapiemotivation in einer Studie von Nickel et al. (2006) als ausschlaggebend für den Erfolg einer psychotherapeutischen stationären Behandlung bei depressiven Frauen. In dieser Studie wurden Ergebnisbeobachtungen von 64 stationären Patientinnen (jeweils 32 mit hoher und 32 mit geringer Therapiemotivation) miteinander verglichen. Patientinnen mit depressiver Symptomatik, die primär über eine relativ hohe Therapiemotivation verfügen, konnten signifikant stärker als die weniger motivierten von der stationären psychotherapeutischen Behandlung profitieren (Nickel et al., 2006). Insgesamt konnte mehrfach gezeigt werden, dass die Motivation zur Psychotherapie das Behandlungsergebnis beeinflusst (u. a. Schneider & Klauer, 2001; Sifneos, 1978).

Verschiedene Untersuchungen belegen zudem die Bedeutung der Therapeuten-Klienten-Beziehung für die Qualität und Intensität des Ergebnisses der Therapie (Bottella et al., 2008). In Verknüpfung mit der Untersuchung einer psychoedukativen und bewältigungsorientierten Gruppentherapie für schizophren und schizoauffektiv erkrankte Personen konnten Fries, Pfammatter, Andres und Brenner (2003) einen Zusammenhang zwischen verschiedenen Prozessmerkmalen und dem Therapieergebnis aufweisen. So beeinflussen die vom Patienten erlebte Qualität der Therapiebeziehung, der Gruppenkohäsion sowie ihre Beurteilung des Therapieinhalts und ihr Engagement während der Sitzungen den Erfolg der psychoedukativ, bewältigungsorientierten Therapie entscheidend (Fries et al., 2003). Insgesamt kann die Beziehung zwischen Therapeut und Klient als etablierter Prädiktor für den Therapieerfolg angesehen werden (Luborsky, 2000; Martin, Garske & Davis, 2000).

Ferner ist der Erfolg im Rahmen einer Gruppenintervention auch abhängig von spezifischen und unspezifischen Faktoren der Interaktion in der Behandlungsgruppen (Revenstorf, 1992): beispielsweise instrumentelle Wirkfaktoren (Kohäsion, Offenheit, Vertrauen, Arbeitshaltung), spezifische Wirkfaktoren (Feedback geben, Unterstützung, Altruismus, Modelllernen, Rollenspiele) und allgemeine Gruppenfaktoren (Universalität des Leidens, Rekapitulation, Katharsis, Hoffnung, existentielle Einsicht).

Zusammenfassend haben die untersuchten Klientenvariablen Alter, Geschlecht, Bildungsniveau, soziale Integration, Schlafschwierigkeiten und Ausgangssymptomatik keinen Einfluss auf das Therapieergebnis. Es lassen sich jedoch Cluster von Respondern und Nonrespondern bilden, die sich in den Merkmalen Zielerreichung, Zufriedenheit und Prä-Post-Differenz des Fragebogens Verhaltensmerkmale der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung nach DSM-IV-TR (Lauth & Minsel, 2009) signifikant unterscheiden. Das Ausmaß der im Training erreichten Zufriedenheit der Teilnehmer mit dem Training ist nach der Forschungsübersicht von Gruyters und Priebe (1994) als hoch zu bewerten. Die Autoren stellen in ihrem Überblick eine generell hohe Zufriedenheit der untersuchten Patienten fest und berichten Zufriedenheitsraten zwischen 56 und 100 %. Die Personen in Cluster 3 (Good-therapy-user) weisen mit Abstand die höchste Zufriedenheit (90.78 %) mit der geringsten Varianz auf. In der vorliegenden Untersuchung erreichen die Studenten ihre selbstgesetzten Ziele in unterschiedlichem Ausmaß. In einer Überblickstudie von Steffanowski et al. (2004) beträgt die durchschnittliche Zielerreichung 45.2 ($SD = 16.9$) bei einem Range von 0–100. Im Vergleich hierzu schwankt die Zielerreichung im vorliegenden Gruppentraining zwischen den Clustern. Die Teilnehmer in Cluster 1 erreichen alle Ziele in geringem Maße, Cluster 2 liegt im Erfüllen der Ziele im durchschnittlichen und Cluster 3 im hohen Bereich.

Weitere Klientenmerkmale tragen jedoch nicht zur Trennung der Cluster bei. Es muss in weiteren Untersuchungen geklärt werden, von welchen anderen Variablen der Therapieerfolg des ADHS-Trainings (Lauth & Minsel, 2009) abhängt, um den Erfolg des Trainings für die Teilnehmer gezielt zu erhöhen.

Literatur

- Achenbach, T. (1997). *Manual for the young adult self-report and young adult behaviour check-list*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychology.
- Armbruster, P. & Fallon, T. (1994). Clinical, sociodemographic and systems risk factors for attrition in a children's mental health clinic. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 577–585.
- Barkley, R.-A., Murphy, K.-R. & Fischer, M. (2008). *ADHD in adults. What the science says*. New York: Guilford Press.
- Baud, P., Eich-Höchli, D., Hofecker Fallahpour, M., Kasper, J., Ryffel-Rawak, D., Stieglitz, R.-D. & Wälchli, A. (2007). Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 158, 217–224.
- Beutler, L. E., Castonguay, L. G. & Follette, W. C. (2006). Therapeutic factors in dysphoric disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 639–647.
- Botella, L., Corbella, S., Belles, L., Pacheco, M., Gomez, M. A., Herrero, O. ... Pedro, N. (2008). Predictors of therapeutic outcome and process. *Psychotherapy Research*, 18, 535–542.
- Brosius, F. (2008). *SPSS 16*. Heidelberg: Redline.
- Brown, R. T., Amler, R. W., Freeman, W. S., Perrin, J. M., Stein, M. T., Feldman, H. M., ... Wolraich, M. L. (2005). Treatment of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: Review of the evidence. *Pediatrics*, 115, 749–757.
- Burns, D. D. & Nolen-Hoeksema, S. (1992). Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive-behavioral therapy: A structural equation model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 441–449.
- Chambless, D. L., Rennberg, B., Gracely, E. J., Goldstein, A. J. & Fydrich, T. (2000). Axis I and Axis II comorbidity in agoraphobia: Prediction of psychotherapy outcome in a clinical setting. *Psychotherapy Research*, 10, 279–295.
- Clarkin, J. F. & Levy, K. N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 194–226). New York: Wiley.
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., Narducci, J., Schamberger, M. & Gallop, R. (2005). Inter-personal problems and the outcome of interpersonally oriented psychodynamic treatment of GAD. *Psychotherapy*, 42, 211–224.
- Döpfner, M., Banaschewski, T., Krause, J. & Skrodzki, K. (2010). Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Deutschland. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38, 131–136.
- Ebert, D., Krause, J. & Roth-Sackenheim, C. (2003). ADHD im Erwachsenenalter – Leitlinien auf der Basis eines Experten-konsensus mit Unterstützung der DGPPN. *Der Nervenarzt*, 10, 939–946.
- Fayyad, J., Graaf, R. de, Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K. ... Jin, R. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal Of Psychiatry*, 190, 402–409.
- Fries, A., Pfammatter, M., Andres, K. & Brenner, H. D. (2003). Wirksamkeit und Prozessmerkmale einer psychoedukativen und bewältigungsorientierten Gruppentherapie für schizophrenen und schizoaffektiv Erkrankte. *Verhaltenstherapie*, 13, 237–243.
- Garfield, S. L. (1994). Research of Client variables in Psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 190–228). New York: Wiley.
- Gruyters, T. & Priebe, S. (1994). Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch den Patienten – Resultate und Probleme der systematischen Erforschung. *Psychiatrische Praxis*, 21, 88–95.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E. & Bartholomew, K. (1993). Interpersonal problems, attachment styles and outcome in brief dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 549–560.
- Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Farone, S., Hiripi, E. ... Walters, E. E. (2005). The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): A short screening

- scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35, 245–256.
- 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.
- Lambert, M. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J. Norcross & M. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (S. 94–129). New York: Basic Books.
- Lauth, G. & Minsel, W.-R. (2009). *ADHS bei Erwachsenen. Diagnostik und Behandlung von Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen*. Göttingen-Hogrefe.
- Lauth, G. & Minsel, W.-R. (2011). *Kölner ADHS-Test für Erwachsene (Kate)*. Göttingen: Hogrefe.
- Linderkamp, F. & Lauth, G. (2011). The efficacy of pharmacological versus psychotherapeutic therapies in adults with ADHD – an empirical meta-analysis. *Verhaltenstherapie*, 21, 229–238.
- Luborsky, L. (2000). A pattern setting therapeutic alliance study. *Psychotherapy Research*, 10, 17–29.
- Martin, G., Garske, J. P. & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables. A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438–450.
- Nickel, C., Mühlbacher, M., Kettler, C., Tritt, K., Egger, C., Lahmann, C. ... Nickel, M. (2006). Behandlungsmotivation und Ergebnisse der stationären Psychotherapie bei Frauen mit depressiven Erkrankungen: eine prospektive Studie. *Das Gesundheitswesen*, 68, 6–17.
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E. & Joyce, A. S. (2004). Differences in men's and women's responses to short term group psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 14, 231–243.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M. & Tolin, D. F. (2010). A meta-analysis of the influence of comorbidity on treatment outcome in the anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 36, 642–654.
- Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S. & Weideman, R. (2011). Short-term group therapies for complicated grief: two research-based models. In W. E. Piper (Ed.), *Effects of patient characteristics on therapeutic outcome* (S. 107–144). Washington, DC: American Psychological Association.
- Raffin, A. L., Fachel, J. M. G., Ferrao, Y. A., Souza, F. P. de & Cordioli, A. V. (2009). Predictors of response to group cognitive-behavioral therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 24, 297–306.
- Retz-Junginger, P., Retz, W., Blocher, D., Weijers, H.-G., Trott, G.-E., Wender, P.H. & Rösler, M. (2002). Wender-Utah-Rating-Scale (WURS-K). Die deutsche Kurzform zur retrospektiven Erfassung des hyperkinetischen Syndroms bei Erwachsenen. *Der Nervenarzt*, 73, 830–838.
- Revenstorf, D. (1992). Richtungen und Ansätze der Psychotherapie. In R. Bastine (Hrsg.), *Klinische Psychologie* (Bd. 2, S. 303–360). Stuttgart: Kohlhammer.
- Rösler, M., Retz-Junginger, P., Retz, W. & Stieglitz, R.-D. (2008). *Homburger ADHS Skalen für Erwachsene (HASE)*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt, S. & Petermann, F. (2011). ADHS über die Lebensspanne – Symptome und neue diagnostische Ansätze. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 59, 227–238.
- Schneider, W. & Klauer, T. (2001). Symptom level, treatment motivation, and the effect of impatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 11, 153–167.
- Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A., Hardy, G. E., Reynolds, S. & Startup, M. (1994). Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 522–534.
- Sifneos, P. (1978). Motivation for change: A prognostic guide for successful psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 29, 293–298.
- Steffanowski, A., Lichtenberg, S., Schmidt, J., Huber, C., Wittmann, W. W. & Nübling, R. (2004). Ergebnisqualität psychosomatischer Rehabilitation: Zielerreichungsskalierung auf der Basis einer strukturierten Therapiezielliste. *Die Rehabilitation*, 43, 219–232.
- Zuroff, D. C., Koestner, R., Moskowitz, D. S., McBride, C., Marshall, M. & Bagby, M. (2007). Autonomous motivation for therapy: A new common factor in brief treatments for depression. *Psychotherapy Research*, 17, 137–147.

Prof. Dr. Gerhard Lauth

Universität Köln
Psychologie und Psychotherapie in der Heilpädagogik
Klosterstrasse 79b

gerhard.lauth@uni-koeln.de