

ADHS und sichere Bindung

Arnfried Heine

Seminar auf der Eröffnungstagung 06. – 07.09.2013 Bad Mergentheim

Psychotherapeutisches Zentrum

Erlenbachweg 24

97980 Bad Mergentheim

Tel.: 07931 – 5316 – 1339

E-Mail: a.heine@ptz.de

Der Beitrag will darstellen, warum es auch unter Berücksichtigung der bekannten Fakten zum Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) sehr sinnvoll, hilfreich und heilsam ist, für Kinder, welche die Diagnose einer ADHS erhalten haben, primär eine Umgebung anzubieten, die sichere Bindung an Personen, Regeln und Abläufe bietet.

Das ADHS als häufigste psychische Störung im Kindes- und Jugendalter ist in den vergangenen 20 Jahren allgemein bekannt geworden. Nach den gültigen medizinischen Richtlinien (AWMF, 2013) handelt es sich um ein durchgehendes Muster von Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität, in einem für den Entwicklungsstand des Betroffenen abnormen Ausmaß, situationsübergreifend in mindestens 2 Lebensbereichen des Kindes (z.B. Schule, Familie, Untersuchungssituationen). Der Beginn der Symptomatik soll vor dem Alter von 6 Jahren liegen und die Symptomatik soll bereits über mehr als 6 Monate andauern. In der Altersgruppe der 4- bis 17-Jährigen liegt die Störung nach dem DSM-IV mit einer Prävalenz von 2 bis 7%, nach den strengeren Kriterien des ICD-10 mit einer Prävalenz von 1 bis 2% vor (Vorstand der Bundesärztekammer, 2005). Die Diagnose wird bei Jungen 3- bis 9-mal häufiger als bei Mädchen gestellt.

Die Symptome der ADHS werden häufig benannt, sind mittlerweile auch bei Lehrern und Kindergärtnerinnen gut bekannt und dienen oft als Hinweis an die Eltern, ein immer wieder unruhiges oder ablenkbares Kind einer Diagnostik "auf ADHS" zu unterziehen. Allgemein bekannt ist auch, dass Medikation hilfreich sein kann und nicht selten haben Kindergarten oder Schule die Ansicht, ein solches Kind könne erst erfolgreich betreut werden, wenn es wegen ADHS "in Therapie" ist.

Dennoch sind die Symptome alles andere als spezifisch, was anhand der nachfolgenden Beispiele dargestellt werden soll. Der Leser möge sich beim Lesen ein Kind mit "ADHS" vorstellen:

- als Kleinkind: erhöhte Irritabilität, Schlafstörungen, selbststimulierendes Verhalten
- als Vorschulkind: zusätzlich Spielunlust, leichte Irritierbarkeit und Stimmungslabilität, introvertiertes Verhalten, aber auch aggressives Verhalten, Schlafstörungen
- als Schulkind: zusätzlich Schulleistungsstörungen
- im Pubertäts- und Jugendalter: zusätzlich vermindertes Selbstvertrauen, Ängste, Konzentrationsmangel, Leistungsstörungen, zirkadiane Schwankungen des Befindens, psychosomatische Störungen

Alle diese Symptome können bei einem als "ADHS-Kind" klassifizierten Kind auftreten, sie sind jedoch (neben anderen Symptomen) gemäß der gültigen medizinischen Leitlinien Symptome einer **depressiven Störung im Kindes- und Jugendalter**.

Die fachlich erfahrene Leserin möge sich weiter ein "ADHS-Kind" im Erwachsenenalter vorstellen:

- Mangel an Selbstvertrauen oder Selbstwertgefühl, Änderung der psychomotorischen Aktivität (Agitiertheit oder Hemmung), Schlafstörungen, Vermindertes Denk- oder Konzentrationsvermögen
- Instabilität der Stimmung, Schlafstörung, Verlust des Selbstvertrauens oder Selbstwertgefühls, Konzentrationsschwierigkeiten, Sozialer Rückzug, Vermehrte Energie oder Aktivität, Vermindertes Schlafbedürfnis, gesprächiger oder witziger als sonst, Gesteigertes Interesse und sich Einlassen in angenehme Aktivitäten
- Schlafstörung, Verlust des Selbstvertrauens oder Gefühl von Unzulänglichkeit, Konzentrationsschwierigkeiten Erkennbares Unvermögen, mit den Routineanforderungen des täglichen Lebens fertig zu werden Sozialer Rückzug, Nach DSM-IV auch: gereizte Stimmung

All diese Symptomenkomplexe sind gut vereinbar mit der Diagnose einer ADHS im Erwachsenenalter, es handelt sich jedoch um Symptome der **depressiven Störung** (erster Aufzählungspunkt), **der Zylothymie** (zweiter Aufzählungspunkt) und **der Dysthymie** (dritter Aufzählungspunkt) gemäß wissenschaftlich medizinischer Leitlinien (DGKJP, 2007).

Andere Symptomüberschneidungen ergeben sich z.B. bei einem Vergleich des Sozialverhaltens von "ADHS-Kindern" und dem unsicher gebundener Kinder bzw. von Kindern mit Bindungsstörungen, was an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden soll.

Zu den Ursachen der ADHS schreiben z.B. Schreyer und Hampel (2009), dass ein biopsychosoziales Erklärungsmodell verwendet wird, nach dem genetische/ biologische im Zusammenhang mit psychosozialen Faktoren wirken. Danach wird die Genese durch genetisch/biologisch bedingte Störungen der sog. Exekutivfunktion des Gehirns (das sind neuro- bzw. metakognitive Prozesse für die Handlungskontrolle als Voraussetzung für die Selbstkontrolle von Affekt, Motivation und Arousal) bedingt angesehen, die Manifestation und vor allem Aufrechterhaltung der Symptomatik wird jedoch bestimmten ungünstigen psychosozialen Faktoren zugeschrieben, wie z.B. ungünstiges Erziehungsverhalten; ungünstige Entwicklung des ADHS-Kindes; ungünstige psychosoziale Situation der Bezugspersonen und anderes. Ungeklärt ist weiterhin die Frage, ob es sich bei der ADHS schwerpunktmäßig um eine Entwicklungsverzögerung aufgrund einer Hirnreifungsstörung, um eine Entwicklungsabweichung aufgrund von Abweichungen in zentral nervösen Strukturen oder um eine Folge der Umgebungsbedingungen handelt.

Wie kaum eine andere psychische Störung wird ungeachtet dieser differenzierten Betrachtungsweise, die explizit die Umgebungsbedingungen in die Entstehung und Aufrechterhaltung der ADHS einschließt, auch in Fachkreisen auf die Primärursache einer hirnorganischen Störung beharrt. Eine Ursache dafür mag sein, dass eine sehr schnell wirksame Medikation durch sog. Stimulantien bekannt ist, deren Wirkungsweise über bestimmte Neurotransmittersysteme im Gehirn gut erforscht ist, so dass auf der Hand zu liegen scheint, dass eine hirnorganische Störung vorliegt, ja vorliegen muss.

Dem stellt Hopf (2013) in einem Artikel einige wenige Fragen gegenüber. Wenn also die ADHS allein hirnorganisch bedingt ist und nichts mit Beziehung und nichts mit einer veränderten Gesellschaft zu tun hat, warum:

- hat dann die Diagnosehäufigkeit über die Jahre in einem teils extremen Maß zugenommen [im Raum Würzburg ~19% Jungen und ~9% Mädchen, Grobe et al. (2013)]
- wird bei Jungen deutlich häufiger diese Diagnose gestellt? [am häufigsten bei Jungen im vierten Schuljahr mit 11,9%. Grobe et al. (2013)]
- wird die Diagnose häufiger bei Kindern diagnostiziert, je jünger deren Eltern sind?
- wird in unteren sozialen Schichten mehr und in höheren Schichten weniger ADHS diagnostiziert?
- wird bei den Söhnen alleinerziehender Mütter häufiger ADHS diagnostiziert?

Zu den Wechselwirkungen von Genetik und Umwelt machen Jans et al. (2008) einige Aspekte deutlich: Ohne Zweifel sind familiäre Aspekte bedeutsam, die Erblichkeit der Symptomatik liegt nach Zwillingsstudien bei 60–80%. Eltern sind oft selber von ADHS und anderen psychischen Störungen betroffen (z.B. affektive Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, substanzbezogene Störungen). Bedeutsam sind aber auch eindeutig frühe primär somatisch vermittelte Risikofaktoren (z.B. Nikotin- oder Alkoholkonsum der Mutter in der Schwangerschaft). Dies gilt auch für das instabilere familiäre Umfeld von Kindern mit ADHS: konfliktbelastete intrafamiliäre Beziehungen, erhöhte allgemeine Stressbelastung, schwächere sozioökonomische Verhältnisse, dysfunktionale Erziehungspraktiken der Eltern.

Grundsätzlich sind also Wechselwirkungen zwischen der Symptomatik auf Seiten des Kindes und elterlichen Verhaltensweisen, Belastungen und Ressourcen von Bedeutung. In Studien wurde gezeigt, dass z.B. die psychische Belastung der Eltern mit dem Ausmaß der Verhaltensproblematik ihrer Kinder mit ADHS in Zusammenhang steht. Dass psychische Störungen der Eltern unter den ungünstigen familiären Umständen einen wesentlichen Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Beeinträchtigungen der Kinder darstellen. Und dass der sich in der Interaktion mit dem Kind mit ADHS entwickelnden negativ-strafenden, Positives ignorierenden und inkonsequenten Erziehungshaltung der Eltern eine wesentliche Rolle bei der Verfestigung der externalisierenden Verhaltensproblematik des Kindes zuzuschreiben ist.

Vor dem Hintergrund dieser klaren Hinweise auf die Umgebungsbedingungen im Zusammenhang mit der Ausprägung und Aufrechterhaltung der ADHS soll eine weitere Möglichkeit Darstellung finden, nämlich die einer gewissen Normalität der Reaktionen - auch unter Einbeziehung der Umgebungsvariablen. Hopf (2013) stellt dar, dass Jungen durch den naturgemäß höheren Testosteron-Spiegel den Drang nach Bewegung leben. So "toben" Jungen bereits im Mutterleib mehr herum als Mädchen und neugeborene Jungen sind impulsiver, geraten rascher in emotionale Erregung, lassen sich schwerer beruhigen. Bewegung an sich ist demnach männlich besetzt. Als Folge beantworten Jungen innere Unruhe und depressive Ängste häufig mit motorischer Unruhe und Getriebenheit. Das Symptombild der Depression bei Kindern unterscheidet sich bei Jungen und Mädchen (die zum introvertierten Ausleben neigen) deutlich. Depressionen kommen bei Jungen nicht seltener vor, die depressiven Affekte werden nur häufiger von einem lärmenden aggressiven und unruhigen Agieren zugedeckt (Begriff der manischen Abwehr). So zeichnet der Autor das Bild des kleinen Jungen, der in Trennungssituationen, im Kindergarten und in der Schule unruhig und getrieben wirkt und nicht mehr stillsitzen kann. Üblicherweise würde er wohl recht schnell die Diagnose einer ADHS erhalten.

Abschließend sei dargestellt, dass auch die medizinischen Leitlinien kein Primat einer medikamentösen (und damit hirnorganischen Therapiestrategie) vorsehen. In einem multimodalen Therapiekonzept sollen psychotherapeutische und medikamentöse Behandlungselemente enthalten sein. In der Regel soll zunächst die nicht medikamentöse Behandlung und erst, wenn diese nicht ausreichend greift, eine medikamentöse Mitbehandlung vorgenommen werden. Vor allem elternzentrierte und kindergarten-/schulzentrierte (also die psychosoziale Umgebung stabilisierende) Interventionen werden empfohlen, während kindzentrierte, kognitiv-behaviorale Ansätze (auch aufgrund weniger überzeugender Studienergebnisse) zurückhaltender bewertet werden.

3. Sichere Bindung als Grundlage für seelische Entwicklung

In einer Längsschnittstudie zeigten Gloger-Tippelt et al. (2007), dass Kinder mit sicherer Bindung weniger Problemverhalten als Kinder mit unsicherer Bindung aufweisen. In einer anderen Längsschnittstudie (Rauh & Calvet 2004) stand die Entwicklung von 16 Down-Kindern (Trisomie 21) im ersten bis fünften Lebensjahr in sinnvoller Beziehung zu ihrer Bindungsentwicklung. Die Bindungssicherheit wirkte sich in den ersten Lebensjahren vor allem auf das Verhalten und im Vorschulalter auch auf die sprachliche und sozial-kognitive Entwicklung positiv aus. In einer weiteren Längsschnittstudie (Korntheuer et al. 2007) erfolgten die Erfassung der Bindungssicherheit im Alter von einem Jahr, die Erfassung von sprachlicher und kognitiver Entwicklung im Alter von einem und im Alter von zwei Jahren. Zum einen ergaben sich durch Bindungssicherheit positive Auswirkung auf die sprachliche Entwicklung, im Vergleich sicher mit unsicher gebundenen Kindern auch positive Auswirkungen auf die kognitive Entwicklung.

Wie wirkt sich Bindung allgemein aus? In der Kontaktgestaltung des Kleinkindes dominieren zunächst die Suche der Nähe zu den Bindungspersonen zur Herstellung von Sicherheit und Versorgung bei Angst, Schmerz, Hunger usw. und die Abhängigkeit von physischer Nähe;

daher z.B. Protest bei der Trennung. Dieses Verhalten wird als Bindungsverhalten bezeichnet und ist ein Sicherheitssystem. Auf der anderen Seite steht im Verlauf der Entwicklung die Distanzierung von Bindungspersonen zur Erkundung der Außenwelt mit Annäherung an attraktive Ziele, was zu Selbstwirksamkeitserfahrungen, Kompetenzerwerb beim Problemlösen, Anstrengung mit Frustrationstoleranz und zu einer Autonomieentwicklung, Mentalisierung und Hirnentwicklung, eingebettet in Beziehung führt. Diese andere Seite ist das Explorationsverhalten und bedient das Neugierensystem. Voraussetzungen für gelingende Entwicklungsprozesse ist, dass die Bezugspersonen des Kindes (in der Regel also Mutter / Vater) eine sichere Basis bilden. Dazu gehören:

- Intuition i.S. eines inneren Wahrnehmungssystems für kindliche Signale: Wahrnehmung der nonverbalen kindlichen Signale und Entwicklungsinitiativen (Laute, Blicke, Mimik, Lautäußerungen...)
- korrekte Interpretation der Signale des Kindes in Abgrenzung von eigenen Bedürfnissen, d.h. Empathie, Selbstreflexion, Realitätsprüfung
- zeitnahe und angemessene Reaktion (Antwortverhalten, Kontinuität)

Gelingende Bindungsentwicklung zeichnet sich durch gesunde Interaktionsmuster zwischen Bezugsperson und Kind aus, die zur Entwicklung von synchronen Wechselwirkungen und gelingender gegenseitiger Einstimmung führen:

- Wechsel von Kontakt- und Folgemomenten
- Teilen und Trainieren von Aufmerksamkeit
- Markiertes Spiegeln (Benennen, Bestätigen) der Affekte, dadurch Aufbau von Spiegelneuronen, Selbstrepräsentanzen, Objektrepräsentanzen, Affektdifferenzierung und -regulierung, Sprache
- Schaffung von Sicherheit und Klarheit
- kontinuierliche Kontaktgestaltung mit Ein- und Überleitung
- Aufbau von Ritualen, Strukturen, Orientierung, Lernen durch Wiederholung

Im Ergebnis entsteht sichere Bindung.

Nach Hipp (2012) sind Störungen der Bindungsentwicklung Folge von Interaktionsstörungen, die durch folgende Aspekte umgebungsbedingt sind:

- inkonsistentes oder inkonsequentes Erziehungsverhalten
- ungünstige psychosoziale Situation der Bezugspersonen, konfliktbelastete intrafamiliäre Beziehungen, erhöhte allgemeine Stressbelastung, schwächere sozioökonomische Verhältnisse
- ADHS oder andere psychischen Störungen bei den Eltern: affektive Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, substanzbezogene Störungen
- Vulnerabilität beim Kind: frühe primär somatisch vermittelte Risikofaktoren: Nikotin-, Drogen- oder Alkoholeinwirkungen in der Schwangerschaft.

(Hier ergeben sich sehr deutliche Parallelen zu Abschnitt 2, ungünstige psychosoziale Faktoren, die eine ADHS aufrecht erhalten oder verstärken.)

Bei Eltern können verschiedene Aspekte zu unsicherer Bindung führen:

- hohe Wahrnehmungsschwelle für kindliche Signale
- ausbleibendes Spiegeln
- unmarkiertes Spiegeln
z.B. kindliche Angst wird unverändert oder verstärkt als eigene Emotion gespielt, Inkongruenz durch Unberechenbarkeit, Zeitverzögerung, Bestrafung der kindlichen Bindungssignale unter Explorationsaktivitäten, Wechsel von Leiten und Folgen ohne Einleitung

- primäre Bindungspersonen werden gleichzeitig Quelle von Sicherheit und Unsicherheit, gleichzeitige Aktivierung von Bindungs- und Bedrohungssystem im Kind

Bei Kindern hat dies nach Hipp (2012) Folgen:

- Dysbalance von Bindungsverhalten und Explorationsverhalten
- unsichere oder desorganisierten Bindung (fehlendes "Urvertrauen", beeinträchtigte Selbstkohärenz)
- Entwicklungsverzögerungen (Sprache, Motorik, emotionale Differenzierung)
- Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrome
- kognitive Einschränkungen/Entwicklungsdefizite
- Störungen der Affektregulation und des Sozialverhaltens

Somit kann also Unsicherheit in der Bindung im Bezugssystem die unterschiedlichsten Formen von psychischen bzw. Entwicklungsstörungen nach sich ziehen.

4. Schlussfolgerungen

Motivation für diesen Beitrag war die erlebbare Diskrepanz zwischen den Erkenntnissen zur Wirkung ungünstiger Umgebungsvariablen auf Kinder mit der Diagnose einer ADHS, den Empfehlungen der Therapieleitlinien (kein generelles Primat der Medikation) und zur positiven Wirkung sicherer Umgebungsbedingungen auf psychische Störungen einerseits und der weit verbreiteten Annahme primär hirngorganischer Verursachung speziell der ADHS auf der anderen Seite, was zum einen häufig die Umgebungsvariablen deutlich in den Hintergrund der Betrachtungen stellt und zum anderen - aufgrund der vermeintlichen Häufigkeit der Symptomatik - nicht selten differentialdiagnostischer Aspekte außer Acht lässt.

Im ersten Abschnitt wurde dargestellt, dass Symptome bei emotionalen Störungen denen der ADHS sehr ähnlich sein können, was ein sehr sorgfältiges diagnostisches Vorgehen notwendig macht.

Im zweiten Abschnitt wurde anhand einiger ausgewählter Publikationen dargestellt, dass diverse ungünstige Umgebungsbedingungen ADHS bedingen und verstärken und dass die Annahme einer primär hirngorganischen Ätiologie wichtige Aspekte unbeachtet lässt.

Im dritten Abschnitt wurden einige Studien gezeigt, die den positiven Einfluss sicherer Bindung (im Sinne günstiger und förderlicher Umgebungsvariablen) auf die psychische Entwicklung von Kindern, sogar bei vorliegender Trisomie 21 darstellen. Die Auswirkungen sicherer und unsicherer Bindung auf das Verhalten von Kindern wurde deutlich gemacht.

Der Notwendigkeit sicherer Beziehungsangebote tragen Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie z.B. Rechnung, indem ein Bezugsbetreuersystem praktiziert wird, ein Bezugstherapeut benannt wird. In der Klinik für Kinder und Jugendliche am Psychotherapeutischen Zentrum wird ein Bezugsgruppensystem der Patienten praktiziert, Kinder bis 13 Jahre werden im Kinderzentrum der Klinik betreut, wo schwerpunktmäßig Bezugs- und Bindungsarbeit geleistet wird. Dies führt regelmäßig auch zur Stabilisierung des Verhaltens von "ADHS-Kindern". Nicht selten werden über diese Beruhigung tatsächliche emotionale Belastungen der Kinder deutlich, die durch die extrovertierte Symptomatik überdeckt waren und so der Therapie zugänglich werden. Eine sichere, seelische Entwicklung und psychische Transformationsprozesse fördernde und stützende Umgebung sollte daher genau die Angebote machen, die für sichere Bindung notwendig sind:

- Wechsel von Kontakt- und Folgemomenten im täglichen Kontakt mit dem Kind in den Bezugssystemen
- Teilen und Trainieren von Aufmerksamkeit durch gemeinsame Beschäftigung und Begleitung bei Tätigkeiten

- Markiertes Spiegeln (Benennen, Bestätigen) der Affekte durch Versprachlichung und Reflexion von Situationen, Erfolgen, Misserfolgen
- Schaffung von Sicherheit und Klarheit durch Konstanz und Präsenz von Bezugspersonen, aber auch durch Regeln und Achtung auf deren gemeinsame Einhaltung
- kontinuierliche Kontaktgestaltung mit Ein- und Überleitung durch die Bezugssysteme
- Aufbau von Ritualen, Strukturen, Orientierung, Lernen durch Wiederholung

In diesem Beitrag sollten vorhandene Erkenntnisse genutzt werden um erneut darzustellen, dass Kinder sichere, geregelte, zuverlässige und auch begleitende persönliche Bindungen in ihrer Entwicklung benötigen. Im Sinne einer falsch verstandenen Liberalisierung werden Kinder allzu oft bereits viel zu früh in die Verantwortung geschickt, für sich selbst verantwortlich zu sein, im freien Spiel, im freien Lernen, im freien Umgang mit elektronischen Medien; in Familie, Kindergarten oder Schule mit sich allein zurecht kommen zu müssen. Unsichere Verhältnisse haben psychische Fehlentwicklungen zur Folge, sichere Umgebung und Bindungsangebote geben die Möglichkeit für gesundes seelisches und psychisches Wachstum.

6. Erklärung zu Interessenskonflikten:

Der Autor erhielt Kongressgebühren- und Reisekostenerstattung von den Firmen: Lilly, Novartis, Shire.

7. Literatur:

AWMF (2013) Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Hyperkinetische Störungen (F90). <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-019.html>

AWMF (2013) Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen, Behandlung von ... <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-043.html>

Grobe T. G., Bitzer E. M., Schwartz F. W. (2013) BARMER GEK Arztreport 2013. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 18, er-GEK-Arztreport (2013) Schwerpunkt ADHS. Asgard-Verlagsservice GmbH, Siegburg

DGKJP (2007) Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter: Depressive Episoden und Rezidivierende depressive Störungen (F32, F33). Anhaltende affektive Störungen (F34). Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007 - ISBN: 978-3-7691-0492-9, S. 57 - 71

Gloger-Tippelt G., König L., Zweyer K., Lahl O. (2007) Bindung und Problemverhalten bei fünf und sechs Jahre alten Kindern. Kindheit und Entwicklung 16 (4), 209 – 219

Hipp M. (2012) Die Einschätzung der Erziehungsfähigkeit bei Eltern mit einer psychisch Erkrankung - eine Bewährungsprobe für die Kooperation von Jugendhilfe und Psychiatrie. Vortrag am 10.10.2012 Würzburg.

Hopf H. (2013) Das Dilemma der unruhigen Jungen. Deutsches Ärzteblatt, PP 2013; 12(5): 216–8

Jans T., Philippsen A., Graf E., Schwenck C., Gerlach M., Warnke A. (2008) Die Bedeutung des Vorliegens einer Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Müttern für die Behandlung ihrer Kinder mit ADHS – Überblick und Skizze des Studienprotokolls einer multizentrischen randomisierten kontrollierten Psychotherapiestudie. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 36 (5), 335–343

Korntheuer P, Lissmann I., Lohaus A. (2007) Bindungssicherheit und die Entwicklung von Sprache und Kognition. *Kindheit und Entwicklung* 16 (3), 180 – 189

Rauh H., Calvet C. (2004) Ist Bindungssicherheit entwicklungsfördernd für Kinder mit Down-Syndrom? *Kindheit und Entwicklung* 13 (4), 207 – 225

Schreyer I., Hampel P. (2009) ADHS bei Jungen im Kindesalter – Lebensqualität und Erziehungsverhalten. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 37 (1), 69–75

Vorstand der Bundesärztekammer (2005) Stellungnahme zur "Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)". *Deutsches Ärzteblatt*, 102, 2562–2568