

# KONFERENZ ADHS

## Stellungnahme zum Eckpunktepapier des "Zentralen ADHS-Netzes"

Das "Zentrale ADHS-Netz" veröffentlichte kürzlich ein aktualisiertes Eckpunktepapier zu ADHS:

[http://www.zentrales-adhs-netz.de/fileadmin/ADHS/%C3%9Cber\\_das\\_Netz/Taetigkeit/Eckpunkte2016/Eckpunkte\\_2016\\_FINAL-08-GESICHERT.pdf](http://www.zentrales-adhs-netz.de/fileadmin/ADHS/%C3%9Cber_das_Netz/Taetigkeit/Eckpunkte2016/Eckpunkte_2016_FINAL-08-GESICHERT.pdf)

**Hierzu nimmt die KONFERENZ ADHS**

**<http://www.adhs-konferenz.de/>**

**wie folgt Stellung:**

1. „ADHS“ ist eine Sammelbezeichnung für verschiedenste Verhaltensweisen von Kindern. „ADHS“ ist keine spezifische Störung, weder ätiologisch noch symptomatologisch. Die Feststellung des „zentralen adhs-netzes“, dass in der Mehrzahl der Fälle (nach M. Romanos, Würzburg, in bis zu 80%) andere psychische Auffälligkeiten vorliegen, bestätigt dies. Diese sogenannten „Komorbiditäten“ sind eigentlich die Hauptdiagnose. Wozu dann noch eine neue „Diagnose“ erfinden?
2. Verhaltensstörungen von Kindern sind häufig, und wenn die Ursachen nicht verstanden und erkannt werden, verschlimmern sich die Lagen der Kinder oft. Das liegt nicht daran, dass es immer mehr „kranke Kinder“ gäbe, sondern dass die familiären und gesellschaftlichen Gesamtlagen zunehmend schwieriger werden. Doch „ADHS“ gibt es nicht als eigene Krankheit, darum kann sie auch nicht chronifizieren. Was chronifiziert, sind Symptome nicht verstandener Kinder.
3. Wer behauptet, es lägen „gut gesicherte empirische“ Erkenntnisse zu „ADHS“ vor, der beschönigt die in Wahrheit magere Studienlage. Wer behauptet, es sei klar, dass „genetische Ursachen“ den größten Anteil haben, der verdreht die Forschungslage. Alle Metastudien zur genetischen Forschung bei „ADHS“ zeigen negative, keine oder nur vernachlässigbare, außerdem unspezifische Korrelationen von „Genen“ und Verhaltensstörungen. Frühere Studien zur Verhaltensgenetik sind methodisch fehlerhaft. Die Fixierung auf genetische Daten übersieht zudem, dass in der wissenschaftlichen Genetik seit 20 Jahren die Rolle epigenetischer Faktoren für die Umsetzung von Gen-Informationen betont wird. Nur deren umweltabhängige Aktivierung (wobei auch psychische Faktoren eine Rolle spielen) lässt genetische Kodierungen überhaupt erst wirksam werden.
4. Die „Diagnose“ von „ADHS“ ist weder valide noch reliabel. Allein die Interrater-abweichungen der Skalen sind so hoch, dass man auch würfeln könnte. Aus nicht operationalisierten qualitativ-subjektiven Einschätzungen wird über Pseudoquantifizierung und einen willkürlichen Grenzwert dann sehr schnell die „Diagnose ADHS“ konstruiert. Oft wird die „Diagnose“ nach wenigen Minuten per Augenschein gestellt. Die Eltern „wissen“ sie oft schon im Vorfeld und suchen dann nur noch einen Arzt, der die Diagnose stellt. In den einschlägigen Internetforen werden die Namen solcher Ärzte ausgetauscht. Aber auch eine aufwändigere Diagnostik liefert nur Hinweise auf unspezifisches, multikausales Verhalten, keineswegs auf eine Krankheit namens ADHS. Die Diagnose ist eine rein klinische Verhaltenseinschätzung, es gibt keinerlei Biomarker, die eine spezifische körperliche Störung begründen könnten. Prävention bedeutet wie bei allen anderen Störungen auch: Das in eine gute familiäre,

schulpädagogische und psychosoziale Umwelt eingebettete Aufwachsen unserer Kinder. „ADHS“-Kinder brauchen kein Spezialprogramm, das nicht auch bei allen anderen Kindern gut wirken würde. Es gibt keine ADHS-spezifische Therapie.

5. Die Beschwörung eines „multimodalen Ansatzes“ bei „ADHS“ verschleiert die oft reale Einengung der Behandlung auf Medikation. Die Medikation hat erhebliche Nebenwirkungen und keine günstigen Langzeitwirkungen. Eher wird damit ein psychosomatisches Neulernen behindert, weil das Medikament neuronale Prozesse besetzt, die dann nicht mehr durch reale neue Beziehungserfahrungen verändert werden können. Das Medikament wird zur „Gewissensprothese“. Die meist auch noch präferierte Verhaltenstherapie gleicht allzu oft einer „Programmierung“. Auch hier wird echtes Verstehen und Selbstverstehen der Gefühlslagen vermieden. Die gut dokumentierten Fälle von erfolgreicher Behandlung mit psychodynamisch orientierten Therapien werden weitgehend ignoriert (s. Neraal & Wildermuth sowie Staufenberg). Eine ausschließliche Medikation trägt dazu bei, die oft psychosozialen Ursachen der Verhaltensschwierigkeiten auszublenden.
6. Verbesserungswünsche zur Forschungslage sind ein Mittel, bescheiden zu erscheinen. Dennoch wird hier der Begriff „evidenzbasiert“ zu unkritisch benutzt. Dieser Begriff soll wie eine Art „Gütesiegel“ vermarktet werden und unterstellt, dass das, was unter seiner Flagge läuft, sozusagen „geprüfte Wissenschaft“ ist, alles andere aber nicht. Man sollte es aber besser mit Einstein halten: "Nicht alles zählt, was man zählen kann; und nicht alles, was zählt, kann man zählen".
7. Komplexe Hilfesysteme für schwierige Kinder perpetuieren und verstärken oft das Symptom. Eine einzige echte Vertrauensperson in der Therapie reicht oft aus. Allzuviel „Zusammenarbeit“ lässt dem Kind überhaupt keine Chance mehr, überhaupt noch von jemandem unvoreingenommen ohne „Diagnose“ erlebt und betrachtet zu werden. Diagnosen können stigmatisieren. Die Eltern müssen wieder in ihre alleinige, volle Kompetenz und Zuständigkeit für ihr gesundes Kind kommen dürfen.
8. Siehe oben: Hilfesysteme dürfen keine Symptomstabilisierer sein. Fluchten müssen möglich gemacht werden, sonst bildet sich eine Kollaboration der Erwachsenen gegen das Kind. Alle wissen, was es braucht, nur ihm selbst wird abgesprochen, seine Geschichte zu verstehen, zu erzählen und in die Hand zu nehmen.
9. Selbsthilfegruppen vertreten meist den biologistischen Ansatz und werden nicht selten von der Pharmaindustrie gesponsert. Sie sind selten offen für alternative Deutungsmuster und reagieren abwehrend auf ganzheitliche Ansätze. Darum sind sie nicht die besten Partner, wenn jemand eine Alternative sucht.
10. Unabhängige, ganzheitliche Aufklärung über „ADHS“ ist dringend nötig, denn fast alles liegt in der Hand des Medizinsystems, der Pharmaindustrie und der Interessengruppen. Nicht das Medizinsystem ist zuständig für ein psychosoziales Phänomen. Hier sind Beziehungsarbeiter zuständig, Eltern, Empathen, Psychotherapeuten, Pädagogen, Anwälte der Kinder, nicht Anwälte der Diagnose.
11. Wer die genetische Hypothese zu ADHS als belegte Wahrheit veröffentlicht, riskiert seine wissenschaftliche Glaubwürdigkeit. Die bisher bekannten genetischen Befunde stehen nur für ca. 5% der Verhaltensvariation. was für die Forschung interessant sein mag, für die klinische Praxis aber vernachlässigbar. Der gegenwärtige Forschungsstand erlaubt in keiner Weise, Betroffenen einzureden, ADHS sei genetisch bedingt.
12. Die oft geäußerte Vorstellung, dass eine ADHS im Kindesalter mit dem erhöhten Risiko einer ADHS beim Erwachsenen einher geht, ist nach neueren Untersuchungen falsch: Eine Studie von Moffitt (2015) zeigt, dass kaum eines der Kinder mit ADHS-Diagnose die Symptome noch im Alter von 38 Jahren zeigt, während umgekehrt jene Erwachsene, bei denen ADHS festgestellt wurde, die Diagnose als Kind meist noch nicht bekommen

hatten.

## Literatur

- Amft, H.:** Die ADS-Problematik aus der Sicht einer kritischen Medizin. In: Amft H., Gerspach, M., Mattner, D.: Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit. 2. Aufl. Kohlhammer 2004
- Angold, A., Erkanli, A., Egger, H.L., Costello, E.J.:** Stimulant treatment for children: a community perspective. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* Aug; 39(8): 2000.
- Armstrong Th.:** Das Märchen vom ADHS-Kind. Junfermann 2002
- Assendorpf, J.B.:** Verhaltensentwicklungsgenetik. In: Neyer, F.J., Spinath, F.M. (Hrsg.): Anlage und Umwelt. Lucius & Lucius, 2008.
- Banaschewski, T., u.a.:** Towards an understanding of unique and shared pathways in the psychopathophysiology of ADHD. *Dev Sci.* 8 (2):132-40. 2005.
- Bergmann, W.:** Das Drama des modernen Kindes. Hyperaktivität, Magersucht, Selbstverletzung. Beltz; 2. Aufl. 2006.
- Blech J.:** Die Krankheitserfinder. Wie wir zu Patienten gemacht werden. Fischer 2003
- Bobb, A.J., Castellanos, F.X., Addington, A.M., Rapoport, J.L.:** Molecular genetic studies of ADHD: 1991 to 2004. *Am J Med Genet.* 2004
- Bois, du R.:** Psychoanalytische Modelle zur Entstehung, Verarbeitung und Behandlung von ADHS. *Prax. Kinderpsych. Kinderpsychiatrie* 4/2007
- Bolanos, C.A., Barrot, M., Berton, O., Wallace-Black, D., Nestler, E.J.:** Methylphenidate treatment during pre- and periadolescence alters behavioral responses to emotional stimuli at adulthood. *Biol Psychiatry.* Dec 15;54(12):1317-29, 2003
- Bonney, H.:** AD(H)S- Kritische Wissenschaft und therapeutische Kunst. Carl-Auer 2008
- Bovensiepen/Hopf/Molitor (Hrsg.):** Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. Brandes u. Apsel 2002
- Braun, A. K.:** Die Bedeutung der Umwelt für die Entwicklung des kindlichen Gehirns. *Frühe Kindheit* 4, 2001
- Breggin P. R.:** The Ritalin Fact Book. Perseus 2002
- Brisch, K.H.:** Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörung aus der Sicht der Bindungstheorie. In: Bovensiepen/Hopf/Molitor (Hrsg.): Unruhige und unaufmerksame Kinder. Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. Brandes u. Apsel 2002
- Bundes-Psychotherapeuten-Kammer, 2010.** ADHS-Behandlung: Ritalin & Co nur noch zweite Wahl [WWW Document]. <http://www.bptk.de/presse/pressemitteilungen/einzelseite/artikel/adhs-behandl.html> (accessed 4.15.14).
- Carlezon WA Jr, Konradi C.:** Understanding the neurobiological consequences of early exposure to psychotropic drugs: linking behavior with molecules. *Neuropharmacology.* 2004;47 Suppl 1:47-60
- Dammasch, F.:** ADHS - endlich hat das Kind einen Namen. Psychoanalytische Gedanken zur Bewegung des ruhelosen Kindes und zur Bedeutung von Ritalin®. In: Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y., Hüther, G.: ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Vandenhoeck & Ruprecht 2006
- DeGrandpre R.:** Die Ritalingesellschaft. ADS: Eine Generation wird krankgeschrieben. Beltz 2002
- Dornes, M.: Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen. Frankfurt/M. 1993
- Franke, B., Neale, B.M., Faraone, S.V.:** Genome-wide association studies in ADHD. *Hum Genet.* 2009 Apr 22.
- Fthenakis, W.E.:** Väter. Urban und Schwarzenberg 1985
- Furman L.:** Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): does new research support old concepts? *J. Child Neurol.* 2008 Jul; 23(7):775-84
- Furman, L.:** 2009. ADHD: What Do We Really Know?, in: Timimi, S., Leo, J. (Eds.), Rethinking ADHD: From Brain to Culture. Palgrave Macmillan, Basingstoke, Hampshire; New York, N.Y., pp. 21–57.
- Gemeinsamer Bundesausschuss, 2010.** Arzneimittel-Richtlinie/ Anlage III Nummer 44 (Stimulantien) [WWW Document]. URL <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1185/>

(accessed 4.15.14).

**Gonon, F.:** The dopaminergic hypothesis of attention-deficit/hyperactivity disorder needs re-examining. *Trends Neurosci.* 2009 Jan;32(1):2-8.

**Heinemann, E.:** ADS mit und ohne Hyperaktivität bei Jungen und Mädchen - ein psychoanalytisches Forschungsprojekt zur Genderforschung. *Analytische Kinder- u. Jgdl.-Psychotherapie* 117, , S. 25-43, 1/2003.

**Hopf, H.:** Zwischen Empathie und Grenzsetzungen - Überlegungen zur Psychodynamik und Behandlungstechnik für psychoanalytische Therapien von hyperkinetischen Störungen. *Prax. Kinderpsych. Kinderpsychiatrie* 4/2007

**Hüther G.:** Die nutzungsabhängige Herausbildung hirnerkranklicher Veränderungen bei Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen. Einfluss präventiver Massnahmen und therapeutischer Interventionen. In: Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y., Hüther, G.: *ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung*. Vandenhoeck & Ruprecht 2006

**Jensen, P.S.,** Arnold, L.E., Swanson, J.M., Vitiello, B., Abikoff, H.B., Greenhill, L.L., Hechtman, L., Hinshaw, S.P., Pelham, W.E., Wells, K.C., Conners, C.K., Elliott, G.R., Epstein, J.N., Hoza, B., March, J.S., Molina, B.S.G., Newcorn, J.H., Severe, J.B., Wigal, T., Gibbons, R.D., Hur, K., 2007. 3-year follow-up of the NIMH MTA study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 46, 989–1002. doi:10.1097/CHI.0b013e3180686d48

**Joseph, J.,** 2009. ADHD and Genetics: A Consensus Reconsidered, in: Timimi, S., Leo, J. (Eds.), *Rethinking ADHD: From Brain to Culture*. Palgrave Macmillan, Basingstoke, Hampshire; New York, N.Y., pp. 58–91.

**Joseph J.:** Twin studies in psychiatry and psychology: science or pseudoscience? *Psychiatr Q.* 2002 Spring;73(1):71-82

**Köhler, H.:** War Michel aus Lönnberga aufmerksamkeitsgestört? Der ADS-Mythos und die neue Kindergeneration. Verlag Freies Geistesleben 2002

**Leo, J.,** Cohen, D., 2009. A Critical Review of ADHD Neuroimaging Research, in: Timimi, S., Leo, J. (Eds.), *Rethinking ADHD: From Brain to Culture*. Palgrave Macmillan, Basingstoke, Hampshire; New York, N.Y., pp. 93–129.

**Leuzinger-Bohleber, M.,** Brandl, Y., Hüther, G. (Eds.), 2006. *Schriften des Sigmund-Freud-Instituts Bd 4: ADHS - Frühprävention statt Medikalisierung*. Theorie, Forschung, Kontroversen, Auflage: 2., Aufl. ed. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.

**Leuzinger-Bohleber, M.,** Haubl, R., 2007. Hilfe für kleine Störenfriede: Frühprävention statt Psychopharmaka - Vom kritischen Umgang mit der Diagnose »Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung«. *Forsch. Frankf.* 52–55.

**Leuzinger-Bohleber, M.:** *Franfurter Präventionsstudie*. Sigmund-Freud-Institut Frankfurt, 2008. Liebermann J, Hitzemann R, et al. Is methylphenidate like cocaine? Studies on their pharmacokinetics and distribution in the human brain. *Psychopharmacology (Berl)* 1999 Sep 1;146(1):93-100.

**Lisska, M.C.:** Daily methylphenidate use slows the growth of children: a community based study. *J Pediatr Endocrinol Metab.* 2003 Jun;16(5):711-8

**Lösel, F., Beelmann, A. und Plankensteiner, B.:** Prävention dissozialen Verhaltens durch soziale Kompetenztrainings für Kinder: Eine systematische Evaluation ihrer Wirkungen. *Recht der Jugend und des Bildungswesens*, 52, 496-522, 2004

**Lüpke, H. von.:** Hyperaktivität zwischen "Stoffwechselstörung" und Psychodynamik. In: Passolt, M. (Hrsg.): *Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie*. München 2001

**Lüpke, H. von.:** Der Dialog in Bewegung und der entgleiste Dialog. Beiträge aus Säuglingsforschung und Neurobiologie. In: Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y., Hüther, G.: *ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung*. Vandenhoeck & Ruprecht 2006.

**MTA-Studie:** MTA Cooperative Group: A 14 Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for ADHD, *Arch Gen Psychiatry*;56: 1073 – 1086, 1999.

**Moffitt, T.E. (2015):** Is Adult ADHS a Childhood-Onset Neurodevelopmental Disorder? Evidence From a Four-Decade Longitudinal Cohort Study. *American Journal of Psychiatry* 172 (10), 968-977

**Molina, B.S.G.,** Hinshaw, S.P., Swanson, J.M., Arnold, L.E., Vitiello, B., Jensen, P.S., Epstein, J.N., Hoza, B., Hechtman, L., Abikoff, H.B., Elliott, G.R., Greenhill, L.L., Newcorn, J.H., Wells, K.C., Wigal, T., Gibbons, R.D., Hur, K., Houck, P.R., MTA Cooperative Group, 2009. 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 48, 484–500. doi:10.1097/CHI.0b013e31819c23d0

**Moll, G.H., Hause, S., Ruther, E., Rothenberger, A., Huether, G.:** Early methylphenidate administration to young rats causes a persistent reduction in the density of striatal dopamine transporters *J Child Adolesc Psychopharmacol* Spring;11(1):15-24, 2001

**Neraal, T., Wildermuth, M. (Hrsg.):** ADHS: Symptome verstehen – Beziehungen verändern. Psychosozial 2008

**Ornoy A.:** The impact of intrauterine exposure versus postnatal environment in neurodevelopmental toxicity: long-term neurobehavioral studies in children at risk for developmental disorders. *Toxicol Lett.* 2003 Apr 11;140-141:171-81

**Plomin R., Dunn J.:** Warum Geschwister so verschieden sind. Klett-Cotta 1996

**Postman, N.:** Das Verschwinden der Kindheit. Fischer 1987.

**Raines, J.C.,** 2014. An Essay Review of the DSM-5. *Sch. Soc. Work J.* 38, 1–10.

**Rappaport GC, Ornoy A, Tenenbaum A.:** Is early intervention effective in preventing ADHD? *Isr J Psychiatry Relat Sci.*;35(4):271-9, 1998.

**Raschendorfer, N.:** ADS: Und wenn es das gar nicht gibt? Verlag an der Ruhr 2003.

**Ricaurte GA, Mehan AO, Yuan J, Hatzidimitriou G, Xie T, Mayne AH, McCann UD.:** Amphetamine treatment similar to that used in the treatment of adult attention-deficit/hyperactivity disorder damages dopaminergic nerve endings in the striatum of adult nonhuman primates. *J Pharmacol Exp Ther.* 2005 Oct;315(1):91-8.

**Riedesser, P.:** Einige Argumente zur ADHS-Kontroverse in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y., Hüther, G.: ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Vandenhoeck & Ruprecht 2006

**Scheffler, R.M., Hinshaw, S.P., Modrek, S., Levine, P.:** The global market for ADHD medications. *Health Aff (Millwood).* Mar-Apr;26(2):450-7, 2007.

**Schmidt, H.-R., Boehm, P., Gerlicher, K., Gerspach, M., Geue, H., Gottschall, W., Hopf, H., Köhler, H., Lüpke, H. von, Mattner, D., Molitor, G., Müller F., Prekop J., Raschendorfer N., Robischon R., Rühling H., Streeck-Fischer, A., Voß, R., Wenke, M., Voos, D. u.a.:** ADHS-Konsenserklärung. Konferenz ADHS 2007. <http://www.adhs-konferenz.de>

**Schmidt, H.-R.:** Ich lerne wie ein Zombie. Centaurus 2010

**Simon, M.:** Hyperaktiven Kindern wird durch Psychotherapie geholfen. Pressemitteilung 2002, <http://www.vakjp.de/>

**Singh, I., Filipe, A.M., Bard, I., Bergey, M., Baker, L.,** 2013. Globalization and Cognitive Enhancement: Emerging Social and Ethical Challenges for ADHD Clinicians. *Curr. Psychiatry Rep.* 15, 385. doi:10.1007/s11920-013-0385-0

**Staufenberg, A.M.** (2011): Zur Psychoanalyse der ADHS. Manual und Katamnese. Frankfurt/M., Brandes & Apsel

**Storebø, O.J.,** Ramstad, E., Krogh, H.B., Nilausen, T.D., Skoog, M., Holmskov, M., Rosendal, S., Groth, C., Magnusson, F.L., Moreira-Maia, C.R., Gillies, D., Buch Rasmussen, K., Gauci, D., Zwi, M., Kirubakaran, R., Forsbøl, B., Simonsen, E., Gluud, C., 2015. Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), in: The Cochrane Collaboration (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews.* John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, UK.

**Streeck-Fischer, A., Fricke, B.:** "Lieber unruhig sein als in einem tiefen Loch eingesperrt." ADHS aus psychodynamischer Sicht. *Prax. Kinderpsych. Kinderpsychiatrie* 4/2007.

**Summerfield, D.,** 2001. The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *BMJ* 322, 95–98. doi:10.1136/bmj.322.7278.95

**Timimi, S.,** 2009. A Cultural Perspective, in: Timimi, S., Leo, J. (Eds.), *Rethinking ADHD: From Brain to Culture.* Palgrave Macmillan, Basingstoke, Hampshire; New York, N.Y., pp. 133–159.

**Vastag, B.:** Pay attention: Ritalin acts much like cocaine! *J. Americ. Med. Ass.,* 286 (8), 2001. *Arch Gen Psychiatry* 1995 Jun;52(6):456-63

**Volkow, N.D., Ding YS, Fowler JS, Wang GJ, Logan J, Gatley JS, Dewey S, Ashby C, Volkow, N.D., Wang GJ, Fowler JS, Fischman M, Foltin R, Abumrad NN, Gatley SJ, Logan, J., Wong C, Gifford A, Ding YS, Hitzemann R, Pappas N.:** Methylphenidate and cocaine have a similar in vivo potency to block dopamine transporters in the human brain. *Nucl Med Biol* 2001 Jul;28(5):561-72

**Wallis, D., Russell, HF., Muenke, M.:** Genetics of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Pediatr Psychol.* 2008 Jun 3

**Weinstein, D., Staffelbach, D., Biaggio, M.:** Attention-deficit hyperactivity disorder and

posttraumatic stress disorder: Differential diagnosis in childhood sexual abuse. Clin Psychol Rev Apr;20(3):359-78, 2000

**Wenke, M.:** ADHS - Diagnose statt Verständnis? Wie eine Krankheit gemacht wird. Brandes u. Apsel 2006.

**Willcutt, E.G., Doyle, A.E., Nigg, J.T., Faraone, St.V., Pennington, B. F.:** Validity of the Executive Function Theory of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. Biological Psychiatry 57, 11, 2005, 1336-1346.

**Zhou, K. et. al.:** Meta-analysis of genome-wide linkage scans of attention deficit hyperactivity disorder. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet. 2008 Dec 5;147B(8)