

AD(H)S – differenzierte Perspektiven auf das unruhige Kind

Ulrike Fickler-Stang & Katharina Weiland

Die Aufmerksamkeitsdefizit-Störung mit oder ohne Hyperaktivitätssymptomatik, kurz AD(H)S, ist seit einigen Jahren mit steigender Tendenz das am häufigsten diagnostizierte Krankheitsbild in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zunehmend zeichnet sich diese Besorgnis erregende Entwicklung in sich potenzierender Art und Weise auch bei kleineren Kindern im Vorschulalter ab. In einer bundesweiten Studie von Breuer & Döpfner (2006) in der Altersgruppe der 3- bis 6-Jährigen – geteilt in eine sogenannte „Auffälligenstichprobe“ und eine „Normalstichprobe“ – wurden in der Gruppe der Normalstichprobe 4,6 % mit dem Befund AD(H)S diagnostiziert, in der Gruppe der Auffälligen dagegen 42,8 %. Internationale Studien ermittelten Prävalenzraten von bis zu 17 %, im Mittel von 5,3 % (zusammenfassend dazu Steinhausen 2010); im Rahmen des Kinder- und Jugendsurveys des Robert-Koch-Instituts wurde eine Prävalenzrate von 3,9 % für Deutschland ermittelt (Huss 2004). Die Bedeutung des Themas zeigt sich also auch in der beeindruckenden Zahl von etwa einer halben Million Schulkindern in der BRD, die Symptome der AD(H)S zeigen. Verständlich also, dass das Thema Eingang in den öffentlichen Diskurs gefunden hat und auch für den großen Bereich der Frühförderung deutlich an Relevanz gewinnt. Die (fach-)öffentliche Debatte ist geprägt von teilweise gegensätzlichen, scheinbar unvereinbaren Positionen der einzelnen involvierten Fachdisziplinen – die medizinische Sichtweise trifft auf pädagogische und psychoanalytische Denkmuster, schnell prägten Begriffe wie „Modekrankheit“, „Pseudodiagnose“, „Erziehungsunfähigkeit“ oder „psychische Störung“ die wissenschaftliche Diskussion: „Es gibt kaum ein Krankheitsbild, das die Differenzen unter den helfenden Berufen für Kinder und Jugendliche [...] derart zugespitzt hat, wie das Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom“ (Häußler 2002, 455).

In den folgenden Ausführungen soll versucht werden, nach einem kurzen Überblick zur Phänomenologie der AD(H)S sowie der kurzen Darstellung einzelner fachwissenschaftlicher Ansätze die aktuellen Entwicklungen nachzuzeichnen, die sich aus psychodynamischer Perspektive dem Phänomen widmen. Das Bedürfnis nach plausiblen Antworten und kompetenter Beratung ist hoch und die Auseinandersetzung mit Erklärungsmodellen, wie sie die psychoanalytische Pädagogik bereithält, erweitert das Spektrum differenzialdiagnostischer Zugangsweisen erheblich.

Annäherung an das Thema: Phänomenologie der AD(H)S

Kinder mit Aufmerksamkeits- und/oder Hyperaktivitätsstörungen können ein breites Spektrum „auffälligen“ oder „abweichenden“ Verhaltens zeigen: Einige neigen zur Tagträumerei und Ablenkbarkeit, andere fallen besonders durch ihren starken Bewegungsdrang auf, wieder andere zeigen sich antriebslos. Der gern zitierte „Zappelphilipp“ und die anderen Figuren aus Heinrich Hoffmanns Kinderbilderbuch „Der Struwwelpeter“ gelten als Prototypen aufsässiger und unruhiger Jungen und damit des Kindes mit hyperkinetischer Störung schlechthin. Die schwierige Frage ist, wie sich abweichende Verhaltensweisen mit Rang psychischer Störungen von alterstypischer Lebhaftigkeit abgrenzen lassen, da sich einzelne Symptome als durchaus entwicklungsnormativ darstellen.

Zumeist wird auffälliges Verhalten erst dann auffällig, wenn institutionelle Strukturen die individuellen Verhaltensweisen zu reglementieren versuchen: Die AD(H)S-Diagnosen steigen im Alter der ersten Schulbesuchsjahre. Im Schulalter liegt der Anteil von Kindern mit AD(H)S schließlich bei drei bis zehn Prozent gemessen an der Gesamtpopulation (Fröhlich-Gildhoff 2007). Erst in letzter Zeit verlagert sich die Problematik auch auf Altersklassen jenseits der Schule. Seit 2003 ist AD(H)S eine auch für Erwachsene anerkannte Diagnose (mit dem aktuellen Höhepunkt der Indikationserweiterung auf Erwachsene für einige Methylphenidat-Medikamente durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im April 2011). In der aktuellen Diskussion ist derzeit die Diagnostik und Therapie von Kindern im Vorschulalter präsent, wobei neben Studien zur Prävalenz (Breuer & Döpfner 2006; Schmidt & Petermann 2008) auch nach Prädiktoren auffälligen Verhaltens im Säuglings- und Kleinkindalter gesucht wird (Esser et al. 2007).

AD(H)S aus medizinischer Perspektive

Das internationale medizinische Klassifikationssystem der WHO (ICD-10) sowie in vergleichbarer Beschreibung das „Diagnostische und Statistische Handbuch Psychischer Störungen“ der American Psychological Association (DSM-IV) konkretisieren die bereits genannten Anzeichen einer AD(H)S in der Kategorie „Hyperkinetische Störungen“ (ICD-10 F90 bzw. DSM-IV 314) mittels folgender Indikatoren:

- früher Beginn (meist in den ersten fünf Lebensjahren),
- Mangel an Ausdauer bei kognitiv fordernden Beschäftigungen,
- Tendenz, Tätigkeiten nicht zu Ende zu bringen und zwischen Tätigkeiten zu wechseln,
- überschießende Aktivität und deren mangelhafte Regulation.

Zusätzlich werden Achtlosigkeit und Impulsivität genannt, die (eher unachtsame als vorsätzliche) Missachtung von Regeln, Distanzlosigkeit gegenüber Erwachsenen sowie mangelnde Vorsicht erweitern das Spektrum. Zudem müssen Bedingungen, wie die deutliche Beeinträchtigung des Betroffenen selbst, in unterschiedlichen Lebenskontexten, gegeben sein. Insgesamt müssen die Symptomkategorien Überaktivität, Impulsivität und Unaufmerksamkeit, die in Einzelkriterien detailliert beschrieben werden, erfüllt sein, um zur Diagnose Hyperkinetische Störung (HKS) zu gelangen.

Bemerkenswert an den bestehenden Definitionen sind die zahlreichen Ausschlusskriterien – wenn die Symptome durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden (z. B. affektive, dissoziative oder Angststörungen, Persönlichkeitsstörung), verbietet dies die Diagnosestellung AD(H)S. Auftretende Symptome müssen, um eine hinreichende Sicherung der Diagnose zu erreichen, immer in unterschiedlichen Bezugssystemen des Kindes, also beispielsweise zu Hause und in der Schule, auftreten (Steinhausen 2010).

Die medizinischen Erklärungsansätze zur Genese von AD(H)S umfassen sowohl genetische Dispositionen und die Analyse neurobiologischer Besonderheiten als auch deren Integration in multifaktorielle Modelle über Entwicklungsrisiken und die individuelle psychobiologische Vulnerabilität eines Kindes (Petermann et al. 2008). Im Rahmen solcher Modelle werden vielfältige Einflussfaktoren in der Entstehung früher Entwicklungs- und Verhaltensabweichungen benannt, die das Kind selbst wie auch sein psychosoziales Umfeld in den Fokus setzen. Bereits in der pränatalen Entwicklung können demnach spezifische Entwicklungsrisiken identifiziert werden, die die Auftretenswahrscheinlichkeit von Verhaltensstörungen erhöhen können: Verhaltensweisen der Mutter (z. B. Nikotinkonsum), psychosoziale Belastungen der Familie und insbesondere der Mutter (z. B. Stress, depressive Erkrankung) können ebenso wie genetische Dispositionen die Vulnerabilität eines Kindes erhöhen. Nach der Geburt stellen die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung (emotional zugewandt, responsiv, nicht überstimulierend) und das Verhalten der Eltern im Umgang mit dem Kind, insbesondere im Hinblick auf ihre Unterstützung des Kindes beim Erwerb selbstregulatorischer Fähigkeiten und sozialer Kompetenzen, sowie das Erziehungsverhalten insgesamt (Vorhandensein positiver Modelle, eindeutiger Regeln und Grenzen) wesentliche Einflussfaktoren dar.

Im Paradigma der Medizin wird außerdem nach frühen Prädiktoren auffälligen Verhaltens gesucht. Regulationsstörungen wie beispielsweise exzessives Schreien, Schlaf- und Fütterstörungen stehen dabei als früheste Anzeichen von Verhaltensstörungen im Verdacht (Steinhausen & Sobanski 2010). Diese können sich manifestieren, wenn die Eltern das genannte förderliche Erziehungsverhalten nicht zeigen (können).

Die Behandlungsleitlinien für AD(H)S auf dem medizinischen Sektor wurden im Jahr 2009 einer umfassenden Revision unterzogen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2010). Als wichtigster Faktor wurden die Zulassungsbedingungen für Methylphenidat-Präparate wie das häufig genannte Ritalin eingeschränkt – diese Medikamente dürfen nun nur noch dann verordnet werden, wenn nach einer ausführlichen Diagnostik eine AD(H)S entsprechend der klinischen Kriterien „zweifelsfrei“ festgestellt

wurde und andere Therapiemaßnahmen bereits versucht worden sind, aber nicht erfolgreich waren. Diese Änderung bedeutet nunmehr eine klare Hinwendung zu multimodalen Behandlungsansätzen, die der Psychotherapie, der Psychoedukation und weiteren psychologischen, pädagogischen und sozialen Beratungs- und Therapieangeboten den Vorrang vor einer medikamentösen Versorgung einräumen sollen. Außerdem obliegt die Verschreibung der Substanz nunmehr ausschließlich den entsprechenden Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Kindern; Allgemeinmediziner dürfen das Präparat nicht mehr verordnen.

AD(H)S aus pädagogischer Perspektive

Wie bereits beschrieben, können unaufmerksame, impulsive und hyperaktive Verhaltensweisen insbesondere in institutionellen Zusammenhängen zu „Störungen“ werden, z. B. wenn Unterrichtsbemühungen blockiert werden. „Die in der Schulpädagogik vorherrschende Problemwahrnehmung bildet das Phänomen also vorzugsweise in der Kategorie von Unterrichtsstörungen ab“ (Willmann 2010, 212).

Für Lehrerinnen und Lehrer kann der alltägliche Umgang mit sogenannten „Problemkindern“ angesichts voller Klassen, straffer Lehrpläne und vielfältiger weiterer Problemlagen der Schülerinnen und Schüler eine besondere Belastung darstellen. Ein wachsendes Angebot überwiegend populärwissenschaftlich determinierter Ratgeberliteratur offeriert Abhilfe mit Tipps und Tricks bis hin zu umfassenden Strategien für den Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S. Zudem gibt es (auf Grundlage psychologisch-therapeutischer Interventionsmaßnahmen) Konzentrations- und Aufmerksamkeitstrainings, die auch im Unterricht angewandt werden können. Das Sortiment ist vielfältig und fast unüberschaubar. Zudem bieten die jeweiligen Ansätze häufig nur Hilfe auf der Symptomebene schulischer Beeinträchtigungen an, sodass eine kontinuierliche Änderung des Verhaltens selten eintritt.

Neben diesen auf sehr konkreter Ebene angestellten Überlegungen für eine verhaltensförderliche Gestaltung von Unterricht findet auch eine allgemeine Debatte über den Erziehungsauftrag von Pädagogen statt. Der klinische Begriff der Verhaltensstörung muss dazu in der pädagogischen Betrachtung verändert werden: „Verhaltensstörungen sind aus Sicht der Pädagogik also Erziehungsprobleme“ (Willmann 2010, 205). Der Erziehungsprozess wiederum erfordert die Beteiligung von mindestens zwei Personen, so dass schwieriges Verhalten in der pädagogischen Interaktion sowohl als Bedingungsfaktor als auch als Auswirkung gedacht werden kann. Inwieweit die allgemeinbildende Schule neben ihrem Bildungs- auch ihren Erziehungsauftrag anerkennt und wahrnimmt, lässt sich u. a. an den Zahlen der Delegation von verhaltensschwierigen Schülern an schulische und schulbegleitende Unterstützungssysteme wie die Sonderpädagogik und die (Schul-)Psychologie ablesen.

Der Rekurs auf psychodynamische Theorien und Handlungskonzeptionen verbietet monokausale Erklärungsmodelle und eröffnet stattdessen die Perspektive auf die innere Erlebenswelt des Kindes und ist zugleich ein Plädoyer für einen kritischeren Dialog zum Konstrukt AD(H)S.

AD(H)S aus psychoanalytischer Perspektive

„Das Konzept des hyperkinetischen Syndroms zeigt sich in der historischen Perspektive und im gegenwärtigen Zuschnitt als fragwürdige Konstruktion“ (Perner 2007, 80). Diesem Zitat lässt sich ohne weiteres folgen, wirft man einen Blick in die differenzierten und elaborierten Konzepte der Disziplin zu dieser Thematik. So unterschiedlich auch psychodynamische Sichtweisen in einzelnen Positionen zu Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen sein mögen, so einig sind sie sich im zentralen Moment zur Genese: „In aller Regel wird von einer frühen Beeinträchtigung der psychischen Entwicklung ausgegangen, mitunter auf Grund von traumatisierenden Erfahrungen. Gefühle der Angst und elementaren Bedrohtheit, kaum erträgliche innere Spannungen, unsichere Bindungsmuster, ein mangelndes Gehaltenwerden und eine unzureichend erfüllte Containerfunktion spielen dabei eine entscheidende Rolle“ (Ahrbeck 2007, 24). Aus psychoanalytischer Perspektive wird hinter der symptomatischen Ebene auffälligen Verhaltens ein zu Grunde liegender innerer Konflikt angenommen, der sich aus frühen Bindungserfahrungen generiert. Therapie bedeutet nicht die Behandlung der Symptome, sondern die Analyse und Bewältigung dieser tieferen Problematik. „Die Maskierung der Hyperaktivität als hirnnorganisches Leiden dient der Unbewusstmachung psychischer Konflikte und lenkt vom eigentlichen Problem ab“ (Heinemann & Hopf 2008, 152). In der Konsequenz führt dieser Weg für die betroffenen Kinder in eine noch schwierigere Situation: Die dahinterliegenden Problemfelder (bspw. kaum aushaltbare familiäre Bedingungen) bleiben unangetastet und im Verborgenen; die Therapie des Kindes bleibt oberflächlich und bietet keine tieferen strukturellen Veränderungen. Die Hinwendung zur AD(H)S als eine diagnostisch erfassbare Krankheit macht aus störenden Kindern Patienten, die symptomatisch behandelt werden (Hörmann 2008). Gleiches gilt für die „Entlastungsfunktion“ der Diagnose: Nicht selten sind Eltern froh, wenn es eine Bezeichnung der erlebten Probleme gibt und das Verhalten des Kindes damit erklärbar wird. Ein mögliches eigenes Erziehungsversagen kann somit legitimiert in die Hände von dafür vorgesehenen Spezialisten delegiert werden. Der in Teilen verständliche Regulationsmechanismus der Eltern birgt jedoch eine wesentliche Komponente der Flucht vor kritischer Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie. „Einerseits kann die psychiatrische Diagnose unerträgliche Schuldgefühle der Eltern lindern, andererseits aber kann sie diese auch von jeder Verantwortung für die möglichen Ursachen des Problems freisprechen und auf diese Weise jede bewusste Reflexion verhindern“ (Pozzi 2001, 524).

Ähnlich kontrovers diskutiert werden die Argumente für oder gegen eine medikamentöse Behandlung. Diese Debatte spaltet Befürworter und Gegner in zwei Lager und findet kaum in gemäßigten Nuancen statt, obwohl eine reflektierte Diskussion darüber für alle Seiten ein Zugewinn wäre. Nicht jede AD(H)S-Kasuistik spricht grundsätzlich gegen die Einnahme von Medikamenten, allerdings zeigen eine Reihe empirisch-analytischer Studien, dass gerade die Differenzialdiagnose bei Kindern mit einer vermuteten AD(H)S von entscheidender Relevanz ist. Der grundsätzliche „Einwand gegenüber einer (zu raschen und unreflektierten) Behandlung des AD(H)S mit Medikamenten ist ein psychoanalytischer: Gerade weil die Medikamente hoch wirksam sind, verdecken sie das ganze Spektrum möglicher individueller Ursachen, die im Einzelfall zur AD(H)S-Symptomatik geführt haben“ (Leuzinger-Bohleber 2009, 214). Haubl & Liebsch (2010) lassen in ihrer Publikation die Kinder und Jugendlichen zu Wort kommen, die medikamentös behandelt wurden und ihre Studie fördert Erstaunliches zu Tage: In nicht wenigen Fällen berichten die Kinder, dass ihnen das Medikament ermöglichte, bspw. wieder Teil einer Klasse zu sein und sich nicht als ausschließlich Störende zu erleben.

Die Kolleginnen und Kollegen haben in der Frankfurter Präventionsstudie, einer methodisch triangulär angelegten Studie, ein zweijähriges psychoanalytisch geprägtes Präventions- und Interventionsprogramm in ausgewählten Kindertagesstätten im Raum Frankfurt am Main durchgeführt. Das wichtigste Ziel der Studie bestand im empirischen Nachweis, dass nicht-medikamentöse, psychoanalytisch begründete, integrative Präventionsprogramme im Kindergarten zu einem statistisch nachweisbarem Rückgang von psychosozialen Anpassungsstörungen, insbesondere von AD(H)S, bei Kindern im ersten Schuljahr führen (Leuzinger-Bohleber 2009, 183). Neben forschungsmethodisch relevanten Ergebnissen und signifikanten Unterschieden zwischen Interventions- und Kontrollgruppe in einigen Unterskalen (bspw. in den Skalen „Aggression“ und „Ängstlichkeit“) zeigt die Studie zudem deutlich, dass Mädchen „gegenüber den Jungen in stärkerem Maße von den Präventionsprogrammen profitieren“ (ebd., 187). Empirisch unbestritten und wissenschaftlich belegt ist die Tatsache, dass die Prävalenzrate für AD(H)S bei Jungen deutlich höher ist als bei Mädchen, wobei die Angaben in der Literatur schwanken. „Hyperaktivität ist eine vor allem bei männlichen Kindern weit verbreitete Störung. Die Familienverhältnisse sind durch starke Konflikte geprägt, Trennungsängste entstehen und durch das häufige reale oder psychische Fehlen des Vaters gerät das Kind in einen regressiven Sog von Wiederverschmelzungswünschen und gleichzeitiger Aggressivierung mit dem Wunsch, sich von der Mutter zu lösen. Das Fehlen des Vaters bewirkt eine Verschärfung von inzestuösen, ödipalen Wünschen [...]“ (Heinemann & Hopf 2008, 152).

Die psychodynamische Sichtweise bereichert den Diskurs auf das unruhige Kind, da die Auseinandersetzung mit ausagierenden Störungen das Kind mit seinen Beziehungsgeflechten und deren innerer Symbolisierung und Repräsentanz in den Blick nimmt und die pädagogische Diskussion um Handlungskonzeptionen erweitert.

Fazit: Einige Implikationen für die Frühförderung

Frühförderstellen, Kindertagesstätten und Beratungsstellen – stellvertretend für alle Professionellen in diesem Bereich – sind zunehmend mit Kindern, Eltern und auch Erziehern/Pädagogen konfrontiert, die Kinder unter sechs, nicht selten sogar unter drei Jahren mit dem Verdacht AD(H)S in institutionell verankerte Hilfsmaßnahmen delegieren. Diese Entwicklung wird mit Sorge betrachtet, denn gerade bei derart jungen Kindern werden unter der Diagnose AD(H)S die verschiedensten Störungen der Frühentwicklung sowie innerfamiliäre traumatisierende Bindungserfahrungen subsumiert, die sich symptomatisch in einer nur mangelhaft entwickelten Affekt- und Impulsregulation zeigen. Um zu verdeutlichen, was sich in qualitativ ausgewerteten Einzelfallstudien hinter der Diagnose AD(H)S verbarg, sei hier beispielhaft die Aufzählung von Leuzinger-Bohleber (2009, 212) genannt. Demnach lassen sich folgende Subtypen von AD(H)S-Kinder beschreiben:

- „ADHS-Kinder mit einem hirnorganischen Problem (I)
- ADHS-Kinder mit einer emotionalen Frühverwahrlosung (II)
- ADHS-Kinder auf Grund frühinfantiler Traumen (III)
- ADHS als Überlebensversuch im Aufwachsen mit einer ‚toten Mutter‘ (André Green) (IV)
- ADHS-Kinder im Zusammenprall verschiedener Kulturen und ihrer Anforderungen an Kindheit (V)
- ADHS als Reaktion auf eine problematische Pädagogik bei hochbegabten, kreativen Kindern (VI)
- ADHS als Ausdruck von akuter Trauer und Depression (VII).“

Hier wird mehr als deutlich, dass das Spektrum möglicher, als auffällig konnotierter Verhaltensweisen nicht in das enge und doch fast beliebige Korsett einer Diagnose passt. Erhöhte pädagogische Wachsamkeit und ein Blick hinter eine an der Oberfläche agierende Symptomatik sind professionelle Notwendigkeiten. Die individuelle Analyse der Entwicklungsschwierigkeiten sollte gerade im Bereich der Frühförderung ein erstes Ziel sein, um wirksame kind- bzw. familiengerechte Maßnahmen einzuleiten. Da die Kinder beim erstmaligen Auftreten einer Störung nachweislich immer jünger werden (Petermann et al. 2008), ist besonders auf Mechanismen früher Risiken zu achten. Hier gelten präventive Maßnahmen – Arbeit an und mit Kind und Eltern (Erziehungskompetenz vermitteln) und Intervention bei bereits aufgetretenen Auffälligkeiten (Bindungssicherheit als günstige Bedingung für die Kompensation von Entwicklungsabweichungen) als ein Mittel der Wahl.

Literatur

- Ahrbeck, B. (2007): Hyperaktivität, innere Welt und kultureller Wandel. In: Ahrbeck, B. (Hrsg.): Hyperaktivität. Kulturtheorie, Pädagogik, Therapie. Stuttgart, 13–48
- Breuer, D. & Döpfner, M. (2006): Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen bei Drei- bis Sechsjährigen in der ärztlichen Praxis – eine bundesweite Befragung. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 34, 5, 357–365
- Esser, G., Fischer, S., Wyschkon, A., Laucht, M. & Schmidt, M.H. (2007): Vorboten hyperkinetischer Störungen – Früherkennung im Kleinkindalter. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 35, 2, 127–136
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2007): Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen: Ursachen, Erscheinungsformen und Antworten. Stuttgart
- Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2010): Zusammenfassende Dokumentation über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage III Nummer 44 Stimulantien. Online-Veröffentlichung. [online]. Verfügbar unter: http://www.g-ba.de/downloads/40-268-1348/2010-09-16_AM-RL3_Stimulantien_ZD.pdf (24.06.2011)
- Haubl, R. & Liebsch, K. (Hrsg.) (2010): Mit Ritalin® leben. ADHS-Kindern eine Stimme geben. Göttingen
- Häufler, G. (2002): Das Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (AD(H)S) aus psychoanalytischer Sicht. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 51, 6, 454–465
- Heinemann, E. & Hopf, H. (2008): Psychische Störungen in Kindheit und Jugend: Symptome, Psychodynamik, Fallbeispiele, psychoanalytische Therapie. Stuttgart
- Hörmann, G. (2008): Verhaltensabweichungen zwischen Medikalisierung und Therapeutisierung. In: Hörmann, G. & Körner, W. (Hrsg.): Einführung in die Erziehungsberatung. Stuttgart, 51–63
- Huss, M. (2004): Vorbereitung der Erhebung und Auswertung zur Prävalenz des Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndroms (ADHS) in Deutschland im Rahmen des Kinder- und Jugendsurveys des Robert-Koch-Instituts [online]. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf/publikationen/forschungsberichte/Vorbereitung-der-Erhebung-ADHS.pdf> (12.05.2011)
- Leuzinger-Bohleber, M. (2009): Frühe Kindheit als Schicksal? Trauma, Embodiment, soziale Desintegration. Psychoanalytische Perspektiven. Stuttgart
- Perner, A. (2007): Das Drängen des Triebes und die postmoderne Nervosität. In: Ahrbeck, B. (Hrsg.): Hyperaktivität. Kulturtheorie, Pädagogik, Therapie. Stuttgart, 73–94
- Petermann, U., Petermann, F. & Damm, F. (2008): Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre. In: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 56, 1, 243–253
- Pozzi, M.E. (2001): Ritalin für wen? Wie können wir das Bedürfnis nach Ritalin in der psychodynamischen Beratung von Familien mit Kindern unter fünf Jahren verstehen? In: Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie 32, 4, 519–541
- Schmidt, S. & Petermann, F. (2008): Entwicklungspsychopathologie der AD(H)S. In: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 56, 4, 265–274
- Steinhausen, H.-C. (2010): Definition und Klassifikation, Epidemiologie. In: Steinhausen, H.-C., Rothenberger, A. & Döpfner, M. (Hrsg.): Handbuch AD(H)S. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. Stuttgart, 17–40
- Steinhausen, H.-C. & Sobanski, E. (2010): Klinischer Verlauf. In: Steinhausen, H.-C., Rothenberger, A. & Döpfner, M. (Hrsg.): Handbuch AD(H)S. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. Stuttgart, 152–171
- Willmann, M. (2010): Verhaltensstörungen als Erziehungsproblem: Zur pädagogischen Position im Umgang mit schwierigem Verhalten. In: Ahrbeck, B. & Willmann, M. (Hrsg.): Pädagogik bei Verhaltensstörungen. Ein Handbuch. Stuttgart, 205–225