

FACHBEITRÄGE

Psychotherapie der ADHS im Jugendalter

Das Erscheinungsbild der ADHS im Jugendalter

Das Erscheinungsbild der ADHS im Kindesalter ist inzwischen vielen ganz gut bekannt. Probleme mit der Aufmerksamkeit, aber vor allem motorische Unruhe und impulsives Verhalten werden damit verknüpft. Weniger im Blick ist allerdings die Präsentation der ADHS im Jugendalter, die sich zum Teil deutlich von derjenigen bei jüngeren Kindern unterscheidet. Obwohl einige das hohe Aktivitätsniveau, die Sprunghaftigkeit und damit oft verbundene Kreativität auch als Ressource nutzen können, ergeben sich im Jugendalter dennoch oft auch zusätzliche Belastungen und Einschränkungen, die in den meisten Therapieansätzen nicht spezifisch adressiert werden. Im Jugendalter nimmt die Hyperaktivität, die das am einfachsten von außen erkennbare Symptom darstellt, häufig deutlich ab. Die Jugendlichen berichten dann stattdessen oft von einer inneren Unruhe, die sich von außen jedoch oft nicht beobachten lässt. Mit zunehmendem Lebensalter verändern sich auch die Verhaltensweisen, die aus der mit ADHS einhergehenden Impulsivität resultieren. Bei Kindern stehen eher Ungeduld beim Spiel, Herausplatzen und Stören im Vordergrund. Mit zunehmendem Lebensalter schwindet der elterliche Einfluss und es ergeben sich mehr Möglichkeiten zu Risikoverhalten (z. B. Zugang zu legalen und illegalen Rauschmitteln, riskantes Fahrverhalten im Straßenverkehr, delinquentes Verhalten bei Strafmündigkeit). Unüberlegt-impulsives Verhalten kann hier immer schwerwiegendere Konsequenzen nach sich ziehen. Jugendliche mit ADHS zeigen häufig zusätzlich eine leichte Beeinflussbarkeit durch Gleichaltrige und ein geringes Risikobewusstsein [1]. Aufmerksamkeitschwierigkeiten werden meist auch noch von Jugendlichen mit ADHS beklagt. Zusammen mit Ungeduld und Schwierigkeiten, unmittelbare Bedürfnisse auch mal zurückstellen zu können, führt dies dazu, dass sie sich oft viel schwerer tun als nicht von ADHS betroffene Jugendliche vorausschauend zu planen, Aufgaben zu organisieren und Dinge rechtzeitig anzugehen, ohne sie „bis zum letzten Drücker“ aufzuschieben. Immer stärker in den Vordergrund tritt häufig auch eine Störung der Emotionsregulation, die sich vor allem im Umgang mit negativen Gefühlen wie Wut oder Ent-

täuschung zeigt, sowie ein geringer Selbstwert auf Grund von Misserfolgserfahrungen [1]. Diese Verlagerung nach innen war mit der Hauptgrund, warum bis vor wenigen Jahren angenommen wurde, ADHS sei ein Problem nur in der Kindheit, aus dem die Betroffenen in der Regel herauswachsen. Dies ist jedoch nicht der Fall: Etwa 50 % der Betroffenen behalten die Diagnose [2] und 65 % zumindest eine beeinträchtigende Restsymptomatik bis ins Erwachsenenalter [3].

Die Behandlung der ADHS im Jugendalter

Psychotherapie als Verfahren „ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, [...] in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel [...]“ [4]. Die Voraussetzung für eine erfolgreiche psychotherapeutische Behandlung ist ein therapeutisches Bündnis zwischen Patienten und Therapeuten, was Ziele und Methoden zur Erreichung dieser Ziele betrifft.

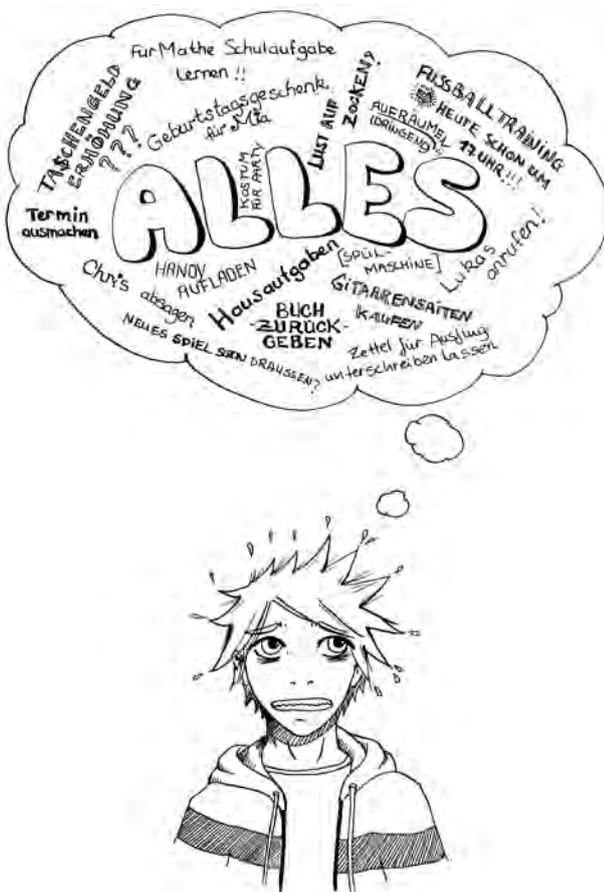
Bei Kindern mit ADHS findet der Hauptteil der Behandlung vermittelt über die Eltern statt. Diese sind oft sehr gut informiert über die Erkrankung sowie mögliche Behandlungsformen und sie sind die Entscheidungsträger zum Beispiel bezüglich einer Medikation mit Stimulanzien oder anderen Wirkstoffen. Die betroffenen Kinder sind leider aber häufig immer noch unzureichend in den Prozess miteinbezogen und haben deshalb nur ein vages Verständnis davon, was „dieses ADHS“ denn eigentlich ist und wozu sie „diese Pillen“ brauchen. Als Jugendliche ist ihr Wissen zur ADHS und ihrer Behandlung meist nicht größer.

Jugendliche haben auch mitbedingt aus diesem geringen Einbezug häufig eine schwankende oder geringe Therapiemotivation und sind mit steigender Selbständigkeit und steigendem Autonomiebedürfnis nachvollziehbarerweise weniger bereit, Behandlungen mitzugehen, die sie als von Dritten „verordnet“ erleben [5–7].

Verhaltenstherapie kann hier eine gute Option sein, da

der Aufbau von Veränderungsmotivation und das Formulieren von Zielen explizit als erster Baustein von Psychotherapie zu verstehen ist, welcher in den ersten Sitzungen gemeinsam bearbeitet wird. Das ist wesentlich dabei, therapiemüde oder nach Autonomie strebende Jugendliche für eine Weiterbehandlung zu gewinnen. Mit zunehmender kognitiver Reife sind die Jugendlichen im Stande, eigene Ziele zu formulieren, und sie sind einer breiten Vielfalt an therapeutischen Methoden zugänglich, die für Kinder noch eine Überforderung dargestellt hätten.

Die Behandlung der ADHS im Jugendalter kann zusätzlich eine ganz besondere Herausforderung darstellen, da die Medikamente bei einigen Betroffenen nicht mehr die gleiche Wirkung zeigen [8, 9]. Zum anderen erbringt Medikation – in den Fällen, in denen sie weiterhin wirkt – zwar oft gute Effekte auf die Kernsymptomatik der ADHS, stößt in Bezug auf Defizite bei Selbstorganisation, Emotionsregulation, Kommunikation und sozialer Interaktion aber an ihre Grenzen. Hier bietet die Verhaltenstherapie vielfältige Möglichkeiten, die Jugendlichen zu unterstützen und entsprechende Strategien und Fertigkeiten zu erwerben.



©Karla-Gerlinde Schraut



©Karla-Gerlinde Schraut

Schwerpunkte der Psychotherapie der ADHS im Jugendalter

Die Adoleszenz stellt für jeden Jugendlichen eine Zeit voller Veränderungen und Herausforderungen dar. Mit jedem Lebensjahr steigen die Erwartungen der Umwelt, aber auch der Jugendlichen selbst, bezüglich Selbstorganisation, sozialen Fertigkeiten und selbständigem Problemlösen. Die Symptome der ADHS können den Jugendlichen die Bewältigung dieser Entwicklungsaufgaben bedeutend erschweren und sich deutlich negativ auf sein Selbstbild auswirken.

Wichtige Therapieziele bei ADHS im Jugendalter sind

- das gemeinsame Erstellen eines Krankheitsmodells, um Problembewusstsein und Krankheitsverständnis zu fördern und die Jugendlichen zu Experten für ihre Erkrankung zu machen
- die Verbesserung der Aufmerksamkeit sowie die Reduktion von Ablenkbarkeit und Aufschieberitis
- der Erwerb von Strategien, mit denen die Jugendlichen ihren Alltag und ihre Aufgaben besser organisieren und bewältigen können
- das Erlernen von Problemlösestrategien für komplexe Aufgabenstellungen
- der Aufbau von Selbstvertrauen bzw. das Erkennen und Nutzen eigener Stärken
- ein Training der Emotionsregulation sowie die Verbesserung der Stressbewältigung
- wenn Medikation klinisch notwendig ist, der die Jugendlichen kritisch gegenüberstehen: das Bearbeiten von Sorgen bezüglich der Medikation, die Exploration von Argumenten für und gegen Medikation und der Aufbau von Motivation zur regelmäßigen Medikationseinnahme

- die Förderung des Problembewusstseins bezüglich Risikoverhalten, z. B. in Form von Substanzkonsum
- eine Verbesserung der Kommunikation und die Verminderung von Konflikten innerhalb der Familie
- in Erziehungscoaching für Eltern für den Umgang mit der jugendlichen ADHS-Symptomatik
- bei Vorliegen einer starken psychischen Belastung der Eltern: die Aktivierung von Ressourcen der Eltern und ggf. Empfehlungen für eine eigene Behandlung

Verständnis für die eigene Erkrankung

Als Grundlage für die Behandlung ist eine gute Psychoedukation zentral, damit die Jugendlichen einordnen können, wie sich die Symptome der ADHS bei ihnen zeigen und wie sich diese wiederum auf Denken (z. B. Misserfolgserwartung, Selbstwertprobleme), Fühlen (z. B. Überforderung, Hilflosigkeit, Depressivität) und Verhalten (z. B. Vermeidung schwieriger Aufgaben oder sozialer Situationen) auswirken. Ein gemeinsam erarbeitetes Störungsmodell erlaubt es, Ansatzpunkte für die Behandlung zu bestimmen.

Hierbei ist es wichtig, sich neben Schwierigkeiten und Beeinträchtigungen auch explizit mit Stärken und Ressourcen der Jugendlichen zu beschäftigen. Oft nehmen sich die Jugendlichen bedingt durch lebenslang gesammelte Misserfolgserlebnisse und negative Rückmeldungen anderer vorwiegend als „Problemfall“ wahr und es fällt ihnen schwer, sich selbst mit einem wohlwollenden Blick zu betrachten. Dabei finden sich bei genauem Hinsehen zahlreiche positive Eigenschaften, wie zum Beispiel Begeisterungsfähigkeit, Energie, Kreativität, Hilfsbereitschaft, Spontaneität, Lebhaftigkeit und das Interesse an anderen Menschen, welche Menschen mit ADHS zu wunderbaren Familienmitgliedern, Freunden und Partnern machen.

Umgehen mit Kernsymptomen und deren Konsequenzen

Bedingt durch die ADHS fällt es den Jugendlichen häufig schwer, eine Aufgabe in bewältigbare Zwischenschritte zu zerlegen und deren Bearbeitung so zu planen, dass die Aufgabe zu einem bestimmten Termin fertiggestellt ist. Aufgaben, wie z. B. Referate führen dadurch zu einem hohen Stresserleben und durch die unstrukturierte Herangehensweise entspricht das Ergebnis oft nicht den tatsächlichen Fähigkeiten der Jugendlichen. Das Heranführen an das Zerlegen von Aufgaben mittels der Salamatik, an Prioritätensetzung und Zeitplanung mit der Einführung entsprechender Planungshilfen und an systematisches Problemlösen sowie an Strategien, Ordnung und Überblick zu schaffen, baut wichtige Fertigkeiten auf, die den Jugendlichen in einer Vielzahl von Situationen helfen und langfristig in mehr Selbstbe-

wusstsein und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten resultieren können.

Negatives Denken und Selbstwert

Im Laufe des Lebens bilden sich durch Erfahrungen bestimmte Grundannahmen über sich selbst und die Welt heraus. Diese können entweder funktional / hilfreich („Fehler gehören zum Leben dazu.“, „Ich bin liebenswert.“) oder dysfunktional / hinderlich („Nur wer perfekt ist wird gemocht.“, „Ich bin ein Loser.“) sein. Diese Grundannahmen haben einen Einfluss darauf, wie wir die Welt wahrnehmen. Sind bei den Jugendlichen mit ADHS durch viele Misserfolgs- und Ablehnungserfahrungen bereits dysfunktionale Grundannahmen vorhanden (z. B. „Ich bin ein Loser.“), so beeinflussen diese die Beurteilung verschiedener Situationen (z. B. „Meine Freunde gehen heute ohne mich zum Klettern, die haben bestimmt mehr Spaß ohne mich und wollen mich nicht dabeihaben.“). Diese Denkfehler können in der Therapie korrigiert werden, zum Beispiel durch das Formulieren passender Alternativgedanken oder -erklärungen (z. B. „Ach ja, ich habe denen ja neulich gesagt, ich hasse Klettern!“).

Emotionsregulation

Vor allem ab dem Jugendalter haben Menschen mit ADHS oft Schwierigkeiten, ihre eigenen Gefühle richtig oder rechtzeitig wahrzunehmen, erleben starke Stimmungsschwankungen und besitzen kaum funktionierende Strategien, mit negativen Gefühlen umzugehen. In der



Therapie lernen die Jugendlichen bessere Emotionswahrnehmung (persönliche Frühwarnzeichen) und Emotionsregulation, zum Beispiel durch Vorbeugung (Reduzierung der Anfälligkeit für heftige Gefühle, z. B. mit Achtsamkeit) oder Abschwächen des Gefühls (z. B. durch entgegengesetztes Handeln oder Reduktion innerer Anspannung). Außerdem kann die Stressbewältigung trainiert werden, was kritische Situationen ebenfalls entspannt. Auch achtsamkeitsorientierte Strategien haben hier ihren Platz. Insgesamt kann Psychotherapie hier dazu beitragen, dass sich die Jugendlichen ihren Gefühlen weniger ausgeliefert fühlen und einen konstruktiven Umgang mit ihnen finden.

Riskanter Substanzkonsum

Experimentieren mit Alkohol und Drogen kann durch Neugier getriggert sein, aber auch mit „sensation seeking“ oder dem Versuch, eine negative Befindlichkeit zu regulieren, verbunden sein. Individuelle Momente eines Konsums und damit einhergehende Gefährdungen vorwurfsfrei zu thematisieren und Alternativen zum Konsum zu finden, ist für viele Betroffene von großer Bedeutung. Jugendliche mit ADHS haben nämlich ein erhöhtes Risiko, gefährdende Konsummuster und auch Abhängigkeit zu entwickeln.

Medikation

Jugendliche stehen einer ADHS-Medikation häufig kritisch gegenüber. Eine medikamentöse Begleitbehandlung der ADHS kann aber notwendig sein, um eine Basis an Konzentrationsfähigkeit und Durchhaltevermögen zu schaffen, die es dem Jugendlichen erst ermöglicht, strukturiert und organisiert zu sein und die in einer Therapie erarbeiteten Strategien konsequent umzusetzen. Die Fragen und Bedenken der Jugendlichen verdienen es auf jeden Fall, ernst genommen zu werden. Gemeinsam mit dem Therapeuten können in altersangemessener Weise Informationen zu den verschiedenen Wirkstoffen besprochen, Mythen überprüft, Vor- und Nachteile einer Einnahme diskutiert und durch systematische Beobachtung der Wirkung die Jugendlichen bei ihrer Entscheidung unterstützt werden.

Therapie mit Familieneinbezug

Gibt es familiär viele Konflikte und es ergeben sich Hinweise auf Kommunikationsprobleme innerhalb der Familie, dann ist die Arbeit mit dem gesamten System – Jugendliche und Eltern – hilfreich, um die kritischen Situationen zu besprechen und Lösungsmöglichkeiten so zu erarbeiten, dass die Familie diese auch selbständig weiter nutzen kann. Wie sich Situationen aufschaukeln können bis zur Eskalation kann zum Beispiel an Hand des Teufelskreismodells [10] verdeutlicht werden. Führen Missverständnisse häufig zu Konflikten, dann kann mittels des 4-Ohren-Modells nach Schulz von Thun [11] trainiert

werden, selbst klare Botschaften an Andere zu senden und auch „mit dem richtigen Ohr“ zu hören. Bei Bedarf können auch die Eltern in ihren Kompetenzen gestärkt werden, was beispielsweise das Setzen von Konsequenzen oder die Selbstfürsorge betrifft.

Übertrag in den Alltag

Um die Strategien, die in der Therapie erarbeitet werden, zu festigen und in den Alltag zu übertragen ist es unerlässlich, auch zwischen den Therapiesitzungen und nach Beendigung der Therapie zu üben und zu vertiefen. Während der Therapie gibt es dann die Möglichkeit, Schwierigkeiten beim selbständigen Anwenden zu besprechen, die Strategien anzupassen und gegebenenfalls nach Alternativen zu suchen.

Das in der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Würzburg entwickelte und beim Hogrefe-Verlag erschienene Therapiemanual „Verhaltenstherapie bei ADHS im Jugendalter“ [12] greift diese jugendtypischen Schwerpunkte auf. Es beinhaltet zehn Module, aus denen die Jugendlichen auswählen können, was für sie wichtige Therapieanliegen sind, und legt großen Wert auf die Eigenmotivation der Jugendlichen. Das Manual versteht sich als Sammlung effektiver Strategien, an Hand derer der Therapeut oder ggf. ein pädagogisch-therapeutisch ausgebildeter Selbsthilfegruppenleiter mit den Jugendlichen gemeinsam eine individualisierte Behandlung planen und durchführen kann. Es ist jedoch nicht als Selbsthilfe-Manual für Betroffene angelegt.

Die Wirksamkeit dieses modularen Therapieprogramms wird aktuell in der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten ESCAadol-Studie zur Behandlung der ADHS im Jugendalter überprüft, für die unter der Federführung der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Würzburg deutschlandweit Patienten im Alter von 12-17 Jahren untersucht wurden. Informationen zu den Hintergründen und dem Ablauf der Studie finden Sie im 2018 publizierten Studienprotokoll [13]. Die Ergebnisse der Studie werden voraussichtlich 2021 vorliegen. ESCAadol ist Teil des Verbundprojektes ESCA-life, das verschiedene Therapiemöglichkeiten für ADHS über die Lebensspanne (3–45 Jahre) untersucht. Einen Überblick über das gesamte Projekt finden Sie unter www.esca-life.org

Forschungsstand zur Psychotherapie der ADHS im Jugendalter

Es gibt bisher nur wenige kontrollierte Studien zur Psychotherapie der ADHS im Jugendalter, und es ist noch nicht abschließend beantwortet, welche psychotherapeutische Behandlung welchem Jugendlichen mit ADHS hilft.

Insgesamt gibt es aber zahlreiche Hinweise, dass verhaltenstherapeutische Interventionen eine zusätzliche Verbesserung für Jugendliche mit ADHS erzielen können. Die meisten Studien untersuchen hauptsächlich die Veränderung der ADHS-Kernsymptomatik als Maß für die Wirksamkeit einer Behandlung. Es wird nur selten angeschaut, ob sich die Behandlung positiv auf Begleitsymptome (z. B. Emotionsregulation, Selbstwert, Qualität sozialer Bezie-

hungen) oder Begleiterkrankungen auswirkt. Gerade die Verbesserung dieser Begleitsymptome oder -erkrankungen kann für die Betroffenen jedoch von großer Bedeutung sein. Daher sind Behandlungsstudien notwendig, die dies mit einbeziehen.

Grafiken aus J. Geissler, T.D. Vloet, M. Romanos, U. Zwanzger & T. Jans (2019): Verhaltenstherapie bei ADHS im Jugendalter, Hogrefe Verlag, Göttingen. ©Karla-Gerlinde Schraut

Stand der Forschung zur Psychotherapie der ADHS im Jugendalter

Gute wissenschaftliche Studien sind sogenannte kontrollierte Studien, d. h. die Gruppe der Studienteilnehmer, welche die Studientherapie erhalten, wird mit einer Kontrollgruppe verglichen. So lässt sich beurteilen, ob eine Veränderung der Symptomatik wirklich auf die Therapie zurückzuführen ist. Bei unkontrollierten Studien lässt sich nicht ausschließen, dass die Veränderung durch andere Faktoren zu Stande gekommen ist. Zum Beispiel geht es vielen Menschen mit Depressionen im Sommer besser als im Winter, weil Sonnenlicht einen positiven Einfluss auf die Stimmung hat. Wenn man depressiven Patienten nun von Januar bis August eine Therapie anbietet und sie am Ende der Therapie eine bessere Stimmung berichten als zu Beginn, so könnte dies auch zu einem großen Teil daran liegen, dass die Abschlussbeurteilung im Sommer stattfand. Wenn man dagegen die Patienten der Therapiegruppe mit einer Wartegruppe vergleicht, die keine Therapie hatte, und feststellt, dass sich die Therapiegruppe stärker verbessert hat als die Wartegruppe, dann kam diese Verbesserung wahrscheinlich nicht nur durch die Jahreszeit, sondern vor allem durch die Therapie zu Stande.

Kontrollierte Studien

Kontrollierte Studien hatten meist Therapieprogramm zum Inhalt, die aus mehreren verschiedenen Komponenten bestanden [9], zum Beispiel im Schulkontext oder im Rahmen eines Sommercamp-Behandlungsprogramms [14, 15] oder als familienbasierte Behandlung zur Reduktion familiärer Konflikte [16]. Das Programm „Supporting Teens' Academic Needs Daily“ zeigte die Überlegenheit einer Kombination aus Familien- und Gruppensitzungen für Eltern gegenüber Routinebehandlung [15]. Boyer und Kollegen fanden positive Effekte für zwei Interventionen, die Eltern- und Jugendsitzungen mit Motivational Enhancement Therapy verbanden

[17, 18]. Eine weitere Studie erbrachte Hinweise darauf, dass Verhaltenstherapie in der Gruppe zu einer Verbesserung in Bezug auf ADHS-Symptome und erlebte Beeinträchtigungen führt [19]. Zu Verhaltenstherapie im Einzelsetting gibt es also insgesamt kaum kontrollierte Studien bei Jugendlichen [20, 21].

Unkontrollierte Studien

Bei Erwachsenen mit ADHS konnte bereits gezeigt werden, dass 65 % der Patienten durch kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung zusätzlich zur Medikation eine zusätzliche Verbesserung der Symptomatik erfahren [22]. Antshel und Kollegen passten dieses Behandlungsprogramm an das Jugendalter an und beschrieben ebenfalls positive Effekte [23]. Es gibt außerdem Hinweise auf die Wirksamkeit von Achtsamkeit für Jugendliche und ihre Eltern [24]. Die Pilotstudie zum SAVE-Therapieprogramm mit den Schwerpunkten Aufmerksamkeit, Verhaltensorganisation und Emotionsregulation konnte zeigen, dass das Therapieprogramm von den Patienten gut angenommen wird und mit einer Reduktion der ADHS-Symptomatik einhergeht [25].

Es gibt bisher nur wenige kontrollierte Studien zur Psychotherapie der ADHS im Jugendalter, und es ist noch nicht abschließend beantwortet, welche psychotherapeutische Behandlung welchem Jugendlichen mit ADHS hilft. Insgesamt gibt es aber zahlreiche Hinweise, dass verhaltenstherapeutische Interventionen eine zusätzliche Verbesserung für Jugendliche mit ADHS erzielen können. Die meisten Studien untersuchen jedoch hauptsächlich die Veränderung der ADHS-Kernsymptomatik als Maß für die Wirksamkeit einer Behandlung. Es wird nur selten angeschaut, ob sich die Behandlung positiv auf Begleitsymptome (z. B. Emotionsregulation, Selbstwert, Qualität sozialer Beziehungen) oder Begleiterkrankungen auswirkt. Gerade die Verbesserung dieser Begleitsymptome oder -erkrankungen kann für die Betroffenen jedoch von großer Bedeutung sein. Daher sind Behandlungsstudien notwendig, die dies mit einbeziehen.

AUTOREN | Dr. Julia Geissler, Professor Marcel**Romanos, PD Dr. Thomas Jans**

Universitätsklinikum Würzburg, Zentrum für Psychische Gesundheit, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Würzburg

Literatur

1. Vloet, T.D., K. Konrad, and B. Herpertz-Dahlmann, *Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter und ihre Auswirkungen auf das Erwachsenwerden*. Die Psychiatrie, 2009. **4**: p. 199-208.
2. Fayyad, J., et al., *Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder*. Br J Psychiatry, 2007. **190**: p. 402-9.
3. Faraone, S.V., et al., *Attention-deficit/hyperactivity disorder*. Nature Reviews Disease Primers, 2015. **1**: p. 15020.
4. Strotzka, H., [*Psychotherapy: present state and developmental trends (author's transl)*]. Wien Klin Wochenschr, 1978. **90**(2): p. 37-43.
5. Molina, B.S., et al., *The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2009. **48**(5): p. 484-500.
6. Robb, A. and R.L. Findling, *Challenges in the transition of care for adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder*. Postgrad Med, 2013. **125**(4): p. 131-40.
7. Buitelaar, J.K., *Optimising treatment strategies for ADHD in adolescence to minimise 'lost in transition' to adulthood*. Epidemiol Psychiatr Sci, 2017. **26**(5): p. 448-452.
8. Riggs, P.D., et al., *Randomized controlled trial of osmotic-release methylphenidate with cognitive-behavioral therapy in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use disorders*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2011. **50**(9): p. 903-14.
9. Chan, E., J.M. Fogler, and P.G. Hammerness, *Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adolescents: A Systematic Review*. JAMA, 2016. **315**(18): p. 1997-2008.
10. Döpfner, M., S. Schürmann, and J. Frölich, *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten*. THOP. 4 ed. 2013, Weinheim: Beltz.
11. Schulz von Thun, F., *Miteinander Reden. 1: Störungen und Klärungen*. 1981, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
12. Geissler, J., et al., *Verhaltenstherapie bei ADHS im Jugendalter - Ein modular aufgebautes Therapieprogramm*. *Therapeutische Praxis*. 2019, Göttingen: Hogrefe.
13. Geissler, J., et al., *Individualised short-term therapy for adolescents impaired by attention-deficit/hyperactivity disorder despite previous routine care treatment (ESCAadol)-Study protocol of a randomised controlled trial within the consortium ESCALife*. Trials, 2018. **19**(1): p. 254.
14. Evans, S.W., et al., *Effectiveness of the Challenging Horizons After-School Program for young adolescents with ADHD*. Behav Ther, 2011. **42**(3): p. 462-74.
15. Sibley, M.H., et al., *A Pilot Trial of Supporting teens' Academic Needs Daily (STAND): A Parent-Adolescent Collaborative Intervention for ADHD*. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 2013. **35**(4): p. 436-449.
16. Barkley, R.A., et al., *The efficacy of problem-solving communication training alone, behavior management training alone, and their combination for parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD*. J Consult Clin Psychol, 2001. **69**(6): p. 926-41.
17. Boyer, B.E., et al., *Two novel CBTs for adolescents with ADHD: the value of planning skills*. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2015. **24**(9): p. 1075-90.
18. Boyer, B.E., et al., *One-year follow-up of two novel CBTs for adolescents with ADHD*. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2016. **25**(3): p. 333-7.
19. Vidal, R., et al., *Group therapy for adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized controlled trial*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2015. **54**(4): p. 275-82.
20. Evans, S.W., J.S. Owens, and N. Bunford, *Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder*. J Clin Child Adolesc Psychol, 2014. **43**(4): p. 527-51.
21. Sonuga-Barke, et al., *Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments*. American Journal of Psychiatry, 2013. **170**(3): p. 275-89.
22. Safren, S.A., et al., *Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms*. Behav Res Ther, 2005. **43**(7): p. 831-42.
23. Antshel, K.M., S.V. Faraone, and M. Gordon, *Cognitive behavioral treatment outcomes in adolescent ADHD*. J Atten Disord, 2014. **18**(6): p. 483-95.
24. van de Weijer-Bergsma, E., et al., *The Effectiveness of Mindfulness Training on Behavioral Problems and Attentional Functioning in Adolescents with ADHD*. J Child Fam Stud, 2012. **21**(5): p. 775-787.
25. Spröber, N., et al., *SAVE – ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppentherapieprogramm für Jugendliche mit ADHS: Eine Pilotstudie*. Nervenheilkunde 2010. **29**: p. 44-51.